



La médicale
assure les professionnels de santé



LA LETTRE DES FUTURS PRATICIENS
Rentrée universitaire 10 /2010
Dossier mis à jour : « Les Internes »

Jean VILANOVA

jean.vilanova@ca-predica.fr



Le présent document mis à jour récapitule les principaux éléments du statut de l'interne en cette rentrée universitaire 2010.

Praticien en formation, l'interne est l'un des rouages indispensables au bon fonctionnement des services hospitaliers.

Qui est-il ? Quelles sont les filières spécialisées vers lesquelles il peut se diriger ? Quels sont ses émoluments et sa protection sociale ? Quels risques encourt-il dans le cadre de sa responsabilité professionnelle et notamment lorsque, allant au-delà de ses prérogatives, il prodigue des soins qui relèvent a priori de la responsabilité exclusive d'un praticien senior ?

Autant de questions essentielles qui, toutes, pourraient donner matière à de longs développements. Mais tel n'est pas l'objectif que nous poursuivons ici. Il s'agit plutôt, rapporté à ce questionnement global, de saisir et de restituer les principales informations permettant la meilleure appréhension possible de l'interne.

D'autant que la loi du 21 /07 /2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires instaure une disposition nouvelle de première importance pour lui. Dès à présent en effet, l'interne peut signer un contrat d'engagement de service public qui, en échange d'une allocation versée à son profit jusqu'à la fin de ses études l'obligera, une fois diplômé, à exercer dans l'un des déserts médicaux que compte le territoire national pendant une durée équivalente à celle du versement de cette allocation.

Incontestablement une brèche dans le dogme de la liberté d'installation...



SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
CADRE REGLEMENTAIRE	
	5
PRESENTATION DE L'INTERNE	
	5
1. Définition et place au sein de la sphère de soins.....	5
2. Les actes que l'interne peut accomplir et ceux qui lui sont interdits.....	6
3. Obligation de service, gardes et repos de sécurité.....	8
TROISIEME CYCLE – LES FILIERES DE FORMATION	
	10
1. Quelques généralités.....	10
2. Les diplômes d'études spécialisées.....	11
- <i>Les DES de disciplines médicales.....</i>	11
- <i>Les autres DES de disciplines médicales.....</i>	12
- <i>Les DES de la filière Chirurgie.....</i>	12
3. Les diplômes d'études spécialisées complémentaires.....	12
- <i>Les DESC de groupe I.....</i>	13
- <i>Les DESC de groupe II.....</i>	13
4. L'année de recherche.....	14
REMUNERATION ET PROTECTION SOCIALE	
	15
1. Nature de la rémunération – Montant au 1 ^{er} /07 /2010.....	16
2. Prestations de protection sociale.....	17
- <i>Maladie ordinaire.....</i>	17
- <i>Maladie de longue durée.....</i>	17
- <i>Longue maladie.....</i>	17
- <i>Maladie ou accident dû à la fonction.....</i>	17





SOMMAIRE

	Pages
CONGES ANNUELS ET CONGE DE MATERNITE	18
LE REMPLACEMENT	20
• Le cadre légal.....	20
• Les formalités liées au remplacement d'un médecin par un interne.....	21
- <i>Le médecin remplacé.....</i>	21
- <i>L'interne remplaçant.....</i>	22
3. Les principaux éléments du contrat de remplacement.....	24
- <i>1^{ère} étape.....</i>	25
- <i>2^{ème} étape.....</i>	26
- <i>3^{ème} étape.....</i>	27
LE CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC	28
1. Le cadre légal et réglementaire.....	28
2. La finalité du CESP.....	29
3. Les modalités de mise en œuvre du CESP.....	30
- <i>Nombre et répartition des CESP.....</i>	30
- <i>Sélection des bénéficiaires. Attribution et suspension de l'allocation.....</i>	30
- <i>Montant et versement de l'allocation.....</i>	30
L'INTERNE EN JUSTICE	31
EN CONCLUSION	34
1. Toute la responsabilité mais rien que la responsabilité.....	34
2. Vers une nouvelle réforme de l'internat ?.....	35



Cadre réglementaire

- ✓ Décret n° 2003-530 du 19 /06 /2003 (publié au JO du 21 /06 /2003) et décret n° 2002-1149 du 10 /09 /2002 (publié au JO du 12 /09 /2002) modifiant le décret n° 99-930 du 10 /11 /1999 (publié au JO du 11 /11 /1999) fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie
- ✓ Décret n° 2004-67 du 16 /01 /2004 (publié au JO du 18 /01 /2004) relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales



PRESENTATION DE L'INTERNE

Sa définition et sa place au sein de la sphère de soins – Les actes qu'il peut effectuer et ceux qui lui sont interdits – Les obligations de service, les gardes et le repos de sécurité

1. DEFINITION ET PLACE AU SEIN DE LA SPHERE DE SOINS

L'interne en médecine ou en pharmacie est présenté par le décret n° 99-930 du 10 /11 /1999 comme « *un praticien en formation spécialisée* ». Le même texte définit l'interne en odontologie comme « *un praticien en formation approfondie* ». Ces différences de qualificatifs s'expliquent aisément.

En effet, les internats de médecine et de pharmacie ont vocation à former « des spécialistes » ce qui n'est pas le cas de l'internat en odontologie. Le spécialiste de l'art dentaire – l'orthodontiste – n'acquiert pas le titre de spécialiste par le biais de l'internat mais par une formation toute autre (se reporter au document LES PRINCIPAUX CURSUS 10 /2010 – Jean VILANOVA)



Quoi qu'il en soit, à la définition de « praticien en formation spécialisée » ou « praticien en formation approfondie » on peut préférer celle, non officielle, moins élégante mais sans doute aussi plus parlante de « super étudiant ».

Hormis le cadre du remplacement autorisé par le statut et l'administration, cet interne est tenu de consacrer la totalité de son temps de travail à ses activités médicales, pharmaceutiques ou odontologiques et à sa formation. Il bénéficie d'une formation théorique et pratique tout en assumant, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève, une triple fonction de prévention, de diagnostic et de soins comme le précise l'article 3 du décret du 10 /11 /1999.

