

Répondre aux besoins de santé
en formant mieux les médecins :
Propositions pour évaluer et réviser le
troisième cycle des études médicales

RAPPORT

Établi par

Stéphane ELSHOUD

Jean DEBEAUPUIS

Philippe PERREY

Florence ALLOT

Membres de l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation nationale
et de la recherche

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



igaenr
Inspection générale
de l'administration
de l'éducation nationale
et de la Recherche

N°2017-119



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2017-087R

SYNTHÈSE

[1] La réforme du troisième cycle des études médicales est une ambitieuse réforme pédagogique dont les principes de mise en situation professionnelle progressive et de réinvestissement des enseignants dans le suivi et l'évaluation des étudiants sont salués par la grande majorité des acteurs. La réflexion initiée dès 2010 par différentes missions et rapports s'est concrétisée par la parution des décrets et arrêtés entre la fin 2016 et le printemps 2017. Elle a permis une mise en œuvre pour la rentrée de novembre 2017, non sans certaines tensions et incertitudes, un texte important restant attendu pour définir la dernière phase du nouveau régime qui prendra effet en novembre 2020.

[2] Le troisième cycle gagne en lisibilité avec la création de 44 diplômes d'études spécialisées (DES) remplaçant un chevauchement particulièrement complexe entre anciens DES et DES complémentaires (DESC). Chaque DES suffit désormais à définir un champ de qualification et d'exercice de la spécialité. Le post-internat devrait ainsi retrouver sa raison d'être et ne quasiment plus servir comme complément de formation initiale. L'autonomie des internes dans l'exercice de leur spécialité fait l'objet d'une acquisition progressive et densifiée des compétences, avec une organisation en trois phases, socle, approfondissement et consolidation, à l'exception de la spécialité de médecine générale qui ne comporte pas encore de troisième phase.

[3] La filiarisation en 44 spécialités au lieu des 30 précédentes et la densification de la formation dans la spécialité dès la phase socle risquent cependant de nuire aux objectifs partagés par tous de renforcement des approches transversales et de prévention dans la formation de troisième cycle. Les modalités de « reconversion » des praticiens dans une autre spécialité voisine restent également à préciser.

[4] Les maquettes de formation publiées en avril 2017 explicitent pour la première fois les attendus pédagogiques en termes de connaissances et de compétences mais leur précision reste inégale selon les spécialités. Leur révision régulière doit permettre leur amélioration continue en lien avec l'évaluation des formations.

[5] Le recours à une nouvelle plateforme numérique partagée par toutes les disciplines et facultés garantit à tous les internes un accès équivalent aux enseignements et évaluations. Son usage dès la rentrée 2017, ainsi que ceux du portfolio et du carnet de stage associés, supposent une appropriation rapide de ces outils par l'ensemble des acteurs et une mutualisation accélérée des meilleures pratiques.

[6] La réforme marque un réinvestissement salutaire de l'université dans la formation de troisième cycle, mais elle mobilise également l'ensemble des professionnels libéraux et salariés pour l'offre de stages, leur encadrement et les évaluations. Cependant, le développement des stages ambulatoires, encore inégal en médecine générale et quasi-inexistant dans les autres spécialités, appelle une mobilisation des acteurs pour un meilleur maillage des territoires, en veillant aux équilibres de terrains de stage et en renforçant les effectifs enseignants et de maîtres de stages universitaires pour la médecine générale.

[7] **Ces constats développés en première partie du rapport rendent nécessaire un fort accompagnement de la réforme pendant sa montée en charge, trois à six ans selon les formations, et la construction d'un dispositif d'évaluation pérenne. L'évaluation de la réforme du troisième cycle doit être basée sur une gouvernance élargie, des données partagées et des critères objectivés, objet de la deuxième partie du rapport.**

[8] La comparaison des durées de formation entre différents pays est souvent un argument présenté pour justifier des évolutions de formation. Si les comparaisons internationales des durées de formation permettent des ajustements, leur caractère multifactoriel doit être intégré pour éviter les conclusions hâtives.

[9] Une directive européenne de 2005 définit des durées minimales de formation pour les spécialités médicales. Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a réalisé en 2015 une enquête auprès des Etats membres sur la durée réelle des formations. Il apparaît qu'en France les formations sont plutôt plus courtes et plus spécialisées par rapport aux autres pays.

[10] La mission a sollicité le réseau des conseillers sociaux des postes diplomatiques en Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, Etats-Unis et Suède, et les résultats de cette comparaison mettent en évidence le fait que la durée et le contenu de la formation de base, le processus de sélection, le statut de l'étudiant en formation de spécialisation, l'organisation du système de santé, sont autant d'éléments à prendre en compte pour appréhender les durées de formation à la pratique de la médecine.

[11] En particulier, lorsque l'étudiant dispose précocement d'un statut professionnel de type « médecin assistant » lui permettant d'effectuer des actes dès le début de sa spécialisation, dans les limites de ses compétences, cela semble favoriser des durées de formation plus longues, avec en début de parcours des tronc communs favorisant une approche pluridisciplinaire. Ce n'est finalement pas tant la comparaison des durées qui doit focaliser l'attention, que le développement d'une veille internationale sur les innovations technologiques et scientifiques à intégrer aux formations.

[12] Sachant que la formation des médecins est déterminante sur les modalités de leur exercice futur (géographiques, d'installation, de spécialisation...), il apparaît nécessaire de mieux lier les enjeux pédagogiques au besoin en santé et de les placer au centre de l'évaluation.

[13] Les données d'activité professionnelle constituent un indicateur du besoin en santé dont il est nécessaire de tenir compte pour définir les contenus de formation. Or les outils existant ne permettent pas une connaissance fine de l'activité des professionnels en exercice, tant en ville qu'en établissement. Des études, menées de manière dispersée par différentes institutions illustrent les possibilités d'analyse de l'activité des professionnels et du besoin en santé. Les informations recueillies ne sont néanmoins pas utilisées pour adapter les contenus de formation. La dispersion des données, l'approche nécessairement transversale et pluridisciplinaire, et la nécessité de disposer de ressources humaines compétentes et spécialisées dans l'analyse statistique, plaident pour un pilotage national de la collecte et de l'analyse de ces données.

[14] La mission s'est attachée à faire des propositions pour formaliser une méthode générale d'évaluation et de révision de la réforme, avec d'une part, une gouvernance élargie des instances d'évaluation et de suivi, et d'autre part, une proposition de critères d'évaluation communs et partagés.

[15] L'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) joue aujourd'hui un rôle central dans l'évaluation des besoins de santé et des ouvertures de poste dans les nouveaux DES, options et formations spécialisées transversales (FST), tenant compte de la démographie et des évolutions en cours ou envisagées dans la prise en charge des patients et l'exercice des professions ou spécialités concernées. L'ONDPS doit pour ce faire pouvoir s'appuyer sur les compétences statistiques disponibles, notamment de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui devrait mieux exploiter, en lien avec la sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES), les données permettant de connaître les parcours de formation des étudiants et les types d'exercice auxquelles ils souscrivent en sortie de formation de spécialité. Le pilotage d'un programme statistique par les deux services statistiques des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, la DREES et le SIES permettrait de structurer l'évaluation et le suivi de la formation. Enfin, l'ONDPS doit pouvoir s'associer aux réflexions prospectives et transversales du haut comité pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM), qui contribue par ses avis récents à une vision intégrée de l'organisation du système de santé et de ses ressources humaines.

[16] Pour l'évaluation et la révision des maquettes, les conseils nationaux professionnels (CNP) sont de nouveaux acteurs dont le rôle est à promouvoir à la faveur de la mise en place de la réforme. Il s'agit de mieux associer les professionnels en exercice pour que les contenus des maquettes de formation se rapprochent de « référentiels métiers » pour chaque spécialité. Afin de mieux prendre en compte la demande réelle de soins des patients dans la formation des médecins, les représentants des usagers doivent prendre une place plus importante aux seins des instances des UFR et dans le dispositif d'évaluation des maquettes.

[17] Le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) pourra ainsi évaluer le fonctionnement et l'organisation du troisième cycle des études de médecine dans les universités, en lien avec leurs terrains de stages, notamment en CHU, selon un référentiel d'évaluation dont la construction est à initier dès à présent.

[18] Les augmentations de durée des formations de spécialités médicales, tout comme les modifications substantielles de leur contenu telles que de nouveaux découpages de spécialités, devraient impérativement être objectivées. La mission a identifié les données qu'il serait nécessaire de recueillir afin de réunir les preuves suffisantes à l'évolution conséquente d'une maquette de formation, sous la forme d'un cahier des charges. L'amélioration des données et analyses sera progressive et dépend de chantiers collectifs exigeants. Sans attendre, les spécialités en demande devront constituer un dossier aussi complet que possible, documentant le besoin en santé, le parcours de formation, l'acquisition ou non des compétences nécessaires à l'installation dans le cadre des programmes de formation actuels, l'activité professionnelle effective en lien avec le référentiel métier de la spécialité.

[19] Le recueil et l'exploitation des données nécessaires à cette évaluation impliquent de développer des systèmes d'information répondant à ces nouveaux besoins. L'évolution profonde des bases du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) apparaît nécessaire pour mieux connaître l'activité des professionnels en ville et en établissement et le parcours des patients. La mission recommande également de favoriser les synergies et une approche commune des systèmes d'information, telle qu'elle est menée actuellement par le CNOM, l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), le centre national de gestion (CNG), les agences régionales de santé (ARS) et la fédération hospitalière de France (FHF), afin de construire des systèmes d'information ouverts, innovants et partagés entre les différents acteurs.

[20] **La troisième partie du rapport propose de prioriser les nécessaires évolutions opérationnelles du troisième cycle, en renforçant une vision globale de la réforme et sur la base des critères proposés.**

[21] Développer les stages ambulatoires tant en médecine générale, où la situation des régions et subdivisions demeure très inégale, que dans les autres spécialités, où ces stages restent exceptionnels, suppose une capacité de modélisation des équilibres entre terrains de stage.

[22] Après avoir rencontré les représentants nationaux de la médecine générale et plusieurs responsables de départements universitaires de médecine générale en région, la mission confirme une dynamique certaine mais qui peine à trouver les conditions de son développement. Tant les stages praticiens en deuxième cycle que les stages en troisième cycle pour la médecine générale sont partiellement généralisés. 40 % des 32 unités de formation et de recherche (UFR) de métropole ont généralisé le stage praticien en deuxième cycle à plus de 85 % selon les données 2016, mais un tiers soit onze UFR dont six des sept UFR franciliennes restent loin de cet objectif. Pour les stages de troisième cycle en médecine générale, le stage de niveau un est généralisé à plus de 80 % en 2016, mais le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) n'est généralisé à plus de 80 % que dans trois UFR, et deux tiers des UFR n'ont pas mis en place de stage chez le praticien en pédiatrie ou gynécologie. Si les disparités entre effectifs enseignants des départements universitaires de médecine générale (DUMG) sont fortes, sur le plan quantitatif et dans leur composition entre enseignants titulaires, associés et temporaires, elles ne suffisent pas à expliquer les résultats obtenus en matière d'organisation des stages et de recrutement des praticiens agréés maîtres de stage universitaires.

[23] Pour les autres spécialités, les terrains de stage ambulatoires demeurent exceptionnels, mais les maquettes de 2017 en prévoient désormais systématiquement la possibilité, les mêmes conditions d'indemnisation qu'en médecine générale étant possibles dans toutes les spécialités.

[24] Les tendances générales des terrains de stage depuis 2008 sont une croissance globale forte, le développement encore inégal des stages ambulatoires en médecine générale, et un rééquilibrage entre établissements des terrains de stages hospitaliers.

[25] L'outil de gestion des terrains de stage par les ARS, en lien avec les UFR, centres hospitaliers universitaires (CHU) et autres établissements, est en cours de modernisation et devrait permettre en 2018 d'intégrer la réforme du troisième cycle. L'évolution vers un système d'information ouvert et partagé entre les acteurs-clés, facilitant leurs missions respectives et fournissant des éléments de pilotage fiables et complets sur chaque région et le territoire national reste difficile et constitue une priorité.

[26] Trois enjeux transversaux de l'évaluation demeurent incomplètement définis à ce jour : le modèle de financement du troisième cycle et ses évolutions potentielles, les délais d'installation en libéral et les changements éventuels de qualification qu'induit la réforme, enfin le recentrage du post-internat sur les besoins et projets de territoire.

[27] Le modèle de financement est à réexaminer pour préciser les estimations financières, en tenant compte du statut à définir de la phase 3. Elles peuvent être fournies soit en masse salariale liée au troisième cycle, soit en dotations au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) qui financent partiellement ou totalement les différentes catégories de stage. Les décisions déjà prises dans le cadre de la réforme représentent un renchérissement de la masse salariale d'environ 123 M€, 100 M€ pour les allongements de formation d'un an (DES portés à quatre, cinq ou six ans, options et FST) et 23 M€ pour le surcoût annoncé de la phase 3. En termes de dotations MERRI, le surcoût lié aux décisions prises s'élève à 20 M€. Ces impacts sont progressifs entre novembre 2020 et novembre 2022, les montants indiqués sont en année pleine 2023, à comparer à une masse salariale des établissements de 50 milliards d'euros et une dotation MERRI troisième cycle de 615 M€ en 2017. Cependant, le développement des stages ambulatoires, marqué depuis 2013, est appelé à se poursuivre pendant la réforme et représente à modèle de financement inchangé une dotation MERRI supplémentaire d'environ 100 M€ dans le même laps de temps, à masse salariale et durées de formation inchangées.

[28] La réforme impacte également la qualification ordinale, qui va suivre les nouveaux DES, et les spécialités hospitalières (concours et mutations de praticien hospitalier), appelant à réinterroger le degré d'exclusivité dans l'exercice libéral ou salarié de spécialités voisines et à assouplir les modalités de recherche d'un praticien dans une spécialité.

[29] Enfin le post-internat demeure mal connu, malgré les rapports conjoints IGAS-IGAENR de 2010 et 2014. Faute de données réparties par spécialités sur les différents postes qui le composent en région (chefs de clinique, assistants hospitalo-universitaires et assistants hospitaliers spécialistes) et par mode de financement (postes bi-appartenants, financements ministère, agences régionales de santé ou par l'établissement employeur), il n'est pas possible de démêler les motivations diverses de ces parcours : complément de formation, accès au secteur 2, recrutement hospitalo-universitaire ou hospitalier, projet d'installation en libéral. Sans préjuger des conclusions de la mission en cours sur la gestion des personnels hospitalo-universitaires et du recentrage du post-internat, il peut être envisagé de modifier les statuts concernés pour permettre un recrutement par période d'un an renouvelable et de réexaminer l'ensemble du post-internat en lien avec la réforme du troisième cycle.

[30] Après avoir rencontré les représentants de neuf spécialités, diverses par leurs problématiques, la mission préconise des critères et conditions d'évaluation des maquettes dans une vision globale de la réforme.

[31] Pour la médecine générale, la mission recommande de faire piloter par les agences régionales de santé une mise à niveau des filières de médecine générale, en maillant les territoires par les maîtres de stage universitaires (MSU) et les stages ambulatoires, en réduisant les inégalités entre subdivisions et en renforçant et structurant les effectifs enseignants, afin de rendre possible le passage à quatre ans du DES avec une phase 3 aux modalités éventuellement spécifiques. A cette fin le soutien à la discipline passe par différentes mesures de développement de la recherche en soins primaires dès le troisième cycle et de renforcement des effectifs enseignants.

[32] La pneumologie et la pédiatrie ont présenté des données probantes à l'appui de leur demande de passage du DES à cinq ans dont options et formations spécialisées transversales (FST), préfigurant les critères de méthode dont l'explicitation et la généralisation sont recommandées. D'autres disciplines, notamment parmi celles rencontrées par la mission peuvent s'inscrire dans la même démarche méthodologique et présenter aux comités de suivi et d'évaluation de la réforme des éléments plus probants d'évaluation des besoins de santé et de formation en vue d'une décision à l'été 2018.

[33] La psychiatrie et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent présentent des problématiques particulières, qui appellent un renforcement de l'encadrement universitaire de ces deux disciplines et un soutien au développement de la recherche dès le troisième cycle. Identifier sur proposition de la discipline deux spécialités hospitalières de psychiatrie, psychiatrie d'adultes et psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, peut garantir à l'avenir une meilleure gestion des compétences. L'évolution du DES de psychiatrie, dans une interdisciplinarité renforcée, et une meilleure cohérence européenne, reste à travailler avec les deux disciplines universitaires et le collège enseignant.

[34] **En conclusion, la réforme du troisième cycle des études médicales peut être achevée d'ici l'automne 2018, en poursuivant la grande mobilisation de ses acteurs, en lançant un ambitieux chantier d'évaluation et d'amélioration des systèmes d'information, afin de mieux former les médecins de demain et d'atteindre les objectifs de la stratégie nationale de santé.**

[35] Elle ne pourra l'être cependant sans une vision globale des complémentarités et équilibres entre spécialités, insuffisamment pris en compte par les exigences propres à chaque spécialité, sans une appropriation par les professionnels, les enseignants et les praticiens en formation des ambitions méthodologiques qu'impliquent des données probantes sur les besoins de santé et des référentiels de formation basés sur les compétences, tels que les pratiquent nos voisins depuis des années, et sans un soutien déterminé à certaines spécialités.

