

**Optimisation des parcours complexes
des personnes âgées poly-pathologiques :
impacts sur la formation et la répartition des
professionnels de santé, plus particulièrement
en médecine interne et en gériatrie**

sous la direction de Catherine Zaidman,
secrétaire générale de l'ONDPS de 2016 à 2018

DT N° 1

Mars 2019

Rapport du Groupe de travail

« Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques : impacts sur la formation et la répartition des professionnels de santé, plus particulièrement en médecine interne et en gériatrie »

SOMMAIRE

PARTIE I : Synthèse des travaux du groupe de travail	5
Annexe 1 : Définition par les professionnels de leur spécialité et de la nature de leur exercice.....	40
Annexe 2 : Liste des propositions des professionnels	43
PARTIE II : Étude statistique sur la démographie des internistes, des gériatres et des médecins exerçant la médecine polyvalente.....	45
Annexe 1 : Le processus de spécialisation et les principales dates de reconnaissance des spécialités.....	76
Annexe 2 : Les médecins des EHPAD.....	83
Annexe 3 : Enquête quantitative auprès des personnels médicaux intervenant dans les parcours des personnes âgées poly-pathologiques	85
ANNEXES GENERALES.....	91
1- Note de cadrage du groupe de travail	92
2- Liste des participants au groupe de travail	96
3- Liste des sigles et acronymes utilisés	99

PARTIE I

SYNTHESE DES TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL

Synthèse des travaux du groupe de travail

« Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques : impacts sur la formation et la répartition des professionnels de santé, plus particulièrement en médecine interne et en gériatrie » - mars 2019

*Catherine Zaidman, secrétaire générale de l'ONDPS,
en collaboration avec Sylvain Gautier, Interne de santé publique, en stage à l'ONDPS*

La question de l'optimisation des parcours des personnes âgées poly-pathologiques apparaît majeure face au défi démographique auquel la France va être confrontée dans les prochaines années avec l'arrivée au grand âge des générations nombreuses d'après-guerre.

Cette question a été largement traitée par divers rapports et études¹.

Comme le montrent les graphiques, page suivante, le vieillissement de la population, et avec lui l'accroissement du nombre de personnes âgées poly-pathologiques pour lesquelles les séquences de soins sont nombreuses et les parcours de soins et de santé complexes, vont en effet largement impacter le fonctionnement de notre système de santé.

Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus, âge à partir duquel on constate une forte croissance de la poly-pathologie et de la dépendance, va doubler en 30 ans faisant ainsi passer leur part dans la population à près de 10% en 2040 alors qu'elle n'était que de 5% environ en 2010.

Les réflexions généralement conduites sur cette question de la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques portent sur les organisations à mettre en place, tant en ville qu'à l'hôpital, et les propositions émises visent à améliorer celles-ci, que ce soit en termes d'efficacité, de pertinence et de qualité des soins, en ayant une approche globale des besoins en soins et en santé des personnes concernées.

Il s'agit, par cette approche globale, de favoriser la construction de parcours de soins et de santé adaptés aux besoins des personnes poly-pathologiques en situation de fragilité², afin de leur éviter des recours aux urgences inutiles, voire délétères, *a fortiori* quand il y a hospitalisation et que celle-ci se prolonge (syndrome de glissement) ; et de limiter d'une part leur recours à l'hospitalisation complète par la recherche de solutions alternatives et d'autre part leur ré-hospitalisation par l'amélioration de l'organisation de leur retour à domicile. Il s'agit, plus largement, de développer les coordinations entre les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux intervenant dans ces prises en charge.

Ces évolutions nécessitent des réponses adaptées au niveau des territoires, le vieillissement y étant diversement distribué³.

¹ Rapports du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie », 2011 et « Innovation et système de santé », 2016 ; Rapport du HCFEA « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », novembre 2018. Charges et produits de la CNAMTS en particulier celui de juillet 2013 ; « Le parcours de santé des personnes âgées en Risque d'autonomie – PAERPA : Bilan intermédiaire 2017 », mars 2018.

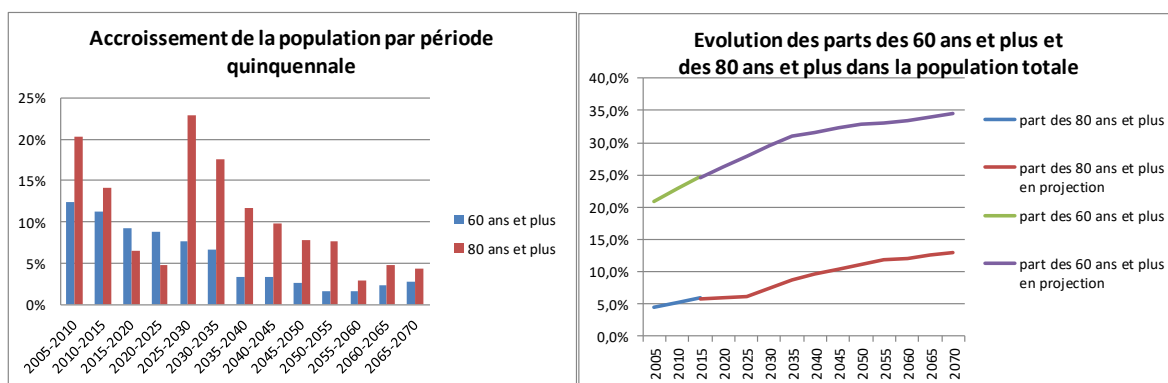
² Dans le Livre blanc de la gériatrie française de 2011, la fragilité, considérée comme la porte d'entrée vers la perte d'autonomie, est définie à partir des cinq caractéristiques suivantes : « faiblesse musculaire, asthénie, activité physique réduite, lenteur de la marche et perte de poids involontaire au cours de la dernière année. Les personnes qui présentent au moins trois de ces caractéristiques sont qualifiées de fragiles ».

³ « Le vieillissement de la population et ses enjeux », fiche d'analyse de L'observatoire des territoires – 2017.

Encadré 1 Les projections démographiques pour la France à l'horizon 2060 et leurs impacts en termes financiers

Les projections démographiques réalisées par l'INSEE permettent d'évaluer le défi démographique auquel devrait être confronté notre système de santé à l'horizon de ces quinze prochaines années, avec l'arrivée à des âges élevés des générations nombreuses d'après-guerre, âge à partir duquel les dépenses de santé augmentent fortement et la prévalence de la dépendance devient élevée.

**Graphique – Dynamiques démographiques comparées
des personnes de 60 ans et plus et de 80 ans et plus à l'horizon 2070**



Source : projections de population 2013-2070 pour la France -Insee résultats n°187- et données rétrospectives sur le site de l'INSEE – traitement ONDPS

La croissance des effectifs des 80 ans et plus devrait, en effet, être particulièrement soutenue à partir des années 2025-2030, mettant dès lors fortement en tension notre système de santé. Après une période transitoire de croissance relative faible entre 2015 et 2025, avec l'arrivée à ces âges des classes creuses nées pendant les années 1930 et la seconde guerre mondiale, les effectifs des 80 ans et plus augmenteraient de presque 25 % en 2025-2030 et de plus de 30 % en 2030-2040, faisant ainsi doubler en 30 ans la part des 80 ans et plus dans l'ensemble de la population (celle-ci passant de 5% environ en 2010 à près de 10% en 2040).

Selon les derniers exercices de projection réalisés par la DGTrésor en 2017 pour le compte du HCAAM et du HCFIPS⁽¹⁾, les dépenses de santé prises en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie pourraient augmenter, du fait du vieillissement de la population et sous une hypothèse de gains d'espérance de vie, de moitié en bonne santé, entre 1,2 et 2,9 points de PIB entre 2014 et 2060, selon les différents scénarios retenus de croissance économique et d'élasticité des dépenses de santé à cette croissance. La part des dépenses remboursées en part de PIB pourrait ainsi passer de 6,8% en 2014 à entre 8,0% et 9% en 2060.

Allant de pair, les dépenses publiques affectées à la dépendance (qui rassemblent l'ensemble des dépenses publiques affectées spécifiquement à la dépendance : surcoût « santé » lié à la dépendance, mais également prise en charge des dépenses publiques liées à la perte d'autonomie et à l'hébergement en EHPAD) pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 (passant ainsi à 2,1 points de PIB environ en 2060, contre 1,1 en 2014⁽²⁾).

- (1) Rapport du HCFIPS de juin 2017 sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale.
- (2) Romain Roussel « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », *Études et Résultats de la DREES*, n° 1032, octobre 2017.

Ces objectifs supposent en fait que l'on fasse évoluer une organisation très en silos vers une organisation décloisonnée entre structures et professionnels.

Au cours de ces soixante dernières années, sous l'effet des progrès scientifiques et techniques et des réformes institutionnelles mises en œuvre, tant sur l'organisation de l'offre de soins que sur la formation et la recherche, notre système de santé a connu des évolutions majeures conduisant à des cloisonnements, en particulier sur le plan professionnel. Ces cloisonnements résultent de la spécialisation croissante - voire l'hyperspécialisation - du corps médical, de l'étanchéité des exercices entre les différents professionnels du secteur sanitaire et social, et entre les exercices en ville et à l'hôpital. Il s'agit aujourd'hui de sortir de ces cloisonnements.

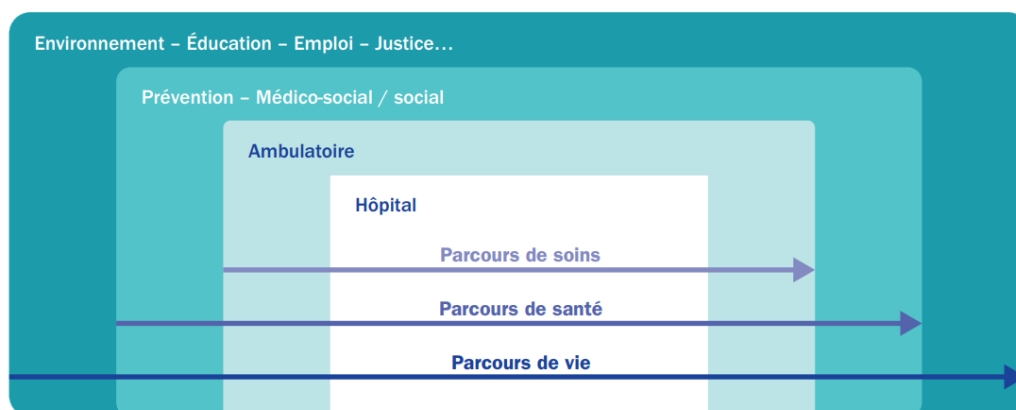
Ainsi, depuis plus d'une décennie, de nouvelles formes d'organisation ont émergé (cf. encadré 2).

Encadré 2 Du parcours de soins au parcours de santé : de quoi parle-t-on ?

Le concept de « *parcours* » est apparu dans les plans de santé publique et dans la loi Santé de 2015.

De façon habituelle, on distingue :

- **Le parcours de soins** qui regroupe la réponse aux besoins sanitaires, tant en termes de soins de ville (soins de premier recours), que de soins hospitaliers (hospitalisations, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée...);
- **Le parcours de santé** qui intègre aussi la réponse aux besoins de prévention, sociaux et médico-sociaux incluant donc les actions de prévention, les accompagnements médico-social et social et le retour à domicile ou en structures d'hébergement des personnes ;
- **Le parcours de vie** qui élargit le concept aux besoins de la personne au sein de son environnement de vie, intégrant donc les facteurs éducatifs, professionnels et sociaux (entourage familial par exemple).



Les catégories de parcours

Source : « *Les parcours, une nécessité* », E. Féry-Lemonnier - ADSP n°88 septembre 2014

Pour l'ANAP, le développement de la logique de parcours suppose une « *organisation coordonnée et proactive de l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques afin de répondre de façon globale aux besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux d'une personne* ».

Ces parcours doivent mobiliser l'ensemble des acteurs d'un même territoire dans une approche décloisonnée en particulier s'agissant de l'interface ville-hôpital. Cela questionne le positionnement de ces acteurs dans la gradation des soins et la coordination de proximité (formation, incitations financières) et l'articulation entre les acteurs du premier recours, les établissements médico-sociaux et les établissements de santé.

En matière gériatrique, l'un des principaux enjeux consiste à éviter, en amont, les hospitalisations et les passages aux urgences et à favoriser la possibilité d'entrer en MCO ou en SSR sans passage par les urgences. Il peut aussi s'agir de faciliter l'accès à une expertise gériatrique en soutien aux médecins généralistes et au SAMU. L'exemple des équipes mobiles de gériatrie à déploiement extrahospitalier est à cet égard illustratif. Durant l'hospitalisation, il est question de mieux articuler les séquences de prise en charge et de travailler sur les « passages de relais ». Cela passe notamment par un meilleur repérage des fragilités, par une meilleure fluidité des transitions entre composantes de la filière gériatrique ou encore par la formalisation d'un projet gériatrique commun, partagé. Enfin, en aval, il convient d'anticiper et d'améliorer le retour à domicile en facilitant les interactions, protocolisant la sortie ou proposant des solutions alternatives.

En ville, de nombreux dispositifs de coordination ont ainsi été mis en place : centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA⁴), plateformes territoriales d'appui (PTA)⁵ ou encore expérimentations PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Des initiatives diverses de la part des professionnels eux-mêmes ont émergé, appuyées ces dernières années par les gouvernements successifs, afin d'améliorer la réponse en ville avec la mise en place de regroupements divers, largement plébiscités par les jeunes médecins : cabinets de groupe (mono-disciplinaires ou encore pluridisciplinaires), maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou encore pôles de santé, ou de façon plus générale aujourd'hui communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ces communautés pouvant constituer à l'image des PTA des formes de « méta-coordination » susceptibles de structurer une offre de ville diversifiée.

Sur le versant hospitalier des réorganisations ont été également opérées, afin de limiter les hospitalisations complètes par le développement de la chirurgie ambulatoire, par exemple. Des hospitalisations de jour et de semaine ont été également mises en place afin de répondre aux besoins de soins intégrés et de prises en charge pluridisciplinaires.

De même, des filières gériatriques ont été créées, dans le cadre du Plan solidarité grand âge de 2007-2012, ayant pour objectif la mise en place de conventions de coopération entre les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées : *« Du fait de sa dimension territoriale, une filière [gériatrique] doit s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou en risque de dépendance (SSR gériatriques) les soins de longue durée »*. Outre ses missions d'organisation de la prise en charge hospitalière, *« une filière de soins gériatrique assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels des établissements de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées. Une filière gériatrique s'appuie de surcroît nécessairement sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif »*⁶.

⁴ MAIA, appelée depuis : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

⁵ Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas, Sébastien Gand « *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles* », 2011.

⁶ Circulaire DGOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

Cette dynamique, en mosaïque, a été accompagnée sur le plan méthodologique à travers l'édition de guides et référentiels par la HAS⁷ ou encore par l'ANAP⁸ à destination des structures et des professionnels. L'accompagnement des professionnels s'avère d'autant plus indispensable que la ressource humaine en santé constitue un important levier du changement et se trouve considérablement impactée par les évolutions organisationnelles.

C'est dans ce contexte, que l'ONDPS a mis en place le groupe de travail en 2018 afin de répondre à la lettre de mission que la ministre des Solidarités et de la Santé a adressée au Président de l'ONDPS, le 28 juillet 2017, pour que des travaux et études soient développés « *afin d'enrichir les réflexions actuelles sur les besoins futurs de santé en lien avec les évolutions des modes de prise en charge, des techniques, des pratiques et des coopérations entre professionnels* » ; travaux et études « *permettant d'avoir un diagnostic éclairé sur certaines professions pour lesquelles les activités se modifient et peuvent relever d'exercice pluri-professionnel* » et contribuer ainsi à l'examen des flux de professionnels médicaux à former.

Partant du constat que les différentes formes d'organisation mises en place ces dernières années ne répondent que partiellement aux besoins de décloisonnement des prises en charge (les passages fréquents aux urgences et les difficultés de solution d'aval⁹ constituant un révélateur de leurs limites) et peinent à se déployer sur l'ensemble du territoire¹⁰, l'ONDPS a souhaité apporter, par ce groupe de travail, des éléments d'analyse sur un des segments de cette prise en charge, les services en aval des urgences. Par ce groupe de travail, il s'agissait d'examiner, avec les professionnels directement concernés, quelles sont aujourd'hui les difficultés qu'ils rencontrent pour la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques et les solutions qui pourraient être apportées pour les lever, en particulier sur le volet des ressources humaines.

L'approche retenue pour les travaux du groupe de travail

Dans le cadre du groupe de travail, il ne s'agissait pas, en effet, de dupliquer des travaux largement développés par les différents acteurs pour améliorer le parcours des personnes âgées poly-pathologiques, en examinant l'organisation de la prise en charge globale en ville et ses liens avec l'hôpital. Il s'agissait en fait d'identifier, **en partant de l'hôpital et des services principalement impliqués** (c'est-à-dire, les services de médecine interne, de médecine polyvalente hospitalière et de gériatrie) et des personnels médicaux prenant en charge dans ces services les personnes âgées poly-pathologiques (internistes, médecins polyvalents hospitaliers, gériatres et également médecins généralistes de ville ayant une activité mixte ville/hôpital), les leviers qui permettraient de fluidifier les parcours de soins entre les services et améliorer la coordination en amont et en aval de ces services, avec la ville d'une part (EHPAD, SSIAD, médecins généralistes, quel que soit leur mode

⁷ HAS 2015 « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD* », ou encore HAS 2015 « *Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* ».

⁸ On peut citer notamment la publication « *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire : réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire* » ANAP, 2012.

⁹ DREES, Études et résultats n°973 de septembre 2016 – « *Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers* ».

¹⁰ On peut noter par exemple que 31% des EHPAD n'avaient pas en 2015 signé de conventions dans le cadre d'une filière gériatrique (cf. annexe 2 sur les EHPAD dans la note statistique sur la démographie médicale figurant en partie III du rapport).

d'exercice) et les autres services hospitaliers (notamment les services de soins de suite et de réadaptation -SSR- ou encore les services d'hospitalisation à domicile -HAD-) d'autre part.

Il s'agissait en particulier d'évaluer quelles conséquences pouvaient avoir, sur les besoins en formation des professionnels de santé, plus particulièrement en médecine interne, en gériatrie, mais également en médecine polyvalente, les réorganisations en cours ou envisagées (cf. note de cadrage en annexe au rapport).

Au cours des travaux du groupe il est apparu également important d'examiner quelles évolutions des formations pourraient être envisagées pour favoriser le décloisonnement des exercices professionnels.

Pour éclairer notre questionnement des travaux de diverse nature ont ainsi été conduits :

- une **enquête qualitative**, réalisée par la société « *Les Asclépiades* » à la demande de l'ONDPS et avec la coopération de la DGCS (cf. partie III du présent rapport), auprès de 5 établissements hospitaliers de différentes tailles et implantés sur des territoires aux caractéristiques contrastées en termes de densité médicale et de démographie de la population. Cette enquête a été menée afin de décrire les organisations adoptées au sein de structures hospitalières, en aval ou hors des urgences, pour la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, et d'identifier les logiques de parcours et de coopération mises en œuvre, ainsi que les dysfonctionnements, les difficultés rencontrées et les solutions proposées par les personnels impliqués dans ces parcours et prises en charge (internistes, gériatres, généralistes, urgentistes...);
- une **étude statistique sur la démographie des professionnels concernés**, réalisée par l'ONDPS, à partir des différentes bases de données disponibles (Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)-, base de données du CNG sur les praticiens hospitaliers), afin de connaître plus précisément leurs effectifs, leurs caractéristiques professionnelles et les types d'établissements dans lesquels ils exercent (cf. partie III du présent rapport) ;
- une **enquête quantitative**, réalisée par la société « *Wavestone* » à la demande de l'ONDPS, auprès des professionnels plus particulièrement concernés par la problématique du groupe de travail (internistes, gériatres et médecins hospitaliers polyvalents) pour connaître plus précisément leur identité professionnelle. Les principaux résultats de cette enquête sont présentés dans l'annexe 3 de l'étude statistique sur la démographie des professionnels concernés mentionnée ci-dessus.

Ces travaux ont aussi bénéficié d'une **contribution de l'ANAP** (cf. partie III du présent rapport) et d'une contribution de la **DREES sur les personnels des EHPAD** (cf. annexe 2 de l'étude statistique sur la démographie des professionnels concernés, mentionnée ci-dessus), de documents divers¹¹ et de **contributions écrites transmises par les professionnels eux-mêmes** (cf. partie II du présent rapport).

¹¹ Collège professionnel des gériatres français « *Livre blanc de la gériatrie française* », 2011 ; Claude Jeandel et Philippe Vigouroux « *Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé ?* », Revue hospitalière de France, n° 559, juillet – août 2014 ; HAS et Conseil national professionnel de gériatrie « *Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées* », septembre 2017 ; Collège national professionnel de médecine interne « *La médecine interne en France - Livre blanc* », 2004 ; Fédération hospitalière de France « *La médecine polyvalente à l'hôpital* », juin 2018.

Ces travaux du groupe, dans leur phase finale, ont également pris en compte les annonces faites par le Président de la République le 18 septembre 2018 concernant la stratégie de transformation du système de santé - « *Ma santé 2022* ». Dans cette perspective, il a été notamment demandé aux professionnels membres du groupe d'inscrire leurs propositions dans le cadre de cette réforme, qui dans une approche centrée sur le patient et ses besoins, vise à améliorer l'accès territorial aux soins et en particulier aux soins de proximité en proposant notamment :

- le développement des prises en charge décloisonnées au niveau des professionnels et des structures. Avec un décloisonnement de l'organisation des soins par la mise en place de coopérations en proximité entre ville/hôpital/médico-social, entre hôpital public/hôpital privé et entre professionnels de santé ; et un décloisonnement des exercices professionnels et des formations par des exercices mixtes ville/hôpital, par des parcours de formation, tant en ville qu'à l'hôpital.
- et le renforcement d'une organisation en niveaux de prise en charge, avec en particulier la création de 500 à 600 hôpitaux de proximité.

D'ICI 2022, des soins de PROXIMITÉ D'EXCELLENCE



Source : dossier de presse de « *Ma santé 2022, un engagement collectif* » - 18 septembre 2018

De ces travaux deux questions majeures ont émergé pour lesquelles les représentants des professionnels participant au groupe de travail ont exprimé des points de vue différents :

- le devenir de la médecine polyvalente : quels professionnels demain ? quelle formation ? faut-il un exercice strictement hospitalier ou un exercice décloisonné mixte hôpital/ville, en particulier dans les hôpitaux de proximité ?
- et en lien direct avec cette première question, comment réfléchir à la notion d'hôpital de proximité ? quel type d'exercice ? et quels médecins doivent y exercer ?

Ce questionnement sur les hôpitaux de proximité a été aussi au centre des débats du HCAAM qui propose que soient créés des établissements de santé communautaire assurant une première ligne d'hospitalisation en proximité, au service des médecins de ville, bien intégrée dans son environnement, principalement axée sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique notamment (court séjour, SSR, EHPAD, équipes mobiles...)¹².

¹² « Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé », avis du 24 mai 2018, HCAAM.

Quel regard les professionnels ont-ils de leur exercice, dans quels établissements exercent-ils ? quels points de tensions pour leur activité ?

Le regard des professionnels sur leur activité

Si tous, **internistes, gériatres, médecins polyvalents ou encore spécialistes de médecine générale de ville ayant une activité mixte ville/hôpital** se définissent aujourd'hui comme des médecins assurant effectivement **une prise en charge globale** des malades par opposition aux autres spécialistes¹³ qui ne prennent en charge que les problèmes et maladies liés à un organe ou à une fonction, ils se distinguent par les caractéristiques de leur patientèle en lien avec le type d'activité qu'ils exercent et le niveau de recours auquel ils interviennent (cf. annexe 1 de cette note de synthèse) :

- Les gériatres prennent en charge des patients âgés de plus de 75 ans en situation de fragilité ou de dépendance et offrent des soins au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer leur qualité de vie et leur autonomie. Ils interviennent à tous les niveaux de la prise en charge (du CHU à l'hôpital de proximité, en SSR, en SLD ou encore en EHPAD, voire en ville).
- Les internistes exercent une activité d'expertise et de recours pour le diagnostic et la prise en charge de situations complexes ou intriquées ou encore des maladies rares. Ils prennent également en charge en aval des urgences, au titre de leur activité de « médecine polyvalente », des malades poly-pathologiques ne relevant pas d'un service de spécialités d'organe, ou encore des malades hospitalisés dans d'autres services présentant des problèmes médicaux intercurrents ou des malades pour lesquels coexistent des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, et souvent avec des intrications médico-sociales. Ils interviennent essentiellement en tant que médecin de 2^{ème} ou 3^{ème} recours, mais développent aussi une activité médicale polyvalente de proximité pour les patients du bassin de population des hôpitaux dans lesquels ils interviennent (CHU « au sommet » et hôpitaux de recours « en zone intermédiaire »).
- Les médecins polyvalents hospitaliers ont une activité proche de celle des internistes sur leur volet « médecine polyvalente ». Contrairement aux médecins internistes, ils interviennent dans toutes les structures hospitalières (y compris en SSR et en hôpital de proximité), dans les services de médecine polyvalente mais également dans les services de spécialités.
- Les médecins généralistes ont une activité en « soins premiers » telle qu'elle est définie dans le référentiel WONCA¹⁴. Ils exercent essentiellement en ville mais interviennent également dans le secteur hospitalier, notamment dans les hôpitaux de proximité dans le cadre d'une activité mixte ville/hôpital (cf. étude statistique en partie III du rapport).

¹³ Hormis les pédiatres, qui eux aussi, assurent une prise en charge globale de l'enfant.

¹⁴ WONCA : « *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* ». Cette organisation mondiale des médecins « généralistes / médecins de famille » regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays.

En pratique, comme cela est précisé dans l'introduction au Livre blanc de la médecine interne¹⁵, au-delà de la définition plus ou moins théorique des spécialités, l'important est d'observer ce que font les différents spécialistes dans la réalité de leur pratique professionnelle quotidienne.

Sur ce point, les études partielles des professionnels, présentées respectivement dans le Livre blanc de la gériatrie¹⁶, et dans le Livre blanc de la médecine interne, permettent d'avoir une idée de cette réalité et de préciser ainsi les différences d'activité entre médecins internistes et gériatres.

L'enquête conduite par l'Observatoire régional de santé de Bretagne, en 2010, présentée dans le Livre blanc de la gériatrie, apporte un éclairage sur les activités des gériatres exerçant dans un établissement de santé public. On constate, parmi les 807 médecins gériatres ayant répondu à l'enquête, que plus de 50% d'entre eux déclarent exercer une activité de consultation et que 30% à 40% d'entre eux déclarent une activité de médecine aiguë gériatrique, en soins de suite et de réadaptation ou dans des services de soins de longue durée (cf. tableau 1).

Tableau 1

Les activités gériatriques	% (N=807)
Consultation gériatrique	58,1
Consultation mémoire	55,0
Médecine aiguë gériatrique	41,0
Soins de suite et de réadaptation	40,1
Soins de longue durée	32,8
Équipes mobiles de gériatrie	25,8
Hôpital de jour	21,2
Médecin coordonnateur Ehpad	21,2
Soins palliatifs et douleur	20,8
Admission et urgence	12,8
Psychogériatrie	11,0
Consultation avancée ou activité hors établissement	7,9
Consultation réseau externe	4,2

*Activités gériatriques déclarées par les médecins (chaque médecin a coché plusieurs items) dans le cadre de l'enquête 2010 menée auprès des gériatres – Exploitation : ORS Aquitaine
Tableau reproduit du Livre blanc de la gériatrie française, 2011, page 139*

De même, l'étude réalisée à partir des données du PMSI, présentée dans le Livre blanc de la médecine interne¹⁷, donne des indications sur le type d'activité des services de médecine interne. Cette étude, qui porte sur 96 services de médecine interne (41 services de CHU, 50 services de CHG et 5 services privés participant au service public (PSPH), et représentant au total 3 601 lits), montre « l'extrême diversité de l'activité de ces services puisque près de 60% de l'ensemble des GHM¹⁸

¹⁵ « La médecine interne en France » Livre blanc promu par le Collège National Professionnel de médecine interne, décembre 2004.

¹⁶ « Gériatrie 2011 – Livre blanc de la gériatrie française », Collège professionnel des gériatres français, 2011.

¹⁷ « L'activité des services de Médecine Interne français en 2000-2001 à partir des données du PMSI », Bernard Goichot et Nicolas Meyer, Livre blanc de la médecine interne, pp. 133 et suivantes.

¹⁸ GHM : groupe homogène de malades.

potentiellement observables dans un service de médecine sont cités au moins une fois. Vingt-trois CMD¹⁹ sont représentées sur un total de 27).

Trois grandes tendances se dégagent :

- premièrement, la part très importante des services de Médecine Interne dans la prise en charge de pathologies générales fréquentes, comme les pneumopathies, l'insuffisance cardiaque, les anémies, le diabète ou les accidents vasculaires cérébraux ;
- deuxièmement, les maladies systémiques (lupus, sclérodermie, vascularites, amylose...), dont la plupart sont regroupées dans les GHM 339, 340, ou 341 sont bien représentées dans les CHU (5^{ème} et 9^{ème} par nombre de citations, 5^{ème} et 7^{ème} par rang) mais n'apparaissent pas dans les 20 premiers GHM des CHG ;
- troisièmement, en dehors de leurs orientations spécifiques, les services de médecine interne dans leur ensemble, semblent particulièrement engagés dans la prise en charge des maladies hématologiques bénignes (GHM571) ou malignes (GHM589) ainsi qu'en oncologie (GHM587). L'activité diagnostique est très mal mesurée par le PMSI mais l'importance des GHM 675, 672 et 671 ("signes et symptômes..." et "autres facteurs influençant l'état de santé") reflète probablement indirectement cette activité ».

Dans leur étude, les auteurs notent cependant les précautions à prendre pour l'interprétation des résultats, même s'ils jugent que leur échantillon est représentatif des services de médecine interne. Les données recueillies, notamment, rendaient impossible l'analyse de la part réelle des services de médecine interne dans la prise en charge d'un GHM donné, une telle analyse aurait nécessité d'avoir accès pour chaque hôpital à l'ensemble des données du PMSI.

Ils concluent cependant que « cette étude, malgré ses limites méthodologiques, montre que les Internistes français sont largement engagés dans la prise en charge des affections médicales communes cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, infectieuses ou métaboliques. Les services de médecine interne des CHU, à côté de cette activité polyvalente, sont particulièrement impliqués dans la prise en charge des maladies systémiques. Dans les CHG, une partie de l'activité est vraisemblablement liée à l'absence de service de spécialité d'organe. Ainsi, en dehors d'une activité de pathologie générale commune à tous les services, il semble que les orientations plus spécifiques de certains services répondent à un besoin non satisfait par les autres spécialités et ceci confirme que les internistes remplissent un rôle essentiel dans l'organisation hospitalière de notre pays ».

Sur la base de cette étude, et des résultats de l'enquête menée sur les pratiques médicales des internistes, les principales prises en charge que réalisent les internistes sont présentées dans l'introduction du Livre blanc de la médecine interne (cf. tableau 2).

¹⁹ CMD catégorie majeure de diagnostic qui regroupe en 27 CMD -hors séances et inclassables- l'ensemble des GHM.

Tableau 2

Les prises en charge en médecine interne
Les patients hospitalisés en médecine en aval des services d'urgence
Les pathologies aiguës ne relevant pas de service à haute technicité spécialisée
La pathologie aiguë des personnes âgées
Les malades sans diagnostic
Les poly-pathologies
Les maladies systémiques et générales
Les maladies immunitaires
Les consultations sans rendez-vous des hôpitaux, et les permanences d'accès aux soins de santé

*Activités des médecins internistes telles que listées
dans l'introduction du Livre blanc de la médecine interne*

Ces deux listes « gériatrie » d'un côté (cf. tableau 1), « médecine interne » de l'autre (cf. tableau 2), permettent effectivement, au-delà de la description théorique des activités respectives des gériatres et des internistes, d'apprécier sur la base d'une analyse purement lexicale, les spécificités des interventions de ces professionnels²⁰.

Ces études sont toutefois partielles (comme le précisent d'ailleurs leurs auteurs) et relativement anciennes. Elles mériteraient d'être actualisées et étendues à l'ensemble des structures hospitalières, afin notamment d'évaluer plus précisément les spécificités de ces services en particulier par rapport à ceux des services de médecine polyvalente et des autres services de spécialités médicales. Cela n'a pas été possible dans le cadre de ce rapport. Actuellement il n'existe pas de bases de données rattachant les données d'activité contenues dans le PMSI à des services particuliers, sauf exception toutefois lorsqu'il s'agit d'unités médicales particulières à tarification spécifique, telle les unités médicales de gériatrie. Il n'est, par exemple, pas possible d'identifier simplement les activités qui relèvent des services de médecine interne ou des services de médecine polyvalente.

Le développement en cours du logiciel LogimedH du CNG sur l'ensemble des hôpitaux publics devrait toutefois permettre à terme de disposer de telles analyses, mettant en regard les données d'activité du PMSI avec les données organisationnelles par service et les données RH par statut professionnel.

Une activité qui ne s'exerce pas dans les mêmes établissements

Du fait de ces différences de nature dans leurs activités respectives, internistes, gériatres, médecins polyvalents hospitaliers n'interviennent pas dans les mêmes établissements.

Une exploitation par l'ONDPS des données de l'enquête réalisée par la DREES chaque année auprès des établissements hospitaliers (enquête dénommée Statistique annuelle des établissements) montre que les internistes se distinguent très nettement des gériatres et des médecins polyvalents hospitaliers par le type d'établissements dans lesquels ils exercent.

²⁰ Une étude des représentants des gériatres présentée dans leur contribution au rapport (cf. partie II du rapport) montre également que des différences notables existent au niveau des prises en charge entre services de gériatrie et services qualifiés par approximation de médecine polyvalente permettant de mieux caractériser les activités respectives de ces services.

Très présents à l'hôpital public (87% d'entre eux travaillent dans le secteur public), et en son sein en CHU/CHR (56%), les internistes n'interviennent pratiquement pas dans les établissements d'aval des établissements de soins de courte durée (SSR et SLD) et dans des proportions moindres, que les deux autres catégories de professionnels, dans les établissements de soins de courte durée des secteurs privés à but lucratif et non-lucratif.

Les lieux d'interventions des deux autres catégories de professionnels apparaissent en fait beaucoup plus divers, puisqu'on les trouve à tous les niveaux de la chaîne de prise en charge, à la fois en établissements de soins de courte durée (plus généralement en CH ou encore en structures privées) et dans les établissements d'aval (en SSR, ou encore pour les gériatres en SLD), et également en EHPAD (cf. annexe 2 de la note statistique en partie III du rapport – enquête EHPAD-DREES).