La relation nouée entre l'interne et ses aînés, praticiens diplômés s'entend comme un véritable compagnonnage. Il apprend en effet de ces derniers et à leur contact l'art médical, pharmaceutique ou odontologique.

Les syndicats qui s'expriment en leur nom ne rate jamais l'occasion de rappeler que... « *sans les internes, les services hospitaliers ne tourneraient pas...* » C'est exact même si les autres acteurs hospitaliers, de l'aide-soignante au chef de service pourraient en dire tout autant.

Mais de fait, les internes assurent au quotidien une foultitude de missions dont certaines se situent d'ailleurs bien au-delà de leur strict domaine de compétences. Nous aurons plus loin l'occasion de revenir sur ce point (Chapitre L'INTERNE EN JUSTICE).

2. LES ACTES QUE L'INTERNE PEUT ACCOMPLIR ET CEUX QUI LUI SONT INTERDITS

Que signifie le fait, pour un interne, d'agir « *par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* » ?

La jurisprudence nous donne en la matière une réponse d'une remarquable constance au fil du temps. L'arrêt fondateur, jamais remis en question depuis, a été rendu le 18 /12 /1953 par le Conseil d'Etat.

Cet arrêt dispose que « ... *En dehors du cas de force majeure où l'intervention de l'interne s'impose, en raison de l'urgence par suite de l'absence des chirurgiens et de leurs assistants, ceux-ci ne peuvent régulièrement se décharger sur leurs internes de l'obligation qui leur incombe d'opérer personnellement, que lorsque cette délégation n'est pas exclue par l'importance de l'opération et qu'ils se sont d'autre part assurés, au préalable, dans chaque cas sous leur responsabilité, que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre du service chirurgical dans les hôpitaux... »*



DECRYPTAGE

La traduction de l'arrêt consacre les principes suivants :

- La délégation reçue du praticien senior par l'interne se conçoit pour des actes ne présentant *a priori* pas de difficultés majeures ;
- Avant cette délégation, le praticien senior s'est bien assuré de la capacité de l'interne à accomplir le geste sans risquer la vie ou la santé du patient. Mais ce critère d'appréciation s'avère, par essence, assez subjectif.

Il est donc possible de classer les actes et gestes autorisés ou interdits à l'interne

1. Ce que l'interne peut réaliser sans autorisation expresse

- ↪ **Signer des ordonnances de prescription. Toutefois, les internes non thésés ne peuvent prescrire des stupéfiants**
- ↪ **Effectuer des visites de patients**
- ↪ **Intervenir en cas d'urgence**



2. Ce qui relève de sa mission au quotidien

↪ Parfaire son apprentissage en réalisant des actes sous la surveillance et le contrôle d'un praticien senior

3. Les gestes qui lui sont toujours interdits


- ↪ Sauf urgence, intervenir de sa propre initiative hors la surveillance et le contrôle d'un praticien senior
- ↪ Signer des certificats

3. OBLIGATIONS DE SERVICE, GARDES ET REPOS DE SECURITE

Totalement intégré à l'hôpital, l'interne y est tenu à **des obligations de service** de deux ordres :

- 11 demi-journées par semaine dont 2 consacrées à la formation universitaire ;
- Sa participation au service de gardes et d'astreintes. On définira l'astreinte comme une garde effectuée non pas dans un service hospitalier mais au domicile.

La garde aux urgences ou dans les services est une composante majeure de la formation de l'interne. A chaque instant, il doit s'attendre à être confronté à toutes les situations, des plus inattendues aux plus dramatiques.



L'interne y assure, ou plus exactement devrait y assurer la permanence des soins sous l'autorité d'un senior. Mais l'on sait que partout ou presque, de nombreux internes sont laissés seuls, en gardes, face à une patientèle par définition sous pression, notamment dans le cadre des gardes aux urgences. Ceux-là sont susceptibles de se rendre, bien malgré eux, coupables du délit d'exercice illégal de la médecine.

Chaque garde est comptabilisée dans les 11 demi-journées de service. Le service de garde comprend une garde hebdomadaire et une garde de dimanche ou jour férié par mois. La garde de nuit commence au plus tôt à 18 H 30 et s'achève le lendemain au plus tôt à 8 H 30. La garde du dimanche ou d'un jour férié commence à 8 H 30 pour s'achever en début de garde nocturne soit, au plus tôt, à 18 H 30.

A signaler que les internes enceintes se voient dispensées de gardes diurnes et nocturnes à partir du 3^{ème} mois de grossesse.

Aucune garde ne doit se concevoir sur 24 heures consécutives et plus. Il est aisé d'en comprendre les raisons. Comment, après un temps de veille aussi long, maintenir vis à vis des patients les niveaux de vigilance et de concentration indispensables ?

Et d'aucuns se souviennent aussi du décès d'un interne lillois survenu il y a quelques années. Après une garde trop longue, celui-ci avait pris sa voiture et s'était endormi au volant. L'affaire avait alors fait grand bruit.

Enfin **le repos de sécurité.**

Il se caractérise par l'obligation dévolue à l'interne de cesser toute activité et se prend à l'issue d'une garde. Sa durée est de 11 heures. Ici encore, les textes ne sont pas toujours appliqués comme ils le devraient :

- soit parce que l'interne s'estime suffisamment reposé et reprend, de sa propre initiative, son poste,
- soit parce qu'il subit la pression de l'hôpital confronté structurellement à un déficit en termes d'effectifs.



TROISIEME CYCLE – LES FILIERES DE FORMATION


Quelques généralités – Les diplômes d'études spécialisées (DES) – Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC)

1. QUELQUES GENERALITES

Le troisième cycle d'études médicales s'étend sur une durée de 6 semestres en médecine générale qui, depuis la promulgation du décret du 16 /01 /2004 est considérée comme une spécialité à part entière et de 8 à 10 semestres pour les autres spécialités.

Ce troisième cycle s'effectue en CHU mais aussi en milieu extra-hospitalier. A ce titre, il est prévu pour l'internat en médecine générale un stage d'un semestre auprès d'un omnipraticien, en cabinet. Cet omnipraticien, « le maître de stage » doit exercer depuis au moins 3 années et avoir reçu une habilitation du directeur de l'Unité de formation et de recherche dont l'interne relève.