[36] Des ajustements, le cas échéant annuels, pourront être apportés pour améliorer les maquettes de formation. Il appartient aux comités de suivi et au comité national d'évaluation prévus par l'arrêté du 12 avril 2017 de coordonner ces travaux.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPORT	13
1 LA REFORME PEDAGOGIQUE A ETE SALUEE PAR LA GRANDE MAJORITE DES ACTEURS MAIS SA MISE EN ŒUVRE APPELLE DE FORTS OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT.....	15
1.1 Les textes traduisent une forte ambition pédagogique	15
1.1.1 Les travaux, entamés depuis 2009, ont été accélérés début 2017 pour une mise en œuvre à la rentrée universitaire et les derniers textes sont encore attendus.....	15
1.1.2 Le DES constitue un diplôme suffisant pour l'exercice de la spécialité.....	17
1.1.3 L'existence de référentiels et l'approche progressive par les compétences constituent une évolution majeure de la formation.....	21
1.1.4 La réforme du troisième cycle favorise encore peu l'objectif de santé publique d'une approche globale des patients et portant les messages de prévention	25
1.2 La mise en œuvre de la réforme appelle un accompagnement fort.....	25
1.2.1 Les premiers effets de la réforme suscitent des inquiétudes.....	26
1.2.1.2 Les stages doivent répondre à la fois aux besoins des internes relevant de l'ancien régime des études et à ceux du nouveau.....	26
1.2.1.3 La qualité du suivi des internes par les coordonnateurs est.....	26
1.2.2 Des craintes sont exprimées sur le maintien de la qualité des formations	27
2 L'EVALUATION DOIT ETRE BASEE SUR UNE GOUVERNANCE ELARGIE, DES DONNEES PARTAGEES, ET DES CRITERES OBJECTIVES	30
2.1 Les comparaisons internationales des durées de formation permettent des ajustements mais leur caractère multifactoriel doit être intégré pour éviter les conclusions hâtives	30
2.1.1 La procédure du « régime général européen » organise la reconnaissance des formations de spécialités entre les Etats membres et définit des durées minimales de formation.....	30
2.1.2 Pour autant les durées de formation aux spécialités sont hétérogènes, avec en France des formations plutôt courtes et plus spécialisées par rapport aux autres pays	31
2.1.3 La seule comparaison des durées de formation des spécialités n'est pas significative.....	31
2.1.4 Chaque pays a de fortes particularités dans l'organisation de son système de santé.....	33
2.1.5 La veille internationale est nécessaire au maintien d'une formation de haut niveau.....	35
2.2 L'analyse des données d'activité de chaque spécialité pour une description objectivée des besoins de santé est un exigeant chantier collectif.....	35
2.2.1 Les outils existants ne permettent pas la connaissance fine de l'activité professionnelle des spécialistes en exercice.....	36

2.2.2	Des études, menées de manière dispersée, illustrent les possibilités d'analyse de l'activité des professionnels et du besoin en santé.....	36
2.2.3	Les méthodes mériteraient d'être complétées et généralisées, dans le cadre d'un pilotage national.....	39
2.3	Propositions pour une méthode générale d'évaluation et de révision de la réforme.....	40
2.3.1	L'évaluation doit reposer sur une gouvernance large remplaçant les enjeux pédagogiques au service de la stratégie nationale de santé	40
2.3.2	L'évaluation doit impliquer l'ensemble des acteurs sur la base de critères partagés.....	43
2.3.3	Le recueil et l'exploitation des données nécessaires à l'évaluation implique de développer des systèmes d'information créateurs de valeur pour les acteurs régionaux et de terrain.....	50
3	LES NECESSAIRES EVOLUTIONS OPERATIONNELLES DOIVENT ETRE PRIORISEES POUR RENFORCER UNE VISION GLOBALE DE LA REFORME	53
3.1	Renforcer les stages ambulatoires suppose de modéliser les équilibres entre terrains de stage en fonction des règles de financement.....	53
3.1.1	La filière de médecine générale, malgré une dynamique partielle, peine à trouver les conditions de son développement	53
3.1.2	La gestion des terrains de stage hors médecine générale reste artisanale et présente des équilibres fragiles.....	58
3.2	Le modèle de financement, l'exercice exclusif et le recentrage du post-internat constituent des enjeux transversaux de la réforme	63
3.2.1	Le modèle de financement doit être réexaminé pour préciser les estimations financières... ..	63
3.2.2	La notion d'exercice exclusif est à réinterroger en libéral et en salariat.....	68
3.2.3	Le post-internat est à recentrer en tenant compte de l'accès au secteur 2	70
3.3	L'évaluation et la révision de certaines maquettes est à conduire dans une vision globale de la réforme.....	72
3.3.1	La spécialité de médecine générale doit être renforcée	73
3.3.2	Les spécialités de pneumologie et pédiatrie ont fourni des éléments probants pour l'évolution de leur maquette.....	74
3.3.3	La cardiologie, l'hépatogastroentérologie et la néphrologie, ont partiellement documenté les besoins de santé et de formation	76
3.3.4	Les deux disciplines universitaires de psychiatrie sont à renforcer pour faire évoluer la spécialité	80
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	87
	LETTRE DE MISSION	91
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	95
	ANNEXE 1 LISTE DES OPTIONS ET FST.....	105
	ANNEXE 2 : EFFECTIFS POURVUS ECN 2013-17.....	111

ANNEXE 3 : ETUDE INTERNATIONALE CNOM.....	113
ANNEXE 4 : CONTRIBUTION DES AMBASSADES.....	121
ANNEXE 5 : ANALYSE DE L'ACTIVITE DES CARDIOLOGUES LIBERAUX.....	135
ANNEXE 6 : ANALYSE DE L'ACTIVITE DES MEDECINS DE SPECIALITE ET SECOND RECOURS	137
ANNEXE 7 : PROJET DE CAHIER DES CHARGES POUR L'EVALUATION ET LA REVISION DES MAQUETTES DE FORMATION	139
ANNEXE 8 : EVOLUTION DES STAGES PRATICIEN EN SECOND ET TROISIEME CYCLE.....	141
ANNEXE 9 CONTRIBUTIONS DE CERTAINES SPECIALITES	147
ANNEXE 10 : IMOTEP.....	165
ANNEXE 11 MODELE DE FINANCEMENT.....	167
ANNEXE 12 LISTE DES SPECIALITES HOSPITALIERES	175
SIGLES UTILISES.....	181

RAPPORT

[37] Le troisième cycle des études médicales, dans tous les pays, permet aux médecins d'acquérir la formation de spécialité qu'ils vont exercer, et fait suite à une formation médicale de base indifférenciée. Dans notre pays, la réforme du troisième cycle des études médicales a été longuement préparée, par au moins trois missions et rapports confiés depuis 2010 par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, successivement aux professeurs François Couraud et François-René Pruvot, puis au professeur Benoît Schlemmer.

[38] Les objectifs et principes qu'ils ont proposés en lien avec les professionnels, les enseignants et les internes, ont été validés par les ministres. Ainsi, l'actualisation régulière de référentiels de compétences, le réinvestissement pédagogique des universités et enseignants, la mise en responsabilité des praticiens en formation en trois phases progressives du troisième cycle, sont plutôt acceptés par l'ensemble des acteurs, malgré les incertitudes et oppositions qu'une transformation aussi importante induit. Créée en juillet 2015 en lien avec le CNU santé, puis soutenue à partir de février 2016 par la conférence des doyens de médecine et son président, la coordination des collègues d'enseignants de médecine (CNCM) a joué un rôle fondamental de partage de l'information, des bonnes pratiques, des approches transversales et de définition des outils communs et de coordination des travaux des spécialités, lequel a abouti en lien avec Benoît Schlemmer à la proposition aux ministères puis la publication des maquettes en avril 2017.

[39] Créés sous leur forme actuelle en 1984, les diplômes d'études spécialisées (DES) et diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) ont remplacé certificats et capacités, puis le troisième cycle a intégré en 2004 la création du DES de médecine générale¹ et une très succincte définition des maquettes de formation par l'arrêté du 22 septembre 2004.

[40] La redéfinition des objectifs de formation et de l'organisation du troisième cycle a été posée par les décrets du 25 novembre 2016 et du 12 avril 2017 ; les 44 DES, leurs options et formations spécialisées transversales (FST) éventuelles sont définis par les arrêtés du 12 et du 21 avril 2017². Enfin l'organisation régionale du troisième cycle est fixée par l'arrêté du 18 septembre 2017. Ce cadre a permis l'affectation des internes en octobre 2017, sur la base de l'arrêté du 26 décembre 2016 prévoyant pour cinq ans les postes à pourvoir par spécialité et subdivision dans le cadre de la réforme. Une période de transition de trois à six ans s'est ainsi ouverte entre deux régimes du troisième cycle, l'ancien régime de 2004 et le nouveau régime de 2017.

[41] Pour autant, la réforme suscite encore des incertitudes, renforcées par la non-parution du décret définissant le statut du praticien en phase 3 de formation, qui s'appliquera certes au premier novembre 2020 mais dont la publication fixerait utilement les esprits. Elle a suscité certaines oppositions ou demandes complémentaires. Elle demeure donc inachevée.

¹ Voir le rapport conjoint IGAS-IGAENR de février 2007 création de la filière universitaire de médecine générale Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Agnès JEANNET, Michel VERNEREY IGAS, Françoise MALLET, Jean-Paul PITTOORS IGAENR, RM2007-030P,

² Voir en annexe 1 la liste des DES, options et FST extraite de l'arrêté du 21 avril 2017.

[42] Par note du 5 mai 2017, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat à l'enseignement supérieur et à la recherche demandaient aux inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'administration générale de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) d'établir d'ici la fin de l'année 2017, d'une part « un cahier des charges quant à la révision des maquettes de formation, précisant les indications et modalités de révision, prenant notamment en compte les évolutions de l'exercice médical et de la demande de santé, et les capacités de formation », et d'autre part « une analyse comparative, dans le cadre de la reconnaissance des diplômes, de la formation des spécialités telle que proposée dans les maquettes actuelles, notamment s'agissant de la durée de formation, au sein des principaux autres Etats membres de l'Union Européenne, [en tenant] compte des éventuelles différences de durée de formation des premier et deuxième cycles des études médicales entre les pays. »

[43] La mission a été confiée en juin 2016 à Florence ALLOT et Jean DEBEAUPUIS, IGAS, Stéphane ELSHOUD et Philippe PERREY, IGAENR. Après cadrage des travaux en juin, la mission a procédé à des auditions nationales en juillet et septembre et à des déplacements dans quatre régions et sept unités de formation et de recherche (UFR) ou centres hospitaliers universitaires (CHU)³ entre mi-septembre et début novembre. Les auditions nationales ont permis de rencontrer les représentants des étudiants, internes et chefs de clinique, la récente coordination nationale des collègues d'enseignants de médecine, les porteurs de la réforme, les autorités et services ministériels, les conférences des doyens, des directeurs généraux et présidents de conférences médicales d'établissements (CME) de CHU et de centres hospitaliers (CH), et pour trois séances de travail, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Les déplacements en région ont permis de rencontrer les directeurs généraux d'agences régionales de santé (ARS) et leurs équipes en charge des ressources humaines médicales, les directeurs généraux de CHU, les présidents de CME, les doyens, les responsables des départements de médecine générale, les représentants locaux des étudiants, internes et chefs de clinique, les responsables des unions régionales de médecins libéraux. L'audition des représentants de neuf spécialités⁴ aux problématiques diverses a été organisée fin octobre, dans un format regroupant conseil national professionnel (CNP), collègue des enseignants de médecine et sous-sections compétentes du conseil national des universités (CNU). La liste des personnes rencontrées figure en fin de rapport. Plusieurs annexes détaillent les données et références utilisées, ainsi que les contributions relatives aux comparaisons internationales.

³ Ile-de-France, Hauts de France, Nouvelle-Aquitaine, Centre-Val de Loire. Les CHU rencontrés sont AP-HP, Lille, Amiens, Bordeaux, Poitiers, Tours, avec les UFR correspondant à ces CHU, mais seulement Paris-V et Versailles Saint-Quentin en Ile-de-France.

⁴ La médecine générale, la cardiologie, l'hépatogastroentérologie, la néphrologie, la pneumologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la rhumatologie et l'ophtalmologie.

1 LA REFORME PEDAGOGIQUE A ETE SALUEE PAR LA GRANDE MAJORITE DES ACTEURS MAIS SA MISE EN ŒUVRE APPELLE DE FORTS OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT

[44] Les textes de la réforme du troisième cycle des études médicales, parus fin 2015 et début 2016 et dont certains sont encore attendus, marquent une évolution sensible, tant du point de vue de la progression de la formation des internes, que de celui de la nature des enseignements ou de l'évaluation. Le degré de maturité des maquettes de formation est variable selon les spécialités et le risque de coexistence de 44 formations « tubulaires » existe. Ces éléments sont présentés dans la partie 1.1. L'examen de la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions qui coexistent avec l'ancien régime de formation fait apparaître des difficultés qui peuvent être différentes selon les régions ou les spécialités et qui nourrissent des inquiétudes, nécessitant un accompagnement volontariste. C'est l'objet de la partie 1.2.

1.1 Les textes traduisent une forte ambition pédagogique

1.1.1 Les travaux, entamés depuis 2009, ont été accélérés début 2017 pour une mise en œuvre à la rentrée universitaire et les derniers textes sont encore attendus

1.1.1.1 Le système précédent était unanimement critiqué

[45] Selon François Couraud et François-René Pruvot⁵ dans leur rapport du 12 avril 2014, intitulé « propositions pour une restructuration des troisièmes cycles des études médicales », le dispositif remplacé présentait plusieurs faiblesses qui ont justifié la réforme :

- une superposition de formations mono disciplinaires sans organisation générale de la formation de troisième cycle ;
- une absence d'articulation formalisée entre les DES et les DESC;
- une absence de progression pédagogique au sein de chacune des formations ;
- une quasi absence d'évaluation formalisée des compétences ;
- une période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites ;
- une faible lisibilité des parcours de formation DES/DESC pour l'ensemble des acteurs.

[46] Les auteurs relativisaient leur constat « *car il existe une grande disparité du niveau d'organisation non seulement entre les différents DES et DESC, mais aussi au sein d'un même diplôme d'une interrégion à une autre* ».

[47] La réforme a donc été élaborée pour répondre à l'ensemble de ces faiblesses.

⁵ Le Pr François Couraud était alors conseiller scientifique auprès de la directrice générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle. Le Pr François-René Pruvot était coordonnateur de la commission nationale de l'internat et du post-internat. Leur rapport figure en annexe du rapport IGAS 2014-100R-IGAENR 2014-92 FX. Selleret P. Blémont Réforme du troisième cycle des études médicales : mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme.

1.1.1.2 Des textes sont encore attendus mais le principe de révision périodique des maquettes est affirmé

[48] La réforme du troisième cycle des études médicales est le résultat d'un processus d'élaboration de plus de sept ans, ouvert en décembre 2009 avec la mise en place de la commission nationale de l'internat et du post internat (CNIPI). En juin 2010, un rapport conjoint IGAS/IGAENR⁶ dresse le bilan de l'organisation en vigueur du troisième cycle des études médicales et du post-internat. La CNIPI formalise en 2011 une série de propositions.

[49] Sur ces bases, les professeurs Couraud et Pruvot publient le 12 avril 2014 un rapport intitulé « Propositions pour une restructuration du 3^e cycle des études médicales », complété en juin 2015 par les éléments pédagogiques nécessaires à la mise en œuvre de la réforme.

[50] En juillet 2015, le secrétaire d'État à l'enseignement supérieur et à la recherche et la ministre des affaires sociales et de la santé demandent au professeur Benoît Schlemmer de piloter la réforme du troisième cycle. Cette mission a été conduite en articulation avec les travaux préparatoires de la Grande conférence de la santé et rattachée à la nouvelle commission nationale des études de maïeutique, médicale, odontologique et pharmaceutique (CNEMMOP) instituée par le décret n° 2015-813 du 3 juillet 2015. Cette dernière avait en effet reçu compétence pour instruire toutes les questions relatives aux études de santé.

[51] Le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation formalise les grands principes de la réforme. Il est complété par le décret n° 2017-535 du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine qui souhaitent exercer dans une autre spécialité.

[52] Pour introduire de la souplesse dans la mise en place de la réforme et son suivi, il est explicitement prévu que les maquettes des diplômes annexées à l'arrêté du 21 avril 2017 puissent être révisées sur la base d'une évaluation périodique :

- l'arrêté du 12 avril 2017 précise la réglementation relative à l'organisation du troisième cycle des études de médecine. Il dispose notamment que les maquettes font l'objet d'une révision en cas de besoin et au moins tous les quatre ans (articles 65 et 66) ;
- l'arrêté du 21 avril 2017 définit les connaissances, compétences et maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixe la liste des diplômes et options et formations spécialisées transversales (FST) du troisième cycle des études de médecine (voir annexe 1) ;
- l'arrêté du 18 septembre 2017 détermine les régions et subdivisions du troisième cycle des études de médecine et du DES de biologie médicale.

[53] La réforme s'est mise en place à la rentrée 2017 et les nouveaux internes ont été accueillis le 2 novembre dans leur premier lieu de stage, après qu'ils aient choisi leur spécialité et CHU d'affectation, en fonction de leur rang de classement aux épreuves classantes nationales (ECN).

⁶ « Le post-internat, constats et propositions », Claire AUBIN, Christine DANIEL, Françoise SCHAETZEL (IGAS) ; Alain BILLON, Patrice BLEMONT, Agnès ELIOT, Jacques VEYRET (IGAENR), Juin 2010.

[54] Des textes sont encore attendus, notamment le décret concernant le statut des étudiants de troisième cycle durant la phase 3 de leur parcours (dite phase de consolidation), l'arrêté concernant les options et les FST⁷ ou l'arrêté ministériel définissant le contrat de formation que l'étudiant de troisième cycle devra signer avant la fin de sa première année (phase socle) avec son coordonnateur de spécialité et le doyen de l'UFR.

[55] Dans l'ensemble, les acteurs de la santé adhèrent à la réforme, à ses objectifs et à sa traduction dans les textes. Les critiques qui se sont exprimées portent d'une part sur les conditions de mise en œuvre que certains jugent précipitées et délicates du fait de la coexistence avec l'ancien système d'internat. Quelques représentants de spécialités contestent d'autre part la durée de la formation ou l'absence de création de spécialités supplémentaires. Le fait que les maquettes des DES puissent être révisées a été apprécié, notamment par ces spécialités.

1.1.2 Le DES constitue un diplôme suffisant pour l'exercice de la spécialité

1.1.2.1 L'instauration de 44 diplômes d'études spécialisées : une formation plus simple et lisible

[56] La réforme dispose que le DES est le diplôme nécessaire et suffisant pour la qualification et l'exercice de la spécialité, faisant ainsi disparaître les onze DESC qualifiants (groupe 2) ou les vingt non-qualifiants (groupe 1), préparés pendant l'internat et le post-internat. Le post-internat retrouve sa raison d'être et ne sert plus à la formation initiale.