Tableau 3

Structure d'intervention des différents professionnels dans les établissements de santé

Les internistes, les gériatres, les généralistes et les médecins polyvalents en 2017	Internistes	Gériatres	Médecins polyvalents (estimation ONDPS *)
Secteur public	87%	72%	76%
CHR / CHU	56%	15%	24%
CH, dont anciens hôpitaux locaux	29%	52%	48%
CH spécialisés en psychiatrie	0%	1%	4%
Autres établissements publics	2%	3%	1%
dont établissements de lutte contre les maladies mentales	-	0%	0%
dont établissements de soins de longue durée	0%	3%	1%
Secteur privé non lucratif	8%	14%	13%
CLCC	0%	0%	1%
Autres établissements à but non lucratif	7%	14%	12%
<i>dont établissements de soins de suite et de réadaptation</i>	0%	5%	5%
<i>dont établissements de lutte contre les maladies mentales</i>	-	0%	0%
<i> dont centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie</i>	0%	0%	1%
<i> dont établissements de soins de courte durée</i>	7%	8%	3%
<i> dont établissements de soins de longue durée</i>	-	1%	0%
<i> dont autres</i>	1%	0%	3%
Secteur privé à but lucratif	5%	14%	11%
Etablissements de SSR	0%	8%	6%
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	5%	6%	3%
Etablissements de lutte contre les maladies mentales	-	0%	1%
Etablissements de SLD	-	0%	0%
Autres	-	0%	1%
Ensemble	100%	100%	100%

(*) estimation à regarder avec prudence sur la base des hypothèses présentées dans l'étude statistique en partie III du rapport

Sources : SAE 2017 - DREES - traitement ONDPS

Les internistes apparaissent ainsi très nettement positionnés au niveau du 3^{ème} recours de l'organisation proposée de restructuration de l'offre de soins, même si les professionnels de cette spécialité précisent qu'ils ont également une activité de recours de proximité ; les médecins polyvalents hospitaliers et les gériatres étant quant à eux positionnés sur l'ensemble des segments de la prise en charge.

Une activité importante en aval des urgences, avec une part élevée de prises en charge de personnes âgées de plus de 75 ans

Au-delà de ces différences, ces spécialistes notent l'importance croissante dans leur patientèle des personnes âgées de 75 ans et plus prises en charge en aval des services d'urgence et les problèmes que cela pose. Le recours croissant aux urgences du fait de l'attractivité des structures hospitalières et des carences de la médecine de ville entraîne « *un encombrement des filières d'hospitalisation.*

Celles-ci sont actuellement parvenues à saturation dans la plupart des hôpitaux, d'où un dysfonctionnement majeur en particulier dans les services de Médecine Interne et de Gériatrie, et un encombrement des filières d'aval dont un des indicateurs est l'augmentation de la durée moyenne de séjour »²¹.

Même si actuellement les données dont on dispose au niveau national ne permettent pas de calculer le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences dans les services de médecine interne, de gériatrie ou encore de médecine polyvalente, les données de la SAE, du PMSI ou encore de l'enquête Urgences permettent toutefois en les croisant de disposer de quelques éléments de diagnostic (encadré 3).

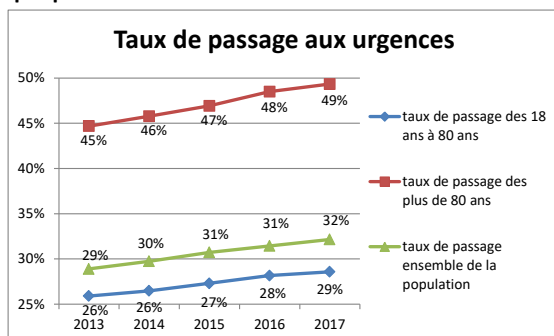
Encadré 3

Urgences et services de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente

Comme on le sait le nombre de passages aux urgences a fortement cru ces trente dernières années, alors que l'on comptabilisait, environ 4 millions de passage aux urgences en 1982, ce nombre s'est établi d'après la SAE à 21,5 millions environ en 2017. Rapporté à la population cela a représenté en 2017, 30 passages en moyenne annuelle pour 100 habitants, contre 7 pour 100 en 1982.

Du fait de leur état de santé plus fragile, les personnes âgées de 80 ans et plus -âge à partir duquel la poly-pathologie s'accroît fortement ainsi que les situations de dépendance⁽¹⁾ -, ont à la fois des taux de passage aux urgences bien plus élevés que le reste de la population, puisque ceux-ci s'élèvent à près de 50%, contre 29% pour les personnes âgées de 18 à 80 ans (graphique 1) et des taux d'hospitalisation, eux aussi, plus élevés, 48% contre 18% pour les personnes âgées de 18 à 80 ans (graphique 2).

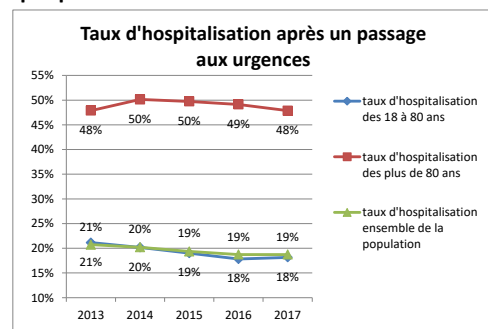
Graphique 1



Le taux de passage est calculé en rapportant le nombre de passages dans l'année à la population (ou sous-population considérée). Ce taux de passage ne correspond pas au taux de recours puisque certains patients peuvent avoir eu plusieurs recours dans l'année. Cette statistique se différencie de celle tirée de l'enquête Urgences qui présente des données relatives à un jour particulier (celui du jour de l'enquête, c'est-à-dire le mardi 11 juin 2013).

Source : SAE

Graphique 2



Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences est calculé en rapportant le nombre d'hospitalisation dans l'année au nombre de passages dans l'année de la population (ou sous population considérée).

Source : SAE

La gravité de leur pathologie et la présence de comorbidité -mesurée par l'indicateur de Charlson⁽²⁾ expliquent ce taux d'hospitalisation plus élevé. Ils expliquent également leur durée de passage aux urgences plus importante ; durée due, à la fois au nombre d'actes d'investigation et de soins réalisés plus élevé et au passage plus fréquent en unité de soins de courte durée (UHCD) pour investigation complémentaire ou mise en observation nécessaire avant un retour au domicile, mais également aux difficultés rencontrées par les services d'urgence pour leur trouver un lit d'aval⁽³⁾. Parmi les personnes âgées hospitalisées, 68% le sont dans un service de médecine, 21% en chirurgie, 8% en soins intensifs ou en réanimation et 3% dans d'autres services. Or,

²¹ « La médecine Interne hospitalière face aux problèmes des urgences », Jean-Louis Dupond, Daniel Sereni et le CNPI, *Livre blanc de la médecine interne*, pp. 154 et suivantes.

toutes choses égales par ailleurs, il est plus difficile de trouver une place dans les services de médecine, que dans les services de chirurgie.

Une telle situation pose bien évidemment des difficultés de fonctionnement au sein des services d'urgence, mais également au sein des services d'aval, de médecine notamment, et en particulier aux services de médecine interne, de gériatrie ou encore de médecine polyvalente. Comme le note la DREES dans une de ses études, présentant les résultats de l'enquête Urgences de 2013 : parmi les personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées et « en dépit de la quantité d'actes exploratoires effectués, les diagnostics posés à la sortie [des services d'urgence] restent peu précis et demeurent des symptômes, dans [nombre de cas] » (E&R n° 1007). Près de 25% des patients hospitalisés, âgés de 75 ans et plus, seraient dans cette situation.

Patients de 75 ans et plus, hospitalisés au décours du passage aux urgences

Diagnostic à sortie des urgences (*)

	Effectif	%
Symptômes	810	24,90
Trauma	506	15,54
Cardio	532	16,35
Nerveux	237	7,28
Respi	293	8,99
Dig endo	325	9,99
Autres	544	16,72
non rens	7	0,23
Total	3254	100

(*) regroupement des codes CIM-10

Source : DREES - enquête urgences un jour donné (11 juin 2013)

- (1) cf. sur ce sujet le document 9 « *Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques* », annexé au rapport « *Innovation et système de santé* », HCAAM 2016.
- (2) L'index de comorbidité de Charlson rend compte de la sévérité de l'ensemble des maladies chroniques d'un patient (diabète, cancer...) ; plus le score est élevé, plus le patient souffre de comorbidités sévères.
- (3) L. Ricroch et A. Vuagnat : « *Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé* », Études et Résultats, n°997, février 2017, DREES ; B. Boisguérin et L. Mauro : « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* », Études et Résultats, n°1007, mars 2017, DREES ; B. Boisguérin et L. Mauro : « *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue* », Études et Résultats, n°1008, mars 2017, DREES.

Ces données confortent notamment celles recueillies sur quelques établissements, que ce soit dans l'enquête qualitative réalisée à la demande de l'ONDPS pour ce groupe de travail (cf. la présentation de l'enquête en partie III du rapport) ou encore par les professionnels eux-mêmes.

La part des prises en charge des personnes âgées de 75 ans et plus s'accroît ainsi nettement avec le vieillissement de la population, et pèse dès lors de façon importante sur les services de médecine (qui accueillent 68% des personnes âgées de 75 ans et plus, DREES E&R n°1007) et en leur sein sur les services de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente, du fait de l'importance des comorbidités associées, facteur déterminant dans la décision d'hospitalisation (DREES E&R n°997 et E&R n°1007).

Du fait de la nature même de leur activité, cela semble évident pour les services de gériatrie. Cela apparaît aussi nettement dans les données transmises par les internistes, qui notent dans leur contribution au rapport qu'à la fois leurs services accueillent une proportion importante de

personnes âgées : « dans l'enquête 2017 de la SNFMI²², 35% des 1 247 séjours hospitaliers en médecine interne ont été réalisés pour des personnes de plus de 75 ans », ainsi qu'une proportion importante de personnes admises initialement aux urgences « 55% des séjours hospitaliers en médecine interne (n=1 247) concernent des personnes admises initialement aux urgences »²³.

Des difficultés en amont et en aval qui constituent autant de points de tension pour les professionnels concernés

L'enquête qualitative réalisée par la société « Les Asclépiades » à la demande de l'ONDPS montre que, si la répartition des activités entre gériatres et médecins internistes / médecins polyvalents hospitaliers varie entre les sites visités, du fait des organisations différentes (existence ou non de service de gériatrie aigüe ou d'équipe mobile de gériatrie, importance relative du nombre de lits ouverts), les critères d'orientation des patients à la sortie des urgences sont clairs dans leurs principes et correspondent globalement à ceux énoncés précédemment :

- si le patient est mono-pathologique sans troubles cognitifs, sans problèmes sociaux, il est orienté dans les services de spécialités (cardiologie, neurologie...) même si parfois, au-delà d'un certain âge, certains se heurtent à des refus systématiques des services de spécialité pour l'accueil de ces patients (exemple de l'insuffisant cardiaque de plus de 80 ans...);
- si le patient âgé poly-pathologique présente des problèmes de dépendance, de dénutrition, des troubles cognitifs, des problèmes sociaux..., il est orienté en gériatrie ;
- si le patient est poly-pathologique, avec prédominance d'une pathologie aiguë, sans problèmes cognitifs, il est orienté en médecine interne ou en médecine polyvalente.

Au-delà de ces principes généraux, des difficultés d'orientation sont toutefois notées : ces principes ne pouvant pas être toujours appliqués du fait de la saturation des lits, ce qui conduit à « héberger » temporairement le patient dans un service inadéquat, soit à l'accueillir en médecine interne ou polyvalente lorsque la gériatrie est saturée (le cas inverse n'a pas été rencontré dans l'enquête qualitative) ou si il n'y a pas de lits de gériatrie aiguë dans l'établissement.

L'enquête qualitative montre cependant que les problèmes de saturation les plus importants se situent dans tous les sites visités en aval de la prise en charge en court séjour (cf. partie III du présent rapport).

L'enquête qualitative a permis de confirmer les points de tension considérables en amont et en aval des services d'hospitalisation de court séjour (médecine interne, gériatrie, médecine polyvalente).

En aval, l'insuffisance de places en SSR, mais également les nombreux obstacles aux retours à domicile (manque de généralistes en activité, absence de masseurs-kinésithérapeutes acceptant de se déplacer à domicile, SSIAD débordés, HAD ayant des critères de prise en charge trop stricts, carence des solidarités familiales, manque de préparation des familles -aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan de l'adaptation du logement et de la demande d'aides-) sont autant de

²² Enquête réalisée pendant une semaine auprès de 40 services de médecine interne (25 CHU ; 8 CH 2 ESPIC et 1 hôpital d'instruction militaire).

²³ « Durée et typologie des séjours hospitaliers dans les services de médecine interne et médecine polyvalente en France : résultats de l'étude multicentrique du groupe SifMi », S. Sovaila et al., La Revue de Médecine Interne - Volume 39, Supplément 2, Décembre 2018, Pages A85-A86.

freins à une sortie rapide des services de gériatrie aiguë notamment. Les outils de coordination mis en place ces dernières années (PAERPA...) bien qu'utilisés ne sont pas suffisants pour régler l'ensemble des problèmes posés.

En amont, là aussi, la question des limites actuelles de la médecine générale a été évoquée par les médecins interrogés.

Les travaux de la DREES, notamment sur les déserts médicaux, montrent effectivement que la situation de la médecine générale de ville connaît aujourd'hui une baisse de sa couverture sur le territoire national sur ces dernières années, en cohérence avec les données de la CNAMTS sur l'évolution du nombre de médecins généralistes libéraux (cf. tableau 4), puisque le pourcentage de la population qui résiderait dans des déserts médicaux se serait accrue depuis 2012, date à laquelle les premières évaluations ont pu être faites selon la méthodologie dite de « l'accessibilité potentielle localisée ». Sur un champ strictement comparable²⁴, on note ainsi qu'en prenant un seuil de 2,5 consultations par habitant et par an en moyenne, 8,6% de la population (près de 5,7 millions de personnes) résideraient en 2016 dans une commune sous-dense en médecins généralistes, contre 8,1% en 2015 (soit près de 5,3 millions d'habitants en 2015)²⁵.

Tableau 4 : Evolution des effectifs de médecins libéraux présents et actifs au 31 décembre de chaque année

	2000	2005	2010	2015	2016
Total					
01- Médecine générale	55 457	55 571	54 813	53 329	52 962
01- MEP	6 639	6 777	7 675	7 014	6 790
01- Omnipraticiens	62 096	62 348	62 488	60 343	59 752
dont libéraux exclusif					
01- Médecine générale	50 398	50 745	50 146	49 042	48 807
01- MEP	5 394	5 588	6 403	5 869	5 718
01- Omnipraticiens	55 792	56 333	56 549	54 911	54 525
dont Libéraux et salariés de centres de santé					
01- Médecine générale	2 308	2 355	2 519	2 624	2 583
01- MEP	629	598	617	595	563
01- Omnipraticiens	2 937	2 953	3 136	3 219	3 146
dont Libéraux et salariés de l'hôpital à temps partiel					
01- Médecine générale	2 728	2 455	2 136	1 652	1 562
01- MEP	601	578	637	529	488
01- Omnipraticiens	3 329	3 033	2 773	2 181	2 050
dont Hospitaliers à temps plein					
01- Médecine générale	23	16	12	11	10
01- MEP	15	13	18	21	21
01- Omnipraticiens	38	29	30	32	31

MEP = médecins à exercice particulier
Source : CNAMTS

Champ : France entière – Tous régimes

²⁴ Y compris les médecins des centres de santé, médecins qui n'avaient pas été pris en compte en 2012. Sans les centres de santé, le pourcentage de personnes résidant dans des déserts médicaux est passé de 7,8% en 2012 à 8,6% en 2015.

²⁵ « Déserts médicaux comment les définir ? Comment les mesurer ? » Dossier de la DREES, mai 2017 et « 10 000 médecins de plus en 2012 » Études et résultats de la DREES n° 1061, mai 2018.

Ces points de tensions sont souvent exacerbés par des difficultés sociales pré-existantes.

Les « *bed blockers* » (patients restant plusieurs semaines, voire davantage, en médecine ou en SSR), en nombre variable selon les sites, sont bien souvent liés aux problèmes d'aval associés à des problèmes sociaux lourds, parfois compliqués par des problèmes juridiques : isolement, domicile insalubre, domicile inadapté, absence de domicile, absence de famille, tuteurs absents pour les personnes âgées placées sous protection juridique, attente très longue de la décision du juge des tutelles dans certains cas, absence de mutuelle, autres délais administratifs, impossibilité de payer les frais d'EHPAD et donc volonté de la famille de maintenir leur parent en SSR ou en USLD... ; les difficultés étant majorées dans les cas de géronto-psychiatrie.

Les problèmes purement médicaux sont, en effet, en général résolus en quelques jours (sous réserve d'un accès rapide aux examens complémentaires, ce qui n'est pas toujours le cas)²⁶ ; ce qui prend du temps c'est la prise en charge sociale.

Le temps social n'est en fait pas celui du soin.

Des solutions pour améliorer la fluidité des parcours sont toutefois mises en œuvre, au niveau de chaque établissement, afin de réduire ces tensions : mise en place de tableau affichant la disponibilité des lits d'aval, mise en place de commissions *ad hoc* dédiées à l'orientation des « *bed-blockers* », développement de postes d'interface (équipe mobile de gériatrie, médecin de liaison avec les urgences, infirmière coordonnatrice de parcours...), développement d'une filière de consultation post-urgences dans un délai court pour programmer une hospitalisation secondaire ou des examens complémentaires en ville, recherche de renforcement des liens avec la médecine de ville, en particulier avec les centres de santé ou encore les cabinets médicaux regroupés...

Des propositions ont été aussi émises, par les professionnels enquêtés, pour améliorer les prises en charge (*cf.* la présentation de l'enquête qualitative en partie III du rapport), parmi celles-ci on peut citer : le renforcement des liens entre le secteur médical et le secteur médico-social (en particulier les EHPAD), ou encore le raccourcissement des délais des décisions de justice pour la désignation d'un tuteur lorsque cela s'avère nécessaire et, plus largement, l'adaptation des différentes procédures juridiques. Pour ces professionnels, cela passe également par l'identification des personnes âgées isolées, avec un début de troubles cognitifs *via* le réseau de soins primaires avec une participation des gériatres (notamment avec les équipes mobiles de gériatrie), mais également par l'adaptation des domiciles et le renforcement du rôle de l'assistante sociale dans l'organisation des prises en charge.

Dans son dernier avis sur le « *système de santé et les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie* » du 22 novembre 2018, le HCAAM revient sur les conditions d'une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie. Parmi les propositions formulées, sont notamment rappelées, dans le cadre d'une logique de « parcours », les conditions organisationnelles de ces prises en charge : mise en place « *d'un bouquet de service organisé* », d'une structuration de l'offre de proximité avec coordination de l'ensemble des services y concourant, et intégration « *des prestations sanitaires et médico-sociales ce qui suppose, notamment, d'harmoniser les outils sanitaires (plan personnalisé de santé -PPS- et médico-sociaux -plans d'aide-)* ».

²⁶ Il est cependant observé par les internistes que les problèmes les plus difficiles concernent les patients non âgés poly-pathologiques avec problèmes sociaux (handicaps lourds, désocialisation...) pour lesquels il n'existe pas de structure d'hébergement d'aval adaptée en nombre suffisant.

Il est clair que, si ces tensions amont-aval pouvaient être réduites, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de la transformation du système de santé - « *Ma santé 2022* » et une meilleure structuration des prises en charge avec une offre de proximité intégrant les soins primaires et une première ligne d'hospitalisation (*cf.* encadré 4 figurant plus loin), un infléchissement de la croissance des besoins en professionnels hospitaliers, dans le contexte qui est le nôtre, de vieillissement de la population et de sollicitation plus forte au système de santé, peut être envisagé.

Quelle démographie médicale ?

Estimer ces besoins en professionnels n'est toutefois pas chose aisée. Aucune source de données ne permet d'identifier simplement le nombre de ces professionnels et donc par voie de conséquence le nombre de ceux qui seraient susceptibles de partir à la retraite et qu'il faudrait remplacer, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire sans tenir compte de l'évolution des besoins de la population et des réorganisations structurelles envisagées.

L'étude réalisée par l'ONDPS, figurant en partie III du rapport, présente les difficultés de l'exercice. En croisant toutefois les données de plusieurs sources, il a été possible d'estimer un ordre de grandeur du nombre de ces professionnels actuellement en exercice et susceptibles de partir dans les 5 prochaines années.

Ce travail s'est appuyé sur deux bases de données essentielles : la Statistique annuelle des établissements de santé, SAE- (enquête réalisée chaque année par la DREES auprès des établissements de santé) et le Répertoire partagé des professionnels de santé, RPPS (établi à partir des inscriptions à l'Ordre des médecins). Ces deux bases ont été également confrontées à celle du Centre national de gestion relative aux praticiens hospitaliers (PH).

Cet exercice de croisement entre ces bases de données²⁷ montre que des écarts plus ou moins importants, selon la spécialité étudiée, existent entre les deux notions que sont : la spécialité ordinale d'appartenance et l'activité principale exercée. Il n'existe, en effet, pour aucune spécialité, de concordance stricte entre l'appartenance à une communauté professionnelle identifiée en tant que telle, et l'activité professionnelle exercée, à la fois parce que nombre de médecins ont pu en cours de leur carrière changer d'activité principale sans avoir pour autant changé de spécialité ordinale d'exercice, mais également parce que les évolutions institutionnelles ont modifié au cours du temps les contours des exercices de chacune des spécialités. Au cours du temps, en effet, les contours des spécialités se sont nettement modifiés, bien sûr du fait des progrès scientifiques et techniques, qui ont conduit à l'émergence de nouvelles disciplines, mais également, du fait des recompositions institutionnelles opérées, en particulier celles ayant consisté à requalifier des disciplines, qui étaient initialement reconnues comme des compétences pouvant être exercées à titre complémentaire à celles de certaines spécialités, en spécialités ne pouvant dès lors être exercées qu'à titre exclusif par rapport aux autres spécialités (*cf.* note statistique en partie III de ce présent rapport).

Du fait de leur histoire, les deux spécialités étudiées (médecine interne et gériatrie) et l'exercice particulier de médecine polyvalente (qui n'est pas une spécialité mais un type d'activité) se distinguent, ce qui a nécessité des retraitements différenciés.

²⁷ Pour une présentation détaillée de ces différentes sources et leurs limites, voir l'étude statistique figurant en partie III de ce présent rapport.

La médecine interne

Spécialité ordinaire de longue date, puisqu'elle a été reconnue officiellement comme une spécialité à part entière en 1965²⁸, son exercice n'est déclaré que par des médecins inscrits au tableau de l'Ordre avec comme spécialité ordinaire d'exercice « *la médecine interne* » ; aucun médecin ne déclarant cet exercice à titre complémentaire.

Toutefois, du fait des autorisations d'exercices complémentaires qui ont été accordées aux médecins internistes dans le passé un nombre non négligeable d'entre eux exercent en réalité une autre spécialité que leur spécialité ordinaire d'exercice, c'est le cas en particulier pour 274 internistes praticiens hospitaliers. Une telle situation est d'ailleurs rapportée par les médecins internistes eux-mêmes dans leur Livre blanc de 2004 : « *...dans certaines circonstances de qualification, une compétence secondaire [était accordée] à certains Internistes. Ceci leur permettait à côté de leur spécialité-mère d'exercer une autre spécialité qu'il s'agisse de la cardiologie, de la rhumatologie, de l'endocrinologie ou des maladies infectieuses et même de la gastro-entérologie pour ne citer que les plus importantes. Ces passerelles permettaient à l'Interniste d'élargir son champ de compétences [...]. Pour les hospitaliers, [ces] passerelles représentaient un intérêt majeur dans nombre d'hôpitaux généraux incapables de multiplier les services de spécialités grâce à la création de services de "médecine à orientation..." en général coordonnés par un Interniste sachant s'entourer de spécialistes d'organe* »²⁹.

À l'inverse, du fait des caractéristiques de cette spécialité, qui assure pour partie des prises en charge globales de « médecine polyvalente », des praticiens hospitaliers d'autres spécialités ordinaires exercent la médecine interne.

Ainsi, au total en croisant les données des différentes sources, on peut estimer à 2 185 le nombre des médecins exerçant la médecine interne à comparer aux 2 377 médecins enregistrés au tableau de l'Ordre avec la médecine interne comme spécialité ordinaire.

Les internistes en 2018		Total des effectifs du champ défini
Médecins internistes (médecins ayant déclaré détenir la spécialité d'exercice de médecine interne dans le RPPS)		2 377
Dont médecins internistes occupant un poste de PH en médecine polyvalente		120
Dont médecins internistes occupant un poste de PH dans une autre spécialité		274
- en maladies infectieuses, maladies tropicales		128
- en gériatrie		45
- en réanimation médicale		29
- en autres spécialités		72
Médecins occupant un poste de PH de médecin interniste (médecins ayant déclaré détenir une autre spécialité d'exercice que la médecine interne dans le RPPS)		82
Médecins internistes (champ retraité RPPS - CNG)		2 185

Champ : les internistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les internistes de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins).

Source : RPPS 2018/DREES - CNG 2018 - traitement ONDPS

NB : Pour calculer le chiffre de 2 185, des 2 377 médecins ayant déclaré la médecine interne comme spécialité ordinaire ont été déduits les 274 médecins occupant des postes de PH dans d'autres spécialités et ont été ajoutés les 82 médecins ayant déclaré une autre spécialité ordinaire que la médecine interne mais occupant des postes de PH de médecine interne. Ce calcul ne tient pas compte des 120 médecins internistes occupant des postes de PH en médecine polyvalente, dans la mesure où la médecine polyvalente hospitalière n'est pas une spécialité en tant que telle, mais un type d'activité (cf. ci-dessous le paragraphe relatif à la médecine polyvalente) ; ceux-ci sont considérés comme relevant de la médecine interne.

²⁸ Arrêté du 18 novembre 1965.

²⁹ Jean-Marc ZIZA : « *la médecine interne et le secteur privé* », in « *La médecine interne en France* », Livre blanc de la médecine interne -2004.

Parmi les spécialités, autres que la médecine interne, exercées par des praticiens hospitaliers -ayant comme spécialité ordinale la médecine interne- on note l'importance de spécialités nouvellement créées : maladies infectieuses, maladies tropicales, gériatrie et réanimation médicale. Toutes trois, des disciplines qui pouvaient être exercées antérieurement en exercice complémentaire à la médecine interne mais également à la médecine générale, et qui du fait de leur reconnaissance comme spécialités ne pourront plus être exercées par les médecins internistes ou encore les médecins généralistes.

La gériatrie

À l'inverse de la médecine interne, la gériatrie est une spécialité reconnue depuis très récemment, puisque cette reconnaissance date de 2004 (arrêté du 12 février 2004) quand le DESC de gériatrie a été qualifié de DESC de type II.

Antérieurement la gériatrie était reconnue seulement comme une compétence qui pouvait dès lors être exercée dans le cadre d'un exercice complémentaire à celui d'une spécialité. En outre, même si les prémices de la gérontologie sociale³⁰ datent de la fin du XIX^{ème} siècle et que les premières sociétés de gérontologie ont vu le jour dans les années 50, la discipline de gériatrie / gérontologie n'a été reconnue en tant que compétence qu'en 1985 avec la création de la Capacité de gérontologie, puis du DESC de gériatrie en 1988³¹.

Ainsi, cette discipline est généralement mentionnée au titre d'un exercice complémentaire : sur les 5 616 médecins (de moins de 72 ans) qui déclarent avoir une activité de gériatrie / gérontologie, seuls 1 984 ont la spécialité d'exercice, ils sont 3 632 à avoir déclaré l'exercer à titre complémentaire (89 avec le DESC non qualifiant -créé en 1988 et transformé en DESC qualifiant en 2004- et 3 543 avec la capacité de gérontologie). Parmi ces 3 632 médecins près de 90% ont comme spécialité ordinale d'exercice la médecine générale.

Les gériatres en 2018		Secteur hospitalier (hôpital public, privé, PSPH) (*)	Etablissement hébergement réadaptation	Etablissement personnes âgées	Autres secteurs	Total des effectifs du champs défini
Médecins gériatres (médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS)		3 336	10	844	1 426	5 616
<i>dont médecins ayant déclaré la spécialité d'exercice</i>		1 520	3	244	217	1 984
<i>dont médecins exerçant la gériatrie à titre complémentaire (DESC non qualifiant)</i>		73	0	3	13	89
<i>dont médecins exerçant la gériatrie à titre complémentaire (capacité de gérontologie)</i>		1 743	7	597	1 196	3 543

(*) Ordre de priorité retenu pour ventiler les effectifs selon les différents secteurs d'activité : secteur hospitalier, puis établissement d'hébergement et de réadaptation (hors secteur hospitalier), EHPAD, et autres secteurs (ville et secteur administratif)

Champ : les gériatres de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les gériatres de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins)

Source : RPPS/DREES 2018 - traitement ONDPS

Effectifs non repris pour l'analyse démographique (voir plus loin)

En confrontant, comme pour la médecine interne, les données issues du RPPS de celles du CNG sur les praticiens hospitaliers, on constate également qu'un nombre non négligeable de médecins déclarant un exercice de gériatrie/gérontologie, au titre de la spécialité ordinale de gériatrie ou encore à titre complémentaire, occupent en réalité des postes de praticiens hospitaliers d'autres spécialités (médecine d'urgence, psychiatrie, médecine interne...) et qu'à l'inverse certains praticiens hospitaliers occupent des postes de gériatrie sans avoir déclaré d'exercice en gériatrie / gérontologie.

³⁰ Cf. « Naissance et histoire de la gériatrie » Pr Moulias – Paris – article publié par l'IDSG sur son site.

³¹ Arrêté du 25 juillet 1985 pour la capacité de gérontologie et du 4 mai 1988 pour le DESC de gériatrie.

Ainsi, au total en croisant les données des différentes sources, on peut estimer à 5 871 le nombre des médecins exerçant la gériatrie/gérontologie, à un titre ou à un autre, à comparer aux 5 616 médecins ayant déclaré exercer la gériatrie / gérontologie avec la spécialité d'exercice de gériatrie ou au titre d'un exercice complémentaire à une autre spécialité.

Les gériatres en 2018		Total des effectifs du champ défini (*)
Médecins gériatres (médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS)		5 616
Dont gériatres occupant un poste de PH en médecine polyvalente		328
<i>dont médecins ayant déclaré la spécialité d'exercice en gériatrie</i>		77
<i>dont médecins ayant déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie</i>		251
Dont gériatres occupant un poste de PH dans une autre spécialité		187
<i>-médecine d'urgence</i>		88
<i>-psychiatrie</i>		38
<i>-médecine interne</i>		16
<i>-autres spécialités</i>		45
Médecins occupant un poste de PH de gériatrie (médecins n'ayant pas déclaré exercer cette compétence dans le RPPS)		693
Médecins gériatres (champ redressé RPPS - CNG)		5 871

(*) correspond à l'ensemble des médecins, de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018, ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS.

Source : RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - traitement ONDPS

NB : Pour calculer le chiffre de 5 871, des 5 616 médecins ayant déclaré exercer la gériatrie / gérontologie, à un titre ou à un autre, ont été déduits les 187 médecins occupant des postes de PH dans d'autres spécialités ainsi que les 251 médecins ayant déclaré exercer la gérontologie à titre complémentaire et occupant des postes de PH en médecine polyvalente, et ont été ajoutés les 683 médecins n'ayant pas déclaré d'exercice en gériatrie / gérontologie, à un titre ou à un autre, mais occupant effectivement des postes de PH en gériatrie. Ce calcul ne tient pas compte des 77 médecins gériatres occupant des postes de PH en médecine polyvalente, dans la mesure où la médecine polyvalente hospitalière n'est pas une spécialité en tant que telle, mais un type d'activité (cf. ci-dessous le paragraphe relatif à la médecine polyvalente) ; ceux-ci sont considérés comme relevant de la gériatrie.

Il faut toutefois avoir en tête que ce chiffre de 5 871, ne peut en aucun cas correspondre au nombre de médecins exerçant effectivement la gériatrie à titre principal.

Ce chiffre tient compte, en effet, (modulo les corrections apportées à partir des données du CNG sur les praticiens hospitaliers) de l'ensemble des médecins ayant déclaré à un titre ou à un autre un exercice de gériatrie / gérontologie. Parmi eux, on peut supposer que certains de ceux qui l'exercent à titre complémentaire ne l'exercent qu'à titre secondaire et non à titre principal. Aussi, sur la base des échanges au sein du groupe et des données recueillies dans l'enquête quantitative, il a été supposé que ceux qui l'exercent en ville et en administration ne le font qu'à titre secondaire.

Le nombre de gériatres s'établirait ainsi à 4 662.

Champ d'analyse retenu	
Total des médecins ayant déclaré un exercice de gériatrie	5 871
<i>dont médecins n'ayant pas la spécialité d'exercice et travaillant dans le secteur "autre"</i>	1 209
champ retenu pour l'analyse démographique	4 662

La médecine polyvalente

Concernant les médecins exerçant une activité polyvalente hospitalière l'estimation de leur nombre est, par rapport aux deux autres catégories de professionnels examinées, encore plus compliquée.

En effet, cette activité ne correspond pas à une spécialité ou une compétence reconnue par les textes, même si cette question a pu être posée lorsqu'ont été précisées les conditions que devaient remplir les médecins généralistes ayant obtenu leur diplôme avant 2004 (date de la création de la spécialité de médecine générale) pour être requalifiés en « spécialistes de médecine générale ».

Du fait des critères retenus pour définir la « spécialité de médecine générale » (définition WONCA)³², et considérant *de facto* que seuls les médecins ayant un exercice de ville répondaient à ces critères, la question de créer une spécialité de « médecine polyvalente » a été discutée au sein de différentes instances (et notamment au CNOM³³), sachant que la très grande majorité des médecins polyvalents hospitaliers sont issus de la filière de médecine générale. Cette proposition n'a toutefois pas été retenue.

Il n'existe pas non plus à ce jour de diplôme associé.

Pour ces deux raisons, ces médecins sont non identifiables directement dans les différentes sources de données. Les seuls médecins ayant un exercice de médecine polyvalente identifiés en tant que tels sont les praticiens hospitaliers³⁴.

Aussi, pour estimer le nombre de médecins exerçant dans les services de médecine polyvalente et plus largement ayant une activité de médecine polyvalente, un certain nombre d'hypothèses ont dû être faites, qui pour certaines sont relativement fragiles. Ces hypothèses sont présentées en détail dans la note statistique en partie III de ce présent rapport.

En réduisant l'analyse aux seuls médecins généralistes ayant une activité exclusive hospitalière et n'ayant pas déclaré un exercice d'urgence ou de gériatrie, le nombre de médecins polyvalents s'établirait à 10 839.