La formation de l'interne en médecine générale prévoit aussi un semestre en soins ambulatoires ou un stage relatif à son propre projet.

 **Il faut enfin évoquer « le droit de remords », c'est-à-dire le droit dont dispose chaque interne de changer de discipline. Ce droit ne peut s'exercer qu'une seule fois. Il doit être exprimé avant la fin du 4^{ème} semestre d'internat. Le changement de discipline s'opère pour autant que le rang de cet interne à l'examen classant national lui aurait permis d'intégrer la spécialité vers laquelle il souhaite désormais s'orienter.**

2. LES DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES

Avant la fin du 4^{ème} semestre d'internat, l'interne doit s'inscrire à un diplôme d'études spécialisées, un DES qui correspondra à sa discipline d'affectation. Pour cela, il devra avoir effectué au préalable un semestre dans un service agréé au titre du diplôme correspondant à cette spécialité.

Pour chaque spécialité, la préparation du diplôme se fait sous le contrôle et la responsabilité d'un enseignant coordonnateur, assisté d'une commission inter-régionale de coordination et d'évaluation. C'est cette commission qui statue sur la délivrance ou non du DES à l'issue de l'internat. L'obtention du diplôme est subordonnée à :

- la validation de l'ensemble des stages prévus au programme de formation ;
- la soutenance d'un mémoire par l'interne, mémoire dont le sujet aura été préalablement approuvé par l'enseignant coordonnateur.

L'obtention du DES confère à l'impétrant le statut de spécialiste.

Le DES de médecine générale est d'une durée de 3 années. Les autres DES s'étendent sur 4 à 5 années selon la spécialité.

Il existe 3 familles de DES. Elle sont répertoriées aux tableaux ci-après à partir de l'intitulé officiel de la spécialité.

1. Les DES de disciplines médicales

Anatomie et cytologie pathologiques – Cardiologie et maladies vasculaires – Dermatologie et vénéréologie – Endocrinologie et métabolisme – Gastro-entérologie et hépatologie – Génétique médicale – Hématologie – Médecine interne – Médecine nucléaire – Médecine Physique et de réadaptation – Néphrologie – Neurologie – Oncologie – Pathologies cardio-vasculaires – Pneumologie – Radiodiagnostic et imagerie médicale – Rhumatologie



2. Les DES de disciplines médicales

Gynécologie médicale – Gynécologie obstétrique – Médecine générale – Médecine du travail – Pédiatrie – Psychiatrie – Santé publique et médecine sociale – Biologie médicale – Anesthésie-réanimation

3. Les DES de la filière Chirurgie

Chirurgie générale – Neurochirurgie – Ophtalmologie – Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale - Stomatologie

3. LES DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES COMPLEMENTAIRES

Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) se présentent comme « une spécialisation dans la spécialité ».

Il en existe de deux groupes :

- les DESC de « groupe I », d'une durée de 2 années ;
- les DESC de « groupe II », d'une durée de 3 années.

1. Les DESC de groupe I


Addictologie – Allergologie et immunologie clinique – Andrologie – Cancérologie – Dermatopathologie – Foetopathologie – Hémobiochimie-transfusion – Médecine de la reproduction – Médecine légale et expertises médicales – Médecine du sport – Médecine d'urgence – Médecine vasculaire – Néonatalogie – Neuropathologie – Nutrition – Orthopédie dento-maxillo-faciale – Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique – Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques – Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2. Les DESC de groupe II

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 – Chirurgie viscérale et digestive – Gériatrie – Réanimation médicale

Pour obtenir un DESC, les candidats doivent remplir un certain nombre de conditions :

- être titulaire du DES donnant accès au DESC complémentaire souhaité. Les « étudiants » en DESC sont donc dans les faits des médecins spécialistes ;
- avoir satisfait aux conditions exigées pour la validation des DESC, notamment en matière de stages d'internat ;
- pour les DESC de groupe I, avoir effectué deux semestres de fonction ;
- pour les DESC de groupe II, avoir effectué quatre semestres de fonction.



↪ Les DESC de groupe I sont des diplômes nationaux qui n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste (même si, nous l'avons écrit plus haut, ils sont accessibles aux spécialistes), mais mention peut en être faite sur les plaques et ordonnances. Quant aux DESC de groupe II ils ouvrent droit à la qualification de spécialiste, qualification liée à l'intitulé du DESC lui-même.

4. L'ANNEE DE RECHERCHE

L'interne dispose du droit de demander l'octroi d'une année de recherche au cours de son cursus, le plus souvent afin de préparer un DEA en parallèle à sa formation. Une telle demande doit donner lieu à un contrat entre trois parties :

- l'interne lui-même,
- le centre hospitalier où il se forme et exerce,
- le préfet de région.

La demande n'est pas systématiquement honorée. L'accord éventuel dépend du rang de cet interne à l'examen classant national (ECN) et de son projet de recherche. C'est dire qu'en réalité, cette disposition ne concerne que les très brillants internes.

Durant l'année de recherche, à l'instar de ses pairs, l'interne perçoit une rémunération de la part de l'hôpital mais son montant s'en voit réduit (voir tableau ci-après).

↪ **Attention à ne pas confondre « interne en année de recherche » et « interne en disponibilité ».** Le premier nommé demeure un interne à part entière, praticien en formation spécialisée, agent public et préposé du centre hospitalier dont il dépend. Le second, l'interne en disponibilité met temporairement son cursus entre parenthèse, ceci pour des raisons qui lui sont propres. Il perd son statut d'interne pendant toute la durée de cette parenthèse.



REMUNERATION

PROTECTION SOCIALE



LA REMUNERATION

La rémunération perçue par les internes comprend :

- des émoluments forfaitaires qui varient selon l'ancienneté, majorés du supplément familial pour les chargés de famille ;
- une indemnité de sujétions particulières versée du 1^{er} au 4^{ème} semestre d'internat. Celle-ci a été instaurée afin de compenser le différentiel salarial entre les internes en début de cursus et les autres ;
- des avantages en nature de logement et de nourriture ;
- des indemnités pour gardes et astreintes.

