

La médecine d'urgence

Collection « Clinique du travail »
dirigée par Yves Clot et Dominique Lhuillier

La collection accueille et valorise des travaux relatifs à la problématique « subjectivité et travail », dans une perspective pluridisciplinaire en articulation avec les préoccupations et les demandes sociales émanant des situations de travail. Le fondement commun de ces perspectives et de la collection est la priorité accordée aux situations réelles et concrètes de travail et à la visée de transformations de celles-ci.

DÉJÀ PARUS :

Sous la direction de Danièle Linhart

Pourquoi travaillons-nous ?

Une approche sociologique de la subjectivité au travail

Sous la direction de

Marie Buscatto, Marc Loriol et Jean-Marc Weller

Au-delà du stress au travail

Une sociologie des agents publics au contact des usagers

Jean-Luc Roger

Refaire son métier

Essais de clinique de l'activité

Dominique Lhuillier

Cliniques du travail

Louis Le Guillant

Le drame humain du travail

Essai de psychopathologie du travail

Retrouvez tous les titres parus sur : www.editions-eres.com

François Danet

La médecine d'urgence

Vers de nouvelles formes de travail médical

Clinique du travail

 érès

Publié avec le concours de l'université Paris X-Nanterre

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2158-8

Première édition © Éditions érès 2008

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION	9
LA GREFFE DE LA MÉDECINE D'URGENCE SUR L'HÔPITAL	13
L'insertion de la médecine dans l'hôpital	13
<i>L'hôpital et la médecine avant 1789</i>	13
<i>La pénétration de la médecine curative dans l'hôpital</i>	15
<i>La professionnalisation de la médecine hospitalière, clinique et scientifique</i>	18
<i>La dynamique portée par la bureaucratie médicale hospitalière</i>	24
L'évolution de la médecine hospitalière	29
<i>Les tentatives de démocratisation et de responsabilisation de la bureaucratie médicale hospitalière</i>	29
<i>Standardisation de la pratique hospitalière et contrôle par l'État</i>	32
<i>Tarification à l'activité des soins hospitaliers et nouvelle gouvernance hospitalière</i>	34
MÉDECINS ET USAGERS SUR LA SCÈNE DE L'URGENCE.....	41
Les débuts de la médecine d'urgence	41
<i>La naissance d'un service d'urgence</i>	41
<i>Divergences et convergences dans les modèles de création des services d'urgence</i>	46
<i>L'institutionnalisation de la médecine d'urgence</i>	49

Les motifs de recours aux services d'urgence.....	53
<i>La régulation téléphonique et le transport des malades et blessés</i>	53
<i>L'accueil et l'hospitalisation des urgences</i>	55
<i>Facteurs économiques, sociaux et politiques influençant le taux d'activité des services d'urgence</i>	57
L'objet du travail des médecins des services d'urgence ..	61
<i>Les zones dans lesquelles circulent et stagnent les patients des services d'urgence</i>	61
<i>La fonction soignante des lieux composites des services d'urgence</i>	68
<i>Les urgences comme dispositifs anti-crise</i>	71
<i>La communauté de symptômes des patients et urgentistes</i> ..	72
LE TRAVAIL DES MÉDECINS DES SERVICES D'URGENCE.....	75
Ordonner, comprendre, qualifier et nommer.....	75
Des malades hétérogènes.....	79
Interpréter le développement de l'urgence médicale.....	82
Qualifier les malades.....	83
La difficile dénomination des malades des urgences.....	85
Accueillir, orienter, trier et stocker.....	90
La division du travail au moment de l'accueil.....	90
Les patients stockés et difficiles à « recycler ».....	102
Du « sale boulot » à l'objet de fierté des urgentistes.....	110
Construire le cadre de travail.....	116
<i>L'émergence de groupes semi-autonomes</i>	116
<i>La standardisation des soins</i>	121
<i>La démocratie participative</i>	124
<i>Les relations avec les partenaires de travail</i>	131
<i>Construire et profiter d'une définition inédite de la temporalité</i>	134
<i>Le modelage de l'espace comme instrument de travail</i>	140