[57] Le nombre de DES offerts au choix des étudiants en fonction de leur rang aux ECN passe de 30 à 44. De nouvelles spécialités médicales voient donc le jour avec la création de 7 DES :

- médecine d'urgence,
- gériatrie,
- médecine légale et expertises médicales,
- allergologie,
- médecine intensive-réanimation,
- maladies infectieuses et tropicales,
- médecine vasculaire.

[58] Par ailleurs, les spécialités chirurgicales sont remaniées : suppression de la chirurgie générale qui donnait accès à neuf DESC et création de huit DES, assurant une filiarisation totale en chirurgie :

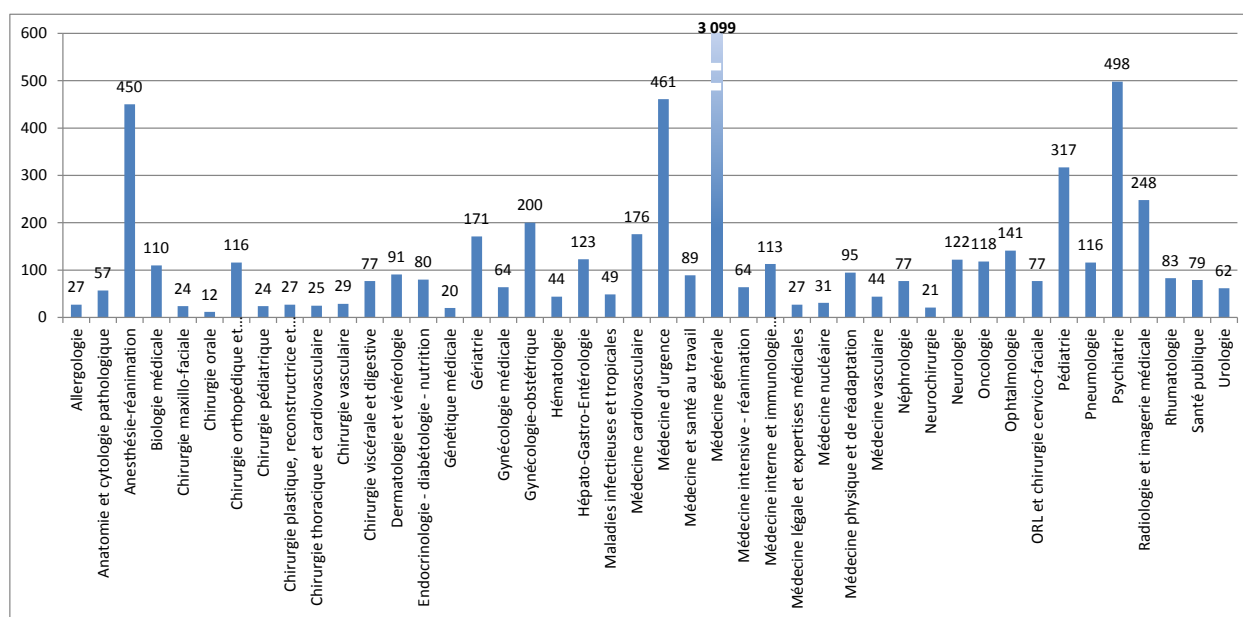
- chirurgie maxillo-faciale,
- chirurgie orthopédique et traumatologique,
- chirurgie pédiatrique,
- chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique,
- chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
- chirurgie vasculaire,

⁷ L'ensemble des maquettes de formation annexées à l'arrêté à paraître sont cependant en ligne sur le site internet de la Coordination nationale des collèges d'enseignants de médecine. L'arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 est paru au journal officiel daté du 20 décembre 2017.

- chirurgie viscérale et digestive,
- urologie.

[59] La création de ces nouveaux DES amène les étudiants à se spécialiser plus tôt, dès l'entrée dans la phase socle. Cela se traduit par une diminution apparente du nombre d'étudiants en médecine générale qui devraient s'inscrire dans ce cursus avant de faire un DESC pour se spécialiser (médecine d'urgence, gériatrie, etc.). Ainsi, l'on comptait 3 500 internes ayant choisi la médecine générale en 2016 et 3 099 en 2017. Mais en ajoutant les effectifs des nouvelles filières de médecine d'urgence (461) et gériatrie (171), proposées à un niveau très supérieur aux DESC correspondants, l'effectif 2017 est comparable à celui de 2016. Dans l'ensemble, les variations observées dans la répartition des spécialités au cours des cinq dernières années (présentées en annexe 2) font apparaître une stabilité certaine ; les postes proposés pour les nouvelles spécialités en 2017 ont tous été pourvus, à l'exception de la gériatrie⁸.

Graphique 1 : répartition des étudiants dans les spécialités à l'issue des ECNi 2017



Source : mission, à partir des données du centre national de gestion (CNG)

[60] Les étudiants conservent un droit au remord pour le choix de leur spécialité, dans des conditions similaires à celles de l'ancien système, au plus tard avant la fin du deuxième semestre de la phase d'approfondissement.

[61] La qualification par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) dans la spécialité peut être obtenue dès après l'obtention du DES qui devient l'unique diplôme de spécialité.

⁸ En gériatrie, 171 postes ont été pourvus sur 250 offerts. Les années précédentes, le DESC de gériatrie n'a été délivré qu'à 41 praticiens. Le nouveau DES pour la première année a donc attiré quatre fois plus d'internes, même si un tiers des postes sont restés non pourvus.

[62] Le décret du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine prévoit explicitement que la reprise d'études pour changer de spécialité peut se traduire, « le cas échéant », par des « aménagements de cette formation afin de tenir compte de l'expérience préalablement acquise ». Le même texte précise cependant que « les dispenses envisagées ne peuvent excéder la moitié de la durée minimale de la formation de médecin spécialiste concernée ».

[63] La mise en œuvre concrète de ces dispositions devra être évaluée pour en mesurer les effets, dans un contexte où s'applique le principe d'exercice exclusif dont le CNOM est garant, et qui se référera aux spécialités des 44 DES. L'augmentation sensible du nombre de spécialités ajoutée à une filiarisation des formations de troisième cycle amène également à interroger ce principe d'exercice exclusif. Avec la réforme, un urgentiste qui souhaiterait après quelques années s'installer comme médecin généraliste, ne le pourra plus sans avoir obtenu au préalable un deuxième DES, en médecine générale. La prise en compte de la proximité de certaines spécialités voisines comme médecine générale, médecine d'urgence, gériatrie ou d'autres pourra imposer une évolution de ce principe d'exercice exclusif.

[64] La liste établie par la réforme des 44 DES est manifestement le résultat de l'histoire de l'évolution des spécialités en France. Les autres nomenclatures existantes, dont la cohérence est difficile à établir, seront pour partie conduites à évoluer :

- le CNOM compte à ce jour 48 commissions de qualification dont six sont fermées⁹, soit 42 en fonctionnement : 31 en médecine (pour les 23 DES de 2004, l'option radiothérapie du DES d'oncologie médicale, le DESC de gériatrie, et les six commissions fermées) ; seize en chirurgie dont les six DES de 2004, avec notamment la chirurgie générale et la gynécologie-obstétrique, les neuf DESC qualifiants dont la chirurgie de la face et du cou, la stomatologie séparée de la chirurgie maxillo-faciale ; et un en biologie médicale ;
- les disciplines des collèges d'enseignants en médecine¹⁰ sont au nombre de 59 ;
- le conseil national des universités (CNU santé¹¹) comporte quatorze sections et 53 sous-sections, dont quatre ne correspondent pas à des DES (anatomie, physiologie, thérapeutique, épistémologie clinique), 28 autres sous-sections à la médecine¹², 13 sous-sections à la chirurgie et 8 à la biologie ;
- la liste des spécialités utilisée par le CNG pour les médecins praticiens hospitaliers en compte 47, analysées dans la partie 2.3 (voir annexe 12), dont 32 en médecine, quatorze en chirurgie et une en biologie médicale ;
- la nomenclature européenne comprend 55 spécialités, analysées en partie 2.2 (voir annexe 5).

⁹ Voir l'atlas de la démographie médicale sur le site du CNOM, il s'agit des commissions recherche médicale, radiodiagnostic et radiothérapie, hématologie, gynécologie médicale et obstétrique, neuropsychiatrie et psychiatrie de l'enfant et l'adolescent.

¹⁰ Voir le site de la coordination nationale des collèges d'enseignants de médecine.

¹¹ Instance consultative pour les nominations dans les corps hospitalo-universitaires, voir le site du CNU-santé.

¹² Dans trois cas, deux sous-sections correspondent à un seul DES (santé publique, endocrinologie-diabétologie et nutrition, psychiatrie). Pour les autres sous-sections, il y a en général correspondance avec un DES.

1.1.2.2 Des options et formations spécialisées transversales complètent les DES

[65] Vingt-sept options réparties dans 18 des 44 DES¹³ permettent l'acquisition de compétences particulières au sein de certaines spécialités. Elles ouvrent droit à un exercice complémentaire de cette surspécialité au sein de la spécialité¹⁴.

[66] Les 23 FST sont communes à plusieurs spécialités. Comme les options, elles ouvrent droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité au sein de la spécialité suivie.

[67] Lorsque les options ou FST concernent un DES en trois ou quatre ans, elles correspondent à une année complémentaire de formation, en fin de phase 2. Lorsque le DES dure cinq ou six ans, les options ou FST sont intégrées en fin de phase 2, sans allongement de la durée de formation. Les deux options de réanimation pédiatrique du DES de pédiatrie et radiologie interventionnelle avancée du DES de radiologie, par exception, durent deux ans et prolongent d'un an ces DES en cinq ans.

[68] L'accès d'un étudiant à une option ou à une FST est contingenté – un arrêté ministériel fixera chaque année le nombre d'étudiants admis dans les différents options et FST, par CHU. Les modalités de fixation de ces contingents ne sont pas actuellement connues.

[69] La logique voudrait que les diplômes d'université (DU) et les diplômes interuniversitaires (DIU) que suivent de nombreux internes ne soient plus nécessaires pendant le DES puisque les nouveaux DES intègrent l'acquisition de l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires à la pratique. Les DU et DIU demeureraient ouverts en formation continue aux praticiens en exercice. L'observation de leur décroissance ou disparition progressive constituera un indicateur de la complétude des maquettes de chacune des spécialités.

1.1.2.3 Le nombre réduit des co-DES ne répond pas à l'objectif de transversalité des formations annoncé dans les textes de la réforme

[70] L'arrêté du 21 avril 2017 précise que « les diplômes d'études spécialisées dont les premiers semestres de formation sont communs sont appelés co-DES » et qu'ils « donnent lieu à la délivrance de diplômes distincts ». Cette disposition marque la volonté du législateur de rechercher la transversalité dans les parcours de formation. Parmi les 44 DES, sept sont des co-DES, conçus dans le cadre de trois groupes de co-DES :

1. allergologie / médecine interne et immunologie clinique / maladies infectieuses tropicales ;
2. anesthésie-réanimation / médecine intensive-réanimation ;
3. médecine cardiovasculaire / médecine vasculaire.

[71] Dans les faits, la mutualisation de la formation est relativement restreinte, se limitant à un ou deux semestres communs. La transversalité souhaitée par le législateur s'est modestement concrétisée.

¹³ Voir en annexe 2 la liste extraite de l'arrêté du 21 avril 2017 : 6 DES et le co-DES AR-MIR n'ont qu'une option, 4 DES ont deux options, les 3 DES de médecine cardiovasculaire, de pédiatrie et de biologie médicale ont respectivement 3, 4 et 5 options.

¹⁴ Neuf options sont particulières et dites précoces (article 6 des arrêtés du 12 et du 21 avril 2017) dans trois DES, qui sont en fait filiarisés, ces options précoces couvrant 100 % des étudiants du DES : biologie médicale, oncologie, chirurgie pédiatrique. La biologie médicale comprend cinq options, l'oncologie et la chirurgie pédiatrique deux options. Ces options précoces n'allongent pas la durée de formation en biologie médicale (quatre ans) et sont, par exception, cumulables avec une éventuelle FST (qui allongerait le cas échéant la durée de formation en biologie médicale).

[72] La méthode mise en œuvre pour concevoir les maquettes n'a probablement pas favorisé cette transversalité. Leur élaboration a été confiée aux collègues d'enseignants regroupés au sein de la coordination nationale des collègues d'enseignants en médecine (CNCEM) qui sont naturellement attachés à préserver leur territoire pédagogique en lien avec le périmètre de l'exercice de la spécialité correspondante. La densification des formations peut également avoir joué un rôle dans ce constat, en incitant les collègues à se concentrer sur leur spécialité. L'évaluation des maquettes devra prendre en compte ce critère de transversalité.

1.1.2.4 Les étudiants bénéficieront de deux statuts différents au cours de leur troisième cycle

[73] Les nouveaux textes n'emploient plus le terme d'internes et les désignent comme des « étudiants de troisième cycle ». Mais l'article R6153-2 du code de la santé publique précise toujours qu'ils sont « internes », c'est-à-dire des praticiens en formation spécialisée qui consacrent la totalité de leur temps à leur formation médicale en stage ou hors stage. L'étudiant de troisième cycle aura deux statuts différenciés.

[74] Lors des phases socle et d'approfondissement, c'est un interne avec le statut actuel correspondant. Mais lors de la phase de consolidation, un statut adapté à son autonomie progressive a été proposé avec une revalorisation de la rémunération, dont une prime d'autonomie supervisée.

1.1.3 L'existence de référentiels et l'approche progressive par les compétences constituent une évolution majeure de la formation

1.1.3.1 L'autonomie des internes dans l'exercice de leur spécialité fait l'objet d'une acquisition progressive et densifiée des compétences

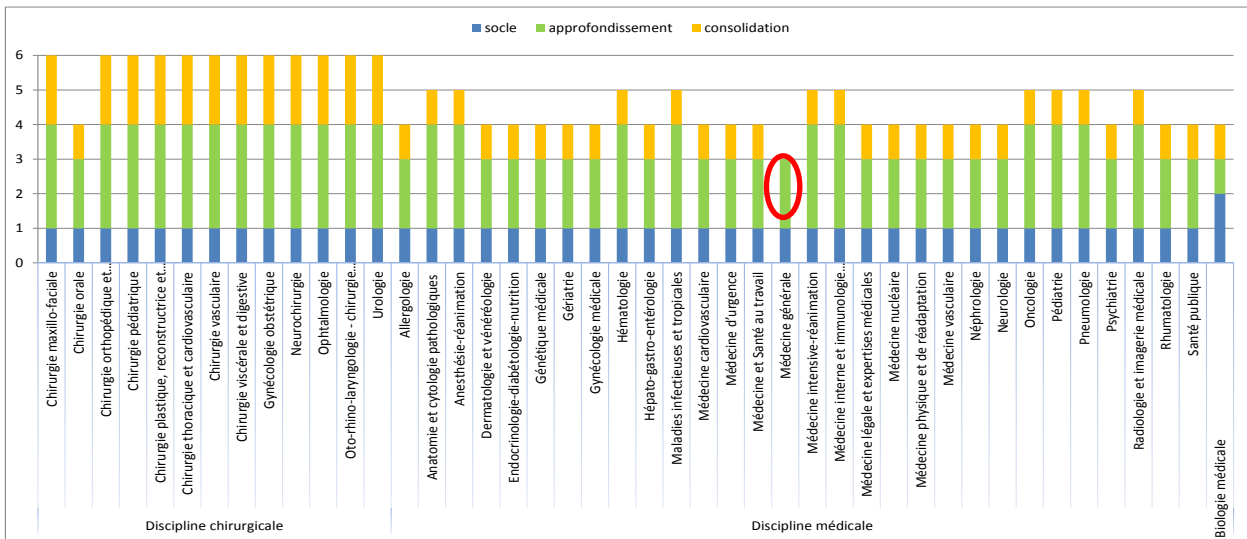
[75] Chacun des 44 DES comporte une maquette de formation, organisée en trois phases marquant une acquisition progressive des compétences attendues :

- la phase socle, d'un an, correspond à l'acquisition des connaissances fondamentales de la spécialité et des compétences transversales ;
- la phase d'approfondissement permet l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité. Sa durée est de deux ou trois ans pour les spécialités médicales et de trois ans pour les spécialités chirurgicales ;
- la phase de consolidation est une phase de formation qui prépare à l'exercice professionnel en autonomie. Elle est d'un an pour les spécialités médicales et de deux ans pour les spécialités chirurgicales. Cette phase n'est accessible que si la seconde phase a été validée et que la thèse d'exercice a été soutenue.

[76] Le DES de biologie médicale constitue une exception : la phase socle dure deux ans, la phase d'approfondissement un an, ainsi que la phase de consolidation.

[77] Le DES de médecine générale constitue une autre exception puisque son cursus ne comporte pas de phase de consolidation. Il a en effet été admis que sa mise en œuvre ne pouvait s'envisager qu'à la condition de disposer du nombre de maîtres de stages universitaires nécessaire, ce qui n'est pas encore le cas dans beaucoup de régions.

Graphique 2 : Durée des nouveaux DES (en année)



Source : mission, à partir de l'arrêté du 21 avril 2017

[78] À chaque phase correspond un référentiel de connaissances et compétences que l'étudiant devra impérativement valider pour progresser dans son cursus. Ce découpage qui traduit la progressivité de la formation permet également une densification de la formation puisque les futurs médecins accèdent dès leur première année de troisième cycle aux stages agréés de la spécialité choisie. L'un des objectifs poursuivis par cette densification est de réduire le délai d'installation des jeunes médecins, le post-internat perdant largement sa justification actuelle et n'étant plus nécessaire à la qualification.

[79] La durée des DES de la discipline chirurgicale s'établit à six ans, étant entendu que leur dernière année est comptabilisée pour l'accès au secteur 2, au même titre qu'une année de post-internat. La durée des DES de la discipline médicale varie de trois à cinq ans et est identique à la durée des DES antérieurs, à l'exception de deux spécialités, la pédiatrie et la pneumologie, dont la durée passe de quatre à cinq ans. D'autres spécialités auraient souhaité allonger leur cursus d'un an, au titre de la nécessité de maîtrise de gestes medicotechniques, sans obtenir satisfaction : l'hépatogastro-entérologie, la médecine cardiovasculaire et la néphrologie.