Cette rémunération fait l'objet de l'article 10 du décret du 10 /11 /1999. Son montant est régulièrement revu par arrêté. L'arrêté actuellement en cours, du 20 /10 /2008 détermine la rémunération des internes (comme d'ailleurs des autres praticiens hospitaliers) à effet de cette date.

Il est à noter une nouveauté intéressante pour les internes de 4^{ème} et 5^{ème} années : le versement d'une prime dite de « responsabilité ». Pour l'année 2009, elle s'élève à 2 010 € (montant brut annuel).

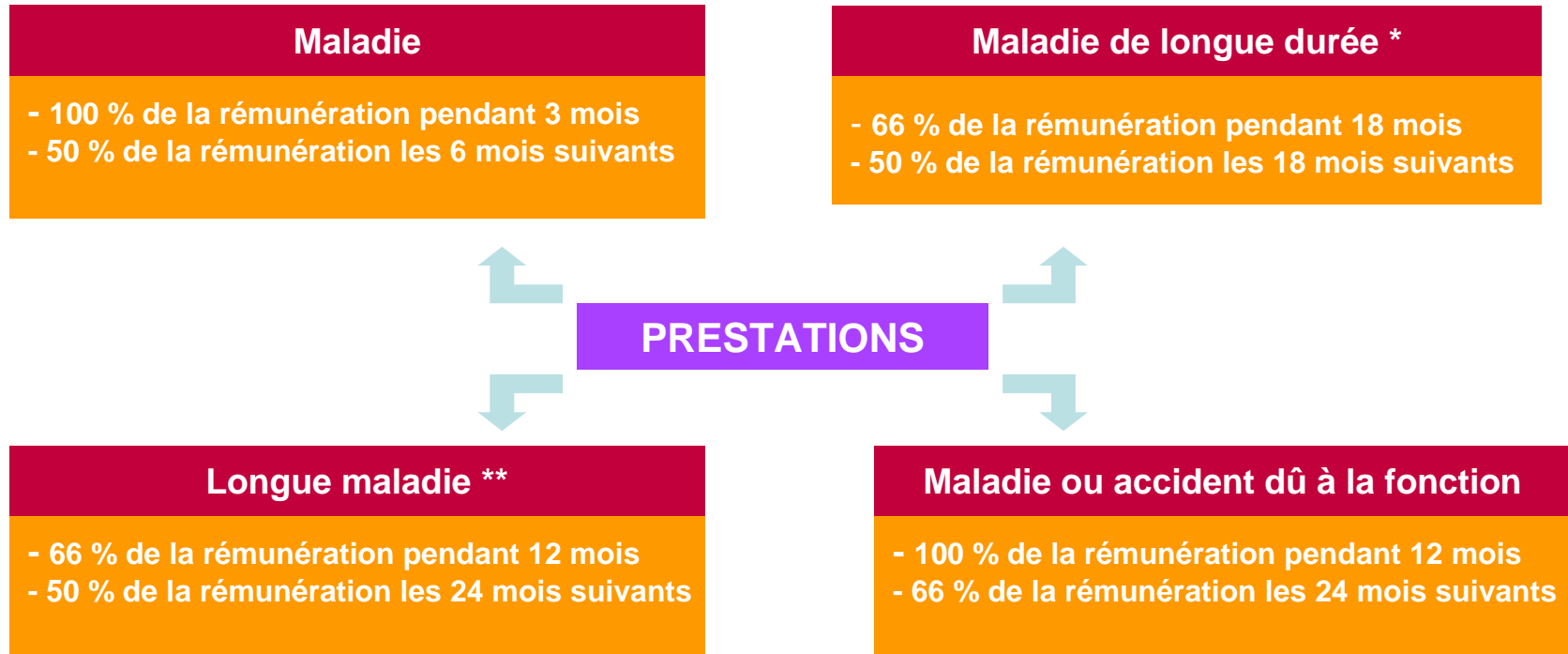
Le tableau ci-après récapitule la nature et le montant de la rémunération des internes.

<p style="text-align: center;">Internes concernés Nature de la rémunération</p>	<p style="text-align: center;">Montant 2010 <i>(arrêté du 12/07/10 – JO du 23/07/10)</i></p>
<p>I. Montant brut de la rémunération des internes en médecine, en pharmacie et en odontologie :</p>	
<p>- internes de 5^{ème} année.....</p>	<p style="text-align: right;">25 348,46</p>
<p>- internes de 4^{ème} année.....</p>	<p style="text-align: right;">25 348,46</p>
<p>- internes de 3^{ème} année.....</p>	<p style="text-align: right;">25 348,46</p>
<p>- internes de 2^{ème} année.....</p>	<p style="text-align: right;">18 273,81</p>
<p>- internes de 1^{ère} année.....</p>	<p style="text-align: right;">16 506,09</p>
<p>Montant brut mensuel de l'indemnité de sujétions particulières allouée :</p>	
<p>- aux internes pour les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semestres.....</p>	<p style="text-align: right;">371,23</p>
<p>- aux FFI.....</p>	<p style="text-align: right;">371,23</p>
<p>II. Emoluments forfaitaires alloués aux FFI (montant brut annuel).....</p>	<p style="text-align: right;">15 105,87</p>
<p>III. Montant brut annuel de la rémunération des internes effectuant une année de recherche.....</p>	<p style="text-align: right;">24 038,50</p>
<p>IV. Montants bruts annuels des indemnités compensatrices d'avantages en nature pour les internes en médecine et les étudiants en médecine et pharmacie désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne :</p>	
<p>- majoration pour ceux qui sont non logés et non nourris.....</p>	<p style="text-align: right;">998,62</p>
<p>- majoration pour ceux qui sont non logés mais nourris.....</p>	<p style="text-align: right;">332,32</p>
<p>- majoration pour ceux qui non nourris mais logés.....</p>	<p style="text-align: right;">666,29</p>
<p>V. Montant brut annuel de la prime de responsabilité :</p>	
<p>- internes en médecine de 5^{ème} année.....</p>	<p style="text-align: right;">4 020,00</p>
<p>- Internes en médecine de 4^{ème} année.....</p>	<p style="text-align: right;">2 026,11</p>



LA PROTECTION SOCIALE

Le décret n° 2002-1149 du 10 /09 /2002 fixe la règle en la matière. Le calcul des prestations versées après maladie ou accident s'entend sur la base de la rémunération hors les indemnités liées aux services de gardes ou astreintes.