Les médecins de médecine polyvalente hospitalière en 2018	
<i>Médecins ayant déclaré la médecine générale comme spécialité ordinale</i>	
	Secteur hospitalier
Médecins exerçant dans le secteur hospitalier	23 305
(1) Médecins exerçant uniquement dans le secteur hospitalier	18 132
(2) dont médecins ayant déclaré exercer l'urgence dans le RPPS ou occupant un poste PH urgence (*)	5 102
(3) médecins ayant déclaré exercer la gériatrie dans le RPPS ou occupant un poste de PH de gériatrie(**)	1 634
(4) dont médecins occupant un poste de PH dans une autre spécialité (***)	746
(5) dont doubles comptes urgentistes-gérialtres	189
Médecins polyvalents (champ redressé) = (1)-(2)-(3)-(4)+(5)	10 839

(*) Les compétences de médecine d'urgence retenues sont la CAPA d'aide médicale urgente, la CAPA de médecine de catastrophe, et le DESC de médecine d'urgence. Dans ce décompte sont exclus les médecins généralistes occupant un poste de PH de médecine polyvalente, et ajoutés en revanche les PH de médecine d'urgence n'ayant pas déclaré de compétences d'urgence dans le RPPS.

(**) Les compétences de gériatrie retenues sont la CAPA de gériatrie, le DESC non qualifiant de gériatrie. Dans ce décompte sont exclus les médecins généralistes occupant un poste de PH de médecine polyvalente, et ajoutés en revanche les PH de gériatrie n'ayant pas déclaré de compétences de gériatrie dans le RPPS.

(***) dont 120 en psychiatrie.

Champ : médecins généralistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018, travaillant dans le secteur hospitalier.

Sources : RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - traitement ONDPS.

³² WONCA : voir la définition en note de bas de page ci-dessus.

³³ Rapport du CNOM de juin 2014 « La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale », disponible sur son site.

³⁴ En 2018, leur nombre est évalué par le Centre national de gestion à 3 543 (3 105 postes occupés à temps plein et 438 à temps partiel).

Cette évaluation ne permet toutefois pas d'identifier au sein de ces médecins, ceux qui travaillent précisément dans des services de médecine polyvalente en aval des urgences. Le champ retenu ici est à la fois :

- plus large, puisque sont décomptés tous les médecins généralistes travaillant exclusivement à l'hôpital, hors ceux qui sont considérés comme urgentistes ou gériatres, et ce quel que soit le service dans lequel ils travaillent. Cette évaluation est cohérente avec la pratique décrite par les médecins polyvalents, qui précisent dans leur contribution jointe à ce rapport en partie II que l'activité de médecine polyvalente peut s'exercer dans d'autres services que ceux qualifiés de médecine polyvalente (en SSR, en chirurgie, en milieu psychiatrique, voire dans des services de spécialités d'organes) ;
- plus restreint, puisqu'il ne prend en compte, ni les médecins d'autres spécialités que la médecine générale, pouvant exercer dans les services de médecine polyvalente (choix revenant implicitement à comptabiliser ces médecins des autres spécialités avec leur spécialité ordinale d'exercice, c'est ce qui a été fait pour les PH occupant des postes de médecine polyvalente ayant comme qualification ordinale la médecine interne et la gériatrie, l'hypothèse ainsi retenue est que ces services ont vocation du fait de leur activité à regrouper des médecins de plusieurs disciplines, la question ici posée étant celle du renouvellement et -par qui- de ceux ayant la qualification de médecins généralistes -cf. plus loin), ni les médecins généralistes ayant un exercice partagé hôpital/ville (partant du principe que ces médecins n'exercent à l'hôpital qu'à titre complémentaire de leur exercice de ville, choix cohérent avec l'analyse faite plus loin sur les exercices décloisonnés hôpital/ville).

Des exercices croisés entre médecine interne, gériatrie et médecine polyvalente

L'examen des champs relatifs des médecins internistes, des gériatres et des médecins exerçant la médecine polyvalente, montre l'importance des exercices « croisés », entre ces professionnels, ce qui d'une certaine façon met en lumière la proximité entre les services de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente.

Parmi les médecins ayant comme spécialité d'exercice la médecine interne, 120 occupent, en effet, des postes de PH en médecine polyvalente, 45 des postes de PH de gériatrie et 74 ont déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie. De même, parmi les médecins déclarant exercer une compétence en gériatrie à un titre ou à un autre, ils sont 16 à occuper des postes de PH de médecine interne et 328 à occuper des postes de PH en médecine polyvalente (77 avec comme spécialité d'exercice la gériatrie et 251 avec une compétence complémentaire exercée en gériatrie / gérontologie).

Dans leur Livre blanc, les internistes rappellent, par exemple, l'importance des collaborations qui doivent être mises en place, en particulier en aval des urgences, entre les gériatres et les internistes, afin d'assurer la meilleure prise en charge des personnes âgées.

Des perspectives démographiques pour les trois catégories de professionnels étudiés

Sur la base de ces différentes évaluations et en ne reprenant pour l'exercice de projection des départs que les médecins de 58 ans et plus, ainsi que les lois de décès par âge de l'INSEE et les lois de cessation d'activité par âge pour les médecins salariés de la DREES, on peut estimer que le nombre

d'internistes, de gériatres ou encore de médecins polyvalents de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années serait respectivement de 500, 600 et 1 500 environ.

Quelles propositions d'évolution en lien avec la transformation annoncée du système de santé - « *Ma santé 2022* » ?

Sur la base de ces différents éléments de diagnostic et des perceptions que les professionnels ont de l'avenir de leur discipline, les internistes, gériatres, médecins polyvalents hospitaliers, médecins généralistes et internes ont formulé un certain nombre de propositions que l'ONDPS leur a demandé de mettre en perspective avec la transformation annoncée du système de santé - « *Ma santé 2022* ».

Ces propositions figurent dans les contributions respectives des professionnels concernés (cf. partie II du rapport).

Les professionnels proposent une augmentation du nombre de professionnels à former en médecine interne, en gériatrie et en médecine générale

Face au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de personnes poly-pathologiques, ou encore de personnes fragiles ou en situation de dépendance, et donc de besoins croissants de prises en charge globales ; face également aux besoins de renouvellement des professionnels médicaux les plus concernés et en réponse aux difficultés qu'ils rencontrent aujourd'hui dans leur exercice (saturation des services hospitaliers avec une prise en charge de plus en plus importante de personnes âgées fragiles ou en situation de dépendance, mais plus largement de personnes poly-pathologiques, difficultés majeures de la médecine de ville du fait de la baisse actuelle du nombre de médecins généralistes s'installant en ville et de l'augmentation du nombre de « déserts médicaux »³⁵), l'ensemble des représentants des professionnels médicaux participant au groupe de travail demande que le nombre de professionnels en formation de leur spécialité soit augmenté :

- **en médecine interne**, les représentants de la spécialité demandent que 200 postes soient ouverts annuellement à l'internat, contre 113 et 123 postes ouverts en 2017 et 2018³⁶, auxquels il faut rajouter 20 postes en moyenne par an au titre du 2^{ème} DES, à compter de 2020, soit au total **220 postes annuels ouverts en formation initiale et continue en DES de médecine interne**. Ces demandes sont justifiées par les représentants de la médecine interne, à la fois par :
 - o la crainte « *d'une diminution nette du nombre d'internistes exerçant en France et la disparition de services hospitaliers de la spécialité dans de nombreux territoires, suite au départ à la retraite dans un avenir proche des confrères les plus âgés* » ;
 - o « *l'augmentation inéluctable du nombre d'hospitalisations non programmées de personnes âgées poly-pathologiques, même si les dispositions annoncées dans le plan « *Ma santé 2022* » laissent espérer un moindre recours aux urgences et une redistribution partielle des sites d'hospitalisation* », et pour laquelle la spécialité de médecine interne

³⁵ Cf. ci-dessus.

³⁶ Pour rappel, le nombre de postes ouverts en moyenne annuelle en médecine interne pour les cinq années précédentes 2012-2016 s'élevait à 127, sachant que sur ces années précédentes étaient également formés pour partie des infectiologues notamment (cf. étude statistique en partie III du rapport).

se déclare « prête à prendre toute sa part en complémentarité avec les gériatres (la seule spécialité qui a développé un programme de formation en accord) » ;

- et également par l'investissement qu'apporteraient les médecins internistes à la fois dans les groupements hospitaliers de territoire pour le développement du travail en réseau ; et leur investissement dans la formation des médecins polyvalents *via* un diplôme inter-universitaire (**DIU) de médecine polyvalente hospitalière ouvert chaque année à 100/140 praticiens** ne disposant pas actuellement d'un DES de médecine interne et souhaitant travailler dans le domaine de la médecine hospitalière munis d'une formation diplômante (actuellement ce DIU est proposé dans trois Universités, en 2018 140 praticiens s'y sont inscrits), ou encore *via* une formation spécialisée transversale (**FST) de médecine polyvalente hospitalière ouverte annuellement en formation initiale et continue à 120 à 150 internes et praticiens.**

Concernant la médecine polyvalente hospitalière, qui ne correspond pas à une spécialité mais à un type d'activité, exercée principalement par des médecins ayant la qualification en médecine générale (cf. le paragraphe précédent de cette synthèse sur la démographie médicale et la note statistique en partie III du rapport), les représentants de la médecine interne partant du constat que ces professionnels sont indispensables au bon fonctionnement des structures hospitalières et que leurs départs devront être remplacés et leur nombre augmenté dans le cadre du développement des hôpitaux de proximité où ils interviennent, proposent de mettre en place une FST ouverte à tous les DES hormis celui de médecine interne compte tenu de leur cursus de formation qui intègre déjà la formation à la médecine polyvalente hospitalière. « *Les DES pressentis comme pouvant donner accès à cette FST sont (de façon non restrictive) les DES de médecine cardio-vasculaire, endocrinologie–diabétologie–nutrition, gériatrie, hépato-gastro-entérologie, médecine générale, médecine physique et réadaptation, médecine d'urgence, neurologie et pneumologie, compte tenu de la typologie des patients pris en charge dans les unités hospitalières de médecine polyvalente [...]. Nous proposons que cette FST puisse disposer d'un flux de 120 à 150/an. Les internistes sont prêts, si cela est souhaité par les doyens, à assurer le pilotage de la formation au sein des UFR médicales, mais il est souhaitable et nécessaire que plusieurs collègues d'enseignants soient impliqués dans l'ajustement du programme des compétences et dans la délivrance des enseignements de cette FST. L'ensemble des collègues d'enseignants des spécialités médicales seront interrogés et particulièrement ceux des DES précités. La médecine générale est citée parmi les spécialités à associer au projet, dont elle pourrait d'ailleurs être le principal vivier de candidats, car nombreux sont les futurs spécialistes en médecine générale souhaitant travailler en établissements hospitaliers, volontiers à temps partagé. Cette appétence est renforcée par le décroisement entre médecine de ville et structures hospitalières de proximité exprimée dans le plan « Ma Santé 2022 » qui a ainsi l'ambition de créer 400 postes de praticiens à exercice mixte ville-hôpital ».*

Cette proposition de création d'une FST de médecine polyvalente rejoint celle de la **fédération francophone de médecine polyvalente (FFMP)** qui souhaite que leur activité soit clairement identifiée au sein des établissements de santé et leur compétence reconnue (cf. contribution de la fédération de médecine polyvalente en partie II du rapport et propositions reprises dans l'annexe 2 de cette note).

- **en gériatrie**, les représentants de la spécialité demandent, qu'à l'horizon de 2023, **450 postes soient ouverts à l'internat en gériatrie**, contre 200 postes ouverts en 2017 et 2018 (sachant que seuls 171 et 164 postes ont été respectivement pourvus en 2017 et 2018)³⁷ et que soient ouvertes, une formation diplômante inter-universitaire nationale (**DIU**) **développant une compétence en gériatrie dédiée aux médecins exerçant en médecine et/ou SSR polyvalent**, ainsi qu'une formation diplômante nationale (**DIU**) **aux métiers de médecin coordonnateur d'EHPAD et de médecin des dispositifs de coordination dédiés aux personnes âgées**. Ces demandes sont justifiées par les représentants de la gériatrie, par les besoins d'amélioration des prises en charge tels qu'ils s'expriment aujourd'hui et devraient s'exprimer dans les prochaines années. Il s'agit en effet :
 - d'optimiser l'accueil des personnes âgées de 75 ans et plus admises dans le cadre d'hospitalisations non programmées ;
 - de poursuivre l'adaptation de l'offre des différents segments de la filière gériatrique : *« si le déploiement des filières gériatriques a notablement contribué à améliorer, tant au plan qualitatif que quantitatif, l'offre de soin dédiée aux patients de plus de 75 ans relevant des structures gériatriques [...] la répartition territoriale de l'offre demeure inégale et l'offre en unités de court séjour gériatrique, de soins de suite et réadaptation gériatriques et de soins de longue durée s'avère encore inadaptée au regard des besoins dans un grand nombre de territoires »* ;
 - et de rendre plus efficient le séjour hospitalier et le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ou déjà dépendantes au sein de l'ensemble des unités de soins.

Ces augmentations de postes doivent ainsi permettre selon les professionnels de pourvoir les postes vacants de praticiens hospitaliers³⁸, de prendre en compte les besoins croissants en gériatres des secteurs privés à but non lucratif et les besoins en gériatres du secteur privé, et de consolider le positionnement des médecins coordonnateurs d'EHPAD par une reconnaissance s'appuyant sur une formation diplômante nationale.

Cela aurait également vocation de permettre à des médecins polyvalents hospitaliers, de devenir gériatres par la voie de la qualification ordinale, avec le DIU de compétence en gériatrie, qui leur serait réservé.

- **en médecine générale**, les représentants de la spécialité plaident pour que le nombre de postes ouverts en médecine générale constitue au moins la moitié des futurs médecins formés (en 2018, le nombre de postes ouverts représentaient 40% de l'ensemble des postes ouverts,

³⁷ Pour rappel, le nombre de DESC délivrés ces dernières années en gériatrie s'élève à 60 environ et celui de la capacité de gérontologie à 420 environ ; les représentants de la gériatrie ayant par ailleurs estimé dans leur document transmis en novembre 2016, au ministère de la santé, lors des premières estimations du nombre de postes à ouvrir à l'ECN 2017, entre 1/3 et 2/3 le nombre de médecins ayant une capacité occupant un poste de praticien hospitalier.

³⁸ Selon le CNG « Praticiens hospitaliers – éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires (PH) – situation au 1^{er} janvier 2018 », le taux de vacances statutaires s'établissait au 1^{er} janvier 2018 à 29,4% pour les postes de PH en gériatrie temps plein et à 60,2% pour les postes de PH en gériatrie temps partiel, contre respectivement pour l'ensemble des disciplines médicales de 28,6% et de 47,1%. Le CNG précise toutefois que ces taux de vacances statutaires doivent être utilisés avec précaution, il s'agit d'une photographie à un moment donné, or le nombre de postes vacants varie de façon importante selon le moment où la statistique est produite, les postes vacants pouvant en outre être occupés par des temporaires. Le taux de vacance statutaire n'est donc pas un taux de vacance réel.

sachant que parmi ceux-ci 6% n'ont pas été pourvus) faisant remarquer « *qu'il y a quelques années, les postes ouverts qui y incluaient alors la médecine d'urgence et la gériatrie représentaient 49% à 51% de l'ensemble des postes ouverts sans que cela empêche l'insuffisance des effectifs formés de médecins généralistes. Il est classiquement dit que les médecins de soins premiers doivent constituer au moins la moitié des futurs médecins formés si l'on souhaite que le système de santé soit orienté vers les soins premiers. Le développement de la filière universitaire de médecine générale permet aux facultés d'absorber aujourd'hui le flux de 40% des postes ouverts en médecine générale. Si une politique de développement de la filière est volontariste, il est possible d'envisager d'augmenter ce pourcentage à l'avenir au fur et à mesure que les possibilités de formation augmenteront et que la concrétisation de l'orientation du système vers les soins premiers se confirmera* ».

Concernant la médecine polyvalente hospitalière, les représentants universitaires de la médecine générale s'opposent à ce que la FST de médecine polyvalente hospitalière soit ouverte aux spécialistes de médecine générale, même si « *la nécessité de former explicitement un corps de médecins exerçant les fonctions hospitalières de médecine polyvalente apparaît aujourd'hui nécessaire* ». Médecins « *exerçant dans des établissements de 3^{ème} ligne, dont l'orientation, le métier et la formation sont hospitalières, cette FST doit être ouverte aux DES des spécialités hospitalières qui peuvent y trouver une issue logique. Elle ne doit pas se faire aux dépens des effectifs du DES de médecine générale dont la formation est ouverte vers le champ de l'environnement des patients et cherche à inverser la tendance d'une formation à majorité hospitalière inadaptée à ses objectifs et aux nécessités du champ d'exercice* ». Ces représentants de la médecine générale précisent toutefois que le refus d'ouvrir la FST de médecine polyvalente hospitalière aux médecins spécialistes de médecine générale ne signifie pas impossibilité de changer d'exercice puisque la réglementation permet aujourd'hui de se réorienter vers une autre discipline en faisant un 2^{ème} DES et rappellent également la diversité des champs d'exercice possibles en médecine générale (centres de santé, PMI, médecine pénitentiaire...).

La question de la médecine polyvalente hospitalière et des hôpitaux de proximité

Comme on le voit dans ces propositions respectives relatives au renforcement des formations de chacune des spécialités, les réponses concernant l'évolution des formations pour les professionnels exerçant la médecine polyvalente hospitalière diffèrent.

Cela renvoie en fait à l'idée que chacun se fait de l'exercice des différents professionnels médicaux dans les hôpitaux de proximité et plus largement de l'idée que chacun se fait de la nature et du positionnement dans l'organisation du système d'offre de soins de ces hôpitaux de proximité :

- sont-ils une forme d'organisation des « soins premiers » dans lesquels exercent exclusivement des médecins généralistes dans le cadre de leur exercice de ville (comme le précisent les représentants du CNGE au groupe de travail) ?
- ou constituent-ils un maillon dans l'offre de soins de proximité entre soins primaires d'une part et soins de spécialité et de recours d'autre part (comme le précise la fédération francophone de médecine polyvalente dans sa contribution) ?

Encadré 4

Soins primaires, soins premiers et proximité : un besoin de clarification des concepts

Si tout le monde s'accorde sur la nécessité d'une réponse en proximité pour la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, les contours de celle-ci doivent toutefois être précisés. Il est possible pour cette réflexion de s'appuyer sur le concept de « **soins primaires** »⁽¹⁾ tel que défini au niveau international par l'OMS lors de la conférence d'Alma Ata de 1978⁽²⁾ qui englobe à la fois des activités de soins mais aussi des activités de prévention et de prises en charge sociales afin de protéger et promouvoir la santé de l'ensemble de la population.

Si l'on approche les soins primaires par les fonctions auxquelles correspondent ces soins, il s'agit de : « *fonctions d'accessibilité (géographique, financière, sociale et culturelle), de coordination (au sein des équipes, avec le secteur social, les soins plus spécialisés), de continuité des soins (le suivi dans la durée) et d'approche globale (la personne et son entourage dans son milieu de vie). Fonctions qui s'adressent à une population sur un territoire (généralement de taille modérée) et nécessitent dès lors le travail interprofessionnel* »⁽³⁾.

Dans ce cadre, les soins primaires regroupent l'ensemble des services de santé de première ligne incluant la médecine générale, considérée comme la spécialité médicale des **soins premiers**⁽⁴⁾, mais aussi les autres spécialités médicales et professionnels de santé de premier recours (pédiatries, gynécologues..., pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, professionnels de la rééducation...), ainsi que les acteurs du médico-social et du social, en particulier ceux des EHPAD⁽⁵⁾.

Ce concept est aujourd'hui réinvesti à travers celui de la proximité en englobant notamment des établissements de santé communautaire⁽⁶⁾.

- (1) *Le concept étant traduit de l'anglais « primary care », le mot « soin » doit être entendu au sens de « prendre soin » et non simplement au sens de « soin curatif » (cure)*
- (2) *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978, OMS. Consultable : https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/*
- (3) *« Développer la recherche dans le domaine des soins primaires : quelles questions ? quelles approches ? – actes du séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel des jeudi 11 et vendredi 12 janvier 2018 », Soins primaires pluri-professionnels innovation recherche (SPP-IR), Février 2019.*
- (4) *Soins premiers – terme retenu par le CNGE-CA dans leur contribution, avec la médecine générale comme étant la spécialité médicale des soins premiers.*
- (5) *« Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions », rapport, Gérard de Pourville, 31 mai 2006.*
- (6) *« Contribution à la transformation du système de santé », Rapport 2018, HCAAM.*

Selon la vision que l'on a de ces hôpitaux, dits de proximité, il est apparu dans le cadre des échanges qui se sont tenus au sein du groupe de travail que le type de professionnels y exerçant principalement fait débat – médecins polyvalents hospitaliers au sens où on l'entend généralement (avec une activité exclusivement hospitalière), ou au contraire médecins spécialistes de ville ayant un exercice mixte ville/hôpital.

Outre le renforcement d'une organisation de l'offre de soins en niveaux de prise en charge, un des enjeux de la transformation du système de santé « *Ma Santé 2022* » est en fait de décloisonner les exercices professionnels et les formations associées afin d'améliorer l'accès aux soins au niveau de chaque territoire en impulsant notamment l'inter-professionnalité dans une approche horizontale.

Dans son intervention au groupe de travail, l'ANAP a rappelé notamment (cf. en partie III la contribution de l'ANAP au présent rapport) les enjeux du point de vue des patients et des professionnels, qui en prennent soin, du « virage ambulatoire » et a précisé à la fois les conditions

nécessaires à son amplification et à la construction de parcours de soins adaptés aux différentes situations face à l'importance croissante des maladies chroniques par rapport aux situations aiguës, à l'augmentation de la poly-pathologie, aux fortes contraintes financières (collectives et individuelles) et à la modification des attentes des usagers (inclusion, qualité de vie...). Parmi les différentes questions posées, l'ANAP s'interroge, notamment, sur les modalités à retenir pour favoriser la coordination indispensable des activités de chaque professionnel pour répondre aux enjeux. Comment favoriser, par exemple, le rapprochement d'unités des soins alors que les « *identités et les modes de fonctionnement des médecins et des soignants, a pour cadre de référence de longue date, le service de spécialité pour la prise en charge des patients comme pour l'enseignement et la recherche [...] Regrouper [les services] ... oui, mais comment ? Selon quelles complémentarités entre les disciplines ? Selon quelles filières médico-chirurgicales ? Faut-il privilégier la nature et le niveau des flux des patients et des durées de séjour, ou encore la nécessaire proximité avec les plateaux techniques ? C'est toute une organisation qu'il s'agit de repenser... ».*

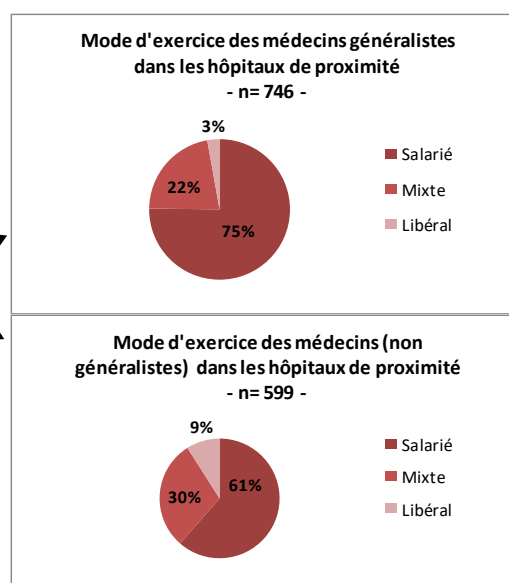
L'analyse purement statistique cherchant à caractériser les professionnels médicaux exerçant dans les hôpitaux de proximité, dans leur périmètre actuel, montre, que si les médecins ayant la qualification de médecine générale sont de loin les plus nombreux, nombre d'entre eux ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière au sens où on peut l'entendre (exclusivement hospitalier), mais de la médecine de ville dans le cadre d'un exercice mixte ville/hôpital.

Si l'exploitation des deux sources de données utilisées pour l'analyse (le RPPS d'une part, et la SAE d'autre part), ne permet pas d'obtenir un chiffre unique³⁹ sur le nombre de professionnels médicaux intervenant aujourd'hui dans ces hôpitaux de proximité, elle permet toutefois de préciser quelles sont les principales caractéristiques de ces professionnels, puisqu'elle montre tout d'abord le poids déterminant des médecins généralistes dans ces établissements (ceux-ci représentant 55% des médecins y intervenant selon le RPPS, et 40% selon la SAE) et le poids très significatif de ceux qui exercent dans le cadre d'un exercice partagé hôpital/ville (25% selon le RPPS et 43% selon la SAE).

Effectifs de médecins dans les hôpitaux de proximité

Spécialité exercée à titre principal	Effectifs
Médecine Générale	746
Autre	599
<i>Dont radiodiagnostic</i>	79
<i>Dont gériatrie</i>	78
<i>Dont psychiatrie</i>	36
<i>Dont gastro-entérologie et hépatologie</i>	33
<i>Dont pneumologie</i>	28
<i>Dont médecine interne</i>	19
TOTAL	1345

Source : RPPS/DREES 2018 -traitement ONDPS



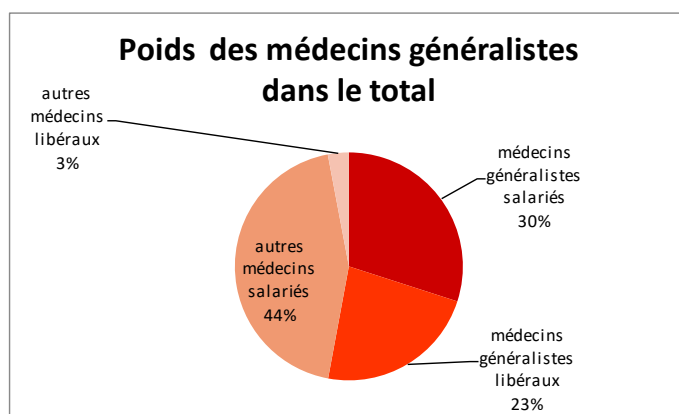
³⁹ Écarts imputables aux doubles comptes dans la SAE, mais également à la fragilité des données collectées dans la mesure où il s'agit de données déclaratives qui peuvent être incomplètes ou encore non réactualisées – c'est le cas en particulier dans le RPPS.

Les hôpitaux de proximité en 2017	Nb d'étab	Généralistes				Total			
		Salariés		Libéraux		Salariés (*)		Libéraux (**)	
		Effectif	dont temps plein	Effectif	dont temps plein	Effectif	dont temps plein	Effectif	dont temps plein
Secteur public	219	801	444	642	41	1 869	838	697	46
CH, dont anciens hôpitaux locaux	219	801	444	642	41	1 869	838	697	46
Secteur privé non lucratif	19	53	16	2	0	240	84	17	0
Autres établissements à but non lucratif	19	53	16	2	0	240	84	17	0
<i>t établissements de soins de suite et de réadaptation</i>	2	10	4	0	0	55	29	0	0
<i>dont centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie</i>	1	9	1	0	0	32	3	0	0
<i>dont établissements de soins de courte durée</i>	16	34	11	2	0	153	52	17	0
Secteur privé à but lucratif	3	4	2	13	0	12	6	28	0
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	3	4	2	13	0	12	6	28	0
Ensemble	241	858	462	657	41	2 121	928	742	46

(*) parmi les 2 121 médecins salariés on comptabilise 181 gériatres (dont 103 à temps plein) et 8 internistes (dont 4 à temps plein).

(**) parmi les 742 médecins libéraux on comptabilise 4 gériatres à temps partiel et aucun interniste.

Source : SAE 2017 - DREES - traitement ONDPS



Ces résultats, même si des écarts existent entre les deux sources⁴⁰, apportent néanmoins une information majeure puisqu'ils montrent que l'activité de ces établissements relève d'exercice partagé, entre salariés et libéraux, ce qui renvoie entre autres à la question du type de collaborations mises en place dans ces structures.

Il est apparu au cours des échanges qui se sont tenus au sein du groupe de travail que la coordination des soins n'était pas qu'un sujet de structures et qu'il fallait dépasser effectivement la segmentation accrue des activités des différents professionnels. Selon certains membres du groupe cela passe avant tout par des décloisonnements de services et des exercices partagés au sein de ces services regroupés (comme le suggère dans son intervention l'ANAP), mais il apparaît que cela doit également passer par des décloisonnements des formations.

Les décloisonnements des exercices professionnels et des formations

L'analyse des limites actuelles constatées des dispositifs institutionnels mis en place pour faciliter les parcours de soins et de santé, montre l'importance qu'il y a aujourd'hui à envisager des décloisonnements des exercices professionnels et des formations.

⁴⁰ Liés à la difficulté majeure d'appréhender précisément le nombre de médecins qui ont des activités très partielles dans les hôpitaux concernés et qui peuvent dans ce cadre être mal enregistrés dans les deux sources.

Sur ce sujet plusieurs propositions ont été formulées par les membres du groupe. Parmi celles-ci, on peut citer :

- celles proposées par les représentants des internes :
 - mettre en place un stage en santé de la personne âgée pour le DES de médecine générale, sous la coordination d'un médecin expert en médecine gériatrique, dans le cas où la maquette de ce DES serait repensée sur 4 ans (ISNAR-IMG) ;
 - développer en parallèle les stages en médecine de ville pour les internes de gériatrie avec, d'une part des stages en médecine générale ambulatoire (ISNAR-IMG) et d'autre part des stages de gériatrie dans les structures médico-sociales et auprès de médecins gériatres exerçant en unités mobiles de gériatrie extra-hospitalières (ISNI) ;
 - plus largement développer une culture interprofessionnelle (ISNI, ISNAR-IMG)
- celles également proposées par les représentants des gériatres :
 - au-delà du renforcement des filières gériatriques, mettre en place auprès des commissions médicales d'établissement et des directions des soins, des commissions gériatriques afin de diffuser la culture gériatrique au sein de l'ensemble des unités hospitalières ;
 - améliorer la compétence gériatrique de la médecine communautaire, en donnant la possibilité aux professionnels communautaires de valider une compétence (DPC) sur la prise en soin et l'organisation des parcours des individus vieillissants ; améliorer également la compétence hospitalière des médecins dits « polyvalents » s'occupant de patients âgés et très âgés dépendants ou à risque de dépendance, [cela renvoie notamment à la proposition faite du DIU de gériatrie pour les médecins polyvalents] ; mais également, dans une moindre mesure, améliorer la compétence gériatrique pour tous les spécialistes d'organe qui prennent en soin des personnes vieillissantes ;
 - plus largement valoriser les métiers du grand âge en donnant à l'ensemble des professionnels de santé une formation en gériatrie : consolidation de la formation initiale en gériatrie dans les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants ; développement des formations continues auprès des professions de santé non médicales (en particulier infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et aides ménagères).
- celle proposée par les internistes :
 - favoriser au sein des groupements hospitaliers (GHT) le travail en réseau entre internistes (exerçant le plus souvent dans des centres hospitaliers intégrant des activités de recours et des plateaux techniques développés, volontiers support de GHT), gériatres et praticiens de médecine polyvalente non internistes exerçant dans les établissements hospitaliers, dont naturellement les hôpitaux de proximité : circuit de recours facilité, staffs communs, télémédecine, consultation avancée, postes médicaux partagés.

- celle proposée par la fédération de médecine polyvalente :
 - o développer des postes partagés en médecine ambulatoire et médecine polyvalente hospitalière (lien ville/hôpital dans le cadre des établissements de santé communautaire. L'ISNI dans sa contribution mentionne également explicitement ce sujet dans le cadre de sa proposition sur la FST de médecine polyvalente : « *la formation diplômante à la Médecine Polyvalente ne doit pas avoir de caractère exclusif dans sa pratique et doit permettre un exercice mixte au médecin diplômé de cette FST* ».

La discussion menée au sein du groupe de travail a permis notamment d'évoquer la question des différents modules de formation proposés aux étudiants de 2^{ème} cycle et aux internes, avec, par exemple, la mise en place de stages de gériatrie en 2^{ème} cycle.

Plus largement, la question qui est aujourd'hui posée est celle des modalités qu'il s'agit de retenir pour décroiser les exercices et favoriser les compétences croisées. À ce titre se pose directement la question de la FST de « médecine polyvalente » qu'il faudrait mettre en place permettant de croiser les pratiques entre médecine hospitalière et médecine de ville. Dans ce cadre, il apparaît souhaitable, à certains membres du groupe de travail, dont le Président de l'ONDPS -Patrice Diot-, que cette FST soit ouverte à tous les DES sans exclusive, comme le demandent les représentants des internes, et qu'elle intègre des modules d'exercice en ville et d'exercice hospitalier, répondant ainsi aux besoins des hôpitaux de proximité dont on a vu qu'ils regroupent en leur sein des médecins hospitaliers et des médecins de ville.

Il est probable que c'est en cherchant systématiquement à décroiser les formations par l'intégration de compétences croisées que l'on favorisera les prises en charge globales pluridisciplinaires et que l'on facilitera l'optimisation des parcours pour les personnes âgées pluri-pathologiques.

Conclusion

Les analyses démographiques sur les professionnels intervenant majoritairement en aval des urgences pour la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques (c'est-à-dire médecins internistes, gériatres et médecins polyvalents hospitaliers) ont montré la difficulté pour estimer précisément le nombre de ces derniers, et par conséquent le nombre de ceux qu'il faudrait recruter pour remplacer les futurs départs à la retraite.

Ces travaux ont montré qu'exercice professionnel et reconnaissance professionnelle étaient deux notions différentes, mettant notamment en évidence la grande mobilité passée de ces professionnels au cours de leur carrière, mobilité d'ailleurs largement reconnue par ces derniers ; dans le Livre blanc de la médecine interne, par exemple, les possibilités antérieurement offertes aux médecins internistes pour des exercices complémentaires en cardiologie, rhumatologie, endocrinologie ou maladies infectieuses, ou encore gastro-entérologie sont évoquées comme autant de passerelles possibles vers d'autres exercices.

Les présentations faites par les représentants des professionnels ont permis également de montrer à la fois les spécificités de leur exercice, mais également l'importance qu'il y avait aujourd'hui pour que ces exercices soient coordonnés (cf. également sur ce point le Livre blanc de la médecine interne –

chapitre « médecine interne et gériatrie ») ; coordination nécessaire à la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques.

Cette question de la coordination des exercices a été largement débattue dans le groupe de travail. Il est apparu au cours des échanges que la coordination des soins n'était en fait pas qu'un sujet de structures et qu'il fallait dépasser également la segmentation accrue des activités des différents professionnels. Selon certains membres du groupe cela passe avant tout par des décloisonnements de services et des exercices partagés au sein de ces services regroupés (comme le suggère dans son intervention l'ANAP), mais il apparaît que cela doit également passer par des décloisonnements des formations.