L'ACCÈS À LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE ET SOCIALE DE LA MÉDECINE D'URGENCE	149
Homogénéiser une identité d'urgentiste	150
Concevoir une stratégie pour la médecine d'urgence au sein de l'hôpital	155
Développer un discours en faveur de la médecine d'urgence lisible par les médias et la société	164
CONCLUSION	171
L'institution et ses résidus	172
Les relations aux usagers et le rapport au travail et à l'activité	175
Les représentations de la profession	176
BIBLIOGRAPHIE	179
GLOSSAIRE	187

*Ce livre est dédié à la médecine d'urgence :
ses usagers, ses personnels, ses interlocuteurs*

Introduction

Victimes d'engorgement chronique ; soumis à un accroissement de l'activité à l'occasion de la fête de la Musique ou d'une variation climatique ; aux premières loges pour dénoncer l'injustice que subissent clandestins, vieillards et SDF ; les services d'urgence donnent une image singulière et apparemment nouvelle de la médecine hospitalière et de ses praticiens, alors que la série *Urgences* rencontre depuis 1995 un succès populaire inégalé, en France comme aux États-Unis.

Ces services sont d'apparition récente, puisque les premiers ont été construits au début des années 1960 dans le but de réguler l'accès à l'hôpital des patients qui arrivaient de façon imprévue et sans « conditionnement médical » satisfaisant dans les services hospitaliers, en particulier après un accident de la route ou un malaise cardiaque. Aujourd'hui, plusieurs constatations s'imposent pour qui observe les services d'urgence : alors qu'ils avaient été initialement créés pour accueillir des pathologies aiguës et graves, seulement 2 % des situations cliniques que ces services accueillent répondent à cette définition (Baubeau et Carrasco, 2003 ; Carrasco et Baubeau, 2003 ; Carrasco, 2006). Les services d'urgence sont devenus progressivement le recours d'un nombre important de situations non réellement médicales ou urgentes au sens où l'entendaient les médecins, administratifs et politiques. Par l'accroissement d'activités hétérogènes où coexistent 1 à 2 % d'« urgences vitales » et l'accueil d'usagers dont la définition reste à cerner, les urgences sont de plus en plus considérées par les services spécialisés d'aval

comme menaçantes pour l'équilibre de l'hôpital, ce d'autant que les praticiens – le plus souvent généralistes – de l'urgence ne sont pas issus de la même formation sélective que les spécialistes de ces services. Bien que la médecine d'urgence se soit progressivement installée au sein des hôpitaux depuis plusieurs décennies, ce n'est que depuis le milieu des années 1990 que le vocable « urgentiste » a été créé, évoquant de façon positive leur bravoure pionnière et de façon négative leur absence d'appartenance à une filière de formation reconnue comme telle par l'université. Après une vague de titularisations réclamée par les médecins des services d'urgence, l'année 2004 a été celle de l'adoubement de la médecine générale au grade de spécialité, et de la création d'un DESC¹ de médecine d'urgence, tant attendu par les urgentistes, car il signe une étape importante dans la construction de cette discipline. Pourtant, les étudiants en médecine fuient chaque année plus encore la médecine générale qu'avant 2004, et les contours de ce que sont l'urgence, le métier et l'identité professionnelle des urgentistes pâtiennent d'un flou qui grève les réponses aux questions de l'enseignement, de l'identification d'un corps enseignant adapté, et d'un encadrement spécialisé pour la formation initiale et continue des urgentistes.

L'objectif de cet ouvrage est de comprendre comment les médecins des services d'urgence parviennent à travailler malgré les contradictions que soulèvent ces constatations². Pour décrire de façon schématique le contexte de cette recherche, on peut considérer qu'avant la création des services d'urgence, la profession médicale était divisée en deux catégories de méde-

1. Les sigles médicaux sont répertoriés dans le glossaire.

2. La recherche dont est tiré cet écrit a été effectuée sous la direction de Dominique Lhuillier, professeure de psychologie du travail au CNAM, au sein du laboratoire de changement social de l'université Paris-VII dirigé par Vincent de Gaulejac, professeur de sociologie.