* Les maladies de longue durée sont les suivantes : tuberculose, maladie mentale, poliomyélite, cancer, sida

** Les longues maladies ou affections de longue durée autres que celles citées ci-dessus sont des affections chroniques nécessitant des soins longs et coûteux. La liste en est fixée par décret n° 86-442 du 14 /03 /1986 (article 28).



CONGES ANNUELS

CONGE DE MATERNITE



LES CONGES ANNUELS


Le droit à congé annuel s'établit à 30 jours ouvrables sur une période comprise entre novembre de l'année en cours et octobre de l'année suivante. Il faut décompter le samedi comme jour ouvrable. L'interne est autorisé à prendre jusqu'à 24 jours ouvrables en une seule fois mais, en réalité, la prise de congés dépend de l'organisation des services et des nécessités en matière de réponse aux besoins de la patientèle.

LE CONGE MATERNITE

Les articles L. 331-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale fixent la durée de ce congé maternité.

Cette durée s'établit à :

- 16 semaines pour les deux premiers enfants. Le congé se répartit alors entre 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après celui-ci ;
- 26 semaines à partir du 3^{ème} enfant, soit 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 18 semaines après celui-ci.



La rémunération est bien entendu maintenue pendant toute la durée du congé maternité. Rappelons également que les internes enceintes sont dispensées de gardes à compter du 3^{ème} mois de grossesse.

Quelques remarques complémentaires concernant le congé maternité

- ↳ Même si l'interne souhaite ne pas bénéficier de la totalité de son congé, elle doit se soumettre à un repos obligatoire minimum de 8 semaines, dont 6 après l'accouchement.
- ↳ A partir du 3^{ème} enfant, l'interne a la possibilité d'avancer la date du départ de congé dans la limite de 2 semaines, ceci sans justification. Mais le congé post-natal en est réduit d'autant.
- ↳ En cas d'accouchement prématuré, il y a report de la partie de congé anténatal non prise après l'accouchement. En cas d'accouchement après la date prévue, le congé post-natal n'est pas réduit.

D'autres congés exceptionnels sont aussi prévus :

- le congé de paternité après une naissance ou une adoption. Ce congé rémunéré se prend dans un délai de 4 mois après la naissance ou l'adoption. Il est d'une durée de 11 jours ;
- le congé pour événement familial (naissance, adoption, mariage, décès d'un proche). D'une durée de 1 à 5 jours selon l'événement, il n'entraîne aucune réduction de salaire.



LE REMPLACEMENT

Le cadre légal – Les formalités liées au remplacement d'un médecin par un interne – Les principaux éléments du contrat de remplacement

Pour un interne, le remplacement d'un praticien libéral constitue toujours une vraie opportunité. Outre l'aspect économique, il lui permet de se jauger en dehors du cocon protecteur – tout est relatif néanmoins ! – de l'hôpital, de « se frotter » à des contraintes totalement nouvelles comme la comptabilité, de repérer les lieux où une installation serait possible, etc.

1. LE CADRE LEGAL

La procédure propre au remplacement d'un praticien en activité doit respecter un cadre légal et réglementaire bien défini. De nombreux critères peuvent en effet entrer en jeu dont il importe que le droit se saisisse.

Tout d'abord et bien entendu la sécurité de la patientèle.

☞ Il convient de s'assurer des capacités de cet interne à assumer cette charge. C'est à l'Ordre qu'incombe la responsabilité de s'assurer des dites capacités.

Ensuite le niveau général de l'offre de soins.

☞ Du fait des tensions qui s'exercent actuellement sur la démographie médicale, l'arrêt temporaire d'activité d'un praticien, pour quelques raisons que ce soit, risque d'engendrer un affaiblissement perceptible de l'offre de soins dans de nombreuses régions. D'où le rôle dévolu à l'autorité administrative. Cette dernière est seule à décider de délivrer, ou non, l'autorisation du remplacement.



En voici la traduction au Code de la santé publique.

« Les étudiants en médecine Français ou ressortissants de l'un des Etat membres des communautés européennes ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen et inscrits en troisième cycle des études médicales en France peuvent être autorisés à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un docteur en médecine, soit, en cas d'afflux exceptionnel de population dans une région déterminée, comme adjoint d'un docteur en médecine.

Les autorisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus sont délivrés par le préfet du département après avis favorable du conseil départemental de l'Ordre des médecins, et pour une durée limitée ; elles sont renouvelables dans les mêmes conditions... » (al. 1 et 2, art. L. 4131-2 du Code de la santé publique)


« Le décret n° 94-120 du 4 /02 /1994 modifié par le décret n° 98-168 du 13 /03 /1998 pris en application de cet article précise les conditions d'exercice de la médecine par les étudiants en médecine. Il est ainsi prévu que pour faire un remplacement en médecine générale, l'étudiant doit être inscrit en 3^{ème} cycle des études de médecine générale et avoir effectué trois semestres de résidanat, dont un chez un praticien généraliste agréé. » (al. 5, art. L. 4131-2 du Code de la santé publique)

L'alinéa 5 de l'article L. 4131-2 mérite aujourd'hui un léger toilettage. En effet, dans le cadre de la dernière réforme des études de troisième cycle (décret du 16 /01 /2004), on ne parle plus ni de résident, ni de résidanat mais précisément « d'interne et d'internat en médecine générale ».

2. LES FORMALITES LIEES AU REMPLACEMENT D'UN MEDECIN PAR UN INTERNE

Le médecin remplacé

Le médecin désirant se faire remplacer doit d'abord en aviser le président du conseil départemental de l'Ordre dont il dépend.



Il formule à ce titre une demande d'autorisation de remplacement. Cette demande est assortie d'indications et documents divers :

- durée du remplacement (maximum 3 mois) ;
- nom et coordonnées de l'interne pressenti pour le remplacer ;
- licence de remplacement de cet interne.