1.1.3.2 Les maquettes de formation explicitent les attendus pédagogiques mais sont d'une précision inégale

[80] À chacune des 44 spécialités correspond une maquette de formation, annexée à l'arrêté du 12 avril 2017, qui définit notamment la durée de la formation, et phase par phase, le programme des enseignements, les stages à accomplir, ainsi que les compétences et connaissances à acquérir. L'arrêté prévoit que ces maquettes fassent l'objet d'une évaluation périodique et puissent être révisées.

[81] Le degré de précision des maquettes varie selon les spécialités. Celles qui avaient développé des référentiels métiers ou de compétences ont pu élaborer des maquettes reposant sur les principales situations de soins que doit gérer le médecin (non seulement au moment de l'acte médical lui-même, mais aussi en amont et en aval) et les connaissances et compétences correspondantes.

[82] Ainsi, la spécialité de médecine générale dispose depuis 2009 d'un référentiel élaboré par le collège national des généralistes enseignants¹⁵. D'autres spécialités médicales, notamment celles à caractère médico-technique ont élaboré un référentiel. C'est le cas de la pneumologie qui dispose d'un référentiel du métier de pneumologue en lien avec le référentiel européen en pathologie respiratoire de l'adulte (Hermès). L'hépatogastro-entérologie s'appuie également sur un référentiel européen, formalisé dans un Blue book 2017 réalisé par la section compétente de l'union européenne des médecins spécialistes (UEMS).

[83] La bonne formalisation des savoirs à mobiliser et des compétences à maîtriser en situation d'exercice constitue une étape importante préalable à la définition des apprentissages de troisième cycle et à leur actualisation dans le cadre de la révision périodique des maquettes. À ce titre, il apparaît plus qu'utile que l'ensemble des spécialités puisse finaliser leurs travaux dans ce domaine.

1.1.3.3 Les maquettes de formation sont de nature à faciliter une évaluation objectivée de l'acquisition des connaissances et compétences par les internes

[84] Chaque maquette prévoit, phase par phase, les modalités de validation du parcours et des compétences. Cette évaluation s'appuie sur des outils qui accompagneront l'étudiant tout au long de son cursus.

[85] Le contrat de formation doit être signé avant la fin de la phase socle entre chaque étudiant, son coordonnateur de spécialité et de doyen de l'UFR. Un modèle de contrat doit être défini par arrêté ministériel. Il définira le projet professionnel de l'étudiant, les objectifs pédagogiques de la formation à suivre, l'option ou la FST que l'étudiant souhaite suivre, le parcours de recherche dans lequel il souhaite éventuellement s'engager, le sujet de thèse, etc. Le contrat est évolutif et pourra être adapté au cours du cursus.

[86] Un portfolio est annexé au contrat¹⁶. Il est renseigné par l'étudiant. Il comporte un carnet qui permet le recensement des actes effectués et d'attester ainsi des compétences acquises. Ces outils sont proposés dans un format numérique par la plateforme SIDES (système informatique distribué d'évaluation en santé) proposée par un groupement d'intérêt public (GIP) regroupant l'ensemble des universités assurant des formations en santé (université numérique en santé et sport – UNESS). Ils sont renseignés à la fois par l'étudiant et par le responsable médical du lieu de stage agréé ou le praticien agréé-maître de stage des universités (MSU) et permettent un suivi régulier de l'acquisition des compétences.

[87] Il est par ailleurs prévu que le contenu du portfolio soit transféré dans le portfolio professionnel qui doit suivre les médecins au cours de leur vie professionnelle.

1.1.3.4 L'accompagnement des étudiants est à la fois individuel et collégial

[88] Chaque étudiant est suivi par le coordonnateur local du DES, qui préside la commission locale de la spécialité. Il y en a donc 44 dans chaque subdivision. Le coordonnateur de spécialité participe à la commission régionale de la spécialité. Ces commissions s'assurent du suivi de la formation des étudiants et traitent des difficultés éventuellement rencontrées¹⁷.

¹⁵ Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, Collège national des généralistes enseignants, 2009. Voir aussi pour une mise en perspective plus historique, Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale, Paul Frappé, Claude Attali et Yves Matillon, Revue « Exercer », 2010, n°91, pages 41 – 43.

¹⁶ Article 14 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

¹⁷ Articles R. 632-13 et 14 du code de la santé publique et articles 10 et 11 de l'arrêté du 12 avril 2017.

[89] Si le rôle du coordonnateur de spécialité est renforcé par la réforme, le suivi pédagogique des étudiants prend aussi une dimension collégiale avec la mise en place de ces commissions de spécialité aux deux niveaux région et subdivision. Ces commissions rassemblent tous les acteurs impliqués dans la formation des étudiants : directeurs généraux d'ARS, directeurs des UFR, coordonnateurs, représentants de CHU et de CH et représentant des étudiants. En cas de difficulté ou de désaccord, l'étudiant a la possibilité de faire appel à la commission régionale de sa spécialité.

[90] Si la réforme marque un réinvestissement de l'université dans la formation de troisième cycle et l'évaluation des étudiants, elle s'accompagne aussi de la volonté de mobiliser un large cercle d'acteurs. L'analyse du fonctionnement de ces commissions permettra de constater si cet objectif se traduit concrètement.

1.1.3.5 L'offre de stages est diversifiée et élargie à l'échelle des régions

[91] Les maquettes comportent trois types de stages : les stages agréés à titre principal pour la spécialité d'inscription de l'étudiant, ceux agréés à titre complémentaire et les stages libres. L'agrément des terrains de stage est rénové et organisé par phase, pour accompagner la progression pédagogique de l'étudiant. L'agrément complémentaire, proposé par la commission de subdivision, permet de reconnaître l'apport pédagogique d'un terrain de stage pour un étudiant inscrit dans une autre spécialité.

[92] La réforme diversifie également l'offre de stages pour permettre à l'étudiant d'approcher tous les modes d'exercices et types de structures, notamment en ambulatoire. Sont envisagés des stages mixtes pour la découverte des deux modes d'exercice d'une même spécialité ou des stages couplés pour appréhender au cours d'un même stage deux spécialités différentes ou deux typologies d'activité différentes d'une même spécialité.

[93] Le décret du 16 janvier 2004 organisait précédemment le troisième cycle des études médicales dans des circonscriptions géographiques dénommées "interrégions", comprenant au moins trois centres hospitaliers universitaires. L'arrêté du 18 septembre 2017 recentre l'organisation du troisième cycle dans le cadre régional issu de la réforme territoriale de 2015. La possibilité de stages hors région demeure.

[94] L'évaluation de la qualité du stage lui-même est prévue et l'étudiant doit remplir chaque semestre une grille d'évaluation portant notamment sur les aspects pédagogiques et les conditions de travail et d'exercice.

1.1.3.6 Le recours à une plateforme numérique d'enseignement et d'évaluation permet de mutualiser et d'harmoniser les formations sur l'ensemble du territoire

[95] L'arrêté du 28 avril encourage (article 5) « l'utilisation de méthodes pédagogiques innovantes dans le cadre d'une approche par compétences » : e-learning, évaluation en ligne, méthodes de simulation, groupes d'échanges, etc. La plateforme nationale des disciplines (PND) du GIP UNESS a été choisie par les universités pour proposer en ligne un enseignement théorique et des évaluations pour chacune des spécialités, phase par phase. L'ensemble des étudiants aura donc accès aux mêmes enseignements et évaluations sur tout le territoire.

[96] La mise en ligne des enseignements pour la phase socle des 44 DES a été réalisée. Des sessions de formation ont été organisées à l'attention des enseignants. Cette dynamique a permis d'harmoniser les contenus de formation, de mutualiser l'effort de préparation des enseignements. L'accès à la PND permettra, par spécialité, d'accéder aux modules de formation, de mettre en œuvre leur évaluation. Mais comme le note le responsable national de la plateforme SIDES¹⁸, « *l'usage du e-portfolio est associé une « culture pédagogique » qui n'est pas encore partagée par tous, tant du côté des enseignants que du côté des apprenants* ». L'usage de la PND suppose donc une appropriation de la part des enseignants et des internes, appropriation qui devrait être facilitée par l'usage intensif par les étudiants de deuxième cycle de la plateforme SIDES pour la préparation des ECN.

[97] La présence sur la même PND du portfolio et de son carnet permettra d'assurer le suivi des stages. Le portfolio est rempli par l'étudiant sur la base des travaux significatifs et des pièces justifiant du parcours de formation. Le carnet de stage est renseigné par le responsable médical du lieu de stage ou par le praticien agréé-maître de stage. Il permet de suivre précisément les actes techniques, interventions ou gestes de l'interne en stage, avec la distinction entre ceux qui sont fait en étant supervisé par un senior, ceux qui sont fait avec l'aide d'un senior et ceux fait en autonomie et contrôlé a posteriori par un senior.

1.1.4 La réforme du troisième cycle favorise encore peu l'objectif de santé publique d'une approche globale des patients et portant les messages de prévention

[98] L'arrêté du 12 avril 2017 prévoit (article 2) qu'au-delà de l'acquisition « des connaissances et compétences qui permettent au médecin de dispenser dans sa spécialité des soins de qualité » le troisième cycle lui permette de « participer à l'amélioration de l'état de santé global des populations ». Il précise notamment que le futur médecin doit devenir un acteur de la santé publique en contribuant « à la bonne gestion des ressources, à l'efficacité et à l'efficience du système de soins et à l'amélioration de l'état de santé global des patients et des populations ».

[99] À cet égard, la réforme comporte le risque du développement de 44 formations tubulaires dans lesquelles la transversalité pourtant voulue par le législateur (les co-DES et les FST) et la fonction d'acteur de santé publique pourraient avoir du mal à s'exprimer, et notamment l'ensemble des approches liées à la prévention, alors qu'il s'agit d'un des thèmes prioritaires autour desquels s'organiseront les grands chantiers en matière de santé à moyen et long terme, tel qu'annoncé lors du lancement des travaux de la stratégie nationale de santé en septembre 2017.

1.2 La mise en œuvre de la réforme appelle un accompagnement fort

[100] La mise en œuvre accélérée de la réforme en 2017 et une compréhension inégalement partagée des enjeux ont pu dans plusieurs territoires entraîner des difficultés de mise en œuvre, ainsi que des tensions avec certains acteurs.

¹⁸ Olivier Palombi, PU-PH, Université Grenoble-Alpes.

1.2.1 Les premiers effets de la réforme suscitent des inquiétudes

1.2.1.1 Les insuffisances des systèmes d'information ont entraîné des difficultés

[101] Les débuts de la mise en œuvre de la réforme ont été marqués par le constat de l'inadaptation du système d'information de gestion d'affectation et de suivi des internes dit IMOTEP¹⁹. Les insuffisances de cette application qui n'intégrait pas encore les nouveautés de la réforme ont conduit à des difficultés dont il est fait état dans la partie 3 du présent rapport.

[102] Les premières répartitions en stage des internes se sont souvent faites de façon « manuelle » en utilisant des tableurs. Il est donc important que l'application IMOTEP permette dès début 2018 un traitement automatisé de l'offre de stages en prenant en compte les 44 spécialités et la différenciation des trois phases de formations, tout en permettant la gestion des internes relevant de l'ancien système.

1.2.1.2 Les stages doivent répondre à la fois aux besoins des internes relevant de l'ancien régime des études et à ceux du nouveau

[103] Les terrains de stages proposés aux étudiants doivent tenir compte de leur avancement dans la formation, que ce soit pour les internes les plus avancés comme pour les étudiants de la nouvelle phase socle. Ces deux types d'internes peuvent être accueillis dans les mêmes services mais les responsabilités qui leur sont confiées et leur encadrement doivent différer. L'hétérogénéité des niveaux des étudiants accueillis en stage est un sujet déjà connu avant la réforme mais il a été amplifié par la réforme du fait de la transition à opérer. Les internes relevant de l'ancien régime sont ainsi attentifs à ne pas être « sacrifiés ».

[104] Des interrogations se sont également faites jour dans certaines facultés sur la nature et la quantité des terrains de stages. Ils doivent être en nombre suffisant pour correspondre aux besoins des internes de la spécialité comme à ceux des internes d'autres spécialités, auxquels les maquettes de formation ouvrent la possibilité de stages libres ou dans des spécialités voisines.

1.2.1.3 La qualité du suivi des internes par les coordonnateurs est un enjeu

[105] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont relevé que les coordonnateurs, côté université, ou les maîtres de stages, côté encadrement des stagiaires en médecine générale, avaient pu disposer d'informations inégales sur les aspects organisationnels et opérationnels de la réforme. Cette hétérogénéité est évidemment appelée à s'estomper au fur et à mesure de l'appropriation du nouveau dispositif par l'ensemble des acteurs de terrain.

¹⁹ IMOTEP est un outil de gestion des internats en médecine, odontologie et pharmacie. Il est destiné d'une part aux agents des ARS ; et, d'autre part, destiné aux unités de formation et de recherche et aux centres hospitaliers universitaires de rattachement.

[106] La région Ile-de-France est confrontée à une autre difficulté, spécifique. Les coordonnateurs des spécialités peuvent en effet ne pas connaître de façon précise tous les étudiants de leur spécialité eu égard à leur nombre et surtout à l'organisation particulière en place. Ainsi, les étudiants venant de province sont inscrits dans l'UFR de médecine du coordonnateur de spécialité, qui n'est pas forcément l'UFR de stage, ce qui pose la question de la bonne connaissance des internes par le coordonnateur et de leur suivi. Même si le coordonnateur régional s'appuie sur six coordonnateurs locaux et le cas échéant des coordonnateurs adjoints, la taille des effectifs en Ile-de-France rend délicate cette organisation.

1.2.1.4 Les établissements de santé ont manifesté des inquiétudes

[107] Les représentants des centres hospitaliers généraux (CHG) ont fait part de leur crainte d'une diminution significative du nombre d'internes dans les services de médecine polyvalente et de gériatrie. Plusieurs raisons concourent à cette inquiétude. D'une part, la maquette de formation en médecine générale offre moins de possibilités de passage et d'accueil dans les services hospitaliers en donnant la priorité à l'accueil dans des stages en ambulatoire. Ce sont les services de médecine polyvalente qui pourraient souffrir le plus de ce rééquilibrage²⁰. D'autre part, le nouveau troisième cycle densifie la formation au profit des spécialités avec un déroulement des stages favorisant, en phase socle, le passage dans les établissements à encadrement universitaire.

[108] Ces difficultés risquent d'affecter particulièrement l'Ile-de-France, celle-ci conjuguant à la fois une diminution du nombre d'étudiants choisissant la médecine générale dans la région et une diminution du nombre d'internes dans les services de médecine polyvalente à l'occasion de la nouvelle spécialisation établie en faveur des DES de médecine d'urgence et de gériatrie.

[109] Cependant, les données en provenance des régions, relatives à la première affectation en stage de la nouvelle promotion des étudiants de troisième cycle, ne permettent pas encore de connaître la réalité et l'étendue des difficultés rencontrées, mais semblent relativiser les craintes exprimées en septembre.

1.2.2 Des craintes sont exprimées sur le maintien de la qualité des formations

1.2.2.1 Des doutes sont exprimés par les différents acteurs sur la capacité à se former dans les conditions prévues par la réforme

[110] Les représentants de certaines spécialités, qui ont demandé l'allongement de quatre à cinq ans de la formation, ont exprimé la crainte de ne pouvoir réaliser les objectifs de formation prévus dans la maquette de leur spécialité.

[111] Ainsi les représentants de l'hépatogastroentérologie qui doivent réaliser un certain nombre d'actes médico-techniques au long de leur troisième cycle (objectifs chiffrés qui figurent dans la maquette) ont fait part de leur inquiétude quant à la possibilité de les avoir effectués en fin d'internat.

[112] De leur côté, les représentants de la néphrologie, dont la maquette prévoit cinq semestres de stages dans la spécialité et trois stages libres, au lieu de quatre et quatre, craignent une moindre qualité de la formation par la réduction des stages réalisés hors de la spécialité.

²⁰ Voir par ailleurs le rapport « Médecine polyvalente à l'hôpital, Rapport et recommandations » du groupe de travail présidé par le Pr. Philippe Morlat, à la demande de la Fédération Hospitalière de France, décembre 2017.

[113] Le bon déroulement des stages et la réalisation des objectifs tels qu'ils sont prévus dans les maquettes, dans la durée impartie, dépend de plusieurs facteurs : nombre d'internes dans une spécialité, nombre de stages agréés ouverts, parcours individuels des étudiants qui peuvent avoir des interruptions ou connaître des changements (y compris la non validation de stages) dans le cursus. Cet élément devra être pris en compte dans l'évaluation des maquettes.

1.2.2.2 L'accès aux options et aux FST sera contingenté

[114] Les textes prévoient que l'accès aux options et aux FST sera contingenté. Ces formations complémentaires devraient être gérées par chaque université et une régulation nationale sera assurée par les ministères concernés, soit a priori, ce qui semble complexe, soit a posteriori. Des objectifs quantitatifs en fonction des besoins de santé et de formation seront fixés, contingentant de fait les possibilités offertes, plus ou moins fortement.

[115] Chaque étudiant volontaire devra déposer un dossier étudié par la commission locale de spécialité. Elle donnera un avis en tenant compte à la fois du projet professionnel de l'étudiant et du nombre de places disponibles. Les étudiants seront très attentifs à ce contingentement.

1.2.2.3 Les organisations d'étudiants et d'internes demandent à avoir une meilleure visibilité sur la phase de consolidation et le post-internat

[116] Jusqu'à la réforme et dans l'ancien système toujours en vigueur pour les internes entrés avant 2017, le choix de réaliser un post-internat répondait à trois préoccupations indépendantes ou non : poursuivre une carrière hospitalo-universitaire, continuer à se former et renforcer leurs compétences, ou accéder au secteur 2, prévu par les conventions médicales. Les internes expriment la crainte d'un accès plus difficile au secteur 2 à la sortie de leur cursus de formation post-DES. Cette crainte résulte d'au moins deux éléments.