La filiarisation croissante de l'activité médicale au cours du temps, avec la création depuis 2017 de 44 spécialités, nécessite dès lors que soient développées des formations transversales permettant à la fois de conforter la pluri-professionnalité et d'assurer des mobilités de carrière aux jeunes générations (cf. demandes des représentants des internes). Cela bien évidemment doit être pensé dans le cadre d'une approche dynamique, sachant que si l'on cherche à renforcer la première ligne de prise en charge, dans une optique d'efficacité et de qualité des soins, il semble nécessaire que le nombre de professionnels formés -en formation initiale mais également en formation continue- des spécialités concernées soit ajusté en conséquence.

Il est également apparu indispensable que cette réflexion s'inscrive dans le cadre de la transformation du système de santé - « *Ma santé 2022* » annoncée par le Président de la République le 18 septembre 2018, visant à décloisonner l'organisation des prises en charge entre ville/hôpital/médico-social, entre hôpital public/hôpital privé et entre professionnels de santé.

Sur ce sujet, les positions exprimées montrent que la vision de la structuration du système diffère entre les professionnels du groupe, en particulier sur la notion de proximité et plus spécifiquement sur la place que doivent occuper les hôpitaux de proximité.

Cette question majeure renvoie également à celle des professionnels exerçant dans ces établissements.

Annexe 1

Définition par les professionnels de leur spécialité et de la nature de leur exercice

L'interniste

« La Médecine Interne est une spécialité de haut niveau ayant pour **objectif une prise en charge globale des patients à l'âge adulte** s'exerçant de façon prédominante en milieu hospitalier public ou privé.... Le rôle de l'Interniste est celui d'un spécialiste du diagnostic. Il est le "consultant", c'est-à-dire **un médecin de deuxième ou de troisième recours** à qui l'on adresse les patients pour un diagnostic difficile, pour le débrouillage d'une situation confuse devant une symptomatologie pauvre ou au contraire trop riche ou encore masquée par la coexistence de nombreuses pathologies chez le même patient. En outre l'Interniste (en France en particulier) est le spécialiste des maladies systémiques ou générales, des maladies immunitaires, des maladies génétiques diagnostiquées à l'âge adulte, des maladies rares. L'Interniste c'est le spécialiste de tout ce qui n'est pas la spécialité d'organe. [...]

[...] L'existence de la médecine hyper-fragmentée ne fait que rehausser le besoin d'une prise en charge globale. La médecine générale y joue incontestablement un rôle majeur au premier niveau, celui de la médecine de famille, de la médecine de prévention, du premier recours. Au-delà, la place de l'Interniste est celle du diagnostic des cas difficiles, de la prise en charge des malades qui doivent être hospitalisés » (Source : Daniel Sereni, Livre blanc de la médecine interne).

Dans leur contribution au rapport les représentants des internistes précisent (cf. partie II du rapport) que le métier d'interniste « comporte [en fait] plusieurs volets :

- une activité d'expertise et de recours (programmée ou non) comprenant le diagnostic et la prise en charge de situations complexes ou intriquées ainsi que ceux de nombreuses maladies rares de l'adulte.....
- une activité d'hospitalisation non programmée en aval des urgences (malades ne relevant pas d'un service de spécialités « d'organe » ou n'ayant pu y être admis, malades poly-pathologiques) ou auprès de patients hospitalisés dans d'autres services (chirurgie, spécialité médicale d'organe) et présentant des problèmes médicaux intercurrents ou admis au décours des urgences en dehors de la filière la plus adaptée à leur situation ("hébergement"). Ceci amène les internistes à être confrontés à des situations fréquentes relevant de spécialités médicales diverses (ce d'autant qu'elles ne sont pas représentées sur le site hospitalier où exerce l'interniste), des situations où coexistent des comorbidités somatiques ou psychiatriques, et souvent avec des intrications médico-sociales....
- la coordination des soins aux malades poly-pathologiques avec les professionnels de santé de ville représente une activité additionnelle exercée par les internistes ».

Les représentants de la spécialité font, en outre, remarquer que « le schéma pyramidal des structures hospitalières figurant dans le dossier de Presse publié lors de la présentation du plan "Ma Santé 2022" (CHU "au sommet", hôpitaux de recours "en zone intermédiaire", hôpitaux de proximité "à la base") méconnaît l'accueil majoritaire de patients non programmés et de proximité exercé par les CHU et les hôpitaux de recours. Les services de médecine interne y réalisent une part importante d'activité "polyvalente" concernant particulièrement des patients âgés de leur bassin de population ».

Le gériatre

« La gériatrie, médecine plus particulièrement orientée vers les patients âgés de 75 ans et plus, **vise à apporter une réponse adaptée à des besoins pluriels résultant de la poly-pathologie** et à assurer une continuité de prise en charge dans un objectif de réinsertion dans le milieu de vie antérieur. La gériatrie développe **une vision holistique**, scientifique et éthique du contrat médical noué avec le patient, contrat individuel mais lié à la réalité collective, et conscient de la finitude de la vie et des ressources individuelles. Elle dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer leur qualité de vie et leur autonomie. Elle ne peut donc s'accomplir pleinement que dans une approche multi-professionnelle et interdisciplinaire » (source : Claude Jeandel, Livre blanc de la gériatrie française).

« Pour la lisibilité de la Gériatrie et la compréhension de ce que cette discipline peut apporter de plus qu'un service de médecine interne ou de médecine polyvalente traditionnelle, il est important de bien définir les critères d'admission des patients :

- âgés de plus de 75 ans, voire 80 ans ;
- présentant une ou plusieurs maladies chroniques (AC/FA, HTA, diabète, AOMI, diverticulose sigmoïdienne...), des troubles cognitifs ou une poly-médication ;
- présentant une fragilité définie par un grand âge, une perte de poids, un ralentissement de la marche, une asthénie, une diminution de l'activité physique. Ces sujets fragiles s'ils ne présentent déjà des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne risquent très fortement de les voir apparaître à l'issue de l'hospitalisation ;
- et une pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation.

Les sujets âgés sans comorbidités, ni terrain fragile, qui présentent un épisode médical aigu ne justifient pas d'une hospitalisation en court séjour gériatrique mais peuvent être pris en charge dans des services de spécialité ou de médecine interne ou polyvalente » (Source : Muriel Rainfray, Livre blanc de la gériatrie française).

Les représentants de la médecine précisent ainsi dans leur contribution en partie II du rapport que le critère d'âge > 75 ans est notoirement insuffisant pour orienter un patient dans une unité gériatrique de court séjour. Ils précisent en outre leurs lieux d'intervention : ceux-ci se situent en fait à tous les niveaux de recours (du CHU à l'EHPAD).

Le médecin polyvalent hospitalier

« Entre soins primaires ambulatoires (médecine générale de 1^{er} niveau) d'une part, et soins de spécialités et de recours d'autre part, la Médecine Polyvalente Hospitalière, est dédiée à la prise en charge globale et de proximité du patient. Garantir l'accessibilité pour les patients à des lits de médecine "non spécialisés" en assurant une prise en charge médicale globale, sûre, coordonnée et efficiente, et proposant une approche diagnostique et thérapeutique conformes aux données actuelles de la science (recommandations, consensus, règles de bon usage...), constitue le cahier des charges minimal d'un service de Médecine Polyvalente.....Face à la spécialisation médicale, voire dans un certain nombre de cas à "l'hyperspécialisation", fruit des progrès de la science, le **concept de médecine globale (médecine holistique) porté par la Médecine Polyvalente**, offre une complémentarité dans la prise en charge des patients, en collaboration avec les différents spécialistes d'organes quand cela est nécessaire....

L'activité principale de la Médecine Polyvalente se fait en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), mais cette activité peut s'exercer selon d'autres modalités. Nous pouvons citer l'activité de Médecine Polyvalente au sein des SSR Polyvalents (services de Soins de Suite et de Réadaptation), mais également en chirurgie, afin d'assurer la prise en charge médicale courante des patients, en milieu psychiatrique afin d'assurer la prise en charge somatique des patients, voire dans des services de spécialités d'organes, afin que les spécialistes d'organes puissent se recentrer sur leur "cœur de métier" et développer des prises en charge à haute valeur ajoutée de la spécialité. De plus ces activités de Médecine Polyvalente se développent non seulement au sein des établissements publics de santé, mais également de plus en plus au sein de structures privées » (source contribution de la médecine polyvalente en partie II du rapport).

Le médecin spécialiste en médecine générale

« La répartition [des rôles entre professionnels] se situe entre soins médicaux de première ligne dans l'environnement du patient, soins médicaux de deuxième ligne, médecine de recours et d'expertise et soins médicaux de troisième ligne dans les établissements de santé.

La médecine de 1^{ère} ligne, faisant partie des soins premiers, **se définit comme une médecine de premier recours**, premier contact médical du patient avec le système de santé, avec plateau technique léger, faisant partie des soins premiers donc en ambulatoire....

La 1^{ère} ligne médicale comprend tout ce qui concerne le recours médical dans l'environnement du patient sans plateau technique lourd : cabinets médicaux de médecine générale, maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé pluri-professionnels (CSP), établissements de santé communautaires de proximité (ESCP, structures en devenir en y incluant les "hôpitaux de proximité" dont il faut modifier la définition réglementaire), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), médecine pénitentiaire (dont il faut également modifier les définitions réglementaires).

La médecine de 2^{ème} ligne relevant des soins secondaires est définie comme la médecine de recours à une expertise ciblée ponctuelle ou répétée pouvant s'exercer dans des établissements de santé, mais aussi hors établissements en général dans des centres urbains, en fonction du recours au plateau technique. Elle est exercée par les médecins de toute spécialité que les médecins de premier recours sollicitent pour avis ou dont l'expertise est sollicitée de manière régulière dans le cadre de parcours de soins en coordination avec la médecine de première ligne....

La médecine de 3^{ème} ligne relevant des soins tertiaires, est définie comme la médecine nécessitant un plateau technique lourd et un environnement technique. Elle gère les situations graves et/ou compliquées, privilégie les explorations complémentaires et le recours au plateau technique ; sa finalité est d'aboutir à un diagnostic étiologique. Son champ est hospitalier, elle s'exerce dans les établissements de santé : centres hospitaliers universitaires (CHU) qui définissent l'excellence et regroupent les technologies et les expertises les plus avancées, centres hospitaliers généraux (CHG), centres hospitaliers (CH) à l'exclusion des "hôpitaux locaux", centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHSP), établissements de santé privés....

La médecine générale et ses professionnels ressortent de la 1^{ère} ligne avec un exercice dans l'environnement du patient » (source contribution du CNGE collège académique au rapport, en partie II du rapport).

Annexe 2

Liste des propositions des professionnels

Parmi les propositions faites, celles-ci peuvent être regroupées en 6 rubriques :

1. Une augmentation des effectifs en formation initiale et continue en médecine interne, gériatrie et en médecine générale.
2. La mise en place de formation *ad hoc*
 - Ouvrir une formation diplômante inter-universitaire nationale (DIU) délivrant une compétence en gériatrie dédiée aux médecins exerçant en médecine et/ou SSR polyvalent : DIU de compétence gériatrique strictement accessible aux médecins de médecine polyvalente hospitalière (médecine, SSR) et plus particulièrement aux médecins issus du concours PH (représentants des gériatres) ;
 - Mettre en œuvre dès 2019 une formation diplômante nationale aux métiers de médecins coordonnateurs d'EHPAD et de médecin des dispositifs de coordination dédiés aux personnes âgées (représentants des gériatres) ;
 - Renforcer l'effort de formation dans le cadre du DIU de médecine polyvalente hospitalière, proposé par des universités sous la responsabilité d'internistes hospitalo-universitaires, pour des médecins non internistes travaillant dans le domaine de la médecine hospitalière munis d'une formation diplômante (représentants des internistes) ;
 - La mise en place d'une FST de médecine polyvalente hospitalière (ISNAR-IMG, ISNI, représentants des médecins internistes, représentants de la médecine générale et représentants de la fédération de médecine polyvalente) ; FST ouverte à tous les DES autres que médecine interne (représentants de la médecine interne) ; FST ouverte aux DES hospitaliers donc à l'exclusion du DES de médecine générale (représentants de la médecine générale) ; FST ouverte à tous les DES (ISNI, ISNAR-IMG et fédération de médecine polyvalente).
3. La reconnaissance de la médecine polyvalente et la validation des compétences des médecins polyvalents
 - Définition réglementaire de l'activité de médecine polyvalente et lisibilité de la médecine polyvalente comme une véritable activité hospitalière (fédération de médecine polyvalente) ;
 - Reconnaissance ordinale des formations universitaires en médecine polyvalente (DU et DIU) (fédération de médecine polyvalente) ;
 - Accentuer et inciter à la recherche en médecine polyvalente (ISNI).
 - Inciter les médecins exerçant en médecine polyvalente à effectuer une demande de qualification ordinale *via* les commissions (première instance et appel) de spécialités du Conseil national de l'Ordre des médecins dans la spécialité la plus proche de leurs modalités d'exercice (médecine interne, gériatrie, MPR...) (représentants des gériatres) ;
 - Permettre l'adhésion des praticiens de médecine polyvalente au CNP de gériatrie et à la société savante de gériatrie (participation aux congrès, programmes DPC, rattachement au CNP de gériatrie pour le suivi de leur formation professionnelle et ultérieurement de leur recertification (représentants des gériatres).

4. Le renforcement de la filière gériatrique et l'amélioration des compétences en gériatrie
 - Diffuser la compétence gériatrique au sein des hôpitaux (création de commissions gériatriques auprès des CME et des directions des soins) (représentants des gériatres) ;
 - Améliorer les compétences gériatriques de l'ensemble des professionnels de santé (représentants des gériatres) ;
 - Donner la possibilité aux « professionnels communautaires » de valider une compétence (DPC) sur la prise en soin et l'organisation des parcours des individus vieillissants (représentants des gériatres) ;
 - Lancer la procédure d'obtention de la nomenclature (Cs de gériatrie accessible en recours).
5. La recherche d'un décloisonnement des formations et des exercices, avec en particulier :
 - Mettre en place un stage en santé de la personne âgée pour le DES de médecine générale, sous la coordination d'un médecin expert en médecine gériatrique, dans le cas où la maquette de ce DES serait repensée sur 4 ans (ISNAR-IMG) ;
 - Développer en parallèle des stages en médecine de ville pour les internes de gériatrie avec, d'une part des stages en médecine générale ambulatoire (ISNAR-IMG) et d'autre part des stages de gériatrie dans les structures médico-sociales et auprès de médecins gériatres exerçant en unités mobiles de gériatrie extra-hospitalières (ISNI) ;
 - Plus largement, développer une culture interprofessionnelle (ISNI, ISNAR-IMG).
 - Développer des postes partagés en médecine ambulatoire et médecine polyvalente hospitalière (lien ville/hôpital dans le cadre des établissements de santé communautaire (fédération de médecine polyvalente et ISNI).
6. Le renforcement du travail en réseau au sein des GHT entre internistes, gériatres et praticiens de médecine polyvalente non internistes (représentants des médecins internistes)

PARTIE II

**ÉTUDE STATISTIQUE SUR LA DÉMOGRAPHIE
DES INTERNISTES, DES GÉRIATRES ET DES
MÉDECINS EXERÇANT LA MÉDECINE POLYVALENTE**

Internistes, gériatres, médecins exerçant la médecine polyvalente hospitalière : quel dénombrement et quelles perspectives démographiques ?

Sylvain Gautier⁴¹, Cléo Lhermet, Catherine Zaidman (ONDPS)

Dans le cadre des travaux du groupe de travail, il est apparu nécessaire de disposer d'une photographie la plus précise possible des médecins intervenant dans les principaux services et structures contribuant à la prise en charge globale des personnes âgées poly-pathologiques et/ou dépendantes aux parcours de soins et de santé complexes.

Comme l'enquête qualitative conduite auprès de quelques établissements l'a confirmé, ces services sont pour l'essentiel des services de médecine interne, de gériatrie aiguë et de médecine polyvalente hospitalière, avec comme principaux médecins intervenant des internistes, des gériatres et des médecins généralistes.

Quantifier le nombre de ces médecins, et plus largement estimer ceux qu'il faudrait former pour remplacer les départs à la retraite prévisibles, dans **une logique purement statique**, ne tenant compte ni de l'évolution des besoins de santé, ni des réorganisations en cours ou à venir des différents services concernés, n'est pas chose aisée.

Aucune source de données ne permet, en effet, d'évaluer précisément le nombre et la qualité des médecins qui exercent dans ces services et au-delà, ceux des médecins exerçant en tant que spécialistes de médecine interne ou de gériatrie, ou encore ceux, qui parmi les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale (voire même spécialistes d'une autre discipline), exercent une activité de médecine polyvalente hospitalière.

Plusieurs bases de données et enquêtes diverses ont été mobilisées (encadré page suivante).

Ces bases de données et enquêtes apportent des informations, celles-ci sont toutefois incomplètes, ce qui nécessite des traitements particuliers pour estimer le nombre de médecins concernés par l'analyse et ce d'autant plus que l'on est confronté pour faire cet exercice à une difficulté conceptuelle : de quel exercice de spécialité parle-t-on ?

L'étude présentée ici donne toutefois des clefs d'analyse pour la réflexion collective conduite sur l'impact, pour les professionnels concernés, des réorganisations prévues dans le cadre de la réforme annoncée du système de santé « *Ma santé 2022* ».

⁴¹ Interne de santé publique, en stage à l'ONDPS en 2017-2018

Encadré 1

Les bases de données et enquêtes mobilisées

Pour réaliser l'analyse présentée dans cette étude.

Deux bases de données essentielles ont été mobilisées :

- La première, « la statistique annuelle d'établissement, **-SAE-** » enquête réalisée par la DREES auprès de chaque établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, qui rassemble des données globales par établissement sur les effectifs de médecins par spécialité et par type d'activité (urgences, MCO, SSR, avec identification des services de gériatrie et de psychiatrie) ;
- la seconde, « le répertoire partagé des professionnels de santé, **-RPPS-** », établi à partir des inscriptions au tableau par le conseil de l'Ordre, qui rassemble les données relatives aux principales caractéristiques personnelles et professionnelles de chaque médecin (son sexe, sa date de naissance, ses diplômes -avec la date de leur délivrance-, son lieu et son mode d'exercice, ou encore sa spécialité d'exercice et ses compétences complémentaires exercées -avec là aussi pour chacune d'elles la date de leur reconnaissance-...).

En complément de ces deux bases, plusieurs autres sources de données ou d'information ont été mobilisées :

- la base de données du centre national de gestion **-CNG-** relative aux praticiens hospitaliers. Cette base donne pour chaque praticien hospitalier, son sexe, sa date de naissance, son statut -temps plein, temps partiel-, et sa spécialité. Cette base de données a été utilisée pour compléter l'estimation du nombre de professionnels concernés dans l'étude. En effet, dans certains cas, l'information contenue dans le RPPS s'avère incomplète, certains professionnels n'ayant semble-t-il pas fait enregistrer dans le RPPS leur dernière spécialité d'exercice ;
- les enquêtes qualitative (*cf.* la présentation de ce travail en partie III du rapport) et quantitative (*cf. annexe 3 de cette note*).

1. De quel exercice de spécialité parle-t-on ?

L'histoire des spécialités montre que la réponse à cette question est loin d'être évidente, dans la mesure où l'exercice professionnel et la reconnaissance professionnelle n'ont cessé d'évoluer avec la spécialisation croissante de l'activité médicale, sans toutefois que ne soit assurée une correspondance stricte entre l'activité médicale considérée et l'appartenance à une communauté professionnelle identifiée en tant que telle.

Si tout le monde s'accorde pour reconnaître la tendance inéluctable à la division de l'activité médicale en sous-espaces professionnels du fait des progrès scientifiques et technologiques, les formes que prend cette reconnaissance diffèrent selon la discipline, la période et le pays considérés. Ce processus de division en sous-espaces professionnels spécialisés dépend, en effet, de nombreux facteurs qui ne se réduisent pas aux seuls progrès scientifiques et techniques, mais intègrent également des variables politiques, si bien qu'il est pour partie déterminé par « *l'état existant des institutions, de la structure des rapports de positions des agents au sein du champ médical* »⁴² et de l'organisation des formations.

Rien d'étonnant dès lors que le découpage du champ médical en sous-espaces d'activité reconnus varie entre les pays, ayant pourtant du fait de leur niveau de vie comparable, le même accès aux progrès scientifiques et technologiques. En 2013, par exemple, le CNOM dénombrait 41 spécialités reconnues⁴³ en France contre 60 au Royaume-Uni. Le HCAAM⁴⁴ de son côté précise même que le nombre de spécialités reconnues aux États-Unis par *l'American board of medical specialty* s'élève aujourd'hui à 169 alors qu'en France, depuis la réforme de 2017⁴⁵, les spécialités reconnues qualifiantes sont au nombre de 44.

Ainsi, toute estimation du nombre d'internistes, de gériatres ou encore de médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale (voire même de spécialistes d'une autre discipline), intervenant en tant que médecins polyvalents hospitaliers, nécessite que l'on ait pris la mesure de l'impact des progrès scientifiques et techniques, mais aussi des évolutions institutionnelles passées sur le découpage en sous-champs d'activités pour les spécialistes concernés

⁴² Patrice Pinell « *Champ médical et processus de spécialisation* », Actes de la recherche en sciences sociales, 2005/n°156-157.

⁴³ 30 DES et 11 DESC qualifiants (arrêté du 22 septembre 2004, modifié, fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine et arrêté du 22 septembre 2004, modifié, fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine). Chiffre de 41 auquel le CNOM ajoute dans sa publication la spécialité de stomatologie dont le DES a été supprimé en 2011 avec la création du DES de chirurgie orale, *Cahier Jurispratique* du CNOM, n° 30 juillet août 2013.

⁴⁴ Note du HCAAM du 15 décembre 2016 : *Formation et « fabrique » des spécialistes*.

⁴⁵ Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des DES et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales (FST).

1.1. Le nombre de spécialités reconnues, un indicateur partiel pour mesurer la recomposition des champs d'intervention des différentes spécialités

La spécialisation du champ médical est un processus ancien engagé depuis plus de deux siècles, notamment, à partir du XIX^{ème} siècle, à la faveur des réorganisations hospitalières. Ce n'est cependant qu'en 1949 que les spécialités ont été codifiées et leur mode d'exercice précisé⁴⁶. Avant cette date, le seul diplôme donnant le droit d'exercer la médecine était le diplôme de « Docteur en médecine » (cf. annexe 1).

Si l'on se réfère au nombre de spécialités progressivement reconnues depuis 1949, on constate que la croissance de la spécialisation du champ médical a été très importante, puisque de **10** disciplines qualifiées de spécialités en **1949** on est passé à **44** en **2017**.

Toutefois ce qui nous intéresse ici ce n'est pas tant le nombre de spécialités reconnues, mais plutôt les champs d'exercice autorisés pour les professionnels de chaque discipline.

De ce point de vue l'évolution du nombre de spécialités reconnues n'est qu'un indicateur partiel. Il ne rend compte, ni de l'intégralité des recompositions intervenues, avec les progrès scientifiques et techniques, des champs d'intervention des différentes spécialités (c'est ce que l'on appelle la plasticité des spécialités⁴⁷), ni de l'impact sur ces champs de la requalification en spécialité d'une discipline antérieurement reconnue comme simple compétence.

En 1949, en effet, le choix a été fait de ne qualifier de spécialités que quelques disciplines, en précisant que cette qualification entraînait l'exercice exclusif de la spécialité, sauf exceptions dûment précisées dans les textes ; les autres disciplines identifiées étant, quant à elles, reconnues en tant que compétences pouvant être exercées avec une autre compétence ou avec la médecine générale⁴⁸. En 1949, on décomptait 10 spécialités et 21 compétences dont la très grande majorité d'entre elles ont été requalifiées au cours du temps en spécialités.

Or, cette requalification est loin d'être sans conséquences dans la mesure où elle impacte à la fois le champ d'intervention de la discipline concernée et ceux des disciplines qui lui sont associées. En effet, dès qu'une discipline est requalifiée en spécialité, elle ne peut plus être exercée, sauf exception, avec une autre spécialité ou avec la médecine générale, réduisant d'autant les champs d'intervention possibles pour les professionnels concernés.

⁴⁶ Arrêté du 6 octobre 1949 en application de l'ordonnance n° 45-2184 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme et de l'article 11 du décret n°49-1130 du 2 août 1949 relatif au code de déontologie médicale.

⁴⁷ La « pneumologie » et la « réanimation » en sont des exemples emblématiques, avec les modifications d'ampleur qu'a connu le champ d'intervention de la « pneumologie » et son repositionnement par rapport à la « réanimation », suite à l'éradication de la tuberculose et de la poliomyélite et la montée en puissance des traitements liés aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives (Cf. E. Bret « Plasticité des spécialités. De la phtisiologie à la pneumologie et naissance de la réanimation ». Actes de la recherche en sciences sociales 2005/1 n°156-157) ; le changement de nom de la « pneumologie » en 1975 (celle-ci s'appelait initialement « pneumologie-phtisiologie ») en étant la traduction.

⁴⁸ La référence à la « médecine générale » a été explicitement introduite dans l'article 3 au 2° de l'arrêté du 4 septembre 1970.

1.2. Un impact important, pour la détermination des champs d'intervention des différentes spécialités, des conditions retenues pour leur exercice – en particulier celle de « l'exercice à titre exclusif »

Cette requalification a eu des conséquences importantes en particulier sur le **champ d'intervention de la médecine générale** puisque nombre de disciplines qui étaient qualifiées de compétences étaient exercées à titre complémentaire par des médecins généralistes avant d'être requalifiées spécialités.

Par la réforme des études médicales de 2017 sont ainsi concernées les disciplines médicales suivantes : la « *médecine d'urgence* », la « *médecine vasculaire* », la « *médecine légale et expertises médicales* », la « *médecine des pathologies infectieuses et tropicales* », « *l'allergologie et immunologie clinique* » et la « *nutrition* ». Toutes des disciplines qui étaient exercées à titre complémentaire par des médecins généralistes, mais également par des spécialistes de certaines spécialités, comme par exemple la médecine interne (cf. ci-dessous) ou encore la pneumologie, l'hépto-gastro-entérologie, la dermatologie et vénéréologie...

En outre, à ces requalifications en spécialité d'exercice sont associés, depuis la réforme des études médicales de 1982, de nouveaux DES, ce qui conduit également à accroître le processus de spécialisation en avançant la date à laquelle les médecins en formation initiale doivent choisir leur projet professionnel.

La réforme de 2017 apparaît majeure dans ce contexte, alors que le nombre de spécialités reconnues ne s'est accru que de trois unités (on est passé de 41 spécialités reconnues avant la réforme de 2017 à 44 après)⁴⁹. En effet, plusieurs disciplines qualifiées de compétences complémentaires et qui étaient jusqu'à présent acquises en fin de cursus universitaire, voire en formation continue, et pouvaient être exercées simultanément avec une discipline qualifiée de spécialité d'exercice (de médecine générale notamment) doivent désormais être choisies en formation initiale dès le début du 3^{ème} cycle et ne peuvent plus être exercées avec toute autre spécialité⁵⁰. C'est le cas pour les 9 DESC qualifiants de chirurgie qui pouvaient être exercés avec la chirurgie générale⁵¹ et des 6 DESC non-qualifiants transformés en DES⁵². À la liste des nouveaux DES, il faut également ajouter les DESC de « *gériatrie* » et de « *réanimation* » qui permettaient d'obtenir la qualification de spécialiste (DESC de type II qualifiants) et pour lesquels des DES ont également été créés.

⁴⁹ La réforme de 2017 des études médicales a créé 15 nouveaux DES (8 de chirurgie et 7 de médecine) en substitution des 11 DESC qualifiants (9 de chirurgie et 2 de médecine), de 6 DESC non qualifiants et du DES de chirurgie générale (le DES de stomatologie ayant déjà été quant à lui supprimé en 2011 avec la création du DES de chirurgie orale).

⁵⁰ Avant la réforme des études médicales de 2017, la liste des compétences complémentaires pouvant être exercées avec une spécialité comprenait : 20 DESC non qualifiants, 15 capacités, ainsi que des DU et DIU figurant sur la liste des diplômes autorisés par le CNOM comme pouvant être mentionnés sur la plaque professionnelle du médecin (Cf. CNOM, juin 2017 « *Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances* », sur le site).

⁵¹ DESC de chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie de la face et du cou, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive ainsi que le DESC de la chirurgie de la face et du cou rattaché également à l'ORL.

⁵² DESC d'allergologie et immunologie clinique, de médecine légale et expertises médicales, de médecine d'urgence, de médecine vasculaire, de pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, et de nutrition intégré au DES d'endocrinologie-diabétologie-nutrition.

Des dispositions sont toutefois prévues dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2017, afin :

- de permettre des décloisonnements entre les disciplines, avec la mise en place de formations spécialisées transversales (FST), à exercice non-exclusif, ouvertes en formation initiale et en formation continue à des internes et médecins de différentes spécialités ;
- et d'autoriser le changement de spécialité en cours de carrière professionnelle, avec la mise en place de 2^{ème} DES pouvant être acquis en formation continue ; sachant que des commissions de qualification rattachées au Conseil de l'Ordre permettent également à des médecins de demander par la suite un changement de qualification sur la base de compétences acquises équivalentes à celles du DES correspondant.

Cette structuration du champ médical en sous-champs d'activité, et ces évolutions constatées sur ces dernières années, impactent en fait directement notre champ d'analyse pour les spécialités de médecine interne et de gériatrie, avec des incidences toutefois différentes dans la mesure où la « *médecine interne* » spécialité reconnue de longue date autorisait des exercices complémentaires dans certaines disciplines, qui -avec la réforme de 2017- deviennent des spécialités à exercice exclusif (maladies infectieuses et tropicales, par exemple) qui ne pourront plus être exercées par les nouvelles générations d'internistes en tant que compétences complémentaires, alors qu'à l'inverse des médecins dont on peut penser qu'ils exercent aujourd'hui à titre principal la gériatrie sur la base d'un exercice complémentaire à celui de leur spécialité ordinale (en général la médecine générale) ne pourront à l'avenir le faire que dans le cadre de la spécialité de gériatrie à exercice exclusif.

Ces évolutions impactent également, comme nous le verrons ci-dessous, notre capacité d'estimation des effectifs de médecins ayant un exercice de médecine polyvalente hospitalière dans la mesure où ces médecins ne relèvent pas en tant que tels d'une discipline identifiée (la médecine polyvalente n'étant reconnue, ni comme une compétence, ni comme une spécialité, mais comme un type d'exercice).

Ce que nous cherchons à estimer, dans le cadre de cette étude, ce n'est pas tant les effectifs des professionnels qualifiés dans les deux spécialités visées, ou encore des médecins généralistes hospitaliers, mais en fait ceux des professionnels qui exercent effectivement la médecine interne, la gériatrie et la médecine polyvalente hospitalière ; ces deux notions, comme nous le verrons ci-dessous, étant loin d'être superposables.

2. La « médecine interne » une spécialité reconnue depuis plus 50 ans, qui autorise l'exercice de compétences complémentaires

La médecine interne, dont on doit le nom aux anglo-saxons parce qu'elle s'appuyait à la fin du XIX^{ème} siècle sur des sciences en plein essor -comme la physiologie, la biochimie, la bactériologie et la pathologie-, à l'inverse des autres disciplines qui traitaient des symptômes et des signes (visibles de « l'extérieur »)⁵³, est une des spécialités reconnues depuis plus de 50 ans.

Elle a été officiellement introduite dans la liste des spécialités « à exercice exclusif » par l'arrêté du 18 novembre 1965. Ainsi, l'examen des données figurant dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) montre que cette discipline, en cohérence avec les textes, n'est déclarée que par des professionnels inscrits au tableau de l'Ordre avec comme spécialité d'exercice la « médecine interne ». Aucun autre médecin ne déclare l'exercer à titre complémentaire.

En 2018, **2 377** médecins internistes de moins de 72 ans sont enregistrés au tableau de l'Ordre. Spécialité essentiellement hospitalière, ils sont près de 85% à l'exercer à l'hôpital, **soit 2 022**.

Les internistes en 2018	Secteurs d'activité				Total des effectifs du champ défini
	Secteur hospitalier (hôpital public, PSPH, Privé) (*)	Etablissement Hébergement Réadaptation	Etablissement personnes âgées	Autres secteurs	
Médecins internistes (médecins ayant déclaré détenir la spécialité d'exercice de médecine interne dans le RPPS)	2 022	3	19	333	2 377

(*) Ordre de priorité retenu pour ventiler les effectifs selon les différents secteurs d'activité : secteur hospitalier, puis établissement d'hébergement et de réadaptation (hors secteur hospitalier), EHPAD, et autres secteurs (ville et secteur administratif).

Champ : internistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les internistes de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins)

Source : RPPS 2018/DREES – traitement ONDPS

Ce chiffre de **2 022** internistes exerçant en secteur hospitalier est inférieur à celui de la SAE (source de données sur le secteur hospitalier uniquement, cf. encadré n°1). Selon cette source, ils seraient à la même date⁵⁴ **2 404** à exercer en secteur hospitalier, soit **19%** de plus environ.

Il faut toutefois noter que cet écart peut s'expliquer par les doubles comptes qu'enregistre la SAE, puisque chaque établissement est interrogé séparément. Ainsi, un interniste qui travaille dans deux établissements est compté 2 fois. Le nombre de ceux qui travaillent à temps partiel dans chaque établissement est en effet non négligeable (leur taux étant d'au moins 30%). Si l'on prend comme hypothèse que ces temps partiels correspondent à du temps partagé entre plusieurs établissements de santé (sur la base d'une quotité de temps moyenne de 50%), le nombre d'internistes hospitaliers comptabilisés dans la SAE s'élèverait à 2 030 environ, soit un chiffre très proche de celui tiré du RPPS.

⁵³ Origin of the term internal medicine – William B. Bean
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198201213060332?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed

⁵⁴ Les effectifs en 2017 de la SAE sont ceux sous contrat au 31 décembre de l'année, soit des effectifs très proches, voire identiques, à ceux des effectifs sous contrat au 1^{er} janvier de l'année 2018.

Les internistes en 2017 (*)	Salariés		Libéraux		Total	
	Effectifs	% à temps plein	Effectifs	% à temps plein	Effectifs	% à temps plein
Secteur public	2 095	72%	2	50%	2 097	72%
CHR / CHU	1 337	67%	0	-	1 337	67%
CH, dont anciens hôpitaux locaux	697	82%	1	100%	698	83%
CH spécialisés en psychiatrie	9	67%	0	-	9	67%
Autres établissements publics	52	71%	1	0%	53	70%
<i>dont établissements de lutte contre les maladies mentales</i>	0	-	0	-	0	-
<i>dont établissements de soins de longue durée</i>	2	100%	0	-	2	100%
Secteur privé non lucratif	160	63%	22	55%	182	62%
CLCC	3	100%	0	-	3	100%
Autres établissements à but non lucratif	157	62%	22	55%	179	61%
<i>dont établissements de soins de courte durée</i>	137	61%	22	55%	159	60%
Secteur privé à but lucratif	34	41%	91	32%	125	34%
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	31	42%	86	33%	117	35%
Autres établissements à but lucratif	3	33%	5	20%	8	25%
Ensemble	2 289	71%	115	37%	2 404	69%

(*) Les effectifs en 2017 de la SAE sont ceux sous contrat au 31 décembre de l'année, soit des effectifs très proches, voire identiques, à ceux des effectifs sous contrat au 1^{er} janvier de l'année 2018.