Pendant toute la durée du remplacement, le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale (sauf urgence bien entendu). Précisons enfin qu'un médecin interdit d'exercice par l'instance disciplinaire ordinale ou par une juridiction répressive ne peut se faire remplacer.

L'interne remplaçant

Il prodigue ses soins de façon exclusive à la patientèle du médecin.

En d'autres termes, il se dédie et consacre l'intégralité de son temps à cette activité et relève d'ailleurs, durant celle-ci, des dispositions du Code de déontologie médicale.

Il exerce la même activité que le praticien qu'il remplace, utilise les certificats, ordonnances et feuilles de soins pré-identifiées de celui-ci. Il raye les coordonnées du médecin sur ces documents et mentionne les siennes ainsi que sa qualité de remplaçant.

Mais avant d'être autorisé à effectuer un remplacement, l'interne doit s'être plié à un formalisme précis. En effet, il ne peut exercer sans une autorisation administrative dont les préalables se trouvent répertoriés au tableau ci-après.

I. Obtenir une licence de remplacement auprès du conseil départemental de l'Ordre

La demande de licence de remplacement s'effectue auprès du président du conseil départemental de l'Ordre ou du lieu de la faculté ou de l'établissement où l'interne remplit ses fonctions hospitalières.



- ✓ L'interne remplit un questionnaire remis par l'Ordre.
- ✓ Il fournit une attestation d'inscription en 3^{ème} cycle d'études médicales.
- ✓ Il fournit une attestation du CHU justifiant de la validation des stages nécessaires à l'accomplissement d'un remplacement.



Le conseil départemental examine le questionnaire et les pièces justificatives et vérifie que l'interne ne présente pas d'infirmité ou d'état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.



Le conseil départemental de l'Ordre des médecins délivre la licence de remplacement. La licence de remplacement est une simple attestation ne constituant en aucun cas une autorisation de remplacement. Elle est délivrée pour un an et peut être renouvelée par la suite tant que l'interne justifie de son statut d'étudiant.

II. L'autorisation de remplacement est délivrée par le préfet

Le président du conseil départemental dont dépend le médecin à remplacer examine la demande d'autorisation et la licence de remplacement. Il transmet un avis favorable ou non au préfet.



Le préfet délivre par arrêté une autorisation de remplacement pour une durée maximum de trois mois.

2. LES PRINCIPAUX ELEMENTS DU CONTRAT DE REMPLACEMENT

Le remplacement d'un praticien doit légalement donner lieu à la rédaction d'un contrat rédigé en trois exemplaires :

- un pour le remplaçant,
- un pour le remplacé,
- un pour le conseil départemental de l'Ordre dont la mission consiste à s'assurer que les clauses du contrat sont respectueuses des usages en cours, de la déontologie et de la confraternité.

Le conseil national de l'Ordre propose d'ailleurs un contrat-type en ce sens.



ATTENTION

Comme pour tout contrat, ce sont les non-dits qui engendrent le plus grand nombre de conflits. D'où la nécessité, si ce contrat est rédigé sous seing privé, d'en soupeser chaque clause.

Sans prétendre, loin s'en faut à l'exhaustivité – le sujet mériterait une *Lettre* à lui seul consacré – il reste possible de répertorier puis d'énoncer un certain nombre de points essentiels à faire figurer au contrat.

Parmi ceux-ci, les parties doivent particulièrement s'attacher à une rédaction précise des principales obligations leur incombant. Ces obligations, avant la signature puis au cours et, enfin, au terme du contrat sont synthétisées aux trois étapes successives des tableaux suivants.

1ère étape

Avant tout remplacement, le médecin remplacé s'engage à...



Informier l'interne remplaçant du fonctionnement du cabinet (horaires, consultations, rendez-vous...)

Lui fournir la liste de ses correspondants (confrères, paramédicaux, établissements, visiteurs médicaux)

Mettre à sa disposition son fichier Patients et pointer les problèmes spécifiques liés à tel ou tel malade

Montrer et expliquer le fonctionnement du matériel.
Mettre à sa disposition sa trousse d'urgence

2ème étape

Pendant le remplacement, l'interne remplaçant s'oblige à...

Conformément aux dispositions réglementaires, compléter le dossier médical des patients vus dans le cadre des soins

Se soumettre quotidiennement aux obligations comptables précisant le nom du patient, la cotation et le montant des actes, les modes de paiement

Tenir un livre de recettes avec date, montant et forme du versement des honoraires reçus en regard du nom du patient

Rétrocéder au médecin remplacé, moyennant le délai convenu avec lui, la part des honoraires négociée au contrat

La rétrocession d'honoraires se négocie au moment de la rédaction du contrat.

Normalement, la rémunération des gardes effectuées par le remplaçant lui est intégralement allouée mais il existe des contrats au titre desquels une partie en est rétrocédée au profit du médecin remplaçant.

Quant à la rémunération résultant d'une réquisition, elle revient en totalité au remplaçant. En effet, une réquisition s'entend toujours *intuitu personae*. Elle se situe au-delà de la relation nouée entre les deux praticiens.



3ème étape

A l'issue du remplacement, l'interne remplaçant s'oblige à...

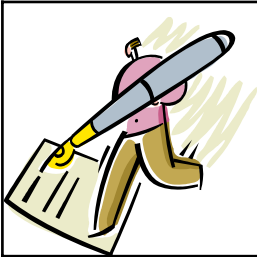


Rendre compte au médecin remplacé des principaux événements médicaux et extra-médicaux qui se sont produits durant cette période



Après un remplacement de 3 mois, consécutifs ou non, ne pas s'installer pendant 2 ans dans un cabinet faisant concurrence au médecin remplacé





LE CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC

Le cadre légal et réglementaire – La finalité du contrat d'engagement de service public – Les modalités de mise en œuvre

Dans de nombreuses zones du territoire national, la baisse de la démographie médicale crée de véritables déserts médicaux. Il s'agit désormais d'un problème de santé publique qui nécessite des actions à long terme mais aussi des mesures immédiates. Le contrat d'engagement de service public (CESP) est de celles-ci

1. LE CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE

↳ L'article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 /07 /2009 (publiée au JO du 22 /07 /2009) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) instaure le CESP. Cet article est intégré au code de l'éducation (nouvel article L. 632-6).