[117] D'une part, les entretiens menés par la mission ont mis en évidence une forme d'incompréhension par certains interlocuteurs de ce qu'est la phase de consolidation, ne lui reconnaissant pas de valeur formative, contrairement aux dispositions des textes réglementaires et maquettes. Il s'agit bien d'une phase de formation, conduisant à une autonomisation progressive de l'étudiant vers l'exercice professionnel, ladite phase débouchant sur la possibilité d'une installation à son terme. Elle n'est pas conçue comme une période transitoire débouchant sur un nouveau cycle de formation pour la majorité des étudiants, nouveau cycle qu'incarnait la formation post-DES avant la réforme.

[118] D'autre part, la réforme emporte une évolution relative à l'accès au secteur 2 dont les modalités d'accès semblent une préoccupation forte pour les internes souhaitant s'installer à Paris et en Ile-de-France. Actuellement, l'accès au secteur 2 est réservé, selon les termes de la convention médicale, aux anciens chefs de clinique-assistants ou assistants des hôpitaux. Ces titres ne sont obtenus qu'après deux ans de fonctions effectives en cette qualité. Dans le nouveau dispositif la phase de consolidation compte comme une année pour l'accès au secteur 2. Il reste alors aux étudiants de troisième cycle à accomplir une année comme chef de clinique assistant ou assistant des hôpitaux pour remplir la condition d'accès au dit secteur.

[119] Néanmoins l'augmentation du nombre de médecins en formation, à raison de la croissance passée du numérus clausus et donc in fine du nombre d'internes, n'entraînera pas a priori une augmentation du nombre de postes de chefs de cliniques et d'assistants ouverts. Cette situation posera donc la question de l'accès au post-internat d'un nombre de candidats plus important. À l'aube de la réforme les autorités ministérielles avaient indiqué que la réforme de l'internat ne se ferait pas au détriment du nombre de postes offerts pour le post-internat. Les évolutions possibles du post-DES font l'objet de développements dans la partie 3 du rapport.

1.2.2.4 Les modalités de réalisation d'un second DES restent à définir

[120] La réforme a fait apparaître de nouvelles spécialités, parfois proches, et a fait disparaître les DESC, voire certains DES, tels ceux de chirurgie générale ou de chirurgie de la face et du cou. La question des évolutions de l'exercice professionnel et du passage d'une spécialité à une autre au long de la carrière nécessite de penser les passerelles et les possibilités d'évolution.

[121] Le décret 2017-535 du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études médicales prévoit, à compter du 1er janvier 2021, l'accès en formation continue à l'université des médecins en exercice, avec une opportunité de préparer une option ou FST, et même d'obtenir un deuxième DES donc de changer de qualification.

[122] Le CNOM s'est montré néanmoins particulièrement réservé sur les modalités effectives qui ne sont pas encore précisées. L'article 4 prévoit que la commission régionale de coordination de la spécialité proposera aux ministres les « aménagements de cette formation afin de tenir compte de l'expérience préalablement acquise. Les dispenses envisagées ne peuvent excéder la moitié de la durée minimale de la formation de médecin spécialiste concernée ». Si le médecin en exercice devait reprendre, sans statut défini et aux côtés d'étudiants en formation initiale, une formation longue d'au moins deux ans avec impossibilité de maintenir ses revenus professionnels, la réalisation d'un deuxième DES n'apparaîtrait pas réaliste. Les modèles de reconversion sur un statut de médecin collaborateur pris en charge par l'entreprise pour les médecins du travail, ou de prise en charge des praticiens hospitaliers en reconversion par le CNG, pourront utilement être étudiés dans ce cadre.

[123] La question du changement de spécialité doit être traitée, particulièrement pour des spécialités proches. Une plus grande ouverture de l'université aux profils concernés, des parcours adaptés, des conditions d'enseignements et de stages personnalisés pourraient sans doute constituer les préalables à une requalification sous la responsabilité de l'université et le contrôle de l'Ordre.

Recommandation n°1: Définir pour les médecins en exercice s'inscrivant dans un deuxième DES les modalités pédagogiques, de rémunération et de financement qui seront offertes à compter du 1er janvier 2021.

2 L'ÉVALUATION DOIT ÊTRE BASÉE SUR UNE GOUVERNANCE ÉLARGIE, DES DONNÉES PARTAGÉES, ET DES CRITÈRES OBJECTIVES

[124] Les textes encadrant la réforme du troisième cycle des études de médecine permettent des révisions et évolutions périodiques des maquettes de formation. Ils apportent la souplesse nécessaire à l'adaptation continue de la formation, afin de prendre en compte le caractère évolutif du métier des médecins spécialistes. La comparaison internationale des durées de formation, souvent évoquée, demeure complexe et multifactorielle ; elle permet des ajustements mais n'est pas pertinente seule (2.1). Toute évolution majeure des contenus voire des durées de formation doit être objectivée par l'analyse du besoin en santé, des données d'activité professionnelle, des parcours de formation, selon des critères communs et documentés (2.2). L'évaluation nécessite la mobilisation d'acteurs, d'outils et de compétences aujourd'hui dispersés. La définition de référentiels « métier » pour chaque spécialité, la prise en compte de critères d'évaluation et de révision partagés, la mobilisation des moyens nécessaires à l'exploitation et l'analyse des données, apparaissent nécessaires pour la bonne conduite des travaux des instances de suivi et d'évaluation (2.3).

2.1 Les comparaisons internationales des durées de formation permettent des ajustements mais leur caractère multifactoriel doit être intégré pour éviter les conclusions hâtives

2.1.1 La procédure du « régime général européen » organise la reconnaissance des formations de spécialités entre les Etats membres et définit des durées minimales de formation

[125] Une directive de 2005²¹ organise la reconnaissance par les pays membres de l'Union européenne des qualifications pour les médecins et définit des objectifs généraux et des durées minimales de formation. La formation médicale de base doit comporter au moins cinq années d'études, qui peuvent en outre être exprimées en crédits ECTS²², et au moins 5 500 heures d'enseignement théorique et pratique dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université. Les durées minimales des formations médicales spécialisées ne doivent pas être inférieures aux durées fixées par la directive. L'annexe V de la directive liste 55 spécialités médicales par leur intitulé, avec des durées minimales de formation de trois à cinq ans.

[126] Les contenus des formations de spécialités ne sont pas normés par la réglementation européenne, la directive ne listant que des objectifs généraux. Des travaux sont par ailleurs menés au niveau des différentes sections de l'union européenne des médecins spécialistes (UEMS), et des organisations professionnelles, mais la directive européenne ne définit pas de maquette de formation européenne décrivant le contenu de chacune des spécialités recensées par l'annexe V de la directive.

²¹ La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, modifiée par la directive 2013/55/UE traite dans ses articles 24 à 30 des formations médicales « de base » et « de médecin spécialiste ». Elle fixe notamment des durées minimales de trois, quatre ou cinq ans précisées dans l'annexe V pour 55 spécialités médicales reconnues ou non dans chaque Etat membre. Elle est entrée en vigueur le 17 janvier 2014, le délai de transposition étant fixé au 18 janvier 2016.

²² Le système européen ECTS est centré sur l'apprenant à des fins d'accumulation et de transfert de crédits. 60 crédits ECTS correspondent aux résultats d'apprentissage et à la charge de travail associée à une année universitaire à plein temps (ou son équivalent) http://ec.europa.eu/education/ects/users-guide/key-features_fr.htm#ectsTop

[127] Pour les médecins à diplômes extra-européens, les autorisations d'exercice sont délivrées par le ministre chargé de la santé pour les professions médicales, sur avis de commissions d'autorisation d'exercice auxquelles participent les ordres professionnels. Des mesures compensatoires peuvent éventuellement être demandées.

[128] Par ailleurs, une mission de réflexion sur le second cycle des études médicales a été confiée au président de la conférence des doyens de facultés de médecine, M. Jean-Luc Dubois-Randé, et à M. Quentin Hennion-Imbault. La directive européenne prévoit depuis 2013 une formation de base en « au moins 5 ans et 5500 heures de formation ». Sur ce point, la mission préconise en cohérence de vérifier si le second cycle peut être organisé différemment, avec une année de stage pratique sur le modèle évoqué ci-après du « Foundation program » britannique ou suédois, avant d'aborder le troisième cycle rénové.

2.1.2 Pour autant les durées de formation aux spécialités sont hétérogènes, avec en France des formations plutôt courtes et plus spécialisées par rapport aux autres pays

[129] Le CNOM a mené en 2015 dans le cadre du réseau européen des autorités médicales compétentes²³, où il représente la France, une étude auprès des 32 pays membres (dont les 28 pays membres de l'union européenne (UE)) sur la reconnaissance effective ou non des spécialités médicales et la durée réelle des formations, comparée à l'annexe V de la directive. Les éléments détaillés sont joints en annexe 3, le CNOM proposera au réseau européen une actualisation en 2018.

[130] L'enseignement principal de l'étude est que tous les pays répondants respectent les durées minimales de formation de médecin spécialiste fixées par la directive, à une exception près²⁴. Si les intitulés des 55 spécialités listées par la directive sont parfois obsolètes ou redondants, la France reconnaît 39 des spécialités de l'annexe V. Elle figure souvent dans le groupe de pays où la durée de formation est la plus courte, et se situe le plus souvent au minimum fixé par la directive, à deux exceptions près²⁵. Le Royaume-Uni figure très souvent dans le groupe de pays où la durée de formation est la plus longue, avec un allongement sensible par rapport aux durées les plus courtes et aux durées minimales de la directive. Le Royaume-Uni reconnaît 45 spécialités sur 55 et se situe dans 31 cas sur 45, à la durée la plus longue, pouvant aller jusque huit années.

2.1.3 La seule comparaison des durées de formation des spécialités n'est pas significative

[131] La mission a conduit une enquête sur l'organisation des formations générales et de spécialités en Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, Etats-Unis et Suède, à partir des contributions des conseillers sociaux des postes diplomatiques concernés, via la délégation des affaires européennes et internationales du ministère en charge de la santé. C'est à partir de ces éléments que les constatations qui suivent ont été faites. Une synthèse des contributions est présentée en annexe 4.

²³ ENMCA : European Network of Medical Competent Authorities.

²⁴ Selon la réponse de la Roumanie, la santé publique (community medicine) est formée en trois ans, au lieu des quatre ans fixés par la directive.

²⁵ Selon la réponse française, la stomatologie (reconnue uniquement en France et au Portugal) est formée en quatre ans (cinq au Portugal) au lieu du minimum de trois ans fixé par la directive, et la chirurgie digestive et viscérale (gastroenterological surgery), reconnue par six pays seulement, est formée en six ans, comme dans les autres pays répondants à l'exception de la Norvège qui indique sept ans, au lieu du minimum de cinq ans fixé par la directive.

[132] Le cursus complet de la formation médicale, inscrite dans le schéma de Bologne (Licence / Master / Doctorat), le processus de sélection, le statut de l'étudiant en formation de spécialisation, l'organisation du système de santé, sont autant d'éléments à prendre en compte pour appréhender les durées de formation à la pratique de la médecine. Les éléments de comparaison internationale synthétisés en annexe 4 mettent en évidence que l'organisation des cursus de formation est très variable selon les pays et répond notamment à des enjeux d'organisation territoriale, d'organisation des soins, de statut des institutions et d'histoire.

2.1.3.1 Les premières années de formation communes à la médecine sont plus ou moins rapidement orientées vers la médecine pratique et appliquée

[133] La formation médicale de base est le plus souvent d'abord théorique, faite d'enseignements généraux en sciences dans un premier temps, puis suivie d'enseignements ciblés vers la médecine et finalement de stages pratiques. Cependant, là où les Etats-Unis prévoient quatre premières années d'enseignements théoriques non exclusivement scientifiques, avant d'enseigner la médecine en quatre années supplémentaires, portant à huit années la durée de la formation médicale de base, la France et l'Allemagne orientent très rapidement les enseignements théoriques vers la médecine appliquée et centrée sur le patient, puis vers la pratique clinique. Certains pays intègrent également dans la formation médicale de base des enseignements pratiques équivalents aux premières années d'internat en France, tels que les Foundation Years au Royaume-Uni et l'internat de médecine générale en Suède, portant à sept années minimum la durée de la formation médicale de base avant spécialisation.

2.1.3.2 Les modalités de sélection, d'enseignement, d'exercice et de mise en responsabilité semblent notamment influencer sur la durée des formations de spécialités.

[134] L'entrée en formation spécialisée peut se faire sur concours organisé à l'échelon national (France, Italie, Espagne – durées globalement plus courtes), ou par sélection directe des candidats par des organismes de formation et de soins, qui ouvrent des postes selon leurs besoins et sous le contrôle des institutions nationales ou régionales chargées de garantir la réponse au besoin de santé de la population (Suède, Allemagne, Royaume-Uni, Etats-Unis – durées globalement plus longues).

[135] La formation aux spécialités médicales est organisée en milieu professionnel, avec une dimension universitaire variable. En Suède et en Allemagne, les médecins en formation ne dépendent plus de l'université, ce sont les organismes d'accueil qui organisent l'acquisition des compétences et des connaissances cibles. Dans ces deux pays, les durées de formation apparaissent légèrement plus longues qu'en France, mais plus courtes qu'aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, où le cadre universitaire reste important. La professionnalisation exclusive de la formation pourrait jouer sur la durée.

[136] L'homogénéité des formations est assurée par des référentiels ou curriculum ou maquettes pour chaque spécialité. Leur élaboration implique systématiquement les responsables de spécialités de manière collégiale. L'Allemagne et les Etats-Unis, qui sont des Etats fédéraux laissent une certaine liberté aux institutions de formation régionales ou privées, en fonctionnant avec des maquettes de formation modèles qui prévoient des durées minimales de formation, et dont les contenus peuvent ensuite être adaptés selon les lieux de formation (aux Etats-Unis) ou par les régions (en Allemagne). Les outils de suivi des acquisitions tout au long de la formation sont plus ou moins élaborés, du reporting électronique aux Etats-Unis, au livret personnel en Italie. L'accompagnement par un professionnel tout au long du cursus, ou « compagnonnage » reste la règle. L'application de la directive européenne sur le temps de travail et la prise en compte, ou non, du temps de formation dans la durée de travail hebdomadaire, ne semble pas être un facteur prépondérant dans l'allongement de la durée de formation.

[137] L'autonomie en phase de spécialisation dépend particulièrement du statut des étudiants, en lien avec la formation médicale de base. Diplômés de médecine à leur entrée en spécialisation en Suède, en Allemagne, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, ils ont davantage un statut de « médecin assistant » avec une prise de responsabilité précoce et limitée aux actes qu'ils maîtrisent. Particulièrement au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, la formation aux spécialités médicales est plutôt plus longue, avec des tronc communs favorisant une approche pluridisciplinaire. Là où la formation de spécialisation et le processus de sélection restent majoritairement pilotés par l'université (France, Italie, Espagne) et où le diplôme de médecine est délivré en fin de formation, la mise en responsabilité ciblée sur la spécialité semble plutôt assurée en fin de parcours. Dans ces pays les formations aux spécialités médicales sont plutôt plus courtes, et moins généralistes.

2.1.3.3 Le choix d'une approche pédagogique pluridisciplinaire ou centrée sur la spécialité semble également être un déterminant de la durée.

[138] Une responsabilisation professionnelle limitée mais précoce semble associée à des durées de formation de spécialités plus longues, avec une première phase de formation plutôt générale et transversale (cas du Royaume-Uni et des Etats-Unis). Le découpage des spécialités et sous-spécialités aux Etats-Unis en est une illustration avec plutôt peu de spécialités, organisées en tronc communs (24, par exemple la médecine interne en trois ans), et de nombreuses sous-spécialisations proposées ultérieurement en complément (une centaine, par exemple cardiologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, en un à quatre ans après la spécialisation de médecine interne). Les modèles de formation plus ciblés et plus courts semblent davantage associés à une « hyper-spécialisation » et une mise en responsabilité en fin de formation, avec un plus grand nombre de spécialités filiarisées d'emblée.

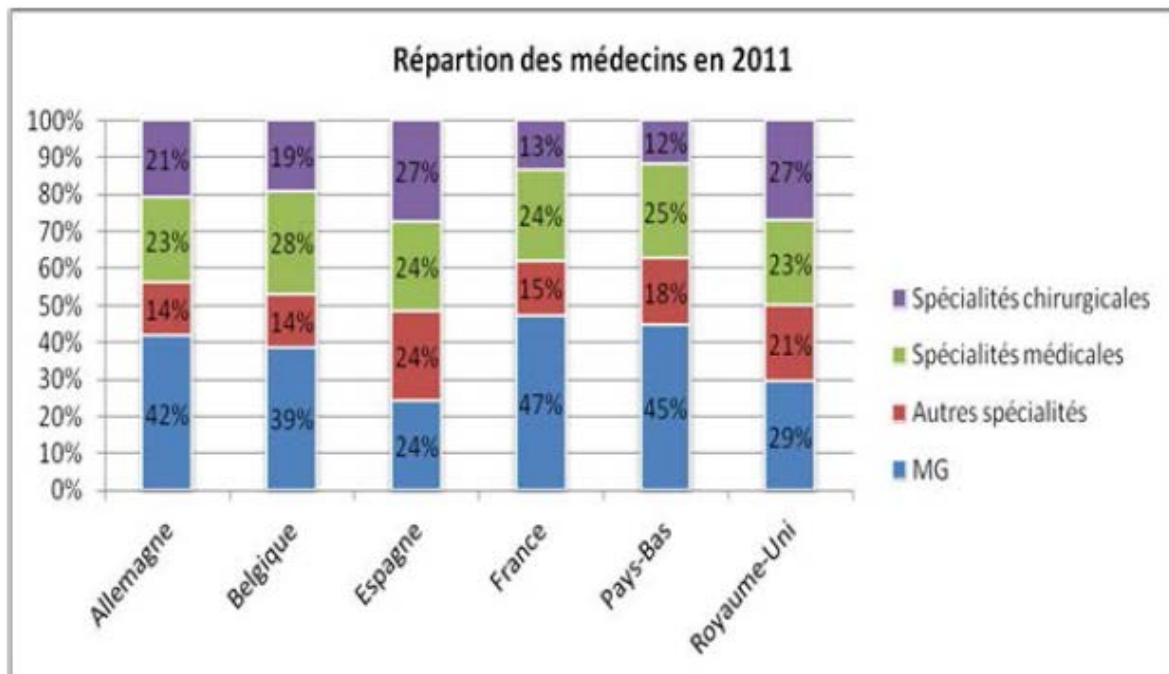
2.1.4 Chaque pays a de fortes particularités dans l'organisation de son système de santé

[139] Les spécialités médicales et chirurgicales peuvent être exercées soit en cabinet de ville et en exercice libéral, soit en établissement de santé public ou privé doté d'un plateau technique chirurgical ou interventionnel ; les modes de rémunération des praticiens, les statuts des établissements et des personnels peuvent être très différents d'un pays à un autre, ainsi que les systèmes de protection sociale obligatoire et complémentaire, et la part laissée à la charge du patient.