cins : ceux qui réussissaient le concours sélectif de l'internat à l'issue des études médicales avaient accès à des postes de médecin hospitalier titulaire, après l'internat et son étape intermédiaire dénommée clinicat. Ceux qui échouaient à ce concours n'avaient accès qu'à l'exercice libéral de la médecine générale. La création de la médecine d'urgence a été à l'origine d'une troisième catégorie constituée de médecins généralistes qui tentent de travailler et d'être reconnus comme médecins hospitaliers, ce qui appelle trois questions que cet ouvrage tente d'éclaircir : Comment ces médecins s'insèrent au sein de l'hôpital. Ce que leur intrusion révèle du système sanitaire et hospitalier. Ce que leur pénétration bouleverse et transforme au sein du système sanitaire et hospitalier. Derrière ces trois questions s'en cache en fait une quatrième, fil rouge de cet ouvrage : les urgentistes remettent-ils authentiquement en cause la division en spécialités médicales ancrée sur les organes objectivés qui structure le travail médical depuis 1800 ?

Cet écrit retrace ma recherche sur la médecine d'urgence à travers quatre parties. La première partie est consacrée à une approche socio-historique de l'hôpital et de la médecine. La deuxième partie aborde la façon dont usagers et médecins se rencontrent sur la scène de l'urgence. Sont décrits au cours de la troisième partie les axes qui structurent le travail des urgentistes, puis dans la quatrième partie les modalités d'accès à une reconnaissance sociale et professionnelle de la médecine d'urgence.

La greffe de la médecine d'urgence sur l'hôpital

Pour saisir l'écart entre ce pour quoi les services d'urgence ont été mis en place et l'activité dont ils s'acquittent réellement, il est au préalable nécessaire de comprendre les missions de l'hôpital qu'ils étaient censés protéger et qu'ils déstabilisent.

L'INSERTION DE LA MÉDECINE DANS L'HÔPITAL

Nous verrons dans les lignes qui suivent que l'hôpital et les médecins n'ont pas toujours sous-tendu leurs actions par des systèmes de valeurs communs, et que l'insertion de la médecine dans l'hôpital procède d'une logique politique convergente avec les motivations sanitaires et professionnelles des médecins.

L'hôpital et la médecine avant 1789

La vision que nous avons du système sanitaire est le plus souvent modelée par l'idée fautive que les hôpitaux ont toujours accueilli en leur sein des médecins et des personnes malades, les premiers se donnant pour objectif de soigner les seconds (Sournia, 1997). Et pourtant, ce n'est qu'assez récemment que la France et l'Occident ont entamé ce processus qui a abouti à donner à nos hôpitaux la mission de soigner des patients informés, au sein de structures technologiques de pointe encadrées par des médecins savants, et administrées par le dispositif gestionnaire et de financement complexe que l'on connaît.

Jusqu'au XIX^e siècle, l'activité des établissements hospitaliers se caractérisait par une mission d'accueil au bénéfice des personnes indigentes. Les premiers hôpitaux, l'hôtel-Dieu de Lyon fondé en 549 et l'hôtel-Dieu de Paris en 651, avaient pour mission le salut de l'âme, que ce soit des personnes accueillies, des mécènes ou des hospitaliers, comme en témoignent les chartes constitutives de ces édifices hospitaliers. Mille ans ont passé avant que Mazarin, en 1656, face à la montée en puissance de la précarité et de ses conséquences funestes sur l'ordre social, s'éloigne de cette logique « compassionnelle » en faisant signer au jeune Louis XIV un édit constitutif de vastes lieux de mendicité qui prirent le nom d'« hôpital général ». Ces établissements dirigés par des policiers eurent pour nouvelle vocation d'héberger les pauvres, les enfants abandonnés et les marginaux plus que les malades, dans un but d'ordre public et de « contrôle social » répressif (Danet, Brémond et Robert, 2004).