Un décret et trois arrêtés ministériels complètent les dispositions légales.

↳ Le décret n° 2010-735 du 29 /06 /2010 (JO du 1^{er} /07 /2010) relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales.

↳ Les arrêtés ministériels du 27 /07 /2010 (JO du 31 /07 /2010). Les trois arrêtés précisent respectivement le nombre d'étudiants et d'internes pouvant signer le CESP, les modalités de sélection des bénéficiaires et le montant de l'allocation allouée aux bénéficiaires.

2. LA FINALITE DU CESP



Inciter un futur ou un jeune médecin à exercer là où l'on a le plus besoin de lui

Depuis de nombreuses années, deux logiques ne cessent de s'affronter : celle relative à la nécessité de garantir à tous les citoyens un accès facilité aux soins et celle du jeune praticien soucieux de servir son art sans contraintes statutaires ou territoriales.

Eu égard à l'urgence de la situation, il importe aujourd'hui de concilier les inconciliables.

Le CESP est un contrat signé entre l'étudiant en médecine (ce dernier peut signer dès l'issue de la 1^{ère} année d'études de santé) ou l'interne volontaire avec le Centre national de gestion. Ce contrat ouvre droit à une allocation mensuelle versée par le Centre national jusqu'à la fin des études médicales du signataire.

En contrepartie de l'allocation mensuelle, l'étudiant ou l'interne signataire s'engage à exercer ses fonctions à titre libéral ou salarié, dès la fin de sa formation dans des territoires figurant sur une liste établie par le Centre national de gestion. Ainsi que le stipule l'article 46 de la loi HPST, il s'agit de territoires où « ... *l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles...* »

La durée de l'engagement pris par le futur praticien signataire correspond à la durée de versement de l'allocation, sans pouvoir être inférieure à deux années. En outre, une fois diplômé, le médecin qui choisit d'exercer à titre libéral applique alors les tarifs conventionnels de secteur I pendant toute la durée de son engagement.



Foin de toute mesure coercitive (pour l'instant), le CESP, simplement incitatif, est un instrument de lutte contre les déserts médicaux.



3. LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU CESP

Nombre et répartition des CESP

Le premier arrêté fixe à 200 étudiants en médecine et à 200 internes le nombre de contrats d'engagement de service publics au titre de l'année universitaire 2010-2011. Outre le nombre, l'arrêté précise la répartition de ces contrats par UFR. Ainsi l'Île-de-France compte-t-elle 59 CESP (43 pour les étudiants et 16 pour les internes), Bordeaux 19 CESP (12 pour les étudiants et 7 pour les internes), Toulouse 13 CESP (7 pour les étudiants et 6 pour les internes), etc.

Sélection des bénéficiaires. Conditions d'attribution et de suspension de l'allocation

Au sein de chaque UFR de médecine, une commission est chargée de la sélection des étudiants et des internes autorisés à signer un CESP. Par la suite, le contrat peut être suspendu en cas de congé de maternité, d'adoption, de maladie. Il en est de même lorsque l'interne prend un congé pour convenance personnelle. Enfin la résiliation du CESP intervient en cas d'interdiction d'exercice du signataire, de sa radiation du tableau de l'Ordre, de son changement de lieu d'exercice hors la procédure prévue.

Montant et versement de l'allocation

Le montant de l'allocation mensuelle prévue au décret du 29 /06 /2010 s'élève à 1 200 € brut. Versée jusqu'au terme des études, elle court à partir du 1^{er} octobre pour les étudiants et du 1^{er} novembre pour les internes suivant la date de signature du CESP.



L'INTERNE EN JUSTICE

L'INTERNE AGIT PAR DELEGATION DU PRATICIEN DONT IL RELEVE

S'il existe un domaine propre à l'interne qui ne prête à aucune confusion, c'est bien son statut : celui d'un agent public, praticien en formation spécialisée (ou approfondie pour l'art dentaire) exerçant... « *des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.* » (al. 1, art. 3 du décret n° 99-930 du 10 /11 /1999 fixant le statut des internes, devenu art. R. 6153-3 du Code de la santé publique)

Dès lors, on comprend mal les multiples et quotidiennes entorses faites en toute connaissance de cause à ce statut. Elles n'ont d'autre effet que celui d'alourdir, de façon parfois considérable, la responsabilité de chaque interne.

Le praticien responsable de l'interne peut être :

- son enseignant coordonnateur (celui qui le guide dans son apprentissage) ;
- le chef de service au sein duquel l'interne intervient.

Parmi plusieurs arrêts rendus par la Cour de cassation, le premier énoncé ci-après apparaît comme un véritable cas d'école en ce sens qu'il rappelle l'orthodoxie du droit et, accessoirement, les contours de la responsabilité de chacun.



Un chirurgien, chef de service assisté d'un interne procède à une thyroïdectomie sur un patient. Celui-ci décède des suites d'une complication hémorragique post-opératoire, complication qui aurait nécessité une reprise chirurgicale immédiate. L'interne est poursuivi en même temps que le chirurgien. Le pourvoi formé par les plaignants est rejeté au motif que «... la décision de réopérer, dont la tardiveté était la cause du décès, appartenait au seul chef de service qui était présent lors de la survenance de l'hémorragie. » (Cour de cassation – Ch. crim. 3 /05 /2005)

La situation est quasi-identique dans le cadre des gardes.

Certes, hors situations particulières induites par des effectifs insuffisants de praticiens, il peut être fait appel à des internes volontaires et titulaires d'un CHU afin de participer à des services de garde. Une autorisation signée par le directeur du CHU d'affectation et du directeur de l'établissement d'accueil est un préalable.

Cette possibilité de faire appel à des internes ne concernent que les hôpitaux locaux et les établissements de santé autres que les CHU.