[140] La densité médicale (nombre de médecins pour 1 000 habitants) est variable selon les pays, de 4,1 en Allemagne à 2,8 au Royaume-Uni et 3,1 en France en 2016²⁶. La part de praticiens en médecine générale est contrastée : 49 % en France, 45 % en Allemagne, 28 % au Royaume-Uni. La dépense courante de soins en pourcentage du PIB s'établit à 11,3 en Allemagne, 11 en France et 9,7 au Royaume-Uni. L'organisation hospitalière est très différenciée, avec 8,1 lits pour 1 000 habitants en Allemagne, 6,1 en France et 2,6 au Royaume-Uni, même si le secteur emploie un nombre équivalent de personnes (1,3 million dans les trois pays, données OCDE), avec des densités d'emploi très contrastées.

[141] La répartition entre médecins généralistes et autres spécialistes est également différente, la France ayant la plus forte proportion de généralistes, même si elle est en baisse tendancielle, comme l'indique le graphique tiré de l'étude ONDPS de 2015 sur les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens.

Graphique 3 : Répartition des médecins selon les spécialités, 2011



Source : *Les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans cinq pays européens*, ONDPS, mars 2015

[142] Enfin, la répartition fine des spécialités ou des spécialistes, leurs lieux et modes d'exercice, leurs modes de coopération avec les autres professionnels de santé sont également différents. Ainsi les généralistes britanniques, comme aux Pays-Bas, assurent la porte d'entrée de l'accès aux soins de spécialité (ils sont dits « gate-keepers ») et restreignent l'accès aux spécialistes qui exercent majoritairement à l'hôpital, avec des écarts de rémunération assez faibles.

²⁶ Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens, volume 1, Mars 2015 – ONDPS

[143] Ces éléments sont déterminants dans l'organisation de la formation aux spécialités médicales, et notamment dans les contenus de formation et la diversité des lieux de stage proposés (tout hôpital versus ambulatoire). La réalisation de stages en milieu ambulatoire occupe par exemple une place importante de la formation aux Etats-Unis et en Suède notamment. On pourra par ailleurs considérer nécessaire de former de manière systématique à des actes techniques des spécialistes qui n'exerceraient qu'au moyen de plateaux de haute technicité dans des établissements équipés (cliniques, hôpitaux, etc.), ce qui ne serait pas le cas si une grande proportion d'entre eux exerçait en ville en cabinet individuel.

2.1.5 La veille internationale est nécessaire au maintien d'une formation de haut niveau

[144] La comparaison à l'échelon européen des contenus et des durées de formation aux spécialités médicales présente des limites certaines. Il n'en reste pas moins nécessaire que les médecins formés en France restent « au niveau » de leurs homologues. Il s'agit notamment de permettre les passerelles entre les différents pays, particulièrement importantes aux travaux de recherche dans des équipes internationales, d'être en capacité d'intégrer rapidement les évolutions technologiques développées dans d'autres pays ou de les promouvoir de la France vers l'international, de prendre en compte rapidement les meilleures méthodes de soins pour répondre aux besoins de la population.

[145] Ce n'est pas tant la comparaison des durées qui doit focaliser l'attention, que l'évolution des enseignements à l'aune de l'évolution des connaissances scientifiques et techniques et en lien avec l'organisation du système de soins français. Pour cela, une veille internationale et des liens privilégiés entre représentations de spécialités à l'international doivent être privilégiés.

[146] Dans ce cadre, le CNOM et les enseignants soulignent que, même si la formation des médecins français est parmi les moins longues et que leur spécialisation débute relativement tôt, elle est aujourd'hui internationalement reconnue pour sa qualité et particulièrement valorisée dans les autres pays, membres de l'UE et hors UE.

2.2 L'analyse des données d'activité de chaque spécialité pour une description objectivée des besoins de santé est un exigeant chantier collectif

[147] Assurer que les médecins en exercice sont ceux dont le système de santé et la population ont besoin implique impérativement de mieux lier les contenus de formation, initiale et continue, au besoin en santé de la population, à l'évolution de l'organisation des soins et aux innovations technologiques. Il n'existe cependant pas aujourd'hui de description de l'activité des spécialités, ni du besoin en santé correspondant, et les données disponibles ne sont pas recueillies ni organisées dans cet objectif. Les ouvertures de postes et les évolutions de référentiels de formation ne sont pas ou peu basées sur des données objectives issues de l'exploitation des données et des connaissances en santé publique. La démarche est davantage empirique. Former les « médecins de demain » implique une large réflexion sur le sujet.

2.2.1 Les outils existants ne permettent pas la connaissance fine de l'activité professionnelle des spécialistes en exercice

[148] Les professionnels et décideurs, en région ou au niveau national, ne disposent pas d'une appréciation fine et objectivée de l'activité des professionnels de santé par spécialité médicale, voire par surspécialité ou type d'exercice, malgré la richesse des données statistiques produites par ailleurs par les ministères, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et diverses institutions. Or cette donnée traduit pour partie le besoin en santé de la population.

[149] L'appareil statistique n'est pas organisé pour donner une vision décloisonnée des professionnels et de leur exercice dans une spécialité donnée. Ainsi, les données hospitalières sont médicalisées finement pour les hospitalisations complètes ou incomplètes, mais sans qu'il soit possible de les lier à l'activité d'un praticien, et très peu pour les actes et consultations externes décrits par la nomenclature des actes de ville. Les données de remboursement à l'acte par l'assurance maladie concernent quant à elles exclusivement l'exercice libéral et peuvent ne comporter aucune indication de pathologie. Il est donc actuellement impossible de quantifier ou même de qualifier pour une spécialité médicale, l'activité de l'ensemble des professionnels, libéraux, salariés, et mixtes.

[150] Les outils de description de l'activité médicale ont été développés pour répondre à des objectifs bien particuliers : facturation hospitalière, description médicalisée de cette activité, et facturation des actes et consultations externes en ville et à l'hôpital selon la nomenclature, sans viser une description harmonisée des parcours et des prises en charge, qui intégrerait à la fois la pathologie du patient, notamment pour les pathologies chroniques, et la spécialité médicale des intervenants médecins.

2.2.2 Des études, menées de manière dispersée, illustrent les possibilités d'analyse de l'activité des professionnels et du besoin en santé

[151] Dans le cadre des travaux du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), un cadrage sur l'activité des spécialités en secteur libéral et en consultation externe des établissements de santé a été réalisé par la CNAMTS à partir des données du Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). La répartition entre les actes cliniques et techniques a été détaillée au regard de la nomenclature des actes pour les principales spécialités. Les résultats, dont quelques extraits sont documentés en annexe 5, illustrent la possibilité de différencier le profil d'activité des spécialistes en milieu libéral, sans pour autant qu'il soit possible de lier ces actes à la pathologie du patient. L'exercice en milieu hospitalier reste plus difficile à documenter, avec uniquement une exploitation faite des données de consultation externe. En effet le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrit les ressources hospitalières mises en œuvre autour du séjour d'un patient avec une pathologie, mais sans indication des praticiens effecteurs ou prescripteurs internes et de leur spécialité.

[152] La CNAMTS a également réalisé une analyse de l'activité des spécialistes de cardiologie pour l'année 2015, uniquement sur le secteur libéral, par extraction des actes enregistrés dans la base de données individuelles des bénéficiaires du SNIIRAM, documentée en annexe 6. L'activité des 4 628 cardiologues avec une activité significative a été étudiée, et mise en perspective avec la démographie et la répartition territoriale. Il ressort notamment que plus des deux tiers de l'activité des cardiologues libéraux est concentrée sur trois types d'actes : l'échographie cardiaque, la consultation, l'électrocardiographie. Sept classes de cardiologues sont mises en évidence par la typologie d'activité. Les deux plus grandes classes de cardiologues comptent plus de 1 000 cardiologues chacune avec des activités à dominante clinique (consultation), et technique (échographie), deux classes sont des sous-spécialités de cardiologie avec des activités de rythmologie et stimulation cardiaque et de cardiologie interventionnelle, représentant 13 % des cardiologues libéraux. Enfin, les deux classes avec les plus faibles effectifs regroupent les cardiopédiatres et les cardiologues réanimateurs, et une classe se distingue par la sévérité des pathologies de sa patientèle.

[153] Cette analyse du profil d'activité d'une spécialité est partielle puisqu'elle ne porte que sur l'activité libérale. Elle traduit néanmoins la possibilité de documenter les pratiques des médecins en activité et mériterait d'être complétée par l'analyse des données d'activité des praticiens spécialistes à l'hôpital, afin de disposer d'une cartographie la plus complète possible en l'état actuel des nomenclatures de l'activité d'une spécialité et des patients qu'elle soigne, pour tendre vers la définition de « référentiels métiers » propres à chaque spécialité selon les lieux d'exercice.

[154] La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé a documenté l'activité des médecins généralistes²⁷ dans le cadre du suivi de la grossesse, afin notamment d'appréhender les changements de prise en charge liés à l'évolution de la formation. Les médecins généralistes davantage formés à la gynécologie-obstétrique pendant leur cursus universitaire sont plus enclins à suivre les femmes enceintes. Sur ce même sujet, des approches régionales existent. Ainsi peuvent être citées les enquêtes²⁸ menées par l'observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire et l'union régionale des médecins libéraux (URML) des Pays de la Loire sur la base du Panel en médecine générale, visant à documenter la pratique professionnelle dans ce domaine au niveau d'une région. Les résultats en Pays de la Loire montrent notamment que la région, peu dotée en spécialistes gynécologues obstétriciens, dispose de médecins généralistes mieux formés et sensiblement plus impliqués en gynécologie obstétrique que la moyenne française.

²⁷ DREES, Etudes & résultats, Octobre 2016, N°0977, « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse ».

²⁸ ORS / URML des Pays de la Loire, Panel en médecine générale, Octobre 2016, publication n°15 : « Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire » et publication n°14 : « Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes ».

[155] Enfin la Fédération des spécialités médicales (FSM), en lien avec les Conseils nationaux professionnels (CNP), développe des registres des pratiques par spécialité. L'objectif est notamment de permettre une réflexion sur les parcours professionnels individuels, mais aussi d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Le recrutement d'un datamanager et l'acquisition d'une plateforme web intitulée « Portail des registres » ont permis de constituer douze registres de pratiques (chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, implants mammaires...). Le renseignement repose sur la volonté des professionnels mais pourrait devenir un prérequis pour être membre d'un CNP. L'exploitation des données d'activité, de démographie et de qualification reste peu et inégalement développée par les CNP, qui sont encore récents. Pour exemple, le CNP d'urologie a exploité les données du système national des données de santé (SNDS) afin d'analyser l'activité de cancérologie des urologues, mais les compétences sont difficiles à acquérir et le suivi de l'activité professionnelle d'une spécialité nécessiterait une mobilisation continue et pas uniquement ponctuelle, partagée par l'ensemble des spécialités.

[156] Un autre exemple de l'approche de la manière dont le besoin en santé est satisfait concerne la prise en charge de l'épilepsie en France²⁹. L'entrée est alors la pathologie et l'analyse des prescriptions médicales à partir des données issues du SNIIRAM, permet de savoir comment un malade est soigné et par qui. L'étude figurant dans le dernier rapport charges et produits de la CNAMTS met en évidence un décalage avec les pratiques recommandées en termes de parcours de soins, sans pour autant permettre une explication des causes de ce décalage (insuffisante disponibilité de médecins spécialistes, méconnaissance du parcours de soins par les médecins généralistes, difficultés à adresser les patients vers une prise en charge spécialisée... ?).

[157] A noter que ces illustrations, rares et partielles, des besoins de santé couverts par des soins ne permettent pas forcément de savoir s'il s'agit du besoin réel et si les pratiques constatées sont pertinentes. Les référentiels de bonne pratique, notamment de la haute autorité de santé (HAS), doivent être pris en compte dans les référentiels professionnels et les maquettes de formation. La connaissance du délai d'attente pour l'accès à certains actes pourrait être une donnée illustrative de la demande en soins et d'un besoin de santé potentiellement non satisfait. Cette information est à rapprocher de la démographie médicale des territoires concernés, afin de comprendre si des délais d'accès aux soins importants sont liés à un manque de médecins sur le territoire concerné, ou à un manque de formation des médecins présents à certains actes, qu'ils ne réalisent donc pas à proportion du besoin.

[158] S'agissant du délai d'accès aux soins, la DREES a lancé en 2017 une grande enquête innovante pour la statistique publique visant à recueillir des informations sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes et sages-femmes). Les résultats attendus en début d'année 2018 permettront de considérer comment cette donnée peut constituer un indicateur utile à l'appréciation du besoin en santé, et être exploitée de manière plus systématique pour définir les besoins de formation, qualitatifs et quantitatifs.

²⁹ Source : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018, Juillet 2017, Propositions de l'Assurance Maladie. Page 123 et suivantes.

[159] Enfin le besoin en santé peut être documenté par des publications ou des études de santé publique, coordonnées par des institutions telles que Santé publique France, l'institut national du cancer (INCa), ou l'institut de recherche en santé publique (IRES-P). Ces études peuvent mettre en évidence des évolutions en termes de pathologie, morbidité et mortalité, dont la prise en charge peut être améliorée par l'adaptation de l'organisation des soins (de premier recours par exemple) et la formation de ressources médicales compétentes. Par exemple, les maladies respiratoires chroniques dont l'incidence augmente, en particulier avec le vieillissement de la population et l'exposition à la pollution atmosphérique, sont très bien documentées par Santé publique France, ce qui renvoie à la nécessité de former des pneumologues en nombre suffisant et capables de réaliser les gestes techniques utiles à une diminution de la morbidité et de la mortalité.

2.2.3 Les méthodes mériteraient d'être complétées et généralisées, dans le cadre d'un pilotage national

[160] Définir le nombre et la nature des spécialistes médicaux à former pour répondre aux besoins de santé est donc un exercice particulièrement délicat, à peine esquissé par les expertises, observations et consultations qui entourent actuellement la régulation des spécialités médicales.

[161] Comme le montrent les études du CNOM sur les voies de qualification, celles-ci s'exercent pour moitié seulement à la sortie du troisième cycle des études médicales et pour moitié à d'autres moments de la vie professionnelle (changement de qualification, répertoire général européen et autorisation d'exercice pour les diplômés hors UE). Les ouvertures de places et de postes aux ECNi résultent aujourd'hui davantage d'une analyse empirique, tenant compte à la fois de l'historique, des capacités de formation, et d'échanges entre responsables de spécialités loco-nationaux, que d'une analyse statistique de la démographie, des besoins en santé, et de l'activité des professionnels en exercice.

[162] Il apparaît notamment nécessaire pour ce faire de décrire qualitativement et quantitativement le rôle et l'activité d'une spécialité, de façon transversale entre ville et hôpital, que l'exercice soit libéral, mixte ou salarié, en lien avec les pathologies des patients. L'analyse fine de l'activité des professionnels en exercice et des besoins et évolutions projetés doit permettre de construire le référentiel métier d'une spécialité, auquel doit répondre la formation de chaque spécialité. Pour autant, l'activité professionnelle ne suffit pas à caractériser le besoin de santé de la population, qui doit être objectivé par d'autres indicateurs, tels que le délai d'accès aux soins, les données de santé publique de mortalité et de morbidité sur l'évolution de certaines pathologies, la démographie et l'organisation territoriale de l'offre de soins, les innovations technologiques et scientifiques. Les contenus de formation doivent être construits en tenant compte de l'ensemble de ces données, pour former les « médecins de demain ».

[163] La dispersion des données, l'approche nécessairement transversale et pluridisciplinaire, et la nécessité de disposer de ressources humaines compétentes et spécialisées dans l'analyse statistique, plaident pour un pilotage national de la collecte et de l'analyse des données permettant de mieux analyser les besoins en santé et l'activité professionnelle des spécialités, afin que le contenu des formations y soit le plus possible adapté. L'ONDPS a, dans ce cadre un rôle particulier, développé ci-après.

2.3 Propositions pour une méthode générale d'évaluation et de révision de la réforme

2.3.1 L'évaluation doit reposer sur une gouvernance large replaçant les enjeux pédagogiques au service de la stratégie nationale de santé

[164] Le haut conseil de la santé publique a identifié dans son avis du 31 juillet 2017³⁰ sur la stratégie nationale de la santé les domaines d'action prioritaires pour améliorer la santé de la population. Partant notamment des constats que l'offre de soins est mal répartie, que l'organisation de l'offre de soins entre l'hôpital et la ville est déséquilibrée, et d'un manque de coordination des soins, la nécessité de faire évoluer le système de santé et de l'adapter aux enjeux est identifiée comme un axe stratégique. Sachant que la formation des médecins est déterminante sur les modalités de leur exercice futur (géographiques, d'installation, de spécialisation...), il apparaît nécessaire de mieux coordonner les approches pédagogiques avec la stratégie nationale de santé, par une évaluation concordante. L'ONDPS joue dans ce cadre un rôle de conseil auprès des acteurs institutionnels, il doit pouvoir s'appuyer sur les compétences statistiques disponibles, notamment de la DREES, et s'associer aux réflexions prospectives et transversales du HCAAM.