Source : enquête SAE 2017 - DREES, traitement ONDPS.

Pendant ce faible écart ne doit pas masquer une autre réalité. Les doubles comptes ne sont pas les seules causes d'écart entre la SAE et le RPPS, des différences existent également sur le concept même retenu pour l'enregistrement de la spécialité d'exercice : spécialité ordinaire d'appartenance ou encore spécialité de l'activité principale.

Nous ne disposons pas à ce jour, dans la SAE, d'indications précises sur la modalité retenue par chaque établissement pour renseigner la spécialité d'exercice des médecins. Des travaux sont notamment en cours au Centre national de gestion (CNG) dans le cadre de la montée en charge de leur logiciel LogimedH qui devraient nous permettre de disposer à terme pour les hôpitaux publics de cette distinction majeure entre spécialité ordinaire et spécialité d'activité.

Nous savons également que les données du RPPS, qui sont des données déclaratives, ne retracent pas toutes les évolutions de carrière, et ne donnent pas d'indication sur les parts relatives d'activité que chaque professionnel retient dans le cadre de l'exercice de sa spécialité ordinaire d'une part, et des compétences complémentaires qui lui sont reconnues d'autre part.

Lorsque l'on croise les données du RPPS avec celle du CNG, on constate ainsi que des praticiens hospitaliers (PH) ayant une autre spécialité d'exercice que la médecine interne occupent des postes de médecine interne, et qu'à l'inverse des médecins ayant comme spécialité d'exercice dans le RPPS la médecine interne occupent des postes de PH dans une autre spécialité que la médecine interne.

Les internistes en 2018	Total des effectifs du champ défini
Médecins internistes (médecins ayant déclaré détenir la spécialité d'exercice de médecine interne dans le RPPS)	2 377
Dont médecins internistes occupant un poste de PH en médecine polyvalente	120
Dont médecins internistes occupant un poste de PH dans une autre spécialité	274
- en maladies infectieuses, maladies tropicales	128
- en gériatrie	45
- en réanimation médicale	29
- en autres spécialités	72
Médecins occupant un poste de PH de médecin interniste (médecins ayant déclaré détenir une autre spécialité d'exercice que la médecine interne dans le RPPS)	82
Médecins internistes (champ retraité RPPS - CNG)	2 185

Champ : les internistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les internistes de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins).

Source : RPPS 2018/DREES - CNG 2018 - traitement ONDPS

Comme on l'a mentionné plus haut, « exercice exclusif » ne veut pas dire exercice des seules compétences de la spécialité ordinaire d'appartenance, puisque la plupart des médecins sont autorisés par les textes à exercer des compétences complémentaires dès lors que celles-ci sont reconnues comme telles.

C'est en particulier le cas pour les médecins internistes qui sont autorisés par les textes depuis 1970 à exercer des compétences complémentaires. Cette autorisation leur a été donnée par l'arrêté de 1970⁵⁵ (modifié par celui de 1973) qui précise dans son article 3-4° « *l'exercice de la médecine interne par le praticien qualifié dans cette discipline peut être assorti d'une ou de deux compétences préférentielles concernant telle ou telle discipline actuellement reconnue dans le cadre de la pathologie interne* », puis complétée en 1985 par l'arrêté du 25 décembre qui précise également dans son article 3-4°⁵⁶ « *la cancérologie est une compétence [compétence apparue dans la liste des compétences en 1973] pouvant être exercée avec ...la médecine interne...* ».

Autorisation qui leur a été donnée également après la réforme des études médicales de 1982 et la création des DESC et des capacités puisque les médecins internistes sont autorisés à s'inscrire à la grande majorité des DESC de spécialités médicales et aux capacités qui permettent un exercice complémentaire (seules exceptions les DESC de dermatopathologie, de foetopathologie, de néonatalogie, de neuropathologie et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). Parmi les DESC de spécialités médicales sont spécifiquement ouverts aux médecins internistes : l'addictologie, la médecine d'urgence, la réanimation médicale et la gériatrie (sachant que depuis la transformation des deux derniers DESC en DESC qualifiants -respectivement en 2002 et 2004- les médecins internistes ayant obtenu ces diplômes de DESC II doivent choisir entre ces deux spécialités et leur spécialité de médecine interne).

Ainsi, parmi les 2 377 médecins internistes comptabilisés en 2018 dans le RPPS, ils sont 835 à déclarer une compétence complémentaire (616 une seule et 219 deux et plus).

Au total ce sont 1 068 compétences complémentaires qui sont déclarées, dont 483 relèvent de compétences correspondant à des spécialités nouvellement créées, soit par la réforme des études médicales de 2017⁵⁷, soit par requalification des DESC non-qualifiants de réanimation et de gériatrie en DESC qualifiants⁵⁸ ; 116 correspondent à la FST de cancérologie ; et 422 à des compétences de DES créés de longue date, comme par exemple la cardiologie, les maladies de l'appareil digestif, la néphrologie, l'endocrinologie, la rhumatologie,⁵⁹...ou encore à la qualification de médecine générale.

⁵⁵ Arrêté du 4 septembre 1970 et arrêté du 7 mai 1973.

⁵⁶ L'article 3-4° cité plus haut devenant l'article 3-6°.

⁵⁷ En « pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique », en « médecine d'urgence », en « allergologie », en « médecine vasculaire / angiologie », en « médecine légale et expertises médicales », et en « nutrition-diabétologie ».

⁵⁸ Arrêtés du 20/06/2002 relatif au DESC de réanimation et du 12/02/2004 relatif à la gériatrie.

⁵⁹ Pour ne citer que les plus importantes en nombre.

Compétences complémentaires déclarées par les internistes au 1 ^{er} janvier 2018 (*)	TOTAL	dont DESC et qualification MG	dont CAPA	dont autres (***)
Pathologie Infectieuse et tropicale	162	140	4	18
Médecine d'urgence	26		26	
Allergologie (et immunologie) (**)	29	19	1	9
Médecine vasculaire (angéiologie)	61	21	13	27
Médecine légale et expertises médicales	11	2	1	8
Nutrition-diabétologie	53	6		47
Réanimation médicale	67	24		43
Gériatrie (géronologie)	74	22	52	
Cancérologie	116	37		79
Autres compétences				
dont qualification en médecine générale	7	7		
dont correspond à des DES créés de longue date	422			422
dont autres	40	10	12	18
Total	1 068	288	109	671

(*) chiffre supérieur aux nombres d'internistes déclarant des compétences complémentaires dans la mesure où chaque interniste peut déclarer jusqu'à 4 compétences complémentaires. Le nombre d'internistes déclarant des compétences complémentaires étant au total de 835.

(**) intègre à la fois le DESC allergologie et immunologie clinique, l'ancien DESC d'immunologie et immunopathologie et la capacité d'allergologie.

(***) orientations particulières (homéopathie, acupuncture-2 internistes concernés), droits complémentaires d'exercice (3 internistes ont déclaré un droit exercice complémentaire en pathologies infectieuses et tropicales) et compétences (dont certaines correspondent à des compétences aujourd'hui délivrées dans le cadre de DES créés de longue date).

Note : pour la discipline "Pathologie infectieuse et tropicale" on décompte 162 compétences déclarées, pour 160 internistes ayant déclaré une compétence dans cette discipline. Deux internistes ont en effet déclaré 2 compétences distinctes dans cette discipline.

Source : RPPS 2018/DREES - traitement ONDPS

Ce dernier résultat semble tout à fait cohérent avec l'histoire de la spécialité, qui s'est construite en France autour des années 1970 pour répondre à des besoins de prises en charge globale de patients pour lesquels le diagnostic est complexe et qui ne peuvent relever des spécialités d'organes.

Analyse d'ailleurs confirmée par les internistes dans leur Livre blanc de 2004 : « Lorsque les spécialités médicales furent créées, souvent à partir de la médecine interne, celle-ci est apparue clairement comme une spécialité à part entière, mais la juridiction ordinale acceptait initialement d'accorder, dans certaines circonstances de qualification, une compétence secondaire à certains Internistes. Ceci leur permettait à côté de leur spécialité-mère d'exercer une autre spécialité qu'il s'agisse de la cardiologie, de la rhumatologie, de l'endocrinologie ou des maladies infectieuses et même de la gastro-entérologie pour ne citer que les plus importantes. Ces passerelles permettaient à l'Interniste d'élargir son champ de compétences [...]. Pour les hospitaliers, [ces] passerelles représentaient un intérêt majeur dans nombre d'hôpitaux généraux incapables de multiplier les services de spécialités grâce à la création de services de "médecine à orientation..." en général coordonnés par un Interniste sachant s'entourer de spécialistes d'organe » (Jean-Marc ZIZA : « la médecine interne et le secteur privé », in « La médecine interne en France », Livre blanc 2004).

Cela permet ainsi d'expliquer pourquoi un certain nombre de médecins ayant comme spécialité d'exercice la médecine interne occupent des postes de PH dans une autre spécialité :

- en particulier dans des spécialités nouvellement créées : en « maladies infectieuses et tropicales » (128 postes de PH, pour 160 médecins internistes ayant déclaré une compétence en maladies infectieuses et tropicales), en « gériatrie » (45 postes de PH, pour 74 médecins internistes ayant déclaré une compétence en gériatrie), ou encore en « réanimation médicale » (29 postes de PH pour 67 médecins internistes ayant déclaré une compétence en réanimation médicale) ;
- mais également dans d'autres spécialités (72 postes de PH dans d'autres spécialités). Il est également à noter, du fait de la proximité d'une partie de leur activité, qu'un nombre non négligeable de médecins internistes occupent des postes de PH de médecine polyvalente (120).

Cela permet, également, d'expliquer pourquoi un certain nombre de médecins n'ayant pas comme spécialité ordinale la médecine interne occupent des postes de praticiens hospitaliers en médecine interne (82 postes de PH en médecine interne, dont 15 ayant la qualification de médecine générale et 12 la qualification gastro-entérologie et hépatologie, notamment).

Ces données permettent ainsi d'estimer, sur un champ réduit aux seuls PH des hôpitaux publics, l'impact que peut avoir sur les contours du champ de la médecine interne la création des nouveaux DES et plus largement d'apprécier l'impact sur l'activité des internistes de la diversité de leurs profils.

Si l'on prend en compte ces différents éléments le nombre de médecins ayant une activité d'interniste s'établirait à **2 185**. Pour calculer ce chiffre, des 2 377 médecins ayant déclaré la médecine interne comme spécialité ordinale dans le RPPS ont été déduits les 274 médecins occupant des postes de PH dans d'autres spécialités et ajoutés les 82 médecins ayant déclaré une autre spécialité ordinale que la médecine interne mais occupant des postes de PH de médecine interne.

Ce calcul ne tient pas compte des 120 médecins internistes occupant des postes en médecine polyvalente, dans la mesure où la médecine polyvalente hospitalière n'est pas une spécialité en tant que telle, mais un type d'activité (cf. ci-dessous le paragraphe relatif à la médecine polyvalente) ; ceux-ci sont considérés pour les exercices démographiques présentés plus loin comme relevant de la médecine interne⁶⁰.

Cette analyse montre en fait la difficulté que nous avons pour établir un chiffre totalement assuré du nombre de médecins qui exercent effectivement la spécialité de médecine interne et ne relèvent pas d'autres spécialités, en particulier des spécialités nouvellement créées.

⁶⁰ Cette hypothèse est cohérente avec la présentation que les internistes font de leur relation entre les services de médecine interne et les services de médecine polyvalente. Cf. sur ce point « *Médecine interne et médecine polyvalente* », P. Morlat et les membres du conseil d'administration de la SNFMI, dans *La Revue de médecine interne* 37 (2016) 721-722.

Pour mesurer l'impact des corrections apportées, avec la prise en compte des données du CNG, sur le nombre de médecins internistes susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années, nous retiendrons les deux champs pour l'analyse démographique :

- Le champ des médecins qui se déclarent internistes dans le RPPS, et dont le nombre est évalué à **2 377** en 2018 ;
- Le champ redressé qui correspond à un nombre d'internistes de **2 185** pour l'année 2018.

3. La « gériatrie » une spécialité reconnue récemment, exercée en tant que compétence par des médecins de différentes disciplines, en particulier par des médecins généralistes

À l'inverse de la médecine interne, la gériatrie est une spécialité reconnue depuis très récemment, puisque cette reconnaissance date de 2004 (arrêté du 12 février 2004) quand le DESC de gériatrie a été qualifié de DESC de type II.

Antérieurement la gériatrie était reconnue seulement comme une compétence qui pouvait dès lors être exercée dans le cadre d'un exercice complémentaire à celui d'une spécialité. En outre, même si les prémices de la gérontologie sociale⁶¹ datent de la fin du XIX^{ème} siècle et que les premières sociétés de gérontologie ont vu le jour dans les années 50, la discipline de gériatrie / gérontologie n'a été reconnue en tant que compétence qu'en 1985 avec la création de la Capacité de gérontologie, puis du DESC de gériatrie en 1988⁶².

Ainsi, dans le RPPS cette discipline est généralement mentionnée au titre d'un exercice complémentaire : sur les 5 616 médecins (de moins de 72 ans) qui déclarent avoir une activité de gériatrie / gérontologie, seuls 1 984 ont la spécialité d'exercice, ils sont 89 à avoir déclaré l'exercer avec le DESC non qualifiant (créé en 1988 et transformé en DESC qualifiant en 2004) et 3 543 à l'avoir déclaré avec la capacité de gérontologie.

Les gériatres en 2018					
	Secteur hospitalier (hôpital public, privé, PSPH) (*)	Etablissement hébergement réadaptation	Etablissement personnes âgées	Autres secteurs	Total des effectifs du champs défini
Médecins gériatres (médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS)	3 336	10	844	1 426	5 616
<i>dont médecins ayant déclaré la spécialité d'exercice</i>	1 520	3	244	217	1 984
<i>dont médecins exerçant la gériatrie à titre complémentaire (DESC non qualifiant)</i>	73	0	3	13	89
<i>dont médecins exerçant la gériatrie à titre complémentaire (capacité de gérontologie)</i>	1 743	7	597	1 196	3 543

(*) Ordre de priorité retenu pour ventiler les effectifs selon les différents secteurs d'activité : secteur hospitalier, puis établissement d'hébergement et de réadaptation (hors secteur hospitalier), EHPAD, et autres secteurs (ville et secteur administratif)
 Champ : les gériatres de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les gériatres de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins)

Source : RPPS/DREES 2018 - traitement ONDPS

Effectifs non repris pour l'analyse démographique (voir plus loin)

⁶¹ Cf. « Naissance et histoire de la gériatrie » Pr Moulias – Paris – article publié par l'IDSG sur son site.

⁶² Arrêté du 25 juillet 1985 pour la capacité de gérontologie et du 4 mai 1988 pour le DESC de gériatrie.

Pour la très grande majorité d'entre eux, ces médecins qui déclarent exercer la gériatrie / gériatologie au titre d'une compétence complémentaire en gériatrie possèdent comme spécialité d'exercice la médecine générale. Parmi les **3 632** médecins de moins de 72 ans (89 avec le DESC et 3 543 avec la capacité) qui déclarent un exercice au titre d'une compétence complémentaire en gériatrie / gériatologie on décompte, en effet, **3 253** médecins généralistes.

2018						
Total Gériatrie (DESC + capacités)			Dont DESC		Dont Capacités	
Spécialité d'origine	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Anesthésie-réanimation	9	0,2%	0	0,0%	9	0,3%
Biologie médicale	1	0,0%	1	1,1%	0	0,0%
Cardiologie et maladies vasculaires	17	0,5%	0	0,0%	17	0,5%
Chirurgie générale	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Dermatologie et vénéréologie	3	0,1%	0	0,0%	3	0,1%
Endocrinologie et métabolisme	7	0,2%	1	1,1%	6	0,2%
Hématologie	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	15	0,4%	5	5,6%	10	0,3%
Médecine du travail	23	0,6%	0	0,0%	23	0,6%
Médecine interne	74	2,0%	22	24,7%	52	1,5%
Médecine physique et réadaptation	50	1,4%	2	2,2%	48	1,4%
Néphrologie	10	0,3%	1	1,1%	9	0,3%
Neurologie	20	0,6%	9	10,1%	11	0,3%
O.R.L et chirurgie cervico faciale	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Oncologie option médicale	5	0,1%	1	1,1%	4	0,1%
Ophthalmologie	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Pédiatrie	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Pneumologie	14	0,4%	1	1,1%	13	0,4%
Psychiatrie	75	2,1%	3	3,4%	72	2,0%
Radiothérapie	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Réanimation médicale	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Rhumatologie	20	0,6%	4	4,5%	16	0,5%
Santé publique et médecine sociale	29	0,8%	14	15,7%	15	0,4%
Médecine Générale	3 253	89,6%	25	28,1%	3 228	91,1%
Total	3 632	100%	89	100,0%	3 543	100,0%

Champ : les gériatres de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018

Source : RPPS/DREES 2018 - traitement ONDPS

Notons que, comme pour la médecine interne, les données de la SAE sur le secteur hospitalier sont plus élevées : la SAE décompte **3 784** gériatres⁶³, soit **13%** de plus que le RPPS sur le champ « secteur hospitalier », écart qui là aussi peut s'expliquer pour partie par les doubles comptes enregistrés dans la SAE, puisqu'un médecin exerçant dans deux établissements sera compté 2 fois dans cette dernière source alors qu'il n'est compté qu'une fois dans le RPPS. Le nombre de ceux qui travaillent à temps partiel dans les établissements hospitaliers est, en effet, loin d'être négligeable (leur taux étant comme pour les internistes d'au moins 30%). Si l'on prend comme hypothèse que ces temps partiels correspondent à du temps partagé entre plusieurs établissements de santé (sur la base d'une quotité de temps moyenne de 50%), le nombre de gériatres comptabilisés dans la SAE est très proche de celui extrait du RPPS (3 190).

⁶³ Parmi eux, selon l'étude du CNG sur les médecins spécialistes en gériatrie (disponible sur le site du CNG) 2 332 seraient Praticiens Hospitaliers (2 167 à temps plein et 165 à temps partiel).

Les gériatres en 2017	Salariés		Libéraux		Total	
	Effectifs	% à temps plein	Effectifs	% à temps plein	Effectifs	% à temps plein
Secteur public	2 700	74%	10	50%	2 710	74%
CHR / CHU	581	76%	0	-	581	76%
CH, dont anciens hôpitaux locaux	1 946	75%	10	50%	1 956	75%
CH spécialisés en psychiatrie	43	77%	0	-	43	77%
Autres établissements publics	130	48%	0	-	130	48%
<i>dont établissements de soins de longue durée</i>	125	48%	0	-	125	48%
Secteur privé non lucratif	532	57%	3	0%	535	57%
CLCC	3	0%	0	-	3	0%
Autres établissements à but non lucratif	529	57%	3	0%	532	57%
<i>dont établissements de soins de suite et de réadaptation</i>	188	57%	0	-	188	57%
<i>dont établissements de soins de courte durée</i>	299	61%	2	0%	301	61%
<i>dont établissements de soins de longue durée</i>	21	19%	0	-	21	19%
Secteur privé à but lucratif	479	60%	60	27%	539	56%
Etablissements de SSR	291	63%	9	22%	300	62%
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	162	56%	50	28%	212	50%
Etablissements de SLD	7	57%	0	-	7	57%
Autres	19	42%	1	0%	20	40%
Ensemble	3 711	70%	73	29%	3 784	69%

Source : enquête SAE 2017 - DREES, traitement ONDPS

Cet écart entre les données du RPPS et de la SAE, montre que les établissements hospitaliers, quand ils décomptent leur effectif de gériatrie, semble intégrer pour partie les médecins qui ont un exercice de gériatrie, sans toutefois en posséder la qualification.

La confrontation des données entre le RPPS et le CNG relatives aux praticiens hospitaliers montre toutefois que, comme pour la médecine interne, des écarts existent entre ceux qui déclarent exercer une compétence en gériatrie / gérontologie à un titre ou à un autre, et ceux qui occupent effectivement un poste de PH en gériatrie. Parmi ceux que nous avons supposés exercer la gériatrie, 328 occupent des postes de PH en médecine polyvalente et 187 des postes d'autres spécialités (médecine d'urgence, psychiatrie, médecine interne, autres). En revanche, comme pour la médecine interne, des PH de gériatrie n'ont pas déclaré d'exercice en gériatrie / gérontologie dans le RPPS, leur nombre s'élève à 693 (dont 628 médecins généralistes et 27 internistes, notamment).

Les gériatres en 2018		Total des effectifs du champ défini (*)
Médecins gériatres (médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS)		5 616
Dont gériatres occupant un poste de PH en médecine polyvalente		328
<i>dont médecins ayant déclaré la spécialité d'exercice en gériatrie</i>		77
<i>dont médecins ayant déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie</i>		251
Dont gériatres occupant un poste de PH dans une autre spécialité		187
<i>-médecine d'urgence</i>		88
<i>-psychiatrie</i>		38
<i>-médecine interne</i>		16
<i>-autres spécialités</i>		45
Médecins occupant un poste de PH de gériatrie (médecins n'ayant pas déclaré exercer cette compétence dans le RPPS)		693
Médecins gériatres (champ redressé RPPS - CNG)		5 871

(*) correspond à l'ensemble des médecins, de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018, ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS.

Source : RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - traitement ONDPS

Ainsi, au total le nombre de médecins supposés exercer, à un titre ou à un autre, la gériatrie, une fois confrontées les données relatives aux praticiens hospitaliers, s'élèverait à 5 871 (5 616 médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie / gériatologie, chiffre duquel sont déduits les 251 médecins ayant déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie / gériatologie mais occupant des postes de PH en médecine polyvalente et les 187 médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie / gériatologie mais occupant des postes de PH d'autres spécialités, et auquel sont ajoutés les 693 n'ayant pas déclaré exercer de compétence en gériatrie / gériatologie mais occupant des postes de PH en gériatrie).

Comme pour la médecine interne, il a été supposé que les médecins occupant des postes en médecine polyvalente et possédant la spécialité ordinale de gériatrie (77 médecins) continuent de relever de la gériatrie, dans la mesure où la médecine polyvalente n'est pas une spécialité ordinale mais une activité. En revanche, dans ce décompte, il a été supposé que ceux qui ont déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie / gériatologie (251 médecins) et qui occupent un poste de PH en médecine polyvalente ne devaient pas être comptés parmi les gériatres, mais avec leur spécialité d'exercice (médecine générale ou autre spécialité).

Ce traitement différencié entre les médecins occupant un poste de PH en médecine polyvalente selon leur spécialité d'exercice (de gériatrie ou d'une autre spécialité), tient au fait que l'approche retenue pour décompter les gériatres est très large, puisqu'ont été englobés tous les médecins ayant déclaré exercer, à un titre ou à un autre, la gériatrie / gériatologie et ce quelle que soit leur spécialité d'exercice. Dès lors, comme on l'a fait pour les internistes, on ne pouvait pas garder dans le décompte des gériatres ceux pour lesquels cette activité peut être jugée comme secondaire. C'est notamment le cas bien sûr pour tous ceux qui occupent des postes de PH dans une autre spécialité que la gériatrie (de ce point de vue nous avons retenu le même traitement que celui fait pour les internistes), mais également pour ceux qui occupent des postes de médecine polyvalente et qui n'ont pas la spécialité d'exercice de gériatrie (cas qui n'existe pas pour les médecins internistes).

Plus largement la question s'est posée, au sein du groupe de travail, sur la façon d'opérer pour faire le partage entre les médecins déclarant un exercice de gériatrie / gériatologie selon qu'ils le feraient à titre principal ou à titre secondaire.

Le chiffre présenté ci-dessus de **5 871** médecins (corrigé des données du CNG sur les PH) ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie /gériatologie à un titre ou à un autre, et susceptibles d'exercer l'activité de gériatrie, tient compte de l'ensemble des professionnels quels que soient leur secteur d'activité et leur spécialité d'exercice (spécialité ordinale en gériatrie, ou autre spécialité ordinale avec mention d'une compétence complémentaire exercée en gériatrie / gériatologie), et quel que soit le temps de travail qu'ils consacrent à l'activité de gériatrie par rapport à l'activité de leur spécialité d'appartenance dès lors que cette spécialité d'appartenance n'est pas la gériatrie.

Or, nous n'avons pas d'indication sur le temps que ces médecins consacrent à leur activité de gériatrie, en particulier, lorsque celle-ci est déclarée à titre complémentaire par rapport à celui qu'ils consacrent à leur spécialité ordinale d'exercice.

L'enquête quantitative réalisée (cf. annexe 3), à laquelle ont répondu 1 420 médecins se déclarant gériatres⁶⁴, montre que la grande majorité d'entre eux exercent en fait en établissement de santé et en EHPAD (pour 88% d'entre eux), ils ne sont que 3% environ à déclarer exercer en cabinet libéral ou encore au sein d'une administration, les autres ayant déclaré des lieux d'exercice divers pas facilement traitables dans la nomenclature agrégée, confortant ainsi l'idée que les médecins ayant déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie / gérontologie en ville et en administration ne le font qu'à titre secondaire. En revanche, la confrontation des données du RPPS avec celles de la SAE pour les établissements de santé et avec celles de l'enquête EHPA de la DREES pour les EHPAD (cf. annexe 2 de cette note), nous invite à penser que ceux qui ont déclaré cet exercice complémentaire dans ces deux types de secteur doivent dans un nombre de cas significatif le faire à titre principal, et non à titre secondaire.

Aussi, dans le cadre de cette étude, nous avons fait l'hypothèse que ceux qui exerçaient une activité complémentaire en gériatrie / gérontologie en ville ou encore dans le secteur administratif ne le faisaient qu'à titre secondaire, leur activité principale étant supposée être celle de leur spécialité ordinale.

Ainsi, sur les **5 871** médecins déclarant un exercice de gériatrie / gérontologie (corrigé des données du CNG) seuls **4 662 médecins** sont supposés exercer à titre principal la gériatrie / gérontologie.

Champ d'analyse retenu	
Total des médecins ayant déclaré un exercice de gériatrie	5 871
<i>dont médecins n'ayant pas la spécialité d'exercice et travaillant dans le secteur "autre"</i>	1 209
champ retenu pour l'analyse démographique	4 662

Il faut bien être conscient que prendre cette hypothèse revient à supposer que les médecins, pour l'essentiel généralistes, qui interviennent en ville et possèdent la capacité de gérontologie (voire le DESC non qualifiant de gériatrie) sont avant tout des médecins ayant une activité de médecine générale de ville, et *a contrario* que ceux exerçant en secteur hospitalier ou en EHPAD ont principalement une activité de gériatres.

Il s'agit d'une hypothèse de travail qui peut être jugée fragile, mais qui permet d'avoir un ordre de grandeur du nombre de gériatres, celui-ci mériterait toutefois que soient engagés des travaux d'enquête complémentaires pour être confirmé.

⁶⁴ Soit un taux de représentativité de l'enquête de 25% environ par rapport à notre effectif de 5 616 médecins ayant déclaré une compétence en gériatrie / gérontologie ; de 28% pour le secteur hospitalier, de 38% pour les EHPAD et de 3% pour les autres secteurs.

4. La « médecine polyvalente » une activité hospitalière qui ne relève pas d'une spécialité particulière et qui est exercée principalement par des médecins généralistes

Concernant les médecins exerçant une activité polyvalente hospitalière l'estimation de leur nombre est, par rapport aux deux autres catégories de professionnels examinées, encore plus compliquée.

En effet, cette activité ne correspond pas à une spécialité ou une compétence reconnue par les textes, même si cette question a pu être posée lorsqu'ont été précisées les conditions que devaient remplir les médecins généralistes ayant obtenu leur diplôme avant 2004 (date de la création de la spécialité de médecine générale) pour être requalifiés en « spécialistes de médecine générale ».

Du fait des critères retenus pour définir la « spécialité de médecine générale » (définition WONCA)⁶⁵, et considérant *de facto* que seuls les médecins ayant un exercice de ville répondaient à ces critères, la question de créer une spécialité de « médecine polyvalente » a été discutée au sein de différentes instances (et notamment au CNOM⁶⁶), sachant que la très grande majorité des médecins polyvalents hospitaliers sont issus de la filière de médecine générale. Il s'agissait, par la création de cette nouvelle spécialité d'éviter d'avoir à terme trois catégories de médecins généralistes : les médecins spécialistes en médecine générale, les médecins qualifiés en médecine générale (ceux qui ont un titre qualifiant en MG depuis la loi de 1982 ayant institué le résidanat) et les médecins sans titre de qualification (possédant uniquement un doctorat en médecine et relevant des dispositions d'avant la loi de 1982). Cette proposition n'a toutefois pas été retenue. Dans leurs différentes publications, les représentants de la médecine polyvalente hospitalière évoquent également le problème statutaire qu'induit cette non-reconnaissance pour les praticiens des spécialités autres que la médecine générale ayant leur activité dans ces services.

Il n'existe pas non plus à ce jour de diplôme associé.

Pour ces deux raisons, ces médecins sont non identifiables directement dans nos sources de données. Les seuls médecins ayant un exercice de médecine polyvalente identifiés en tant que tels sont les praticiens hospitaliers⁶⁷ « code M71 », dont le nombre est évalué par le CNG en 2018 à 3 543 (3 105 postes occupés à plein temps et 438 à temps partiel), sachant que le nombre global de postes budgétés s'établissait à la même date à 4 358⁶⁸. Toutefois il faut bien avoir en tête que ce chiffre sous-évalue leur nombre, tous les médecins intervenant dans les hôpitaux publics n'ayant pas ce statut et, par définition, aucun médecin des établissements privés ne l'a.

Pour estimer donc le nombre de médecins exerçant dans les services de médecine polyvalente et plus largement ayant une activité de médecine polyvalente, nous avons donc été amenés à faire un certain nombre d'hypothèses, qui pour certaines sont relativement fragiles. Nous avons, en effet, procédé par exclusions successives.

⁶⁵ WONCA : « *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* ». Cette organisation mondiale des médecins « généralistes / médecins de famille » regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays.

⁶⁶ Rapport du CNOM de juin 2014 « *La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale* », disponible sur son site.

⁶⁷ Arrêté du 24 mai 2000 relatif à l'organisation du concours national de praticien des établissements hospitaliers.

⁶⁸ Note du CNG : « *Praticiens hospitaliers, éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1^{er} janvier 2018* », CNG disponible sur son site.

Pour bien cerner notre sujet nous avons tout d'abord réduit le champ de l'analyse aux **seuls médecins généralistes travaillant exclusivement en secteur hospitalier** en supposant qu'ils concourent à l'activité de médecine polyvalente hospitalière.

Ce choix revient à exclure du champ de l'analyse, les médecins spécialistes (autres que ceux de médecine générale) qui interviennent dans les services de médecine polyvalente. Comme on l'a vu ci-dessus, des internistes (120) et des gériatres (77), notamment, occupent des postes de PH de médecine polyvalente, marquant ainsi le fait que ces services de médecine polyvalente accueillent en leur sein des médecins de plusieurs spécialités, même si dans leur très grande majorité ceux-ci sont issus de la filière de médecine générale (85%)⁶⁹. Ce choix est d'ailleurs cohérent avec ceux retenus pour la construction des champs des médecins internistes et des gériatres, puisque nous avons considéré que les praticiens hospitaliers de médecine polyvalente devaient être comptés avec leur spécialité ordinale et non avec la médecine polyvalente.

Ce choix revient également à exclure du champ de l'analyse la très grande majorité des médecins généralistes libéraux qui travaillent dans les hôpitaux dans la mesure où ils n'interviennent pour la plupart qu'à titre complémentaire de leur exercice principal de ville. Il est à noter qu'un tel choix n'est retenu que pour l'exercice démographique présenté plus loin et non pour une analyse plus précise des statuts et modes d'exercice des médecins généralistes travaillant à l'hôpital et en ville dans le cadre d'exercices décloisonnés. Cette question essentielle est traitée au paragraphe 7 de cette note.

Nous avons ensuite exclu du champ les médecins généralistes déclarant exercer une compétence en médecine d'urgence ou en gériatrie (et n'étant pas PH de médecine polyvalente), faisant l'hypothèse que leur exercice principal est dans ce cas la médecine d'urgence ou la gériatrie. Comme pour la médecine interne et la gériatrie, nous avons, en outre, tenu compte des données du CNG sur le nombre de PH que ce dernier comptabilise en médecine d'urgence, en gériatrie et dans une autre spécialité et ayant comme spécialité d'exercice la médecine générale. La correction apportée est importante pour la médecine d'urgence pour laquelle les données RPPS apparaissent très incomplètes, car nombre de ces professionnels n'ont pas fait enregistrer leur compétence en médecine d'urgence dans le RPPS⁷⁰.

Sur cette base, on recense au sein du secteur hospitalier : 10 839 médecins généralistes qui concourraient à l'activité de médecine polyvalente selon le RPPS parmi les 23 305 médecins généralistes travaillant dans le secteur hospitalier.

⁶⁹ Parmi les autres spécialités on peut noter, pour les plus importantes en effectif, la rhumatologie, la gastro-entérologie, la cardiologie, la médecine physique et de réadaptation et la pneumologie.

⁷⁰ Dans les données du RPPS tous les médecins urgentistes ne semblent pas être enregistrés en tant que tels. Un nombre non négligeable d'entre eux ayant notamment le statut de PH de médecine d'urgence figurent dans le RPPS sans aucune mention de leur exercice en médecine d'urgence. Ces médecins urgentistes ayant la spécialité ordinale de MG au nombre de 2 300 environ ont été recodés afin de prendre en compte leur compétence en médecine d'urgence pour le calcul des médecins polyvalents. De la même façon les PH de gériatrie, ayant comme spécialité ordinale la médecine générale (550 environ exerçant exclusivement à l'hôpital) et qui n'ont pas déclaré de compétence complémentaire exercée en gériatrie ont été recodés en gériatres. Pour des raisons similaires, les PH occupant des postes dans d'autres spécialités et ayant la médecine générale comme spécialité ordinale (750 environ exerçant exclusivement à l'hôpital) ont été également recodés dans la spécialité de leur poste de PH.