Pour le reste, la norme demeure celle fixée à l'article R. 6153-3 du Code de la santé publique énoncé plus haut : le senior d'astreinte devient *de facto* le praticien dont relève l'interne et à qui ledit interne doit, en permanence, référer avant toute décision. Et si l'aval fait suite à un appel téléphonique de l'interne au praticien, il appartiendra à l'interne de rapporter la preuve (heure et teneur) de cet échange.

Ainsi, hors l'urgence, l'interne ne peut intervenir « ... *sauf lorsque la gravité du cas, appréciée par la chirurgien ne s'y oppose pas et que les garanties médicales attendues par les usagers soient respectées.* » (Vincent Le Taillandier – Le praticien hospitalier – Ed. Berger – Levrault)

Rapportons ci-après deux autres affaires ayant entraîné la condamnation d'internes. Le premier cas relève d'une situation hélas classique : les internes sont laissés seuls ; à eux tout le pouvoir décisionnaire. Le second cas se rencontre aussi fréquemment. Il porte sur une délégation de tâches dans des contours non autorisés par le droit.



Deux internes assurent la garde des urgences d'un hôpital hors la présence d'un praticien senior. Une femme leur amène sa fille âgée de 7 ans, souffrant de maux de ventre. Après un examen superficiel, les internes diagnostiquent une constipation. Renvoyée chez elle, l'enfant décède peu après d'une péritonite asthénique. Le tribunal correctionnel reproche aux internes de n'avoir pas pris l'avis d'un chirurgien. Ils sont condamnés à 6 mois de prison avec sursis sans inscription au casier judiciaire.

Sans nullement remettre en cause l'autorité de la chose jugée, cette décision appelle néanmoins quelques commentaires.

En premier lieu, point n'est besoin d'entrer dans un débat sur sa sévérité. Tout condamné peut en effet faire appel d'une décision rendue.

Pour le reste, l'absence du senior peut être perçue comme une anomalie dans le fonctionnement du service, anomalie que d'aucuns pensaient qu'elle serait mise à la charge des responsables de l'établissement, ce qui n'a pas été le cas dans cette douloureuse affaire.

Une procédure d'appel – qui n'a pas été engagée – aurait pu, le cas échéant, conduire à d'autres décisions.



Une interne en médecine générale est condamnée pour complicité d'exercice illégal à une amende de 2 000 € et à 6 mois d'emprisonnement avec sursis à la suite du décès d'un très jeune enfant des suites d'une déshydratation.

Ce cas douloureux naît d'une situation exactement inverse au cas précédent. Ici l'interne n'a pas été au-delà de sa mission. Tout au contraire, elle n'a pas assumé ladite mission dans sa plénitude, déléguant de fait à l'infirmière une partie des soins qui lui incombait. Cette infirmière a d'ailleurs été également condamnée au motif, en ce qui la concerne d'un exercice illégal de la médecine.



EN CONCLUSION

Toute la responsabilité mais rien que la responsabilité – Une nouvelle réforme de l'internat est-elle nécessaire ?

1. TOUTE LA RESPONSABILITE MAIS RIEN QUE LA RESPONSABILITE

Plus étudiant, pas encore praticien, l'interne se situe à un carrefour. Il doit, à ce stade, choisir son métier puis s'y former. Au sein des CHU, il se plaint, à juste titre d'ailleurs, d'être corvéable à merci, appelé à assumer toutes sortes de tâches et à suppléer des effectifs de médecins parfois insuffisants.

Dans une certaine mesure, les difficultés auxquelles il est alors confronté font aussi partie intégrante de sa formation. Elles vont renforcer son sens décisionnel et l'habituer à l'inconfort permanent qui accompagne la pratique de la médecine.

Pour autant, l'interne ne soit pas se faire médecin avant l'heure. Ce n'est pas à lui d'assumer, seul et sans contrôle, les gardes, astreintes et urgences. Il faut, en l'espèce, se montrer respectueux du droit.

Convenons que l'on peut trouver spécieux l'argument selon lequel, puisque les établissements éprouvent des difficultés à trouver des seniors, il suffit de confier le travail et les immenses responsabilités qui vont avec à des internes dont telle n'est pas l'exacte mission.

Prendre des libertés avec le droit, *a fortiori* lorsque ces libertés s'inscrivent comme un acquis ne peut constituer un mode de fonctionnement pérenne.



2. VERS UNE NOUVELLE REFORME DE L'INTERNAT ?

L'internat a fait l'objet de plusieurs réformes au fil du temps. La dernière d'entre elle, matérialisée par le décret du 16 /01 /2004 touche réellement au fond dans la mesure où elle a sonné le glas du fameux concours de l'internat de spécialité en instaurant, à sa place, un examen classant national auxquels tous, futurs généralistes et futurs spécialistes doivent se soumettre. Ce qui fait de la médecine générale une spécialité à l'instar des autres.

Disons-le, l'essence même de cette réforme a du bon. Elle vise à réduire le fossé qui, dans les facultés et ailleurs séparait la médecine générale des autres spécialités. La première a trop longtemps et abusivement été dévalorisée au profit des secondes.

Il reste qu'en dépit de cet internat unique, beaucoup reste à faire. La médecine générale, désormais une spécialité comme les autres il faut le répéter, demeure malgré cela le parent pauvre en matière de choix des étudiants. Chaque année, des centaines de postes de médecine générale restent vacants faute de candidats.

Et il se dit que certains étudiants, pourtant reçus à l'examen classant national préfèrent redoubler leur 6^{ème} année plutôt que de s'inscrire en médecine générale.

Qu'en sera-t-il des prochains choix d'octobre 2010 ? Rien n'incite en l'espèce à un optimisme béat.

Il y a donc là matière à s'interroger.

Que peut-il maintenant se passer ?

Soit les choses évoluent favorablement sur le court terme et, peu ou prou, la médecine générale acquiert la place éminente qui lui revient, soit elles restent en l'état et se profile alors un grave affaiblissement de la médecine de proximité avec les graves conséquences de tous ordres en résultant. Sauf à ce que les pouvoirs publics prennent des mesures plus qu'incitatives (euphémisme...) visant à orienter les internes dans les filières en manque de praticiens.

Cela signifiera l'engagement d'une énième réforme de l'internat.