2.3.1.1 Les textes encadrant la réforme prévoient des instances d'évaluation et de suivi, dont les méthodes de travail doivent encore être définies

[165] Les articles 65 et 66 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine prévoient les instances chargées de l'évaluation et de la révision des maquettes de formation des spécialités³¹. Ces instances sont en cours de mise en place et il est important que le comité d'évaluation et les comités de suivi en charge de l'évolution des maquettes disposent de méthodes d'évaluation et de révision communes, partagées, objectives et robustes.

[166] Les critères à prendre en compte pour faire évoluer les contenus de formation, et légitimer d'éventuelles augmentations de durée, doivent encore être définis. En tout état de cause, ces critères doivent permettre à chaque spécialité de construire des argumentaires étayés sur la base des données disponibles relatives à l'activité professionnelle, au besoin en santé, aux innovations.

[167] Les membres de ces instances doivent pouvoir s'appuyer sur les institutions compétentes en matière d'exploitation de données statistiques et de capacité prospective.

³⁰ Avis du Haut conseil de la santé publique du 31 juillet 2017 relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé.

³¹ Art 65 - Un comité d'évaluation, coprésidé par le DGOS et le DGESEP, est chargé du suivi de la mise en œuvre du présent arrêté. Il est notamment composé de représentants du ministère de la défense, des directeurs d'UFR de médecine et de pharmacie, des ARS, des étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine et de pharmacie, d'enseignants, du conseil national de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens, des conférences des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier universitaire et de centre hospitalier et des conférences des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire et de directeurs de centre hospitalier.

Art 66 - Le bureau de la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie constitue des comités de suivi chargés de revoir, en cas de besoin et au moins tous les quatre ans, les maquettes de formation des spécialités.

2.3.1.2 La mission de l'ONDPS est élargie et son rôle devient central dans l'évaluation des besoins de santé et des ouvertures de postes

[168] Le décret n° 2017-1331 du 11 septembre 2017 modifiant les missions et la composition de l'observatoire national de la démographie des professions de santé étend notablement le rôle de l'ONDPS.

[169] La lettre de mission de la ministre des solidarités et de la santé adressée le 28 juillet 2017 à son nouveau président prévoit ainsi que l'ONDPS réalise des monographies permettant de disposer d'une vision fine des besoins d'ouvertures de poste dans les nouveaux DES, options et FST, tenant compte de la démographie et des évolutions en cours ou envisagées dans la prise en charge des patients et l'exercice des professions ou spécialités concernées, par profession, par spécialités, et le cas échéant, par subdivision.

[170] L'ONDPS se voit également confier la mission de réfléchir aux besoins futurs de santé en lien avec les évolutions des modes de prise en charge, des techniques, des pratiques et des coopérations entre professionnels.

[171] La connaissance plus approfondie des parcours et des filières suivies par les internes (DES, DESC, DU/DIU, et suite à la réforme : DES, FST, options, ainsi que post-internat) mériterait d'être intégrée dans un programme de travail futur de l'ONDPS avec la DREES et la sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Cela n'a pas été réalisé à l'occasion des travaux sur la réforme du troisième cycle des études de médecine, alors que ces informations auraient pu constituer un outil d'objectivation des demandes d'augmentation de durée des DES pour certaines spécialités. Le manque de transversalité et de communication entre les bases de données relatives au parcours des étudiants en médecine, ainsi que l'hétérogénéité du suivi par les UFR, rendent cette exploitation particulièrement difficile.

[172] L'ONDPS a réalisé en 2010-2011 une enquête qualitative sur les métiers liés au cancer³², faisant le lien entre la formation des médecins spécialistes et les modes d'exercice ultérieurs, via une analyse de leur parcours de formation, intégrant la mobilité régionale et la réalisation de post-internats. Cette enquête, particulièrement utile pour comprendre les déterminants de la répartition territoriale professionnelle et des dynamiques de spécialité, est un exemple de ce que l'analyse statistique des données des parcours de formation initiale et continue, et leur évolution, peut fournir en matière d'éléments de compréhension du système de santé et de ses leviers de progrès.

[173] Un autre axe de travail de l'ONDPS dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études de médecine pourrait porter sur les capacités de formation pour chaque nouvelle spécialité, notamment au regard du nombre et de la nature des stages requis par les nouvelles maquettes. Il s'agit d'un enjeu majeur pour identifier dans chaque subdivision, UFR et spécialités, le nombre de stages qu'il sera nécessaire d'ouvrir suite à la réforme. Cet exercice a été réalisé par l'ONDPS sur les nouvelles spécialités d'anesthésie-réanimation et de médecine intensive réanimation³³. Selon cette étude de mai 2017, il apparaît nécessaire d'ouvrir 2 060 terrains de stage en réanimation, dans l'état actuel des maquettes et à l'horizon 2022. Soit une augmentation de plus de 700 stages en réanimation par rapport à aujourd'hui. Cette donnée n'a pas été anticipée dans la préparation à la mise en œuvre de la réforme.

³² Rapport 2010-2011, ONDPS/INCA, Tome 2, « Les métiers liés au cancer : leur répartition et ses déterminants ».

³³ Tableau de bord et capacités de formation, étude présentée par l'ONDPS lors de sa journée d'études du 29 mai 2017.

[174] Il est relevé par les interlocuteurs rencontrés par la mission que les maquettes de formation ont été réalisées de manière indépendante d'une spécialité à une autre. Elles définissent de manière plus ou moins contrainte la nature des stages à réaliser. Si certains stages sont précisément requis, d'autres peuvent être réalisés « au choix » des étudiants. Il est alors difficile d'estimer les terrains de stage qui seront préférentiellement retenus et qu'il sera nécessaire de mettre en place pour répondre à la demande de formation. Une modélisation pourrait être réalisée par l'ONDPS, d'autant plus fiable qu'elle sera basée sur la connaissance des parcours de stages des internes des promotions antérieures, impliquant la réalisation de requêtes sur les bases de données identifiant les terrains de stage des étudiants (bases UFR et ARS).

[175] Le développement pour l'ONDPS d'une capacité à repérer les travaux en cours (DREES, Institut de Recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), ordres professionnels, sociétés savantes, équipes de recherches, observatoires ou URML régionaux), en France et également à l'international, serait particulièrement utile dans le cadre de la formation aux spécialités de médecine et sa dimension structurante de l'exercice professionnel.

[176] Le manque de ressources humaines qualifiées dont dispose l'ONDPS, soit outre la secrétaire générale un unique cadre A, pour réaliser ses travaux, pourtant d'utilité majeure pour l'ensemble des professions de santé, et notamment la mise en place et le suivi de la réforme du troisième cycle, mérite d'être particulièrement souligné.

Recommandation n°2 : Renforcer les moyens dédiés à l'ONDPS en particulier pour réaliser ses missions d'évaluation des besoins de santé et de prospective en matière de formation, afin d'atteindre les objectifs de sa lettre de mission ministérielle.

2.3.1.3 Le pilotage d'un programme statistique par la DREES, en lien avec le SIES, permettrait de structurer l'évaluation et le suivi de la formation

[177] La DREES n'a pas, à ce jour, d'exploitation fine des types d'exercice professionnel auxquels souscrivent les étudiants en sortie de formation de spécialité. Elle n'analyse pas les données du système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE), produites par le ministère chargé de l'enseignement supérieur et en lien avec ce dernier, qui permettraient de connaître les parcours de formation des étudiants. Les données relatives aux stages réalisés par les internes sont très difficilement accessibles pour la DREES, l'ONDPS, et les autres acteurs intéressés. Ni la CNAMTS, ni la DREES n'analysent actuellement les données du SNDS, qui permettraient de caractériser l'exercice d'une spécialité, d'obtenir des portraits d'activités type des médecins selon la spécialité (proportion d'actes prescrits / proportions d'actes en ville ou à l'hôpital / types d'actes (cliniques, techniques), et *in fine* de savoir si on forme les bons spécialistes, et aux bons endroits.

[178] Les bureaux de la DREES impliqués dans l'analyse de l'activité des professionnels, le bureau « Professions de santé » et le bureau « Hôpital / Etablissements de santé », fonctionnent aujourd'hui de manière relativement cloisonnée sur ces sujets, rendant difficile toute vision d'ensemble sur l'activité des professionnels en exercice.

[179] Le pilotage par la DREES et le SIES d'un programme statistique transversal, en lien avec la CNAMTS, l'IRDES et les services du ministère chargé de l'enseignement supérieur, devrait être mis en place afin de permettre une analyse statistique fine de l'ensemble des données nécessaires au suivi, à l'évaluation et à la révision de la réforme du troisième cycle des études de médecine.

[180] La DREES et le SIES fourniraient annuellement au comité d'évaluation un bilan de l'analyse statistique relatives aux formations, et un bilan de synthèse tous les quatre ans, tel que prévu par l'arrêté du 12 avril 2017.

2.3.1.4 Les réflexions prospectives du HCAAM doivent s'articuler avec les travaux de l'ONDPS, de la CNAMTS, du CNOM, de la DREES et du ministère de l'enseignement supérieur

[181] Des liens plus forts méritent d'être établis entre le HCAAM, qui dispose notamment d'une vision intégrée de l'organisation du système de santé et de ses ressources humaines, l'ONDPS, davantage porté sur les aspects démographiques, la CNAMTS et la DREES, qui disposent des ressources spécialisées dans l'analyse statistique des données de santé, en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur afin de suivre et mieux documenter les parcours des étudiants, ainsi que le CNOM, pour faire le lien avec l'activité professionnelle.

[182] Sous le pilotage des deux ministères, il serait nécessaire de mobiliser des ressources statistiques auprès de la DREES, du SIES, de l'ONDPS, de l'IRDES, en lien avec la CNAMTS et le CNOM. La constitution d'équipes projet transverses permettrait de répartir les contributions relatives aux analyses et prospectives sur les parcours de formation, l'exercice professionnel des médecins et le besoin en santé.

Recommandation n°3 : Confier aux services statistiques (DREES, SIES) en lien avec les instances compétentes (ONDPS, HCAAM, CNOM) le pilotage d'un programme national, décliné en région, d'amélioration de la connaissance des parcours de formation et d'exercice professionnel (post-internat, installation en libéral ou salarié), partagé avec les instances professionnelles (CNP et collège de médecine générale (CMG), CNOM, fédérations et conférences hospitalières) et universitaires (enseignants, étudiants, conférences des présidents d'université et doyens).

2.3.2 L'évaluation doit impliquer l'ensemble des acteurs sur la base de critères partagés

2.3.2.1 Les comités de suivi et le comité d'évaluation doivent s'appuyer sur l'ensemble des acteurs concernés et disposer dans leur champ respectif d'un rôle décisionnel

[183] Les modalités de fonctionnement et les domaines d'intervention des comités de suivi et du comité d'évaluation doivent encore être précisés. Les recommandations suivantes pourront alimenter les réflexions en cours. Ces instances devront en tout état de cause disposer d'un rôle décisionnel et d'arbitrage auprès de l'ensemble des acteurs concernés, pour remonter efficacement les évolutions de la formation qui semblent pertinentes auprès des administrations de tutelle.

- **Pour l'évaluation et la révision des maquettes, les conseils nationaux professionnels contribuent pour chaque spécialité auprès des comités de suivi de la CNEMMOP.**

[184] Les CNP sont de nouveaux acteurs dont la place est à promouvoir à la faveur de la mise en place de la réforme. Par leur implication, notamment dans le développement professionnel continu, il s'agit de mieux associer les professionnels en exercice pour que les contenus des maquettes de formation se rapprochent des « référentiels métiers » pour chaque spécialité. Leur rôle d'observatoire des métiers et spécialités médicales et de veille sur l'évolution des pratiques et des technologies doit être développé. Il est aujourd'hui indispensable d'identifier la cible des compétences qui doivent être acquises pour exercer le métier, et donc de se référer aux pratiques professionnelles. Pour ce faire les CNP doivent poursuivre leur structuration et avoir un rôle plus important auprès des comités de suivi pour l'évaluation et la révision des maquettes, pour chaque spécialité, en assurant la représentation de l'ensemble des composantes de la spécialité (sociétés savantes, collèges d'enseignants, conseil national des universités...), et en faisant le lien avec la pratique professionnelle. Par cohérence, la FSM et le CMG pourraient être membres de la CNEMMOP³⁴, aux côtés des collèges d'enseignants.

[185] Les collèges d'enseignants de spécialités ont un rôle éminent dans la construction des maquettes de formation de chaque spécialité. La CNCM a joué un rôle de relais auprès de chaque collège lors de la constitution des maquettes, qu'il conviendrait de pérenniser. Les collèges d'enseignants ont toutefois des compositions et des fonctionnements variables, qu'il conviendrait d'homogénéiser. Il y a ainsi un fort intérêt à ce que les collèges existent pour chaque spécialité, soient en proximité des étudiants et reconnus par les CNU, avec lesquels peu de travaux sont réalisés en commun jusqu'à présent.

[186] Les organisations étudiantes et d'internes de spécialités sont des partenaires essentiels de l'évaluation et de l'évolution des maquettes de formation, qu'il conviendra d'associer aux comités de suivi.

[187] La FSM pourra par ailleurs utilement poursuivre le travail d'harmonisation des CNP, qui sont des structures encore récentes dont l'organisation et le fonctionnement sont susceptibles d'être hétérogènes d'une spécialité à l'autre.

Recommandation n°4 : Associer les conseils nationaux professionnels au processus de révision des maquettes de formation, ainsi que les étudiants, dans le cadre d'une gouvernance élargie, centrée sur le métier

➤ **Pour le suivi et l'évaluation de la formation de troisième cycle, le comité d'évaluation doit s'appuyer sur l'ensemble des acteurs concernés.**

[188] La conférence des doyens des facultés de médecine, présente une capacité d'animation du réseau des facultés et de définition des orientations, alors que le rôle pédagogique de l'université est renforcé par la réforme et que l'homogénéité des enseignements et des pratiques est un enjeu majeur.

[189] L'avis des usagers sur la qualité des soins peut être considéré comme un indicateur de l'adaptation des formations dispensées aux personnels soignants en exercice, et doit être pris en compte en associant les représentations d'usagers.

[190] Les représentants du corps médical professionnel doivent être associés au processus d'évaluation, via le CNOM, la FSM et le CMG, pour permettre une meilleure prise en compte des pratiques et des attentes professionnelles.

³⁴ Décret n° 2015-813 du 3 juillet 2015 relatif à la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie

[191] Enfin, l'ARS au titre du comité régional de l'ONDPS, réunit les acteurs régionaux et doit favoriser la remontée des observations et des difficultés de terrain au comité d'évaluation de niveau national.

2.3.2.2 Les représentants des usagers doivent prendre une place plus importante dans la formation des médecins et l'évaluation des maquettes

[192] France Assos Santé³⁵, l'union nationale des associations agréées de représentants des usagers du système de santé, relève que la demande de soins réelle des patients est aujourd'hui mal prise en compte en France. Les médecins méconnaissent les droits des patients et les enjeux de littératie en santé. Ils prennent peu en compte les niveaux sociaux des patients et n'intègrent que faiblement les contraintes de la vie au quotidien avec une maladie chronique dans leurs propositions de soins.

[193] Partant de ces constats, le département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de l'université Paris XIII a conçu et expérimenté en 2017 un programme de « patients-enseignants »³⁶. Des patients sélectionnés sont devenus des enseignants au sens plein du terme. Rémunérés en tant qu'enseignants vacataires, ils sont intervenus auprès des internes au sein des groupes d'enseignements à la pratique réflexive entre internes. Cette expérience unique et novatrice en France a mis en évidence que les patients-enseignants promeuvent des soins respectueux des droits et de la dignité des malades, interrogent les *habitus*, apportent des connaissances sur le système de santé, sur ses lois récentes. Ils font preuve de compétences émotionnelles, pédagogiques, et relationnelles et apportent par leur présence cette dimension dans les enseignements techniques.

[194] L'intégration du point de vue des usagers au cursus de formation de toutes les spécialités du troisième cycle, via notamment des patients formateurs, apparaît particulièrement pertinente pour former les futurs professionnels de santé au sujet des besoins spécifiques de certaines populations (ex : usagers de drogue, personnes âgées, personnes obèses, malades chroniques...), à la communication et à l'écoute.

[195] Cela ne peut se faire sans un engagement fort des doyens de facultés de médecine. La création de bureaux dédiés au partenariat et à la coopération avec les patients auprès de toutes les facultés et la mise en place d'un vrai travail collaboratif avec les enseignants de toutes les spécialités devraient être mise en œuvre.

³⁵ France Assos Santé est le nom choisi par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Forte d'une mission officiellement reconnue par son inscription dans le code de la santé publique via la loi du 26 janvier 2016, France Assos Santé a été créée en mars 2017 à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices.

³⁶ « Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants ». Olivia Gross, Yannick Ruelle, Thomas Sannié, Cam-Anh Khau, Claire Marchand, Alain Mercier, Thomas Cartier et Rémi Gagnayre. La Documentation française, « Revue française des affaires sociales », 2017/1, pages 61 à 78, ISSN 0035-2985

[196] La prise en compte des patients pourrait également être favorisée par leur participation aux instances existantes dans les UFR de santé, à l'image de leur présence dans les conseils de surveillance des CHU. Ainsi, des représentants de France Assos Santé pourraient participer aux conseils d'UFR comme personnalités extérieures si les statuts des UFR le prévoient³⁷, ou assister aux conseils d'UFR en qualité d'invités. Ils pourraient également participer aux conseils des études ou conseils pédagogiques qui peuvent exister dans les UFR de santé, à côté des enseignants et des étudiants.

[197] De même, le processus d'évaluation des maquettes des 44 spécialités devrait associer les patients pour garantir la prise en compte de cette dimension dans les connaissances et compétences à acquérir par les internes. France Assos Santé pourrait siéger dans le comité d'évaluation que la CNEMMOP doit mettre en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la réforme. L'association pourrait également être présente dans les comités de suivi que le bureau de la CNEMMOP doit mettre en place pour revoir les maquettes de formation des spécialités.

Recommandation n°5 : Prendre en compte l'apport des patients dans la formation des médecins en associant des représentants de France Assos Santé aux différentes instances existantes ou à créer dans les UFR de santé, ainsi que dans les comités d'évaluation ou de suivi mis en place par la CNEMMOP pour le suivi de la réforme du troisième cycle des études médicales.