Les médecins de médecine polyvalente hospitalière en 2018

Médecins ayant déclaré la médecine générale comme spécialité ordinale

	Secteur hospitalier
Médecins exerçant dans le secteur hospitalier	23 305
(1) Médecins exerçant uniquement dans le secteur hospitalier	18 132
(2) dont médecins ayant déclaré exercer l'urgence dans le RPPS ou occupant un poste PH urgence (*)	5 102
(3) médecins ayant déclaré exercer la gériatrie dans le RPPS ou occupant un poste de PH de gériatrie(**)	1 634
(4) dont médecins occupant un poste de PH dans une autre spécialité (***)	746
(5) dont doubles comptes urgentistes-gériatres	189
Médecins polyvalents (champ redressé) = (1)-(2)-(3)-(4)+(5)	10 839

(*) Les compétences de médecine d'urgence retenues sont la CAPA d'aide médicale urgente, la CAPA de médecine de catastrophe, et le DESC de médecine d'urgence. Dans ce décompte sont exclus les médecins généralistes occupant un poste de PH de médecine polyvalente, et ajoutés en revanche les PH de médecine d'urgence n'ayant pas déclaré de compétences d'urgence dans le RPPS.

(**) Les compétences de gériatrie retenues sont la CAPA de gérontologie, le DESC non qualifiant de gériatrie. Dans ce décompte sont exclus les médecins généralistes occupant un poste de PH de médecine polyvalente, et ajoutés en revanche les PH de gériatrie n'ayant pas déclaré de compétences de gériatrie dans le RPPS.

(***) dont 120 en psychiatrie.

Champ : médecins généralistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018, travaillant dans le secteur hospitalier.

Sources : RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - traitement ONDPS.

Cette évaluation ne permet toutefois pas d'identifier au sein de ces médecins, ceux qui travaillent dans des services de médecine polyvalente en aval des urgences, le champ de l'analyse est plus large, puisque sont décomptés tous les médecins généralistes travaillant exclusivement à l'hôpital, hors ceux qui sont considérés comme urgentistes ou gériatres, et ce quel que soit le service dans lequel ils travaillent. Cette évaluation est cohérente avec la pratique décrite par les médecins polyvalents, qui précisent dans leur contribution jointe à ce rapport « *L'activité principale de la Médecine Polyvalente se fait en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), mais cette activité peut s'exercer selon d'autres modalités. Nous pouvons citer l'activité de Médecine Polyvalente au sein des SSR Polyvalents (Service de Soins de Suite et de Réadaptation), mais également en chirurgie, afin d'assurer la prise en charge médicale courante des patients, en milieu psychiatrique afin d'assurer la prise en charge somatique des patients, voire dans des services de spécialités d'organes, afin que les spécialistes d'organes puissent se recentrer sur leur « cœur de métier » et développer des prises en charge à haute valeur ajoutée de la spécialité. De plus ces activités de Médecine Polyvalente se développent non seulement au sein des établissements publics de santé, mais également de plus en plus au sein de structures privées.* ».

Le chiffre que l'on obtient est cohérent avec celui que l'on peut estimer avec la SAE, toujours avec la même optique : chercher à évaluer l'ordre de grandeur du nombre de médecins exerçant aujourd'hui dans les établissements hospitaliers une activité de médecine polyvalente, et ce quel que soient le statut juridique de l'établissement et le service au sein duquel cette activité est exercée (qu'il s'agisse d'un service de médecine polyvalente en aval d'un service d'urgence, ou encore d'un service de SSR, voire même d'un service de psychiatrie).

En 2017 selon la SAE, **23 326 médecins généralistes** travaillaient, dont 54% à temps plein, dans le secteur hospitalier (19 931 en tant que salariés et 3 395 en tant que libéraux).

Les médecins polyvalents en 2017	Médecins généralistes					
	Salariés		Libéraux		Total	
	Effectifs	% à temps plein	Effectifs	% à temps plein	Effectifs	% à temps plein
Secteur public	16 196	63%	975	7%	17 171	60%
CHR / CHU	4 697	62%	6	0%	4 703	62%
CH, dont anciens hôpitaux locaux	10 746	64%	968	7%	11 714	59%
CH spécialisés en psychiatrie	559	59%	0	-	559	59%
Autres établissements publics	194	58%	1	0%	195	58%
<i>dont établissements de lutte contre les maladies mentales</i>	1	0%	0	-	1	0%
<i>dont établissements de soins de longue durée</i>	85	47%	1	0%	86	47%
Secteur privé non lucratif	2 140	42%	682	26%	2 822	38%
CLCC	80	66%	1	0%	81	65%
Autres établissements à but non lucratif	2 060	41%	681	26%	2 741	37%
<i>dont établissements de soins de suite et de réadaptation</i>	664	43%	25	8%	689	42%
<i>dont établissements de lutte contre les maladies mentales</i>	51	29%	7	0%	58	26%
<i>dont centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie</i>	155	55%	1	0%	156	55%
<i>dont établissements de soins de courte durée</i>	934	39%	85	7%	1 019	36%
<i>dont établissements de soins de longue durée</i>	7	0%	0	-	7	0%
<i>dont autres</i>	249	39%	563	30%	812	33%
Secteur privé à but lucratif	1 595	37%	1 738	28%	3 333	33%
Etablissements de SSR	857	45%	65	11%	922	43%
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	441	36%	1 000	48%	1 441	44%
Etablissements de lutte contre les maladies mentales	202	18%	124	2%	326	12%
Etablissements de SLD	10	20%	1	0%	11	18%
Autres	85	19%	548	1%	633	3%
Ensemble	19 931	59%	3 395	22%	23 326	54%

Source : enquête SAE 2017 - DREES, traitement ONDPS

Les effectifs de médecins non gériatres des unités gériatriques et les médecins non psychiatres et pédiatres des services d'urgence (parmi lesquels sont comptés les médecins généralistes) s'élevaient quant à eux respectivement à 1 053 (647 à plein temps et 406 à temps partiel) et 8 681 (4 562 à plein temps et 4 110 à temps partiel).

Si l'on retient comme hypothèse :

- tout d'abord, que ces médecins non gériatres des unités gériatriques et non psychiatres et pédiatres des services d'urgence doivent être retirés du décompte des médecins polyvalents dans la mesure où la plupart d'entre eux sont des médecins généralistes (à 90% environ) ayant respectivement pour activité principale la gériatrie et l'urgence ;
- et ensuite, que l'ensemble des médecins travaillant à temps partiel ne doivent être comptés que pour la moitié quand ils sont salariés (pour éviter notamment les doubles comptes) et ne pas être comptabilisés quand ils sont libéraux, dans la mesure où leur activité est dans ce cas très souvent exercée à temps très partiel et complémentaire à leur activité de ville ;

le nombre de médecins polyvalents s'établirait à **10 200** environ.

Il faut bien voir qu'il s'agit d'un ordre de grandeur vu le nombre d'hypothèses faites pour estimer ce chiffre.

Tableau de synthèse "médecine polyvalente"	
Nombre de médecins généralistes	23 326
correction temps partiel	6 741
Nombre de médecins généralistes après correction temps partiel	16 585
urgences avec correction du temps partiel	5 616
unités gériatriques avec correction du temps partiel	741
Estimation du nombre de médecins polyvalents	10 228

NB : la correction temps partiel correspond à la prise en compte à 50% des temps partiels salariés et à l'exclusion des temps partiels libéraux

Source : enquête SAE 2017 - DREES, traitement ONDPS

5. Des exercices croisés entre médecine interne, gériatrie, et médecine polyvalente

L'examen des champs relatifs des médecins internistes, des gériatres et des médecins exerçant la médecine polyvalente, montre l'importance des exercices « croisés », entre ces professionnels, ce qui d'une certaine façon met en lumière la proximité entre les services de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente.

Comme on a pu le noter, parmi les médecins ayant comme spécialité d'exercice la médecine interne, 120 occupent des postes de PH en médecine polyvalente, 45 des postes de PH de gériatrie et 74 ont déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie.

De même, parmi les médecins déclarant exercer une compétence en gériatrie à un titre ou à un autre, ils sont 16 à occuper des postes de PH de médecine interne et 328 à occuper des postes de PH en médecine polyvalente (77 avec comme spécialité d'exercice la gériatrie et 251 avec une compétence complémentaire exercée en gériatrie / gérontologie).

Dans leur Livre blanc, les internistes rappellent, par exemple, l'importance des collaborations qui doivent être mises en place, en particulier en aval des urgences, entre les gériatres et les internistes, afin d'assurer la meilleure prise en charge des personnes âgées (encadré 2).

Encadré 2

Médecine interne et gériatrie

(...) « Le vieillissement de la population, la pression de soins et d'hospitalisation qui en découle, l'encombrement des services d'urgence par les personnes âgées (15 à 20 %) et les sollicitations de plus en plus fréquentes des Généralistes pour l'avis d'un Interniste à propos d'affections restées sans solution chez le sujet âgé, ont modifié le paysage hospitalier du service de Médecine Interne et ont contribué à une extension de leur champ d'activité.

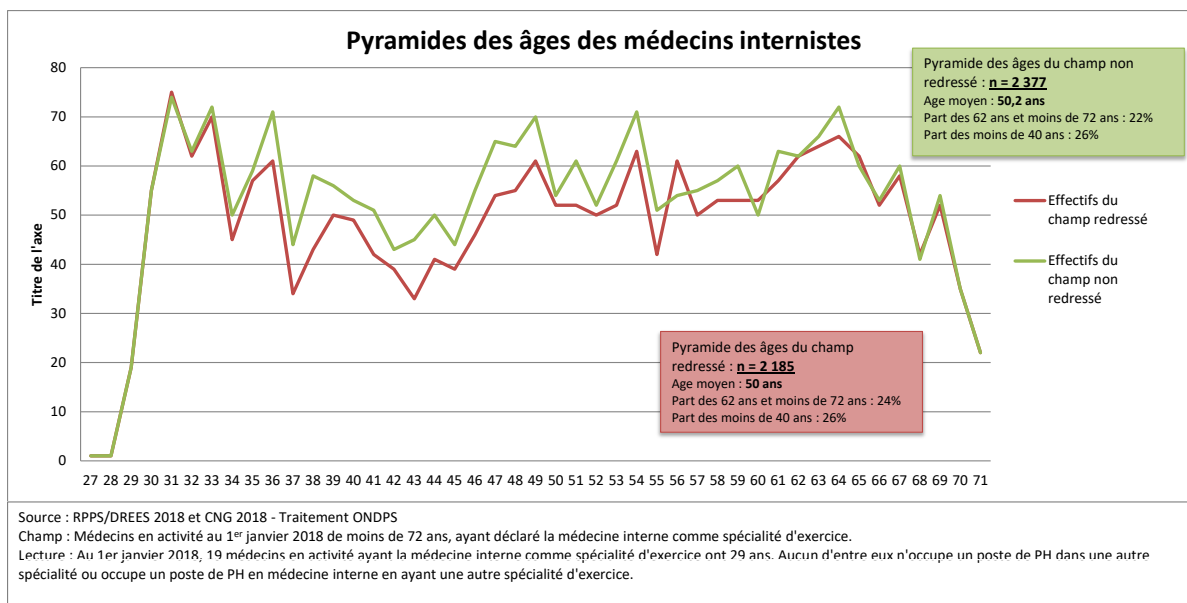
C'est ainsi que la Médecine Interne hospitalière est de plus en plus présente à proximité des urgences, en aval direct des SAU et offre ainsi une réponse à la demande d'hospitalisation des patients ne relevant pas d'une spécialité d'organe ciblée, parmi lesquels figurent de nombreuses personnes âgées. L'objectif est de permettre une prise en charge globale et expérimentée des personnes âgées atteintes d'affection aiguë pour simplifier la procédure, éviter les interventions multiples de spécialistes d'organes ou le recours excessif au plateau technique et accélérer ainsi la démarche diagnostique en parfaite collaboration avec le gériatre. Les missions dévolues à chaque spécialité sont l'expertise médicale et médico-technique rapide pour l'Interniste et l'évaluation gériatrique globale pour le gériatre, dans le souci partagé d'une prévention effective ou d'une gestion adaptée du handicap. L'ouverture par les Internistes d'unités médicales post-accueil dans de nombreux centres hospitaliers et la création par les gériatres d'équipes mobiles hospitalières de gériatrie témoignent de cet engagement côte à côte des Internistes et des gériatres pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées hospitalisées pour affections aiguës, dans le respect réciproque de leur spécialité. Un hospitalier de Médecine Interne ne saurait être interchangeable avec son homologue de Gériatrie et vice versa. La qualité des soins aux personnes âgées en pâtirait, mais à l'inverse, un Interniste sans l'expertise du gériatre ou le gériatre sans celle de l'Interniste ferait perdre des chances au patient âgé et altérerait les garanties d'excellence offertes à la population par les hôpitaux. » (Jean-Louis DUPONT : « médecine interne et gériatrie », in « La médecine interne en France », Livre blanc 2004).

6. Des perspectives démographiques pour les trois catégories de professionnels étudiés ...

Sur la base des évaluations, présentées ci-dessus, on constate que les pyramides des âges et le nombre de médecins qui devraient quitter leur fonction dans les prochaines années sont relativement différents pour les trois catégories de professionnels sur lesquels porte l'étude.

Concernant les médecins internistes

La pyramide des âges très plate des médecins internistes, avec un décrochage à partir de 65 ans que l'on peut imputer à des départs à la retraite au-delà de cet âge, montre que les entrées dans cette spécialité n'ont pas subi d'à-coups majeurs au cours des années passées, la question posée est celle du champ à retenir pour l'estimation des départs à la retraite potentiels devant être renouvelés dans une approche toutes choses égales par ailleurs (c'est-à-dire sans modification de l'organisation du système de soins et des prises en charge) : pyramide des âges globale ou pyramide des âges corrigée pour tenir compte notamment des internistes occupant des postes de PH d'autres spécialités (correspondant notamment à des médecins internistes ayant une activité principale dans une des nouvelles spécialités créées).



Parmi les 2 377 internistes de moins de 72 ans comptabilisés dans le RPPS, on dénombre, en fait, 525 internistes de 62 ans et plus sur le champ total et 515 sur le champ redressé prenant en compte notamment les données du CNG relatives au PH occupant un poste dans une autre spécialité que la médecine interne, soit des chiffres très proches.

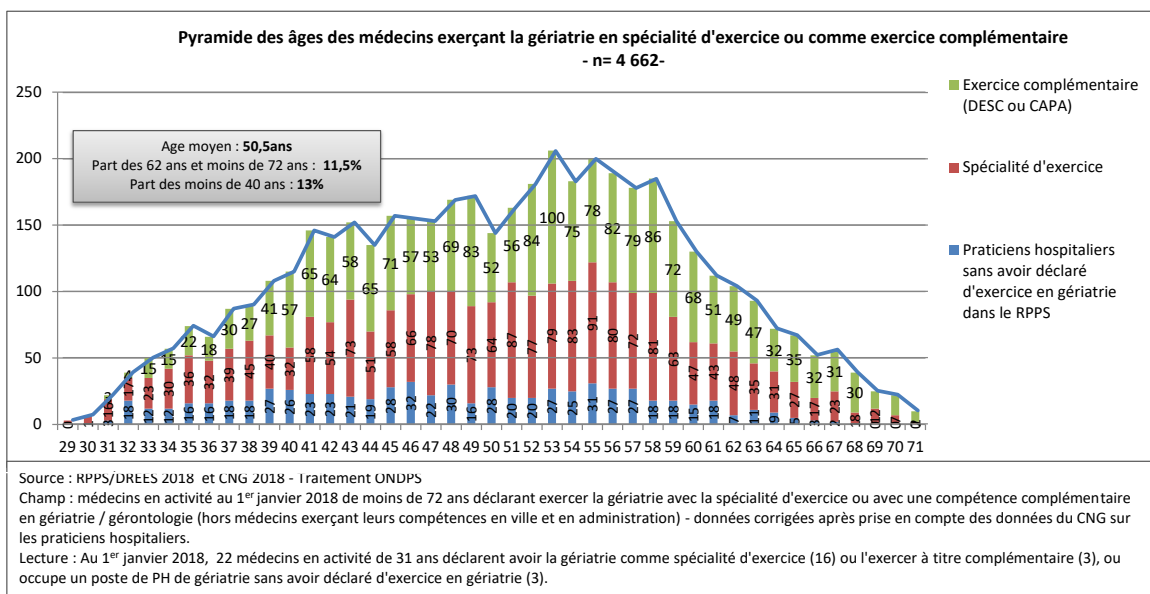
En supposant, aucune entrée dans la spécialité au-delà de 58 ans, et en reprenant les lois de décès par âge de l'INSEE et les lois de cessation d'activité par âge pour les médecins salariés de la DREES, on peut estimer à 500 environ le nombre d'internistes de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années.

Comme on l'a noté plus haut cette évaluation reste fragile et mériterait d'être confortée par une enquête, afin de mieux cerner le champ réel des internistes exerçant une activité de médecine interne.

Ces estimations permettent seulement d'avoir un ordre de grandeur du nombre d'internistes potentiellement susceptibles de prendre leur retraite ou cesser leur activité de soins dans les prochaines années.

Concernant les gériatres

La pyramide des âges pour les gériatres (ceux retenus dans notre champ d'analyse) est plus classique, en forme de cloche avec des effectifs plus élevés des 50-60 ans, imputable en particulier aux médecins exerçant avec la capacité.



Cela n'a rien d'étonnant dans la mesure où l'acquisition de la spécialité d'exercice en gériatrie est relativement récente puisqu'elle date de 2004, et même si un certain nombre de médecins ayant la capacité de gérontologie ont demandé par la voie de la qualification la spécialité d'exercice en gériatrie, nombre d'entre eux ne semblent pas en avoir fait la démarche.

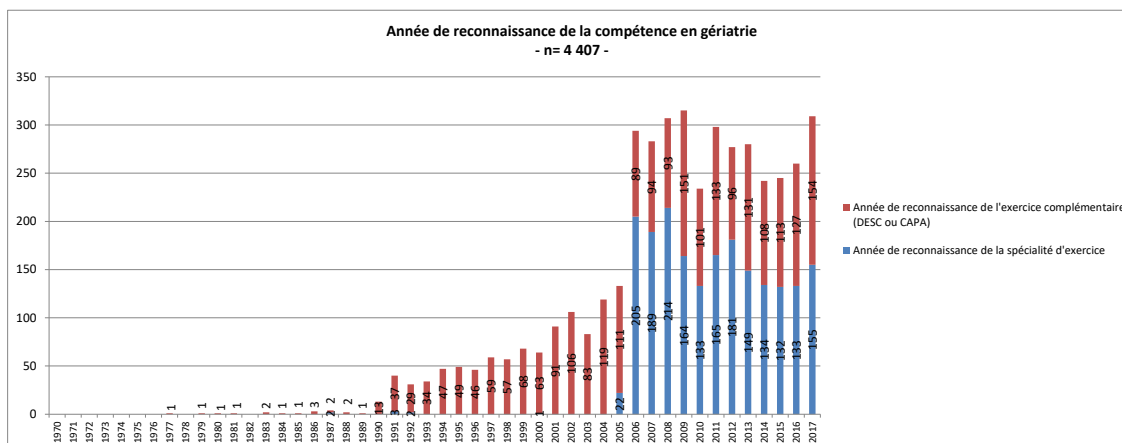
Sur les **2 989** médecins ayant le diplôme de capacité en gérontologie et ayant déclaré un exercice de gériatrie (hors ville et administration), moins de la moitié ont la qualification ordinale de gériatrie.

		2018			TOTAL
		Compétences exercées en gériatrie			
		Spécialité d'exercice	DESC non qualifiant	CAPA	
Diplômes de gériatrie	DESC qualifiant	202	0	0	3 287
	DESC non qualifiant	18	76	0	
	CAPA	1 118	0	1 871	
	Diplôme Universitaire	2	0	0	
	Aucun diplôme de gériatrie	644	0	476	
Total		1 984	76	2 347	4 407

Champs : Médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 de moins de 72 ans déclarant exercer la gériatrie avec la spécialité d'exercice ou avec une compétence complémentaire en gériatrie / gérontologie (hors médecins exerçant leur compétence complémentaire en ville et en administration)

Source : RPPS/DREES 2018 –traitement ONDPS

Parmi les **4 407** médecins (de moins de 72 ans) supposés exercer la gériatrie (hors ville et administration), on constate ainsi que le nombre de ceux qui ont déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie à leurs compétences ordinales sont plus nombreux que ceux qui se déclarent avec la spécialité d'exercice (76 avec le DESC et 2 347 avec la CAPA, contre 1 984 avec la spécialité d'exercice). Sur les dernières années toutefois, depuis qu'a été reconnue la spécialité d'exercice de gériatrie, le nombre de ceux qui se déclarent avec la spécialité d'exercice sont aussi nombreux que ceux qui se déclarent avec le DESC non qualifiant ou la CAPA.



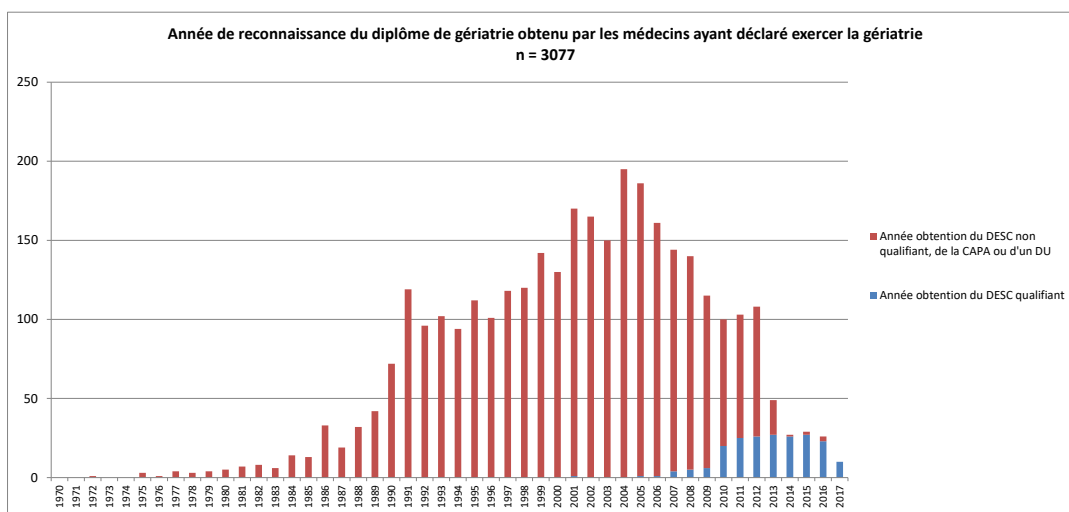
Champ : Médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 de moins de 72 ans déclarant exercer la gériatrie avec la spécialité d'exercice ou avec une compétence complémentaire en gériatrie / gérontologie (hors médecins exerçant leur compétence complémentaire en ville et en administration).

Source : RPPS/DREES 2018 –traitement ONDPS

Il n'en demeure pas moins que la capacité de gérontologie reste aujourd'hui un mode d'accès important pour l'exercice de la gériatrie, que ce soit au titre d'une compétence complémentaire, ou encore comme modalité pour la reconnaissance du titre de spécialiste en gériatrie : à ce jour on dénombre environ 420 capacités de gérontologie délivrées chaque année, contre une soixantaine de DESC⁷¹.

Sur le champ de notre analyse, la capacité de gérontologie est effectivement la voie d'accès la plus importante, même si elle ne constitue pas pour l'ensemble des médecins ayant obtenu ce diplôme une compétence exercée.

Sur les 5 000 médecins au total environ ayant déclaré détenir en 2018 une capacité de gériatrie, près de 1 000 ne déclarent pas exercer une activité de gériatrie et 1 000 environ à l'exercer dans le cadre de leur activité de ville ou en administration.



Champs : Médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 de moins de 72 ans déclarant exercer la gériatrie avec la spécialité d'exercice ou avec une compétence complémentaire en gériatrie / gérontologie (hors médecins exerçant leur compétence complémentaire en ville et en administration) et pour lesquels le diplôme est renseigné.

Source : RPPS/DREES 2018 –traitement ONDPS ;

⁷¹ Depuis la mise en œuvre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales en 2017, 200 postes ont été ouverts aux ECN 2017 et 2018 pour la gériatrie (dont respectivement 171 et 164 pourvus).

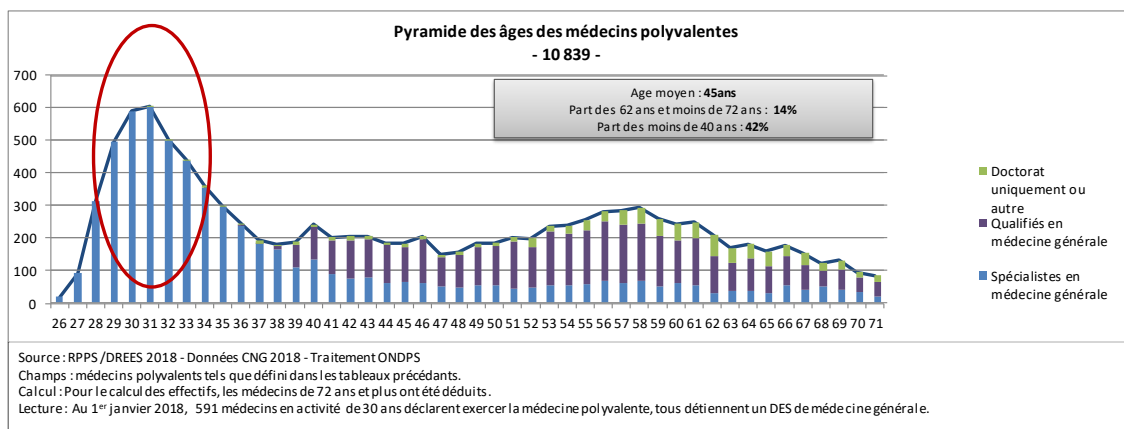
Au total, spécialité relativement jeune avec des entrées significatives en milieu de carrière du fait du poids relatif des médecins ayant obtenu la capacité de gériatrie, la part de ses effectifs de 62 ans et plus apparaît faible comparativement à celle de l'ensemble de la population médicale. Elle s'établit en effet à 11,5% environ, contre 21,5% pour l'ensemble de la population médicale. Ils seraient ainsi 540 à avoir plus de 62 ans.

En supposant, aucune entrée dans la spécialité au-delà de 58 ans, et en reprenant les lois de décès par âge de l'INSEE et les lois de cessation d'activité par âge pour les médecins salariés de la DREES on peut estimer à 600 environ le nombre de gériatres de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années.

Il s'agit là probablement d'un majorant dans la mesure où nous avons retenu dans le champ d'analyse tous les médecins (sauf les PH occupant des postes dans d'autres spécialités) déclarant exercer à un titre ou à un autre la gériatrie / gériatrie au sein du secteur hospitalier, c'est-à-dire détenant la spécialité d'exercice en gériatrie, ou déclarant exercer un exercice complémentaire en gériatrie / gériatrie.

Concernant les médecins polyvalents

La pyramide des âges pour les médecins polyvalents se distingue très nettement de celle des autres médecins avec un fort pic pour les plus jeunes, sans que l'on soit en mesure à ce jour d'en expliquer clairement les causes.



L'examen de leur diplôme montre que les plus jeunes ont tous acquis le DES de médecine générale et que ce diplôme ils l'ont obtenu pour plus de la moitié dans les trois dernières années, une hypothèse peut donc être émise qu'une part d'entre eux sont encore en formation dans le cadre d'un DESC par exemple) ou n'ait pas encore souhaité s'installer en ville. Une enquête auprès de ces jeunes médecins permettrait toutefois de valider cette hypothèse.

Age au 1 ^{er} janvier 2018	Année d'obtention du diplôme 1					
	Avant 2014	2014	2015	2016	2017	Total
26	0	0	0	0	18	18
27	0	0	0	15	76	91
28	0	0	10	83	221	314
29	0	8	81	204	202	495
30	9	78	183	196	125	591
31	62	163	175	147	57	604
32	149	159	84	62	46	500
33	241	86	63	27	23	440
34	259	53	24	14	11	361
35	243	23	14	13	5	298

Note de lecture : près de 60% environ des médecins de 35 ans et moins ont obtenu leur diplôme au cours des trois dernières années (2015-2017)
 Champ : médecins généralistes en activité ayant 35 ans ou moins au 1^{er} janvier 2018 et travaillant exclusivement à l'hôpital.

Source : RPPS/DREES 2018 – traitement ONDPS

Ce profil particulier de la pyramide des âges des médecins polyvalents hospitaliers n'a toutefois pas d'incidence sur le nombre de ceux ayant 62 ans et plus et donc sur le nombre de ceux qui seraient susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années. Avec une part de 14%, leur nombre s'élève à 1 450 environ.

En ne prenant pour l'exercice que les médecins de 58 ans et plus (ce qui correspond à examiner les départs de cette sous-population) et en reprenant les lois de décès par âge de l'INSEE et les lois de cessation d'activité par âge pour les médecins salariés de la DREES on peut estimer à 1 500 environ le nombre de médecins polyvalents de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années.

7. ... À mettre en regard avec les évolutions organisationnelles prévues dans le cadre de la réforme du système de santé « *Ma santé 2022* »

Cette analyse démographique des trois spécialités nécessite d'être mise en perspective avec les orientations retenues dans le cadre de la réforme de l'organisation du système de santé « *Ma santé 2022* » qui préconise, **dans une approche centrée sur le patient et ses besoins**, à la fois le développement des prises en charge décloisonnées au niveau des professionnels et des structures mais également le renforcement d'une organisation structurée en niveau de prise en charge afin d'améliorer l'accès territorial aux soins et en particulier aux soins de proximité. Dans ce cadre, il a été notamment décidé la création de 500 à 600 hôpitaux de proximité.

L'estimation du nombre potentiel de professionnels susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années ne suffit pas, en effet, pour déterminer quel doit être le nombre des professionnels qu'il faudrait former. D'autres analyses sont nécessaires. Au-delà de celles conduites par ailleurs sur les besoins futurs en santé avec le vieillissement de la population, il faut chercher à apprécier comment les contours des interventions des spécialités étudiées pourraient évoluer avec les réformes annoncées.

À ce jour, l'examen des données relatives aux trois catégories de professionnels étudiées dans cette note permet de préciser quels sont aujourd'hui, dans cette perspective, les secteurs d'intervention et les modes d'exercice de chacune d'elles.

De ce point de vue, comme le montre le tableau ci-dessous, les internistes se distinguent nettement des gériatres et des médecins polyvalents.

Très présents à l'hôpital public (87% d'entre eux travaillent dans le secteur public), et en son sein en CHU/CHR (56%), les internistes n'interviennent pratiquement pas dans les établissements d'aval des établissements de soins de courte durée (SSR et SLD) et dans des proportions moindres, que les deux autres catégories de professionnels, dans les établissements de soins de courte durée des secteurs privés à but lucratif et non-lucratif.

Les lieux d'interventions des deux autres catégories de professionnels apparaissent en fait beaucoup plus divers, puisqu'on les trouve à tous les niveaux de la chaîne de prise en charge, à la fois en établissements de soins de courte durée (plus généralement en CH ou encore en structures privées) et dans les établissements d'aval (en SSR, ou encore pour les gériatres en SLD), et également en EHPAD (cf. annexe 2 – enquête EHPAD-DREES).

Les internistes apparaissent ainsi très nettement positionnés au niveau du 3^{ème} recours de l'organisation proposée de restructuration de l'offre de soins, même si les professionnels de cette spécialité précisent qu'ils ont également une activité de recours de proximité.

Structure d'intervention des différents professionnels dans les établissements de santé

Les internistes, les gériatres, les généralistes et les médecins polyvalents en 2017	Internistes	Gériatres	Médecins généralistes	Médecins polyvalents (estimation ONDPS *)
Secteur public	87%	72%	74%	76%
CHR / CHU	56%	15%	20%	24%
CH, dont anciens hôpitaux locaux	29%	52%	50%	48%
CH spécialisés en psychiatrie	0%	1%	2%	4%
Autres établissements publics	2%	3%	1%	1%
dont établissements de lutte contre les maladies mentales	-	0%	0%	0%
dont établissements de soins de longue durée	0%	3%	0%	1%
Secteur privé non lucratif	8%	14%	12%	13%
CLCC	0%	0%	0%	1%
Autres établissements à but non lucratif	7%	14%	12%	12%
<i>dont établissements de soins de suite et de réadaptation</i>	0%	5%	3%	5%
<i>dont établissements de lutte contre les maladies mentales</i>	-	0%	0%	0%
<i>dont centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie</i>	0%	0%	1%	1%
<i>dont établissements de soins de courte durée</i>	7%	8%	4%	3%
<i>dont établissements de soins de longue durée</i>	-	1%	0%	0%
<i>dont autres</i>	1%	0%	3%	3%
Secteur privé à but lucratif	5%	14%	14%	11%
Etablissements de SSR	0%	8%	4%	6%
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	5%	6%	6%	3%
Etablissements de lutte contre les maladies mentales	-	0%	1%	1%
Etablissements de SLD	-	0%	0%	0%
Autres	-	0%	3%	1%
Ensemble	100%	100%	100%	100%

(*) estimation à regarder avec prudence sur la base des hypothèses présentées dans le texte.

Sources : SAE 2017 - DREES - traitement ONDPS

En cohérence avec leur structure d'intervention très concentrée sur le 3^{ème} niveau de prise en charge, la part d'internistes non-salariés intervenant dans les établissements de santé est très faible (5%). Les internistes ne se distinguent toutefois pas des gériatres qui eux aussi, quel que soit le type d'établissement dans lesquels ils interviennent, le font dans leur très grande majorité avec le statut de salariés (1% de gériatres sont non-salariés).

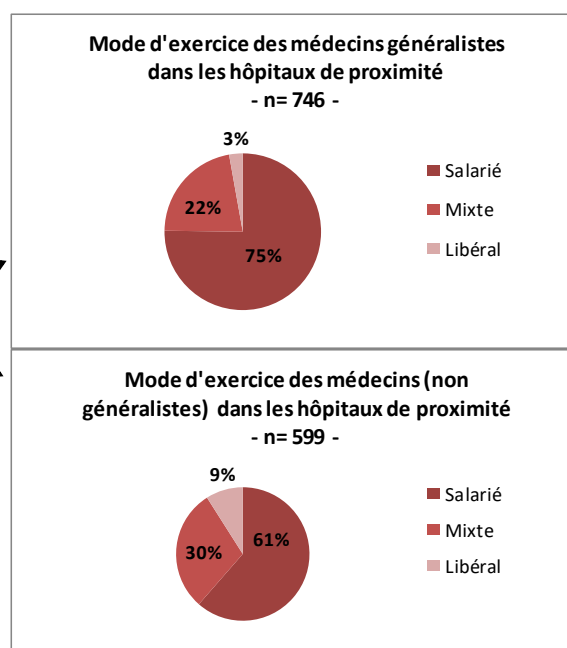
La médecine générale, et la médecine polyvalente, en revanche, présentent des taux de non-salariés plus élevés (15%). Si ces taux sont imputables en grande partie aux secteurs privés lucratif et non lucratif, et plus particulièrement aux secteurs « autres », qui regroupent les HAD privés autonomes, et aux établissements privés lucratifs de soins de courte durée, ceux du secteur public ne sont pas non plus négligeables. En fait, si leur taux de non-salariés sont, comme pour la médecine interne et la gériatrie, pratiquement nuls en CHU/CHR, ils s'élèvent à 8% en CH, marquant ainsi l'ouverture de certains établissements à des professionnels à exercice « mixte ».