Tout au long du développement et de l'institutionnalisation de l'hôpital, la médecine s'est réduite à un savoir hétérogène issu de l'Antiquité, et des pratiques comme la saignée et la purge portés par des médecins et des profanes comme les seigneurs et philosophes, essentiellement préventives et non soutenues par une institution. La question de la clinique, c'est-à-dire d'une observation « au chevet du malade » à visée transformatrice, est apparue au XVII^e siècle en s'appuyant sur un savoir scientifique, sur les artères et les veines décrites par Van Leeuwenhoek par exemple, et de nouvelles techniques comme celle de l'accouchement par forceps élaborée par Chamberlen. Cette démarche qui souhaitait s'affranchir des disciplines non cliniques et pratiques archaïques n'ayant pas prouvé leur bien-fondé ne pouvait toutefois s'appuyer sur une institution pour se développer, les rares bénéficiaires étant les têtes couronnées, certains médecins se déplaçant jusqu'en Chine.

La pénétration de la médecine curative dans l'hôpital

Tout le travail de compassion à l'égard de la pauvreté et de répression des déviances dont les religieux et la police avaient la charge au sein du dispositif hospitalier dénommé successivement hôtel-Dieu puis hôpital général, consistait principalement à réguler la violence sociale. Bien que soumis à la volonté séculière du roi, ces établissements obéissaient à des valeurs transcendantes, au sein de l'équation millénaire {Dieu > roi > peuple}. Pour changer de paradigme politique, il fallait réaliser un geste fort, non seulement dans le sens de la disqualification de l'emprise terrestre de Dieu, mais surtout de celle de ses adeptes et valeurs sur les systèmes normatifs politiques, ce qu'a réalisé la Révolution française. Le mouvement révolutionnaire s'est en effet appuyé sur l'idée que le peuple était apte à créer son système normatif collectif, que chacun pourrait intérioriser par un processus de maturation en partie individuel, indépendamment d'un Dieu qui se chargeait auparavant d'incorporer en chacun son système de valeurs, dans la sphère privée par le prêtre et dans la sphère publique par le roi (Gauchet, 1998). Pour renforcer son pouvoir, l'État révolutionnaire devait dans ce contexte s'appuyer sur des institutions post-théologiques, rôle que la médecine a accepté d'emblée d'endosser, sous l'impulsion de deux rapports successifs de Tenon. En 1777, son premier rapport sur l'administration des hôpitaux a constitué une première synthèse de l'état des hôpitaux en France. Ce médecin a commencé à militer pour faire cesser l'enfermement des pauvres, pour que les établissements-hôpitaux généraux deviennent des lieux de soins, en affaiblissant de ce fait l'emprise de la police et de l'église. Dans les suites de ce premier rapport, Louis XVI a enjoint en 1780 les hôpitaux à vendre leurs biens et à en verser le prix à la caisse générale des domaines, pour les organiser sur une base clinique. Son deuxième rapport, datant de 1788, sur la nécessité d'ouvrir l'hôpital à la pathologie en tant que telle et de réduire son activité d'hébergement, a conduit à le transformer

pour l'essentiel en un établissement de soins et de diagnostic médicalisés accueillant les malades, blessés et femmes enceintes. Tenon souhaitait que l'hôpital devienne une « machine à traiter » « l'homme-machine » décrit par de La Mettrie (1747).

En étudiant le corps comme une machine depuis le XVII^e siècle, affranchis de toute considération religieuse et souhaitant remettre en question le *Corpus Hippocraticum* et des pratiques jugées dangereuses comme la saignée et l'accouchement réalisé dans de mauvaises conditions d'hygiène par les matrones (Vigarello, 1999), les médecins se sont retrouvés en première ligne dans l'élaboration d'une conception de l'humain dénuée d'inspiration théologique. Si le XIX^e siècle a été celui de l'émancipation de la profession médicale, c'est justement parce que la médecine clinique était devenue l'alliée objective de l'État dans ses velléités « déthéologisantes ». À côté de ces considérations politiques, et dans une logique de relation dialectique entre laïcisation politique et essor du capitalisme, l'organisation économique a fourni à la médecine sa logique segmentante : à l'image des corps de métier dans une entreprise, les médecins se sont divisés en plusieurs corps professionnels, définis par exemple par le segment de corps humain dont ils avaient la charge. Comme dans l'entreprise capitaliste du XIX^e siècle, cette segmentation leur a permis de se construire autour d'identités professionnelles et de classe, moins menaçantes que les identités ethniques, religieuses et familiales de l'Ancien Régime, tout en développant de façon productiviste des savoirs, savoir-faire, et réflexions éthiques médicaux.