C'est le cas en particulier des établissements de proximité dont les effectifs s'élèveraient à 1 345 selon le RPPS (dont 746 médecins généralistes, 78 gériatres et 19 internistes) et pour lesquels on note un taux de médecins généralistes ayant une activité mixte ou libérale de près de 25%.

Effectifs de médecins dans les hôpitaux de proximité

Spécialité exercée à titre principal	Effectifs
Médecine Générale	746
Autre	599
<i>Dont radiodiagnostic</i>	79
<i>Dont gériatrie</i>	78
<i>Dont psychiatrie</i>	36
<i>Dont gastro-entérologie et hépatologie</i>	33
<i>Dont pneumologie</i>	28
<i>Dont médecine interne</i>	19
TOTAL	1345

Source : RPPS/DREES 2018 -traitement ONDPS



Ces données montrent également le poids déterminant des médecins généralistes dans les hôpitaux de proximité, puisque selon le RPPS, ils représentent plus de 55% des médecins intervenant dans ces structures, dont 25% d'entre eux avec le statut de libéral ou mixte, bien plus que toutes les autres spécialités y exerçant, et notamment les internistes dont la présence est plus que marginale dans ces établissements.

Il est en effet à noter que, selon les données globales de la SAE, les médecins généralistes ne représentent, pour l'ensemble des établissements de santé, que 17% du personnel médical (19 931 sur 116 542).

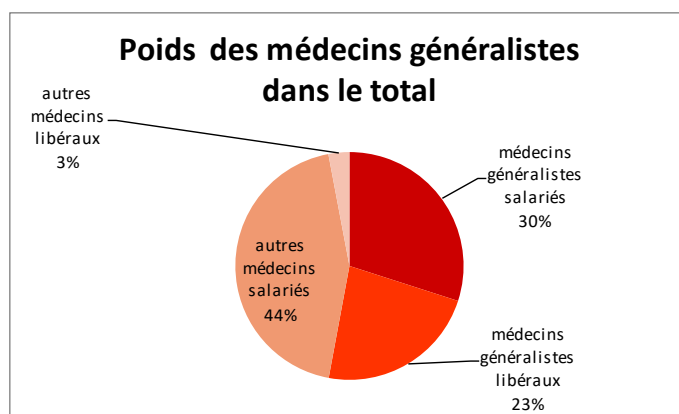
L'exploitation des données de la SAE, même si elle donne des chiffres relativement différents, permet toutefois d'établir des diagnostics proches avec une représentation majeure des médecins généralistes au sein de ces hôpitaux de proximité (53%), dont presque la moitié d'entre eux exerceraient avec un statut de libéral.

Les hôpitaux de proximité en 2017	Nb d'étab	Généralistes				Total			
		Salariés		Libéraux		Salariés (*)		Libéraux (**)	
		Effectif	dont temps plein	Effectif	dont temps plein	Effectif	dont temps plein	Effectif	dont temps plein
Secteur public	219	801	444	642	41	1 869	838	697	46
CH, dont anciens hôpitaux locaux	219	801	444	642	41	1 869	838	697	46
Secteur privé non lucratif	19	53	16	2	0	240	84	17	0
Autres établissements à but non lucratif	19	53	16	2	0	240	84	17	0
<i>t établissements de soins de suite et de réadaptation</i>	2	10	4	0	0	55	29	0	0
<i>dont centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie</i>	1	9	1	0	0	32	3	0	0
<i>dont établissements de soins de courte durée</i>	16	34	11	2	0	153	52	17	0
Secteur privé à but lucratif	3	4	2	13	0	12	6	28	0
Etablissements de SCD ou pluridisciplinaires	3	4	2	13	0	12	6	28	0
Ensemble	241	858	462	657	41	2 121	928	742	46

(*) parmi les 2 121 médecins salariés on comptabilise 181 gériatres (dont 103 à temps plein) et 8 internistes (dont 4 à temps plein).

(**) parmi les 742 médecins libéraux on comptabilise 4 gériatres à temps partiel et aucun interniste.

Source : SAE 2017 - DREES - traitement ONDPS



Les écarts constatés entre les deux sources sur le nombre de médecins exerçant dans ces établissements et sur les taux de médecins généralistes à exercice mixte et libéral tiennent là aussi à la difficulté majeure d'appréhender précisément le nombre de ceux qui ont des activités très partielles dans les hôpitaux concernés et qui peuvent dans ce cadre être mal enregistrés dans les deux sources.

Ces résultats apportent néanmoins une information majeure puisqu'elles montrent que l'activité de ces établissements relève d'exercice partagé, entre salariés et libéraux, ce qui renvoie entre autres à la question du type de collaborations mises en place dans ces structures.

Plus globalement cette analyse permet de dessiner à grands traits les principales caractéristiques des trois catégories de médecins étudiées, et dans ce cadre, d'aider aux réflexions engagées sur les évolutions à envisager pour répondre aux objectifs fixés dans le cadre de la réforme du système de santé annoncée, visant en particulier à décloisonner les exercices professionnels, renforcer les hôpitaux de proximité, améliorer la qualité des prises en charge en définissant plus clairement les niveaux auxquels chaque professionnel est appelé à exercer.

Annexe 1

Le processus de spécialisation et les principales dates de reconnaissance des spécialités

La spécialisation du champ médical est un processus ancien engagé à partir du XIX^{ème} siècle à la faveur notamment des réorganisations hospitalières.

Ce n'est cependant qu'en 1949 que les spécialités ont été codifiées et leur mode d'exercice précisé⁷². Avant cette date, le seul diplôme reconnu donnant le droit d'exercer la médecine était le diplôme de « Docteur en médecine ».

Reconnaissance progressive de la spécialisation entre le début du XIX^{ème} siècle et 1949

Le processus de spécialisation, un processus initialement hospitalier au début du XIX^{ème} siècle...

Initialement, la spécialisation est un processus hospitalier, favorisé par la création au sein de l'hôpital du XIX^{ème} siècle, à la fois pour des raisons sanitaires et sociales, de bâtiments séparés ou de services distincts pour la prise en charge de populations particulières : les femmes en couches et les enfants, les personnes atteintes de certaines maladies contagieuses ou de « folie » ou encore de maladies des yeux, notamment⁷³.

Ce processus n'a pu toutefois se développer que parce que l'étude des pathologies regroupées a été convertie en projet cohérent du point de vue clinique, grâce en particulier aux politiques engagées par le Consulat qui « *s'attachant à la reconstruction des institutions médicales [après leur suppression pendant la Révolution française⁷⁴], entreprend de réformer l'hôpital pour en faire un lieu de soins, de science et de formation* »⁷⁵.

Un décret du **4 ventôse an X (23 février 1802)** portant sur le « *règlement général pour le service de santé* » institue notamment l'externat et l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui deviennent la voie obligatoire pour un exercice hospitalier, et officialise le rôle majeur de formation mais aussi de recherche, des hôpitaux et hospices de Paris.

Par l'article 24 de ce décret, il est ainsi précisé que le concours de l'internat en médecine et chirurgie, que seuls peuvent passer ceux qui ont réussi l'externat, « *a pour but de constater que [les internes en médecine et chirurgie] sont en état de profiter de l'instruction pratique que l'on acquiert dans les hospices ; en conséquence, ils seront interrogés sur les différentes parties qui constituent la théorie de l'art. Toutefois, l'examen sera plus particulièrement dirigé vers la partie d'instruction nécessaire à la place à laquelle ils aspireront* ».

⁷² Arrêté du 6 octobre 1949 en application de l'ordonnance n° 45-2184 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme et de l'article 11 du décret n°49-1130 du 2 août 1949 relatif au code de déontologie médicale.

⁷³ Michel Arliaud « *Les médecins* », éditions la Découverte, octobre 1987.

⁷⁴ En 1791, en effet, furent adoptées les lois Allarde et Le Chapelier qui supprimaient toute corporation médicale et autorisaient l'exercice médical à qui paierait une patente à l'État.

⁷⁵ Patrice Pinell, déjà cité.

Par cette organisation, la voie est ouverte à des formations cliniques spécialisées, que nombre d'auteurs qualifient de « voie royale » à côté de celles dispensées dans les Universités⁷⁶, à la fois parce que seuls les étudiants ayant réussi les concours de l'externat et de l'internat ont été les seuls, pendant de plusieurs décennies, à avoir une formation pratique, mais également parce que cette voie est très vite devenue incontournable pour devenir professeur des Universités.

... qui sera officialisé au sein de l'Université dans les années 1850-1860....

Parallèlement au développement de ces savoirs et compétences cliniques, le débat s'intensifie au sein des nouvelles écoles de médecine créées en 1795 et officialisées en 1803 (**loi du 19 ventôse an XI -10 mars 1803**)⁷⁷, entre les tenants de la spécialisation et ceux qui souhaitent garder une médecine unifiée, où seul le titre de Docteur en médecine peut être revendiqué.

Ce n'est en fait qu'en 1850 et 1860 que l'Université reconnaîtra la légitimité de la spécialisation⁷⁸ et introduira dans le cursus universitaire des cours complémentaires d'enseignement spécialisés portant sur les maladies des enfants, les maladies mentales et nerveuses, les maladies de la peau, les maladies syphilitiques et l'ophtalmologie. Puis que seront créées à partir de 1877 des chaires de spécialités : chaire clinique des maladies mentales en 1877, chaires pour les maladies des enfants, l'ophtalmologie et les maladies cutanées et syphilitiques en 1879, puis chaire pour les maladies du système nerveux en 1882... Selon Patrice Pinell, on dénombrerait ainsi 16 chaires de spécialités au sein de la faculté de médecine de Paris avant la seconde guerre mondiale.

... et s'étendra par la suite à la ville

Cette reconnaissance de la spécialisation au sein des hôpitaux et des Universités va progressivement s'accompagner d'un développement de la spécialisation en médecine libérale.

Ce n'est en effet que par la suite, au début du XX^{ème} siècle, que ce processus de spécialisation s'est étendu à la ville avec la forte croissance des effectifs de médecins⁷⁹, dans un contexte de rareté de la « clientèle » solvable, qui conduisait nombre de médecins à se distinguer en se déclarant spécialistes. Rien qu'à Paris, plus de 50% d'entre eux se déclaraient spécialistes en 1935, contre 17% en 1884 et 35% en 1905.

Le titre de spécialiste n'avait toutefois pas le même sens que celui qu'on lui donne aujourd'hui. À cette époque, tout médecin pouvait se prétendre spécialiste et il devait sa reconnaissance à son expérience et sa notoriété. Le seul diplôme reconnu donnant le droit d'exercer la médecine était le diplôme de « Docteur en médecine ».

⁷⁶ Voir sur ce point les travaux de B. Vergez-Chaignon sur « *Les médecins au XX^{ème} siècle* » ou encore « *Les internes des hôpitaux de Paris 1802-1952* ».

⁷⁷ La **loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803)**, qui officialise l'unification de la profession médicale entre la « médecine » et la « chirurgie » au sein des nouvelles écoles de médecine créées en 1795 après leur suppression pendant la Révolution française, en redéfinit également le cadre juridique d'exercice : pour pratiquer la médecine il faut alors détenir le nouveau Doctorat de médecine ou encore un brevet d'officier de santé. Ce cadre institutionnel, avec ces deux filières, sera maintenu jusqu'en 1892 (loi du 30 novembre 1892), date à laquelle le corps des officiers de santé sera supprimé.

⁷⁸ Même si des formations spécialisées -portant sur l'accouchement, les maladies des yeux et les maladies des os- avaient été délivrées dans le cadre des chaires d'enseignement du Collège de chirurgie de Paris, avant la Révolution française et l'unification de « la médecine » et de la « chirurgie » au sein des nouvelles écoles de médecine créées en 1795.

⁷⁹ Entre 1896 et 1936, leur effectif est passé de 13 412 à 25 930, soit 93% d'augmentation, faisant passer la densité de docteurs en médecine de 34 à 62 pour 100 000 habitants, cf. Thierry Fillaut : « *le système de santé français – 1880 1995* » éditions ENSP, novembre 1997.

La forte croissance du nombre de spécialistes déclarés en ville n'a d'ailleurs pas manqué de susciter des réactions négatives des spécialistes hospitaliers et universitaires qui voyaient dans cette évolution de l'exercice libéral « *un dévoiement à des fins mercantiles de l'idée même de spécialisation* ⁸⁰ » et à ce titre demandaient que celles-ci soient encadrées afin « *que l'exercice libéral d'une spécialité obéisse à un certain nombre de critères (en particulier qu'elle soit pratiquée de façon exclusive à temps plein)* ». Les résistances des syndicats de la profession feront que cet encadrement ne sera décidé par le Gouvernement qu'aux lendemains de la seconde guerre mondiale avec la mise en place de la Sécurité sociale.

Première reconnaissance officielle des spécialités en 1949 et augmentation de leur nombre au cours du temps

La reconnaissance officielle des spécialités date de 1949

C'est par l'arrêté du 6 octobre 1949 qu'a été établie⁸¹ la première liste des disciplines pouvant être qualifiées de spécialités ou de compétences, selon qu'elles devaient être exercées à titre exclusif ou simultanément à une autre discipline ou avec la médecine générale⁸².

Arrêté du 6 octobre 1949 fixant la première liste des spécialités reconnues

Si l'on se réfère à cette première liste établie en 1949⁸³, seules 10 disciplines étaient qualifiées de spécialités, dès lors qu'elles étaient exercées à titre exclusif, les autres disciplines répertoriées -au nombre de 21- étaient qualifiées de compétences et pouvaient être exercées simultanément avec d'autres compétences.

A cette date, seuls pouvaient être **qualifiés de médecins spécialistes** ceux qui possédaient les titres ou connaissances et exerçaient à titre exclusif : la chirurgie générale, l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie, la biologie médicale, la gynécologie-obstétrique, la dermatovénérologie, la pneumo-phtisiologie, la neurologie et la psychiatrie. Toutefois l'ophtalmologie et l'ORL ainsi que la neurologie et la psychiatrie pouvaient être exercées simultanément sans empêcher que celui qui l'exerce ait la qualité de spécialiste.

Étaient quant à eux **qualifiés de médecins compétents** ceux qui possédaient les titres ou connaissances et n'exerçaient pas à titre exclusif : la dermatovénérologie, la pneumo-phtisiologie, la neurologie et la psychiatrie (sauf dérogation précisé ci-dessus pour la neurologie et la psychiatrie) ; ainsi que ceux qui possédaient les titres ou connaissances en : cardiologie et maladies des vaisseaux, gastro-entérologie et médecine de la nutrition, médecine des affections rénales, pédiatrie, médecine thermale, médecine du travail, médecine légale, médecine coloniale, anesthésiologie, hématologie, urologie, neuro-chirurgie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie pulmonaire, orthopédie, obstétrique, gynécologie, physio-mécanothérapie, phoniatry et rééducation de l'ouïe, médecine et physiologie des sports, chirurgie podologique.

⁸⁰ Patrice Pinell déjà cité.

⁸¹ Arrêté du 6 octobre 1949 en application de l'ordonnance n° 45-2184 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme et de l'article 11 du décret n°49-1130 du 2 août 1949 relatif au code de déontologie médicale.

⁸² Notion de « compétences exercées exclusivement ou simultanément avec une autre discipline **ou avec la médecine générale** » introduite dans l'article 3 au 2° de l'arrêté du 4 septembre 1970.

⁸³ Arrêté du 6 octobre 1949 en application de l'ordonnance n° 45-2184 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme et de l'article 11 du décret n°49-1130 du 2 août 1949 relatif au code de déontologie médicale.

La liste des spécialités reconnues n'a cessé de croître au cours du temps

Au cours du temps la liste des disciplines considérées comme spécialité n'a cessé d'augmenter : de **10 en 1949**, on est passé à 18 en 1970, puis à 22 en 1983 pour les médecins « ancien régime, avant la réforme de 1982 créant l'internat de spécialité », et à 33 pour les médecins « nouveau régime, après la réforme de 1982 », puis à 41 en 2016 et enfin à **44 en 2017**, suite à la dernière réforme du 3^{ème} cycle des études médicales.

Cette croissance du nombre de spécialités reconnues tient :

- tout d'abord, à l'introduction de nouvelles disciplines, en lien avec les progrès scientifiques et techniques, et à la recomposition progressive des champs d'intervention relatifs des différentes disciplines. **C'est en 1965, par exemple, qu'a été introduite dans la liste des spécialités la « médecine interne » ;**
- mais également, à la requalification en spécialités, de nombreuses disciplines initialement reconnues en tant que de compétences.

Si l'évolution du nombre de spécialités est bien sûr la traduction des progrès scientifiques et techniques, nécessitant que les formations soient progressivement adaptées aux nouveaux savoirs et à l'extension du champ de l'exercice médical, elle est également pour partie la traduction des demandes des professionnels qui voulaient que leur discipline soit reconnue comme une spécialité à exercice exclusif et non comme une simple compétence complémentaire à celles d'une autre compétence ou spécialité ou avec la médecine générale, tout d'abord parce que cela constitue la consécration de leur discipline, mais également parce que cela se traduit par des tarifs de responsabilité (tarifs pris en charge par la sécurité sociale) et des tarifs opposables (tarifs qui ne peuvent être dépassés sans risque de dé-conventionnement) plus élevés.

Parmi ces disciplines qui ont changé de qualification et ont été reconnues comme spécialités alors qu'elles étaient en 1949 qualifiées de compétences, on peut citer par exemple : les « maladies de l'appareil digestif »⁸⁴ et la « neuro-chirurgie » reconnues spécialités en 1961, « l'anesthésiologie »⁸⁵ reconnue spécialité en 1965, ou encore la « cardiologie et la médecine des affections vasculaires »⁸⁶ et la « pédiatrie » reconnues spécialités en 1970. Au total sur les 14 disciplines introduites depuis 1949 dans la liste des spécialités pour les médecins relevant de « l'ancien régime⁸⁷ », 8 étaient déjà qualifiées de compétences en 1949, seules 6 étaient nouvelles. De même, plusieurs de celles introduites par la suite dans la liste des spécialités pour les médecins « nouveau régime » étaient également identifiées comme compétences en 1947, on peut citer notamment : « la médecine du travail », « la gynécologie médicale », « la chirurgie maxillo-faciale », ou encore « l'urologie ».

Ce processus s'est encore poursuivi par la suite, puisqu'en 2017, là encore, des spécialités nouvellement reconnues figuraient déjà en 1949 dans la liste des compétences, comme la médecine

⁸⁴ Appelé au cours du temps : gastro-entérologie et médecine de la nutrition (1949), pathologie digestive (1957), maladies de l'appareil digestif (1958), gastro-entérologie et hépatologie en 1983...

⁸⁵ Appelé au cours du temps : anesthésiologie en 1949, anesthésie-réanimation en 1970, anesthésiologie-réanimation chirurgicale en 1983...

⁸⁶ Appelé initialement en 1949 « cardiologie et maladie des vaisseaux », puis en 1983 « cardiologie » et en 1988 « pathologie cardio-vasculaire,...

⁸⁷ « Ancien régime » : c'est-à-dire celui antérieur à la réforme des études médicales de 1982 qui a créé l'internat de spécialité. « Nouveau régime », c'est-à-dire celui postérieur à cette réforme.

légale, ou la médecine coloniale (ancêtre de la médecine des maladies infectieuses et tropicales) ou encore la nutrition (qui à l'époque était englobée dans la discipline « gastro-entérologie et médecine de la nutrition »).

Une reconnaissance de la qualification de spécialiste dont les modalités ont évolué au cours du temps

De 1949 à 1982 une reconnaissance de la qualification de spécialiste par deux voies essentielles – l'Université et par les hôpitaux universitaires..... mais également par la voie des commissions de qualification du Conseil de l'Ordre

Parallèlement à la reconnaissance officielle des spécialités en 1949, des formations complémentaires spécialisées, appelées CES (certificats d'études spéciales), auxquelles pouvaient s'inscrire les étudiants après l'obtention de leur Doctorat, ont été créées au sein des Universités.

Formations qui permettaient d'obtenir automatiquement le titre de spécialistes à ceux qui détenaient le diplôme correspondant, dès lors que la discipline était qualifiée de spécialité⁸⁸.

L'arrêté du 9 janvier 1957 portant sur le « règlement relatif à la qualification » précise dans son article 2 : « est considéré comme médecin spécialiste qualifié tout docteur en médecine qui possède, dans une des disciplines énumérées au présent article, un certificat d'études spéciales lorsqu'un enseignement a été institué. À défaut de la possession de ce certificat, peuvent être prises en considération des connaissances particulières qui seront appréciées dans des conditions prévues au présent règlement. Le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié ».

De 1948, date du premier CES créé, à 1982, date de la création de l'internat de spécialité et la suppression des certificats d'études spéciales, le nombre de CES a fortement progressé : 37 anciens CES figurent actuellement dans la liste des diplômes enregistrés dans le RPPS.

À cette reconnaissance *via* l'obtention d'un CES, s'ajoutait également celle obtenue de facto *via* l'internat hospitalier. Depuis la création du premier internat de médecine en 1802, la formation médicale s'est distinguée par ses deux voies d'accès : la formation universitaire et la formation hospitalière.

Une premier projet de loi a été ainsi proposé en 1979 visant, à la fois à harmoniser la formation des spécialistes, et également à renforcer celle des généralistes dont l'image s'était fortement dégradée au cours du temps. Ce projet de loi ne sera pas mis en œuvre du fait du changement de majorité gouvernementale en 1981, mais sera repris dans ses grandes lignes dans la loi de 1982⁸⁹.

⁸⁸ Certains CES n'ont jamais donné le droit à la qualification de spécialiste, comme par exemple celui de médecine du travail ou encore de médecine sportive.

⁸⁹ Avis présenté au Sénat (seconde session ordinaire de 1986-1987) par Jean Delaneau sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant diverses mesures d'ordre social.

De 1982 à 2002, une reconnaissance de la qualification de spécialiste par une seule voie : l'obtention d'un DES, via l'internat unifié hospitalo-universitaire

La loi du 23 décembre 1982⁹⁰, dont l'objectif principal est d'uniformiser les formations de spécialités entre ceux qui passent par l'internat de chaque CHU ou encore des régions sanitaires et ceux qui suivent une formation universitaire pour l'obtention d'un CES, mais également de renforcer la formation des médecins généralistes, met en place l'internat unifié obligatoire pour l'accès à une spécialité et une formation de troisième cycle pour les médecins généralistes.

Les étudiants qui se destinent à la médecine générale sont appelés, en effet, à suivre, sans avoir passé de concours, un troisième cycle spécifique de formation, appelé initialement internat puis résidanat, d'une durée qui sera portée de deux ans à deux ans et demi en 1997, puis à trois ans à partir de 2001.

Dès lors la seule voie pour devenir spécialiste devient exclusivement l'obtention du DES *via* l'internat unifié hospitalo-universitaire :

- en 1983, en application du décret du 26 juillet 1983, les 33 DES créés sont regroupés au niveau des deux filières suivantes : la filière médecine spécialisée –option spécialités médicales, option spécialités chirurgicales, option biologie et option psychiatrie– et la filière santé publique (avec 27 DES pour la filière de médecine spécialisée -15 DES pour l'option spécialités médicales, 10 DES pour l'option spécialités chirurgicales, 1 DES pour l'option biologie, 1 DES pour l'option psychiatrie- et 6 DES pour la filière Santé publique).
- puis en 1988, en application de la loi du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, les 33 DES créés sont regroupés au niveau des disciplines suivantes : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, biologie médicale et psychiatrie (avec 19 DES pour les spécialités médicales⁹¹, 12 DES pour les spécialités chirurgicales⁹², 1 DES pour la biologie médicale, et 1 DES pour la psychiatrie).

Le concours est organisé par inter-régions, un candidat pouvant se présenter à 3 concours inter-régionaux au cours d'une même année et à 6 au total (7 inter-régions).

Parallèlement les CES sont supprimés, ainsi que les différents concours d'internats existant jusque-là (internat de chaque CHU, internats des régions sanitaires, internat en psychiatrie, ou internats locaux spécialisés comme l'internat des « 15-20 » pour l'ophtalmologie).

Les titulaires de DES et du diplôme de médecine générale peuvent, en outre, approfondir certaines de leurs compétences en suivant en fin cursus une formation complémentaire appelée DESC (Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires - 14 DESC sont créés en 1983 et 16 en 1988 -**avec notamment la création du DESC de gériatrie**-). Des capacités sont également créées pour les

⁹⁰ Amendée par le décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales en application de la loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, et notamment le titre III.

⁹¹ Création du DES de médecine nucléaire (discipline anciennement classée en DESC), d'hématologie (discipline anciennement classée en DESC), médecine du travail, santé publique et médecine sociale en substitution des 6 DES de la filière santé publique et du DESC de santé communautaire.

⁹² Création du DES de Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et de la Chirurgie vasculaire (deux disciplines antérieurement classées en DESC) et extension du champ du DES de stomatologie à la chirurgie maxillo-faciale.

médecins en exercice (arrêté du 25 juillet 1985 **avec notamment la création de la capacité de gériatrie**, puis du 29 avril 1988). Par la suite les listes des DES, des DESC et des capacités ont été plusieurs fois modifiées. En particulier en 1992, date à laquelle il a été décidé de réintroduire dans la liste des DES la « *chirurgie générale* » et de créer des DESC qualifiants pour les sous-spécialités correspondantes afin de permettre aux médecins d'exercer simultanément l'une de ces sous-spécialités avec la chirurgie générale.

Cette réforme a renforcé très nettement le rôle de l'Université dans la reconnaissance des spécialités, puisque seuls les médecins ayant obtenu le DES, délivré par l'Université, pouvaient être qualifiés de spécialistes ; les commissions de qualification du conseil de l'Ordre ne pouvant accorder le titre de spécialiste que dans des cas très spécifiques : certains médecins étrangers, ou encore médecins relevant de régimes de diplômes anciens ou en extinction. Ainsi, tout médecin qui voulait changer de spécialité en cours de carrière se devait de refaire l'ensemble du cursus universitaire.

À partir de 2002-2004, une reconnaissance de la qualification de spécialiste ouverte également dans le cadre des commissions de qualification du Conseil de l'Ordre

Deux lois majeures ont été prises modifiant les contours des spécialités :

- celle de 2002, reconnaissant la médecine générale comme une spécialité ; et permettant des évolutions de carrière en redonnant aux commissions de qualification du Conseil de l'Ordre la possibilité de reconnaître à un médecin une autre qualification que sa qualification initiale sur la base des formations et expériences dont il se prévaut. Selon les termes du décret organisant cette procédure⁹³: « *Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée* » ;
- celle de 2017 reconnaissant de nouvelles spécialités par la transformation de DESC non qualifiants en DES (qui deviennent ainsi des spécialités à « exercice exclusif ») : la « *médecine d'urgence* », la « *médecine vasculaire* », la « *médecine légale et expertises médicales* », la « *médecine des pathologies infectieuses et tropicales* », et « *l'allergologie et immunologie clinique* » et également la « *nutrition* » qui a été intégrée au nouveau DES d'« *endocrinologie-diabétologie-nutrition* » et transformant également les DESC qualifiants en DES (les DESC correspondant aux sous-spécialités de la « *chirurgie générale* » et les DESC de « *réanimation* » et de « *gériatrie* » qui avaient été requalifiés en DESC qualifiants respectivement en 2002 et 2004.

À cette filiarisation croissante de l'activité médicale sont toutefois associés des dispositifs de décloisonnement -les formations spécialisées transversales (FST)-, ainsi que des dispositifs permettant plus facilement de changer de spécialité d'exercice en cours de carrière -création des 2^{ème} DES et maintien du dispositif de qualification *via* les commissions de qualification rattachées au Conseil de l'Ordre-.

⁹³ Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste.

Annexe 2

Les médecins des EHPAD ⁽⁹⁴⁾

La Drees réalise tous les quatre ans depuis 1985 une enquête exhaustive auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, permettant de collecter un certain nombre de données : des données agrégées sur les caractéristiques et l'activité des structures, et des données individuelles sur les résidents et leurs personnels (un volet pathologique a été en outre réalisé en 2011).

En 2015, le taux de réponse à l'enquête s'est élevé à 73 %.

Parmi les personnels salariés des EHPAD, le personnel médical représente environ 2% (soit en ETP moins de 1%). Plus de 70% d'entre eux occupent des fonctions à titre principal de coordonnateur d'EHPAD (plus de 90% en EHPAD privés à but lucratif, contre moins de 30% dans les EHPAD publics hospitaliers). Dans les EHPAD publics hospitaliers les médecins qui occupent des fonctions à titre principal de gériatres sont relativement plus représentés, plus de 30% en moyenne.

Il est à noter que ces écarts de structures pour les personnels médicaux n'entraînent pas d'écarts en termes de taux d'encadrement. Ceux-ci s'établissent à 0,6 pour 100 places installées, que ce soit en EHPAD privés à but lucratif qu'en EHPAD publics hospitaliers (cf. l'étude publiée par la DREES « *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD* ») ; la moindre présence de médecins coordonnateurs en EHPAD publics hospitaliers étant compensée par une plus forte présence de gériatres.

Au total en 2015, 800 médecins environ occupaient, à titre principal, des fonctions de gériatres au sein des EHPAD (soit un chiffre très proche de celui tiré de l'exploitation des données du RPPS, cf. ci-dessus).

Les personnels médicaux salariés des EHPAD (en 2015)	EHPAD privés à but lucratif		EHPAD privés à but non lucratif		EHPAD publics hospitaliers		EHPAD publics non hospitaliers		Ensemble	
	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%
PERSONNEL MEDICAL	1 712	100%	2 285	100%	1 787	100%	1 866	100%	7 650	100%
Médecin coordonnateur	1 566	91%	1 913	84%	524	29%	1 523	82%	5 526	72%
Médecin spécialiste en gériatrie	50	3%	128	6%	549	31%	77	4%	804	11%
Médecin généraliste	39	2%	98	4%	333	19%	125	7%	595	8%
Autres	57	3%	146	6%	381	21%	141	8%	725	9%
ENSEMBLE DES PERSONNELS	81 890	100,0%	119 249	100,0%	101 177	100,0%	130 938	100,0%	433 254	100,0%
Personnel médical	1 712	2,1%	2 285	1,9%	1 787	1,8%	1 866	1,4%	7 650	1,8%
Psychologue et personnel paramédical ou soignant	33 700	41,2%	48 704	40,8%	54 519	53,9%	54 258	41,4%	191 181	44,1%
Autre personnel et non renseigné	46 478	56,8%	68 260	57,2%	44 871	44,3%	74 814	57,1%	234 423	54,1%

NB : la fonction demandée dans l'enquête est la fonction exercée à titre principal

Source : DREES : enquête EHPA 2015

En termes de diplôme, on constate en cohérence avec notre analyse globale sur la spécialité de gériatrie que les médecins ayant un exercice de « gériatrie » ont dans leur grande majorité la capacité de gérontologie (65% environ, taux également proche de celui extrait de l'exploitation des

⁹⁴ Annexe reprenant les principaux résultats de l'enquête DREES sur les EHPA présentés au groupe de travail par Mahel Bazin de la DREES - bureau « handicap, dépendance » - Cf. également, de Mahel Bazin et Marianne Muller « *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad* », Études et Résultats, n°1067 juin 2018, DREES.

données du RPPS - dans le RPPS le taux s'établit à 70%), le médecin coordonnateur ayant quant à lui dans les mêmes proportions une capacité de gérontologie ou un DU de médecin coordonnateur. Ces deux catégories de médecins se distinguent de ceux qui ont un exercice de « médecine générale » et qui pour 65% d'entre eux ne possèdent aucun de ces deux diplômes.

Répartition par diplôme des personnels médicaux salariés en 2015 par fonction principale exercée - Ensemble des EHPAD	Médecin coordonnateur	Médecin spécialiste en gériatrie	Médecin généraliste	Autres	ENSEMBLE
Diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie	15%	20%	plus de 5%	moins de 5%	15%
Capacité de gérontologie	35%	65%	20%	15%	35%
Diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	35%	moins de 5%	moins de 10%	moins de 5%	25%
Attestation de formation continue (au sens de l'article D312 - 157 du CASF)	plus de 5%	moins de 5%	5%	moins de 5%	moins de 5%
Aucun de ces diplômes	15%	moins de 10%	65%	75%	25%
ENSEMBLE	100%	100%	100%	100%	100%

Pour les taux supérieurs à 10%, les taux sont arrondis aux 5% les plus proches, le total n'est donc pas égal à 100%

NB : taux de réponse à cette question est de 60%

Source : Enquête EHPA 2015, DREES

Outre ces données sur les personnels soignants, mais également non soignants, l'enquête EHPA apporte des informations utiles sur les conventions signées avec d'autres structures dans le cadre de la mise en place de filières de soins gériatriques.

On note sur ce sujet, qu'en 2015, plus de la moitié des EHPAD avaient signé des conventions avec :

- une équipe mobile de soins palliatifs ;
- un réseau de santé en soins palliatifs ;
- une équipe mobile d'intervention gériatrique ;
- une équipe mobile psychiatrique ;
- une équipe soignante HAD ;
- ou au titre de la filière gériatrique.

Répartition des Ehpads par type de conventions signées - Situation au 31/12/2015.

Nombre d'établissement ayant signé...	Non	Oui	Sans objet*	Total répondants	Non renseigné
... une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs	30	64	7	100	0,6
... une convention avec un réseau de santé en soins palliatifs	64	29	7	100	0,9
... une convention avec une équipe mobile d'intervention gériatrique	67	26	8	100	0,8
... une convention avec une équipe mobile psychiatrique	51	44	5	100	0,7
... une convention avec un équipe soignante HAD	27	68	4	100	0,7
... une convention au titre de la filière gériatrique	31	57	12	100	1,0

* : établissement rattaché à une structure sanitaire disposant d'équipes ou de réseaux de ce type

Champ : EHPAD, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte).

Source : Enquête EHPA 2015, DREES.

Répartition des Ehpads selon le nombre de conventions signées - Situation au 31/12/2015.

	effectif	pourcentage
Pas de convention	1 343	18
1 ou 2 conventions	4 450	60
Plus de 2 conventions	1 568	21
Total répondant	7 361	100
non renseignée	39	0,53

Champ : EHPAD, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte).

Source : Enquête EHPA 2015, DREES.

Annexe 3

Enquête quantitative auprès des personnels médicaux intervenant dans les parcours des personnes âgées poly-pathologiques

En raison de la grande diversité de professionnels qui interviennent dans les parcours des personnes âgées poly-pathologiques, tant en ville qu'à l'hôpital, l'ONDPS a dans le cadre de ses travaux très tôt souhaité réaliser une enquête auprès des personnels médicaux intervenant auprès des personnes âgées poly-pathologiques afin de mieux apprécier leurs caractéristiques professionnelles tant en termes de type d'activité et de lieu d'intervention, de diplomation que de perspectives de carrière.