Les pauvres n'étaient plus seulement accueillis à l'hôpital par charité et compassion dans une logique de contrôle social répressif, mais ils sont devenus – en échange de soins de première qualité – l'objet du regard clinique et la source de l'apprentissage (Foucault, 1963).

Cela dit, pour se développer dans une alliance avec l'hôpital, les médecins ont dû s'acquitter de deux préalables : en se

débarrassant des sciences humaines, de la théologie à la métaphysique, et en donnant une place centrale à la quantification dans les sciences de la vie, ils ont évacué la dimension humaine et subjective de l'homme, en le transformant en une série d'objets (foie, rein, cœur, cerveau), de fonctions (grandir, accoucher, respirer, uriner) ou d'états anatomo-physiologiques (femme, enfant, cadavre). L'hôpital s'est alors vidé de tous ceux qui ne pouvaient être qualifiés de « patients », ce terme étant circonscrit aux quatre catégories formées par les malades, blessés, femmes enceintes et fous, dont les contours devaient pouvoir être définis avec les nouveaux outils sémiologique, physiopathologique et étiopathogénique. Ces « déchets sociaux » qu'étaient les personnes hébergées auparavant par les hôpitaux religieux et policiers se sont retrouvés en vacance d'institutions pour les accueillir, processus qui n'a cessé de se renforcer comme nous le verrons tout au long de cet ouvrage.

Par l'évacuation des disciplines non cliniques du savoir médical et de la déviance sociale de l'hôpital, les médecins et les hôpitaux ont pu se spécialiser dans les activités exclusivement diagnostiques et thérapeutiques. Mais ils n'ont pas perçu que la suppression de cette offre ne pouvait annihiler la demande sociale à l'origine de ces pratiques millénaires des populations et institutions accompagnantes, comme la police et la justice. L'éviction des hôpitaux de la connivence entre la police et la charité chrétienne et la dynamique de pénétration victorieuse de la clinique et des médecins dans l'hôpital se sont accompagnées en 1851 de son rattachement administratif à la commune, par l'intermédiaire d'une loi qui l'a érigé en établissement public communal, dont le conseil d'administration était présidé par le maire.

Dans ce contexte, on peut dire que le lien entre les médecins et l'hôpital découlait de trois rationalités : une rationalité instrumentale (emploi des moyens) qui se fondait sur le fait que les médecins développaient au sein de l'hôpital des savoirs, savoir-faire et réflexions éthiques pour prendre en charge les malades.

Une rationalité téléologique (fixation des buts) qui se fondait sur un discours théorique cohérent sur le normal et le pathologique avec des objectifs en termes de prise en charge thérapeutique. Une rationalité normative (orientation d'après des valeurs) qui s'exprimait par ce que l'État édictait au travers de ce dispositif, en particulier concernant la déthéologisation du discours sur l'humain et son corps.

La professionnalisation de la médecine hospitalière, clinique et scientifique

C'est dans la dynamique de développement de la connaissance médicale et de revendication d'un pouvoir syndical des médecins que finalement, en 1892, l'État français exigea que nul ne pouvait exercer la médecine sans être muni d'un diplôme délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis dans un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État. C'est alors que le statut de profession a été acquis par les médecins français, par une loi qui leur a reconnu le monopole de leur activité ainsi qu'une autonomie exceptionnelle dans leur exercice et leur contrôle, et la possibilité de se syndiquer. Les « officiers de santé », dont le métier avait été rapidement créé durant la Révolution pour soigner les blessés sur les champs de bataille, qui s'occupaient des populations les plus pauvres, ont alors disparu. Ce fut le début d'une réconciliation fondée sur le pacte suivant : les médecins se formaient en soignant les pauvres à l'hôpital, les couches sociales plus aisées bénéficiant de leurs savoir-faire par la suite, dans une logique de retour sur investissement (Foucault, 1963).