L'enquête présentée ci-après se composait de deux volets : un volet professionnel et un volet établissement, qui n'a pas pu être exploité compte-tenu du faible nombre de réponses. Le volet établissement a été diffusé aux établissements de santé comptant au moins un interne et/ou gériatre dont les coordonnées étaient disponibles. Le volet professionnel a été diffusé par un double adressage, à la fois aux établissements de santé destinataires du volet établissement et aux professionnels directement par la voie de leurs représentations professionnelles (cf. encadré méthode). Ce volet professionnel a permis de cibler les médecins gériatres et internistes des hôpitaux, ceux d'entre eux qui exercent en ville dans des structures médico-sociales ou en libéral, ainsi que pour partie les médecins, non gériatres ou internistes, qui interviennent dans des services de médecine interne, de gériatrie, de médecine polyvalente ou dans d'autres services hospitaliers dédiés aux prises en charge considérées.

Cette enquête, administrée sur Internet et diffusée avec le concours des sociétés savantes des différentes spécialités, vient confirmer, en grande partie, les observations faites sur les bases de données de la SAE et du RPPS.

Encadré 1 – Méthode

2 790 médecins de France métropolitaine ont répondu, entre le 13 avril 2018 et le 14 mai 2018, à une enquête en ligne ouverte, auto-administrée, constituée de 22 questions portant sur les caractéristiques professionnelles des personnels médicaux intervenant dans les parcours des personnes âgées poly-pathologiques.

L'enquête ciblait d'une part, de façon générale, l'ensemble des professionnels médicaux exerçant une activité de gériatrie et/ou une activité de médecine interne, quelle que soit la structure dans laquelle ils exercent (établissement de santé, EHPAD, cabinet libéral...) et d'autre part l'ensemble des professionnels médicaux intervenant dans des services hospitaliers, hors EHPAD, en aval des urgences, prenant en charge principalement des personnes âgées poly-pathologiques (service de gériatrie aiguë, service de médecine interne, service de médecine polyvalente, unité de soins de longue durée, service de SSR gériatrique, équipe mobile de gériatrie et tout autre service hospitalier concerné). En raison du mode de diffusion du questionnaire, des médecins libéraux, n'ayant pas d'activité de gériatrie ou de médecine interne et travaillant exclusivement en ville ou en structure médico-sociale type EHPAD, ont répondu à l'enquête.

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel Survey Monkey par la société de conseil Wavestone, en concertation avec l'ONDPS et les professionnels concernés, membres du groupe de travail de l'ONDPS portant sur l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques. Le questionnaire a été diffusé auprès de la population cible avec le concours des sociétés savantes et conseils nationaux professionnels des différentes spécialités concernées ainsi que par des établissements de santé, eux-mêmes

destinataires d'un questionnaire spécifique qui n'a pas pu être exploité compte-tenu du faible nombre de réponses recueillies. Le pari d'une diffusion la plus large possible a été pris compte tenu de l'impossibilité de constituer un échantillon représentatif, la population d'étude n'ayant jamais, jusqu'alors, pu être entièrement caractérisée. Une précaution avait toutefois été prise afin d'éviter des réponses multiples provenant d'un même professionnel : une première question prévoyait de demander au sondé s'il avait, ou non, déjà répondu au questionnaire. Le cas échéant, il ne pouvait pas remplir une nouvelle fois le questionnaire.

Le tiers des invitations à répondre au questionnaire en ligne a été envoyé par les structures de la gériatrie.

1. Une enquête qui permet de mieux comprendre l'exercice des médecins internistes et des gériatres

En se focalisant sur les caractéristiques professionnelles des personnels médicaux des services hospitaliers de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente hospitalière, l'enquête conduite entre avril et mai 2018 permet de mieux comprendre la réalité des exercices de chacun et ainsi de mieux apprécier les caractéristiques professionnelles des personnels médicaux hospitaliers intervenant dans les parcours des personnes âgées poly-pathologiques. Le questionnaire avait également pour objectif, en examinant les lieux d'exercice et les logiques de coopération, d'étudier les relations que les professionnels médicaux entretiennent entre eux et avec les autres professionnels de santé, que ce soit à l'hôpital ou en ville.

Quand bien même des médecins internistes et des gériatres se rencontrent dans les services hospitaliers investigués et parmi les adhérents des sociétés savantes et conseils nationaux professionnels auprès desquels a été diffusé le questionnaire, il nous est apparu d'emblée nécessaire de distinguer, par les questions posées, la spécialité ordinaire du professionnel de sa spécialité revendiquée, *i.e.* sa spécialité d'activité. En effet, un médecin détenteur du DES (diplôme d'études spécialisées) de cardiologie et inscrit à l'Ordre en tant que « cardiologue », spécialiste appelé à exercer à titre exclusif la cardiologie, qui interviendrait dans un service de gériatrie pourrait tout à fait se revendiquer comme gériatre, sans pour autant être reconnu comme tel par l'instance ordinaire voire même par l'établissement dans lequel il exerce. En effet, comme cela a pu être montré à partir de l'exploitation des données du RPPS et du CNG, la labellisation du poste occupé par un médecin n'est pas nécessairement celle de sa spécialité ordinaire. C'est le cas, en 2018, de 82 médecins occupant un poste de PH de médecin interniste qui déclarent une autre spécialité d'exercice que la médecine interne (*cf.* Tableau du texte principal sur les effectifs d'internistes).

Cette distinction pour notre analyse s'est avérée d'autant plus pertinente que cette question est majeure pour la spécialité de gériatrie. Nouvellement filiarisée au sein d'un DES depuis la rentrée universitaire 2017, la spécialité de gériatrie a longtemps été exercée par des médecins de différentes disciplines, en particulier par des médecins généralistes (*cf.* Partie 3 du texte principal).

Au total, sur les 2 790 réponses obtenues, parmi eux 2 601 répondants ont déclaré la spécialité dont ils se revendiquaient. L'analyse globale a donc porté sur ces 2 601 réponses pour lesquelles on a pu mettre en évidence une différence importante entre le nombre de répondants se déclarant gériatres (1 547 réponses soit 59%) et le nombre de répondants se déclarant internistes (206 réponses soit 8%) (*cf.* Tableau 1).

Il convient de mettre en regard les effectifs de répondants avec les effectifs globaux des professionnels en exercice de chacune des spécialités étudiées. Les répondants se réclamant de la gériatrie recouvrent ainsi 27,5% (1 547 / 5 616) des médecins ayant déclaré exercer la gériatrie à un titre ou à un autre en gériatrie en exercice en 2018. De même, les médecins se réclamant de la médecine interne représentent 8,7% (206 / 2 377) des médecins en exercice qualifiés comme internistes en 2018. Enfin, l'effectif de médecins généralistes ayant répondu à l'enquête correspond à 0,6% (154 / 23 305) du total des médecins généralistes qui travaillent dans le secteur hospitalier en 2018 (cf. Tableau du texte principal sur les effectifs des médecins polyvalents). Cette très faible part s'explique en raison de la manière dont l'enquête a été diffusée (cf. encadré méthode) : le volet professionnel n'a pas pu être diffusé à tous les médecins généralistes travaillant à l'hôpital. Compte-tenu de cette très faible part de médecins généralistes, il a été décidé de ne pas présenter dans les tableaux suivants les caractéristiques de ces répondants.

Spécialité revendiquée		Nombre de répondants	Part des répondants	Part des répondants par spécialités	Taux de représentativité
Gériatrie		1 547	59,5%	-	27,5%
Spécialités ordinales	.dont médecins généralistes	723	27,8%	46,7%	1 547 sur 5 616
	.dont médecins internistes	61	2,3%	3,9%	
	.dont médecins gériatres	714	27,5%	46,2%	
	.dont autres	49	1,9%	3,2%	
Médecine interne		206	7,9%	-	8,7%
Spécialités ordinales	.dont médecins généralistes	12	0,5%	5,8%	206 sur 2 377
	.dont médecins internistes	191	7,3%	92,7%	
	.dont médecins gériatres	2	0,1%	1,0%	
	.dont autres	1	0,0%	0,5%	
Médecine générale		509	19,6%	-	0,6% (hospitalier)
Spécialités ordinales	.dont médecins généralistes	482	18,5%	94,7%	154 en secteur hospitalier sur 23 520
	.dont médecins internistes	6	0,2%	1,2%	
	.dont médecins gériatres	17	0,7%	3,3%	
	.dont autres	4	0,2%	0,8%	
Médecine d'urgence		160	6,2%	-	
Autres		179	6,9%	-	
TOTAL		2 601	100,0%	-	

Tableau 1. Répartition des répondants par spécialités revendiquée et ordinale

Les médecins internistes : une nette concordance entre exercice revendiqué et qualification ordinale

Seuls 8% des répondants au questionnaire se sont donc revendiqués de la médecine interne (cf. Tableau 1). Parmi eux, presque tous (93%) déclarent la qualification ordinale de médecine interne.

Cette concordance entre l'exercice revendiqué et la qualification ordinale peut en partie s'expliquer par la relative ancienneté de la spécialité de médecine interne qui a été officiellement reconnue en 1965 (cf. texte principal).

Les médecins gériatres : principalement des médecins qualifiés en médecine générale et détenteurs d'un diplôme de gériatrie

Près de 60% des répondants se sont revendiqués de la gériatrie. Parmi ces 1 547 médecins, près de la moitié possède la qualification ordinale en médecine générale (723 soit 47%), l'autre moitié celle de gériatrie (714 soit 46%).

L'examen des diplômes permet de mieux caractériser cet échantillon (cf. Tableau 2). La création récente du DES de gériatrie ne permet pas d'identifier de médecins se déclarant gériatres et détenteurs dudit DES. Le DES de médecine générale constitue le principal diplôme qualifiant : parmi les 1 103 médecins se réclamant de la gériatrie ayant déclaré un DES ou un CES, 78% déclarent posséder un DES de médecine générale.

Les répondants se réclamant de la gériatrie sont majoritaires également à déclarer posséder un DESC, au premier rang desquels le DESC de gériatrie, qualifiant depuis 2004. Parmi eux, 31% possèdent la qualification ordinale de médecine générale.

	Effectifs	Part dans les répondants se déclarant gériatres	Part dans la sous catégorie de diplôme considérée
DES	1 025	66,3%	92,9%
<i>DES de médecine générale</i>	861	55,7%	78,1%
<i>DES de médecine interne</i>	89	5,8%	8,1%
<i>DES de santé publique et médecine sociale</i>	17	1,1%	1,5%
<i>DES de neurologie</i>	11	0,7%	1,0%
<i>Autres DES</i>	47	3,0%	4,3%
CES	78	5,0%	7,1%
<i>CES de médecine appliquée aux sports</i>	11	0,7%	1,0%
<i>CES de rhumatologie</i>	4	0,3%	0,4%
<i>CES de médecine physique et réadaptation fonctionnelle</i>	4	0,3%	0,4%
<i>Autres CES</i>	59	3,8%	5,3%
	1 103	71,3%	100,0%
DESC (type I et type II)	621	40,1%	100,0%
<i>DESC de gériatrie</i>	459	29,7%	73,9%
<i>DESC chirurgical</i>	4	0,3%	0,6%
<i>DESC de réanimation médicale</i>	2	0,1%	0,3%
<i>DESC Médecine de la douleur et palliative</i>	45	2,9%	7,2%
<i>DESC Médecine d'urgence</i>	29	1,9%	4,7%
<i>DESC Nutrition</i>	21	1,4%	3,4%
<i>DESC Médecine du sport</i>	13	0,8%	2,1%
<i>DESC Pathologies infectieuses et tropicales</i>	11	0,7%	1,8%
<i>Autres DESC</i>	37	2,4%	6,0%
Autres diplômes			
<i>Capacité de gérontologie</i>	751	48,5%	-
<i>Autres capacités</i>	21	1,4%	-
<i>DU / DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD</i>	119	7,7%	-
<i>DU / DIU Médecine polyvalente hospitalière</i>	7	0,5%	-
<i>Autre DU / DIU</i>	968	62,6%	-

Tableau 2. Diplômation des répondants se réclamant de la gériatrie

Note de lecture : Ce tableau comporte naturellement des doubles comptes dans la mesure où un même répondant a pu déclarer plusieurs diplômes distincts.

Enfin, 10% des médecins se réclamant de la gériatrie déclarent posséder un DESC non qualifiant⁹⁵. Parmi eux, 29% ont un DESC en médecine de la douleur et palliative.

S'agissant des autres diplômes, non qualifiants, 50% des médecins se réclamant de la gériatrie disposent d'une capacité (772 sur 1 547) et 70% disposent d'un DU ou DIU (1 094 sur 1 547).

2. Une enquête qui permet d'examiner où ces professionnels travaillent

Plusieurs questions du questionnaire concernaient la structure d'exercice du professionnel répondant. Lorsque la structure principale était renseignée et correspondait à un établissement de santé (hors EHPAD), une question complémentaire était posée pour identifier le service au sein duquel travaillait effectivement le professionnel. Une question permettait également de préciser une deuxième structure d'exercice dès que cela était nécessaire.

Sur les 2 601 répondants, 2 062 ont ainsi déclaré leur structure principale d'exercice. Celle-ci était pour plus de 60% d'entre eux un établissement de santé (1 240 sur 2 062) et un EHPAD pour 20 % d'entre eux (415 sur 2 062).

Les médecins se déclarant gériatres exercent majoritairement à titre principal en établissement de santé (66%) puis en EHPAD (23%). Parmi les gériatres travaillant en établissement de santé, les services les plus représentés sont les services de médecine gériatrique (33%), les SSR polyvalents ou gériatriques (21%) et les hôpitaux de jour (17%). Les répondants gériatres sont 46% à exercer dans plusieurs structures (au moins deux). Lorsqu'ils exercent dans une autre structure que la structure principale dans laquelle ils se trouvent, les gériatres exercent à plus de 50% dans un autre établissement de santé et à près de 40% en EHPAD (cf. tableau 4).

S'agissant des internistes, 79% d'entre eux déclarent exercer en établissement de santé, 2% seulement en EHPAD. Les médecins internistes exerçant en établissement de santé travaillent essentiellement dans les services de médecine interne (74%), dans les services de médecine polyvalente (16%) et dans les services de médecine gériatrique (3%). Les médecins internistes qui disent exercer dans une autre structure (22%), le font majoritairement dans un autre établissement de santé (68%).

⁹⁵ Il s'agit des DESC dits de « type 1 » *i.e.* les DESC ici mentionnés à l'exception des DESC chirurgicaux, de gériatrie et de réanimation médicale. Ce pourcentage est en réalité un minorant puisque certains répondants peuvent disposer du DESC de gériatrie avant qu'il ne devienne qualifiant.

	Etablissement de santé (hors EHPAD)		EHPAD		Cabinet libéral		Administration de santé		Autre		Total
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Médecins se déclarant gériatres	933	65,7%	320	22,5%	25	1,8%	23	1,6%	119	8,4%	1 420
Médecins se déclarant internistes	153	78,9%	3	1,5%	7	3,6%	6	3,1%	25	12,9%	194
Médecins se déclarant généralistes	154	34,4%	92	20,5%	157	35,0%	9	2,0%	36	8,0%	448
	1 240		415		189		38		180		2 062

Tableau 3. Structure d'exercice principale

	Structure principale	Structure secondaire										Total		
		Aucune	Etablissement de santé (hors EHPAD)		EHPAD		Cabinet libéral		Administration de santé		Autre			
Gériatres		-	52%		39%		5%		2%		1%			
Structure principale	Etablissement de santé (hors EHPAD)	548	59%	209	22%	154	17%	14	2%	8	1%	0	0%	933
	EHPAD	138	43%	88	28%	65	20%	18	6%	4	1%	7	2%	320
	Cabinet libéral	2	8%	7	28%	14	56%	0	0%	1	4%	1	4%	25
	Administration de santé	10	43%	11	48%	1	4%	1	4%	0	0%	0	0%	23
Internistes		-	68%		8%		3%		5%		16%			
Structure principale	Etablissement de santé (hors EHPAD)	123	80%	20	13%	3	2%	1	1%	2	1%	4	3%	153
	EHPAD	2	67%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3
	Cabinet libéral	1	14%	4	57%	0	0%	0	0%	0	0%	2	29%	7
	Administration de santé	5	83%	1	17%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6

Tableau 4. Effectifs par structure principale (hors "autre") et structure

3. Une enquête qui permet d'illustrer les trajectoires professionnelles

Le questionnaire a également permis d'explorer les changements de carrière envisagés par les professionnels.

Ainsi, on constate que 91% des gériatres ayant répondu à ces questions déclarent ne pas envisager de changer leur spécialité d'activité déclarée. Ceux qui l'envisagent se prononcent en faveur de la médecine générale (26 sur 1 436 répondants) ou de la médecine de la douleur et les soins palliatifs (16 sur 1 436 répondants). En revanche, 269 d'entre eux envisagent de changer de qualification ordinaire. Ils se prononcent majoritairement en faveur d'une qualification ordinaire en gériatrie (241 sur 269 soit 90%) ou en faveur d'une qualification en médecine générale (13 sur 269 soit 5%). Au total, 17% des répondants se déclarant gériatres envisagent de changer de qualification ordinaire pour la gériatrie. Cette information est à rapprocher du contexte de la création du DES de gériatrie.

S'agissant des médecins internistes, 91% d'entre eux répondent ne pas vouloir changer leur spécialité d'activité déclarée. La plupart des médecins internistes ayant répondu (93%) n'envisagent pas de changer de qualification ordinaire.

ANNEXES GENERALES

1. Note de cadrage



Dossier suivi par :
Le Secrétariat général
Tél : 01 40 56 82 32
Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

Paris, le 7 décembre 2017

Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques : impacts sur la formation et la répartition des professionnels en santé, plus particulièrement en médecine interne et en gériatrie

Note de cadrage du groupe de travail

Depuis le début des années 1950, le système de santé a connu des transformations majeures dans l'organisation des prises en charge, tant en ville qu'à l'hôpital, modifiant les pratiques, les rôles et les modes d'articulation des professionnels entre eux.

Au cours de ces soixante dernières années, la spécialisation du champ médical s'est en effet considérablement accrue, du fait de l'amélioration des connaissances et des progrès techniques et scientifiques. Simultanément, cette surspécialisation, voire hyperspécialisation, s'est accompagnée d'un besoin croissant de prises en charge médicales, paramédicales ou encore sociales, globales et polyvalentes ; le vieillissement de la population justifiant un recours à des spécialités transversales (médecine interne et médecine gériatrique, notamment) en appui à la médecine générale et le développement de réponses coordonnées pluridisciplinaires, voire pluri-professionnelles.

En médecine de ville, alors que la spécialisation des professionnels s'accroît, de nouveaux cadres d'exercice fondés sur le regroupement des soignants émergent. Largement plébiscités par les jeunes médecins, ces regroupements prennent des formes diverses : cabinets de groupe (mono-disciplinaires ou encore pluridisciplinaires), pôles de santé ou encore maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Regroupements auxquels sont venus s'ajouter ces dernières années des dispositifs de coordination comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), ou encore les plateformes territoriales d'appui (PTA) visant à coordonner les parcours complexes.

■ ■ Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP
Adresse visiteurs : 18 place des cinq martyrs du lycée Buffon - 75014 PARIS
Tél. : 01 40 56 89 36 – Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

Dans les établissements de soins, les évolutions sont tout aussi visibles : hausse du niveau d'équipement des établissements, changement de l'architecture hospitalière, mais aussi investissement des professionnels hospitaliers dans des projets de refonte de leurs activités avec, par exemple, le développement de la chirurgie de jour en substitution à de l'hospitalisation complète. Dans le même temps, des structures d'hospitalisation programmée de durée déterminée (hôpitaux de jour et de semaine) se sont développées en réponse aux besoins de soins intégrés et de prises en charge pluridisciplinaires comme c'est le cas, notamment, en oncologie où de tels séjours permettent de regrouper les examens complémentaires et les diverses consultations nécessaires.

En dépit de ces évolutions, les prises en charge, en particulier pour les personnes présentant des maladies complexes et/ou pluri-pathologiques pour lesquelles l'approche transversale revêt un caractère d'importance, restent, dans bien des cas, inadaptées.

Ces prises en charge, en tenant compte des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques des patients, doivent faire appel à la concertation entre professionnels, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital, et elles interrogent alors sur la coordination du parcours et l'organisation des interventions des différents acteurs.

En ce sens, les passages fréquents aux urgences pour ces patients et les difficultés pour leur trouver des solutions d'aval⁹⁶ constituent un révélateur des limites des coordinations mises en place à ce jour, tant dans la liaison entre l'hôpital et la ville que dans les organisations intra-hospitalières alors que, comme on le sait, chez ces personnes fragiles, les hospitalisations peuvent être particulièrement délétères (syndrome de glissement)⁹⁷. La place des services hospitaliers à vocation polyvalente, en particulier de médecine interne, de médecine polyvalente et de gériatrie, dans l'accueil des patients âgés et pluri-pathologiques est donc à interroger, comme celle des organisations de soins de ville où les coopérations entre les acteurs de soins primaires, dont le médecin généraliste, et ceux du second recours, contribuent à la qualité des parcours de soins.

Même si les prises en charge complexes des personnes âgées pluri-pathologiques ont déjà fait l'objet de réflexions⁹⁸, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), les conséquences en termes de besoins en professionnels de santé n'ont jusqu'alors pas été étudiées.

En réponse à la lettre de mission adressée par la Ministre des solidarités et de la santé à Patrice Diot, président de l'ONDPS, le 28 juillet 2017, il est envisagé d'examiner l'ensemble des structures intervenant dans les prises en charge globales des personnes présentant des maladies complexes et/ou pluri-pathologiques, notamment celles des personnes âgées, afin d'identifier les différents modèles d'organisation permettant d'améliorer les parcours de soins et d'en évaluer l'impact sur les besoins en professionnels de santé.

⁹⁶ DREES, Études et résultats n°973 de septembre 2016 – « *Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers* ».

⁹⁷ DREES, Études et résultats n°1007 de mars 2017 – « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* » et DREES, Études et résultats n°1008 de mars 2017 – « *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue* ».

⁹⁸ HAS « *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA)* », mars 2014.

Pour ce faire, l'ONDPS se propose :

- **d'établir un état des lieux de l'existant portant sur l'ensemble des services hospitaliers principalement concernés par ces prises en charge globales nécessitant des soins complexes et coordonnés en articulation entre eux et avec les professionnels et structures de ville et les autres services hospitaliers ;**
- **de recenser l'ensemble des schémas et expérimentations relatives à l'organisation de ces prises en charge complexes et coordonnées puis de déterminer leur impact sur les besoins en formations de personnels.**

Un état des lieux des structures hospitalières concernées

Nous serons donc amenés à décrire l'ensemble de l'activité des principaux services hospitaliers concernés (services de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente), en identifiant notamment celles consacrées aux personnes les plus fragiles, dans une approche intégrée visant à étudier et analyser les logiques de coordination et de coopération, entre eux et avec la ville (EHPAD, SSIAD, médecins généralistes, quelle que soit leur modalité d'exercice) et les autres services hospitaliers (notamment les services de soins de suite et de réadaptation -SSR- ou encore les services d'hospitalisation à domicile -HAD-).

Cet état des lieux conduira à détailler les activités des professionnels travaillant dans les services retenus et plus particulièrement celles des médecins, des infirmiers et des étudiants en formation.

À ce stade, nous ne disposons pas de chiffres consolidés sur les effectifs des personnels de ces services. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'identifier précisément leur poids respectif, encore moins leurs temps travaillés et leurs profils de carrière. Il est donc nécessaire de chercher à établir un cadrage national à partir des différentes sources disponibles et d'enquêtes que nous nous proposons de mener.

Pour compléter l'approche, il est également prévu de réaliser des monographies portant sur les professions de gériatre et d'interniste afin notamment de venir préciser le nombre de ces professionnels médicaux, leurs modalités d'exercice ainsi que leurs perspectives de carrière. La manière dont le médecin généraliste articule sa prise en charge avec celle de ces spécialistes sera également examinée.

Les schémas d'organisation et leurs impacts sur les besoins en professionnels

Il est envisagé d'élaborer différents schémas d'organisation des prises en charges faisant intervenir les services hospitaliers concernés en s'appuyant notamment sur des modèles ayant déjà été mis en place, qu'ils soient propres à l'hôpital (unité d'hospitalisation de courte durée ou d'aval, *fast track*, réservation centralisée de lits et recours à des gestionnaires de lits,...) ou articulés avec la ville (notamment, au sein des filières gériatriques, les conventions avec les services spécialisés et les admissions directes en gériatrie).

À ce titre, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou encore les structures médicales pluri-professionnelles seront étudiés en tant qu'acteurs en amont des prises en charge hospitalières

ou en aval dans le cadre du retour à domicile. Les modalités d'articulation entre l'hôpital et ces structures de prise en charge de ville s'avèrent en effet déterminantes pour éviter de nouvelles ré-hospitalisations.

De même, le rôle du médecin généraliste dans l'organisation des prises en charge apparaît comme essentiel.

De facto, une synthèse de ces schémas d'organisation ainsi que des expérimentations existantes sera réalisée. Pour cela, nous nous appuierons sur des enquêtes de terrain réalisées auprès des différentes structures hospitalières afin de mettre en lumière les articulations existantes entre les services concernés et les structures et professionnels en amont et en aval du passage dans ces services. Ces différents schémas d'organisation pourront être examinés sous la forme de modèles de Markov. Ils seront comparés sur la base d'une évaluation de leurs impacts sur les besoins en personnels et en formation. L'analyse portera plus précisément sur les deux spécialités les plus concernées (internistes et gériatres), pour lesquelles seront également examinées les trajectoires professionnelles. Pour les autres professionnels de santé concernés (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) seul l'impact différentiel en termes de besoins en personnels et en formation, des schémas et expérimentations étudiés, sera estimé.

À titre d'exemple, il sera souhaitable d'étudier les conséquences sur le travail des professionnels et les besoins en personnel de la mise en œuvre de prises en charge médicalisées dans les EHPAD sur la base de la note méthodologique et de synthèse documentaire de la HAS⁹⁹.

⁹⁹ « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad ? » - Haute autorité de santé (juillet 2015).

2. Liste des participants au groupe de travail

Représentation professionnelle

Médecine interne

Société nationale française de médecine interne (SNFMI)

- Philippe Morlat

Collège national des enseignants de médecine interne (CEMI)

- Luc Mouthon
- Olivier Steichen

Conseil national professionnel de la médecine interne (CNPI)

- Daniel Sereni

Gériatrie

Société française de gériatrie et de gérontologie(SFGG)

- Olivier Guerin
- Jean-Pierre Aquino

Collège national des enseignants chercheurs de gériatrie (CNEG)

- Gaëtan Gavazzi

Conseil national professionnel de gériatrie (CNP)/Collège professionnel des gériatres français (CNP/CPGF)

- Claude Jeandel

Médecine polyvalente hospitalière

Fédération francophone de médecine polyvalente (FFMP)

- Christophe Leroux
- Hugo Jouhair
- Ludovic Hery
- Yann Poulingue

Médecine générale

Société française de médecine générale (SFMG)

- Philippe Boisnault

Collège national des généralistes enseignants - Collège académique (CNGE-CA)

Collège de la médecine générale (CMG)

- Vincent Renard (CNGE-CA – représente également le CMG et la SFMG)

Médecine Physique et de réadaptation

Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et réadaptation (COFEMER)

- Gilberte Robain (COFEMER – représente également la SOFMER et la FEDMER)

Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation (FEDMER)

- Francis Le Moine

Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine (CNCEM)

- Luc Mouthon
- Olivier Farges

Ordres professionnels

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

- François Arnaud

Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)

- Eric Pastor

Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)

- Francis Fauvelle
- Eric Housieaux

Internes de médecine

Intersyndicale nationale des internes (ISNI)

- Jean-Baptiste Bonnet
- Maxime Bacquet
- Victoire Leroy
- Isabelle Riom

Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)

- Maxence Pithon
- Lucie Garcin

Association des jeunes gériatres (AJG)

- Arnaud Caupenne

Association des jeunes internistes (AJI)

- Fanny Urbain

Administrations

Association nationale d'appui à la performance (ANAP)

- Mona Krichen
- Thierry Mulsant
- Elise Prout
- Axelle Pruvot

Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- Sarah Coffy
- Gonzague Debeugny

Centre national de gestion (CNG)

- Danielle Toupillier
- Jean-Pierre Gondran
- Sophie Chan-Lang
- Dominique Bertrand
- Alice Duval

Directions ministérielles

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- Jean-Philippe Natali
- Camille Brunat
- Chantal Erault
- Laurence Lavy
- Laure Poirat (interne de santé publique en stage à la DGCS)

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Anne-Noëlle Machu
- Alexandre Bertrand

Direction générale de la santé (DGS)

- Eliane Vanhecke

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Alexandre Farnault

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Fabien Toutlemonde
- Christelle Millien
- Engin Yilmaz
- Mahel Bazin

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

- Patrice Diot, président
- Catherine Zaidman, secrétaire générale
- Cléo Lhermet, chargée de mission « Statistiques »
- Valérie Evans, chargée d'études documentaires
- Sylvain Gautier, interne de santé publique- stagiaire à l'ONDPS

- Roland Cash (consultant *Les Asclépiades*)
- Catherine Dupilet et Doan Huyen Nguyen (Consultantes *Wanestone*)

3. Liste des sigles et acronymes utilisés

A -

AC/FA	Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
ADL	<i>Activities of Daily Living</i> , en français Activités de la vie quotidienne
ADELI	Automatisation des listes de professions de santé
AJG	Association des jeunes gériatres
AJI	Association des jeunes internistes
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Association nationale d'appui à la performance
AOMI	Artérite oblitérante des membres inférieurs
APA	Aide personnalisée à l'autonomie
APSL	Association de professionnels de santé libéraux
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
AVC	Accident vasculaire cérébral

C -

CAM	Conseiller de l'Assurance Maladie
CAPA	Capacité (diplôme de spécialité en médecine)
CASEMIX	Éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé (nomenclature PMSI)
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDD	Contrat à durée déterminé
CDI	Contrat à durée indéterminé
CEE	Communauté économique européenne
CEMI	Collège national des enseignants de médecine interne
CES	Certificat d'études spéciales
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHG	Centre hospitalier général
CHR	Centre hospitalier régional
CHSP	Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CMA	Complications et morbidités associées
CMD	Catégorie majeure de diagnostic (nomenclature du PMSI)
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Collège de la médecine générale
CNP	Conseil national professionnel
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CNCEM	Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine
CNEG	Collège national des enseignants chercheurs de gériatrie
CNESER	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNG	Centre national de gestion
CNGE-CA	Collège national des généralistes enseignants de médecine générale – Collège Académique
CNP/CPGF	Conseil national professionnel de gériatrie/Collège professionnel des gériatres français

CNP/FEDMER	Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation/Fédération française de médecine physique et de réadaptation
CNPI	Conseil national professionnel de médecine interne
CNOI	Conseil national de l'Ordre des infirmiers
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNOMK	Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
CNOP	Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
CNU	Conseil national des Universités
COFEMER	Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et réadaptation
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPGF	Conseil national professionnel de gériatrie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Centre de santé pluri-professionnel

D -

DAS	Diagnostic associé significatif (nomenclature PMSI)
DE	Diplôme d'état
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DEFM	Demandeurs d'emploi en fin de mois
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Département de l'information médicale
DIU	Diplôme inter-universitaire
DMP/DP : DMP	Dossier médical partagé et DP Dossier pharmaceutique
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et régions d'Outre-mer
DSS	Direction de la sécurité sociale
DU	Diplôme universitaire

E -

ECN	Épreuves classantes nationales (internat de médecine)
EEE	Espace économique européen
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Équipe mobile de gériatrie
EMGT	Équipe mobile gériatrique territoriale
E&R	Études et Résultats (titre d'une collection de publication de la DREES)
ES	Établissement de santé
ESCP	Établissement de santé communautaire de proximité
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein (travaillé)
ESMS	Établissement social et médico-social
ESP	Équipe de soins primaires

F -

FEDMER	Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée
FFMP	Fédération francophone de médecine polyvalente
FHP	Fédération hospitalière privée
FNPS	Fichier national des professions de santé
FST	Formation transversale spécialisée

G -

GHM	Groupe homogène de malades (nomenclature du PMSI)
GHT	Groupement hospitalier de territoires

H -

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie
HCFEA	Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCFIPS	Haut Conseil du financement de la protection sociale
HDJ	Hôpital de jour
HTA	Hypertension artérielle
HTCD	Hospitalisation de très courte durée
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

I -

IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'État, coordonnateur
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISNAR-IMG	Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
ISNI	Intersyndicale nationale des internes

L -

LISA	Outil pour lutter contre l'isolement des personnes âgées
LMD	Licence Master Doctorat
LogimedH	Logiciel de gestion "stratégique" qui a pour objectif de mieux anticiper les besoins en ressources humaines en santé (des médecins hospitaliers notamment)

M -

MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer)
MCO	Initiales de Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Ce sont les activités principales des hôpitaux
MG	Médecine générale
MPR	Médecine physique et de réadaptation
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle

N -

NC	Numerus clausus
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NHS	<i>National Health Service</i>

O -

OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie

P -

PACES	Première année commune aux études de la santé
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA	Pôle d'activité et de soins adaptés
PCEM1	Première année du premier cycle des études de médecine
PH	Praticien hospitalier
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSA	Prescription médicale chez le sujet âgé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS	Plan personnalisé de santé
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile (après hospitalisation)
PSP	Pôle de santé
PSPH	Établissement de santé privé ; participant au service public hospitalier
PTA	Plateforme territoriale d'appui

R -

RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
-------------	--

S -

SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SCD	Soins de courte durée
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie
SFMG	Société française de médecine générale
SISA	Société interprofessionnelle des soins ambulatoires
SLD	Soins de longue durée
SNFMI	Société nationale française de médecine interne
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SNIR	Système national inter-régimes
SNIIRAM	Système national inter-régimes de l'Assurance Maladie
SOFMER	Société française de médecine physique et de réadaptation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins

SSR Soins de suite et de réadaptation
STSS Stratégie de transformation du système de santé
SYNDIF Syndicat des internistes français

T -

T2A Tarif à l'activité

U -

UCC Unité cognitivo-comportementale
UFR Unité de formation et de recherche
URPS Union régionale des professionnels de santé
UHA Unité d'hébergement et d'accueil
UHCD Unité d'hospitalisation de courte durée
UHR Unité d'hébergement renforcé
UHU Unité d'hospitalisation des urgences
UM Unité médicale (nomenclature PMSI)
UPU Unité d'hospitalisation post-urgences
URPS Union régionale des professionnels de santé
USLD Unité de soins de longue durée

W –

WONCA *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*