De 1802 à 1958, les étudiants étaient formés d'un point de vue théorique dans des écoles de médecine et de façon pratique – clinique, disait-on – par des enseignants qui « passaient » quelques heures par semaine à l'hôpital. L'émergence des sciences fondamentales comme la biologie ou la chimie a rendu cette logique désuète et a conduit à la réforme Debré de 1958 qui comportait les axes suivants (Jamous, 1969 ; Imbert, 2000) :

Le rapprochement et la coordination des activités de l'hôpital et de la faculté de médecine, par la création des centres hospitaliers universitaires (CHU). Le principe de l'exercice à plein-temps salarié des médecins hospitaliers, universitaires ou non. Le développement de la recherche médicale par les médecins, et non par des scientifiques non médecins. L'intégration hospitalière de toutes les spécialités médicales, y compris celles dont la valence hospitalière n'était pas nécessaire cliniquement comme la dermatologie ou la médecine légale. Le passage de l'internat est progressivement devenu un concours final de recrutement des études médicales, national, écrit et anonyme.

La « réforme de 1958 » a fortement diminué l'axe clinique de la médecine à la faveur de l'axe scientifique, et a renforcé considérablement le statut de l'internat, avec l'idée que l'histoire de la médecine professionnelle se confond avec celle de l'internat, qui est en quelque sorte sa grande école. Dans les années 1970, les études de médecine débouchaient sur trois voies. En effet, la réussite de l'internat de spécialité conduisait à un internat de quatre ou cinq ans selon les spécialités, puis à un poste de chef de clinique, qui pouvait ouvrir sur un poste de praticien hospitalier éventuellement universitaire. Pour les médecins qui souhaitaient exercer une spécialité sans passer par les fourches Caudines de l'internat, ils avaient la possibilité de s'inscrire à un certificat d'études spécialisées (CES) qui ne permettait pas d'exercer à l'hôpital en tant que praticien hospitalier titulaire, mais ouvrait sur une activité libérale spécialisée. Enfin, le « reste » de la population étudiante formait le bataillon des médecins généralistes de ville (Arliaud, 1987 ; Hassenteufel, 1997). Cette catégorisation comportait deux exceptions principalement liées à des raisons démographiques : l'émergence de l'anesthésie et de la psychiatrie dans les années 1960-1980 a rendu nécessaire de s'appuyer sur des médecins CES pour « remplir » les hôpitaux psychiatriques et les blocs opératoires, ce qui a fait d'eux les seuls « faux spécialistes » à travailler à l'hôpital.

Dans ce contexte, alors que la « réforme de 1958 » était portée par des idéaux de meilleur accès aux soins pour toutes les populations, son élitisme a conduit à un accroissement des critères exigés aux usagers pour qu'ils accèdent au rang de « patient » : ces « vrais malades » dont la noblesse de la maladie ouvre les portes du sanctuaire hospitalier scientifique. Pour fournir au lecteur un exemple concret, avant 1958, dès lors qu'un patient présentait des signes cliniques vraisemblablement neurologiques, il appartenait de fait à la neurologie et accédait à un lit. Ainsi, l'association hypertonie/akinésie/tremblement, suffisante selon la logique clinique pour appartenir au syndrome parkinsonien et donc le plus vraisemblablement à la maladie de Parkinson, devenait insuffisante selon la logique scientifique, qui exigeait surtout « la lésion du *locus niger* prédominant sur la *zona compacta*, et ayant pour conséquence un déficit du système dopaminergique cérébral ». La réforme de 1958 a considérablement accéléré le processus de segmentation, certains médecins et services de neurologie se spécialisant exclusivement dans la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaque, et refusant toute autre situation clinique y compris authentiquement neurologique. De ce fait, toutes les situations un tant soit peu mixtes, floues ou hétérogènes, comme les neuropathies consécutives à l'alcoolisme ou les dégradations grabataires d'authentiques maladies neurologiques, se sont trouvées exclues de ces services et donc de l'hôpital, sans autre spécialité à même de les accueillir¹.

Dans un but d'uniformisation des diplômes, la réforme de l'internat de 1984 a souhaité mettre fin au diplôme intermédiaire de CES. Il a alors fallu passer le concours de l'internat pour exercer en ville comme à l'hôpital une activité de spécialiste,

1. On peut aussi donner l'exemple des endocrinologues qui ont abandonné l'accueil et le traitement du coma acido-cétosique diabétique, pour limiter leur champ d'action à l'endocrinologie programmée et programmable.