2.3.2.3 Les méthodes d'évaluation doivent être basées sur des critères communs et partagés

[198] Le haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) doit intervenir dans l'évaluation du fonctionnement et de l'organisation du troisième cycle des études de médecine dans les universités en lien avec les terrains de stage, notamment en CHU, comme il a commencé à le faire pour les deux premiers cycles des études de santé.

[199] L'objectif général de la réforme du troisième cycle des études de médecine est de permettre la formation de médecins, pour répondre au besoin de santé actuel et futur de la population. L'indicateur pour mesurer l'atteinte de cet objectif de résultat porte sur du long terme, et renvoie à la mesure de l'état de santé de la population, par le suivi de l'évolution de la mortalité et de la morbidité. Un indicateur de moyen terme est aussi le délai d'accès aux soins, la réforme devant permettre une installation plus rapide des professionnels selon les besoins de santé identifiés.

[200] Des indicateurs « leviers » doivent permettre de mesurer l'atteinte d'objectifs intermédiaires contribuant à cet objectif général mais dont l'évaluation plus régulière, à une fréquence a minima annuelle, témoignera du bon fonctionnement de la formation, en particulier des maquettes et des outils associés, et des améliorations devant conduire à l'atteinte de l'objectif général.

[201] Le travail des comités de suivi et d'évaluation sera notamment de construire le tableau de bord de ces indicateurs, d'identifier les acteurs clés devant y contribuer, les fréquences de remontées et la mise en places des outils informatiques éventuellement nécessaires.

³⁷ L'article L. 713-3 du code de l'éducation prévoit que les conseils d'UFR ne peuvent de façon générale « dépasser quarante membres » et comprennent « des personnalités extérieures dans une proportion de 20 à 50 % ». L'article L. 719-3 définit deux catégories de personnalités extérieures, représentant de collectivités territoriales, institutions et organismes, et désignées à titre personnel. En application de l'article D. 719-41 ce sont les statuts des UFR qui précisent les deux catégories de sièges.

[202] Les sujets prioritaires d'évaluation de l'organisation du troisième cycle portent notamment sur :

- le fonctionnement de l'accompagnement pédagogique : la réforme prévoit un renforcement de l'encadrement et la prise de ces nouvelles responsabilités pédagogiques par les enseignants hospitalo-universitaires notamment doit être évaluée ;
- le fonctionnement des nouvelles maquettes : pour l'enseignant, est-ce qu'il a le temps de former, de pratiquer son activité, de participer à des colloques ... ? Pour le patient, quelle appréciation de se faire soigner par un interne en phase 1, 2 ou 3 ? Pour l'étudiant, quelles appréciations sur sa progression et son encadrement pour accéder à son futur métier ?
- la mise en place effective et harmonisée des référentiels de compétences et portfolios dans chaque UFR et par chaque coordonnateur de spécialités. L'adéquation de ces référentiels de compétence avec la réalité de la pratique devra faire l'objet d'une vigilance particulière. Ainsi par exemple, la validation d'une formation par la réalisation d'un nombre minimum d'actes doit être objectivée (validité scientifique) et la mise en pratique dans le délai imparti au regard des capacités de formation renvoie à la possibilité de réaliser le nombre d'actes requis. Autant de composantes à prendre en compte lors de l'élaboration des référentiels de compétences, et à évaluer ;
- l'évaluation des terrains de stage de troisième cycle, impliquant les professionnels et les apprenants : les bonnes pratiques existantes sont à identifier, avec notamment des éléments de capacité à « coacher » (temps de bibliographie, enseignements/accompagnement, analyse diagnostique d'un cas complet...).

[203] L'évaluation du troisième cycle des études de médecine n'est pas réalisée par le Hcéres à ce jour, alors qu'elle est la suite logique de l'évaluation récemment démarrée pour les formations médicales des premier et deuxième cycles. Le renforcement de la place de l'université et de l'approche par compétences rend particulièrement légitime cette intervention, même si l'évaluation des terrains de stage constitue un enjeu spécifique aux études de médecine. Dans cet esprit, le Hcéres doit produire le référentiel d'évaluation et lancer une première évaluation « pilote » pour la rentrée universitaire 2019, avant de généraliser cette évaluation. Les premiers retours permettront de tester la faisabilité d'une évaluation conjointe des stages ambulatoires et hospitaliers par les enseignants et les praticiens responsables de terrains de stages³⁸. Le Hcéres y est prêt, sous réserve que le ministère de l'enseignement supérieur formalise cette demande.

Recommandation n°6 : Initier dès 2018 la construction du référentiel d'évaluation du troisième cycle des études de médecine par le Hcéres, en lien avec les acteurs parties prenantes des instances d'évaluation et de suivi de la réforme, afin de démarrer la première vague d'évaluation.

[204] Par ailleurs, l'évaluation et la révision des maquettes de formation nécessitent une approche approfondie. Toute augmentation de durée de formation ou/et une modification substantielle du contenu, telles que des modifications de découpage de spécialités par exemple, devront s'appuyer sur une argumentation objectivée et documentée.

³⁸ Cette problématique d'évaluation par l'Hcéres de formations en santé avec terrains de stage est évoquée dans les rapports IGAS-IGAENR « L'organisation des stages des étudiants de deuxième cycle de médecine dans les établissements de santé et Etablissements de santé » août 2016 , IGAS 2015-140RI et IGAENR 2016-61 et « Risques psychosociaux des personnes médicales : recommandations pour une meilleure prise en charge - mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques » décembre 2016, 2016-083R.

[205] Dans ce cadre, la mission propose le cahier des charges formalisé en annexe 7. Il détaille par grande catégorie de critères les indicateurs qu'il paraît pertinent de documenter et d'analyser globalement. Il s'agit d'une aide aux spécialités afin qu'elles constituent des dossiers plus étayés, qu'examineront les comités de suivi de la CNEMMOP et le comité d'évaluation, en se prononçant sur la pertinence des demandes formulées.

[206] Le cahier des charges propose les données dont le recueil paraît pertinent pour évaluer si les maquettes de formation donnent aux étudiants l'ensemble des connaissances et compétences nécessaires à leur pratique professionnelle future :

- les inscriptions complémentaires d'internes en formation initiale en DU/DIU en complément de leurs DES, pour évaluer dans quelle mesure les maquettes répondent complètement ou pas à un besoin de formation identifié par les étudiants comme nécessaire à leur exercice ;
- la poursuite systématique par une majorité d'étudiants de DES sur des postes d'assistantat ou de clinicat, dans l'optique de poursuivre une formation qu'ils auraient jugé insuffisante pour acquérir l'autonomie complète sur certains actes techniques ;
- la demande d'inscription à une option ou une FST en particulier ou de manière générale, de la majorité des étudiants d'une promotion de DES ;
- les taux de redoublement avant l'accès à la phase 3 d'autonomisation, témoignant éventuellement d'une durée insuffisante de la maquette en phases socle et d'approfondissement pour permettre l'acquisition des compétences et connaissances nécessaires à la mise en autonomie progressive en phase de consolidation,
- le délai d'installation, qui devrait être réduit à l'issue de l'obtention du DES si les étudiants y ont acquis toutes les connaissances et compétences nécessaires à la pratique professionnelle, sans qu'ils ressentent le besoin de compléter leur formation. Toutes spécialités confondues, sans distinguer pratiques libérales et salariées ni le post-internat, le délai d'installation pour des médecins diplômés entre 2005 et 2009 était pour 75 % d'entre eux dans l'année suivant l'obtention du diplôme, pour 22 % dans les un à deux ans, puis pour les effectifs restant dans les deux à trois ans majoritairement³⁹.

[207] Le besoin en santé et le profil professionnel d'une spécialité, doivent également être documentés et objectivés par chaque spécialité médicale qui souhaiterait une révision conséquente de sa maquette.

[208] Le besoin en santé s'illustre notamment par le délai d'accès aux soins dispensés par la spécialité, rapporté aux données démographiques et territoriales sur les médecins de la spécialité (manque-t-on de médecins en nombre ou de médecins correctement formés ?). Les données de santé publique sur des évolutions de morbidité et mortalité liées à des pathologies prises en charge par la spécialité permettent de connaître les perspectives de prise en charge. L'identification de la répartition des soins entre le premier recours en ville et l'hôpital, la documentation des évolutions techniques innovantes (génomique et médecine personnalisée, intelligence artificielle, données massives, e-santé et biothérapies, notamment) à prendre en compte dans la formation de spécialité, permettent d'évaluer comment mieux répondre à un besoin de santé.

³⁹ Travail DREES, Source : RPPS au 1er janvier 2015, médecins diplômés en France entre 2005 et 2009, Délais à l'installation des médecins selon leur spécialité - proportion des médecins installés x année après l'obtention de leur diplôme.

[209] Le profil professionnel permet, quant à lui, de documenter la proportion de médecins spécialistes en activité à réaliser une majorité d'actes éventuellement non enseignés dans la formation commune de spécialité. La proportion d'exclusivité du champ de compétence de la spécialité par les titulaires du DES en exercice est également un indicateur de l'importance de former l'ensemble des titulaires d'un DES à certains actes, dont l'exercice est « réservé », au risque d'en limiter l'accès pour la population.

[210] Le suivi des évolutions de formation observées à l'échelon européen et international, dans les limites citées au point 2.1.1, ainsi que des études approfondies des maquettes de formation de spécialités des différents pays, pourront également s'avérer pertinents. La mise en place par les spécialités d'une veille scientifique internationale devrait également permettre l'intégration dans le contenu des formations des innovations thérapeutiques permettant une amélioration de la prise en charge des pathologies des patients, et de répondre au mieux au besoin de santé.

[211] Pour constituer ces dossiers, les données doivent être disponibles, les méthodes d'exploitation des données doivent être généralisées et rendues accessibles aux représentants des spécialités. Le développement d'outils informatiques et le cadrage de la gouvernance permettront une amélioration progressive de l'exploitation des données. Les instances de suivi et d'évaluation devront être attentives à proportionner leurs attentes à la faisabilité technique du recueil des données. Ces critères et les indicateurs de mesure correspondants, fournis à titre de base de travail par la mission, pourront être amenés à évoluer au fur et à mesure de leur prise en main par les spécialités, ainsi que les instances de suivi et d'évaluation.

[212] Enfin, l'homogénéité des contenus des maquettes de formation des différentes spécialités méritera également d'être évaluée, afin d'assurer l'attractivité de l'ensemble des filières par un niveau de description équivalent, permettant aux étudiants de bien appréhender les connaissances et compétences attendues.

2.3.2.4 Les instances de suivi et d'évaluation doivent garantir la transversalité et l'approche de santé publique dans la formation des spécialistes

[213] Le premier retour d'expérience dans la mise en œuvre de la réforme souligne en particulier la nécessité de travailler sur des documents concrets et partagés, dans des délais raisonnables permettant l'analyse et la prise en compte des avis des acteurs concernés. L'ensemble des acteurs, et particulièrement ceux en position de coordination et d'évaluation, les comités de suivi, la CNEMMOP et le comité d'évaluation, la coordination des collègues enseignants, la FSM et le CMG, avec les CNP et les sociétés savantes, le CNOM, devront y être particulièrement vigilants.

[214] Les instances de suivi et d'évaluation devront également veiller à ce que les spécialités s'ouvrent les unes aux autres avec davantage de transversalité dès la phase de réalisation des maquettes. Indépendamment du développement de modules de formation conjoints, et du maintien de stages libres, les FST et les Co-DES devront y contribuer.

[215] En cohérence avec l'évaluation du Hcéres qui va se déployer dans les années qui viennent, sur la qualité des processus de formation, des apports méthodologiques transversaux doivent être développés et partagés par les différents acteurs, en lien avec l'union européenne des médecins spécialistes (UEMS) et le cas échéant avec des aides externes.

[216] Enfin, le développement dans tous les DES, dès la phase socle, des compétences en prévention et promotion de la santé publique, notamment les concepts d'exposome⁴⁰ et les problématiques en santé environnementale, au-delà des seuls aspects liés à la sécurité sanitaire (gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de qualité et sécurité des soins) qui figurent dans l'arrêté du 21 avril 2017, est indispensable pour que l'ensemble des médecins spécialistes soient des acteurs de la santé au sens large. La direction générale de la santé pourrait utilement être intégrée au comité d'évaluation.

Recommandation n°7 : Garantir par le fonctionnement du dispositif d'évaluation et de révision des maquettes, la transversalité et l'approche de prévention et de santé publique, entre spécialités et au-delà, dans les maquettes et parcours de formation, avec des critères spécifiques d'évaluation.

2.3.3 Le recueil et l'exploitation des données nécessaires à l'évaluation implique de développer des systèmes d'information créateurs de valeur pour les acteurs régionaux et de terrain

[217] Il est nécessaire que les critères de suivi, d'évaluation, d'ouvertures de places aux ECN et de postes de terrains de stage, puissent être objectivés par l'analyse des données sur les parcours de formation, la démographie, les actes, les modes d'exercice, les approches par pathologies (respiratoires, digestives, cardiovasculaires...) et populationnelles (femmes, enfants, personnes âgées, ...) témoignant notamment du besoin de santé. Il est pour cela nécessaire de développer des systèmes d'information fonctionnels et intégrés sur toute la filière, et de disposer des compétences spécifiques pour leur analyse (data analystes, statisticiens...).

2.3.3.1 Une évolution profonde du SNIIRAM et du PMSI est nécessaire à l'amélioration de la connaissance de l'activité des professionnels

[218] Pour mener des analyses croisées entre les secteurs de ville et des établissements, concernant le nombre de professionnels en exercice, leur démographie, leur localisation géographique et leur activité, il apparaît nécessaire de faire évoluer le SNIIRAM et le PMSI, dans le cadre de l'article L161-29 du code de la sécurité sociale et de son décret d'application pris après avis de la CNIL (articles R161-29 et suivants du code), en reprenant des travaux conduisant à une information enrichie dans les deux secteurs :

- un code pathologie pourrait être recueilli en médecine de ville, notamment en médecine générale, sur la base de la nomenclature CIM-10 de l'OMS, ou des expériences antérieures de dictionnaire des résultats de consultations (DRC) de la société française de médecine générale ;
- l'activité de chaque spécialité pourrait être recueillie dans le PMSI, afin que l'effecteur des actes médico-techniques, notamment lorsqu'ils sont classants au sens du PMSI, ou le responsable de l'unité médicale prenant en charge le patient, ou le prescripteur, qui sont présents dans le système d'information des établissements de santé, soient identifiés en référence à leur spécialité d'exercice.

⁴⁰ Voir l'article 1^{er} de la loi 2016-41 créant l'article L. 1411-1 du code de la santé publique : « l'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine. »

[219] L'approfondissement de la connaissance de l'activité des professionnels pourrait se faire en développant un programme de travail mobilisant ces données, les données d'enquête notamment régionales, et les données du RPPS. Une approche par une profession ou une thématique pourrait être modélisante pour les autres. L'ONDPS pourrait bénéficier de tels travaux.

2.3.3.2 Les parcours étudiants et les carrières professionnelles des médecins doivent être documentés en structurant des systèmes d'information ouverts et partagés

[220] La documentation des carrières professionnelles des médecins et notamment les possibilités de réalisation d'un second DES, de validation de compétences ou de savoir-faire, doit permettre d'approcher la variation des formes d'exercice au cours de la carrière médicale. Les trajectoires professionnelles de re-spécialisation ou de conversion vers d'autres fonctions chez les médecins permettraient d'anticiper des mutations professionnelles et de les intégrer dans les parcours de formation continue.

[221] Ces données, notamment détenues par le CNOM et dans l'outil Logimedh lorsqu'il sera déployé, doivent être mises en correspondance avec les données des parcours des étudiants en médecine (DES, options, FST, DU/DIU, terrains de stage...) afin de disposer d'une vision intégrée du parcours d'un médecin et des variations éventuelles d'exercice par rapport à la spécialité étudiée.

[222] Le CNG, qui gère les praticiens hospitaliers, les personnels hospitalo-universitaires titulaires, et organise les épreuves nationales classantes, expérimente sur une région (Auvergne-Rhône-Alpes) avec des établissements pilotes une collecte automatisée de données de gestion des ressources humaines (GRH) médicales couvrant, outre les praticiens figurant dans ses bases nationales, tous les praticiens en formation ou en exercice, de tous statuts, gérés par les établissements publics de santé. Cette expérimentation dénommée Logimedh veut répondre aux besoins des établissements et des ARS et est actuellement évaluée par le ministère en vue d'une généralisation sur l'ensemble du territoire, comme outil de gestion prévisionnelle médicale dans les territoires, au service des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et du rôle formateur des UFR et CHU. Cette démarche est la seule susceptible de tracer les parcours professionnels des médecins au service de projets de territoire et comblerait utilement les lacunes des systèmes d'information actuels. Fort de bases nationales sur environ 60 000 praticiens et hospitalo-universitaires et près de 30.000 internes, le projet est basé sur l'interopérabilité avec les systèmes d'information de GRH des établissements et les différents serveurs nationaux. Il suscite un intérêt croissant des partenaires hospitaliers et ARS de plusieurs régions.

[223] Les travaux menés par l'ASIP, le CNG et le CNOM permettront à partir de 2018 que les étudiants affectés suite aux ECN se voient attribuer leur numéro RPPS (unique et à vie). Cette continuité dans l'identification devrait permettre une fiabilisation des bases de données, permettant de nouvelles analyses des parcours de formation et d'exercice professionnel (installation, mobilités, changements de spécialité).

[224] Achever la modernisation d'IMOTEP et y dédier les ressources nécessaires, au niveau national, devrait permettre de disposer d'un système d'information performant pour le suivi des terrains de stage (nombre, lieux, nature...), ainsi que la réalisation des choix voire des pré-choix. L'objectif de déploiement d'un système d'information IMOTEP fonctionnel dans toutes les UFR pour la campagne d'affectation des stages du printemps 2018 est une priorité.

[225] L'enregistrement des parcours des étudiants (DES, options, FST, DU/DIU) par chaque UFR dans la base de données SISE, devrait également permettre une meilleure exploitation des parcours des étudiants de troisième cycle au niveau national. L'automatisation du suivi via des outils informatiques partagés entre les maîtres de stage, les coordonnateurs de spécialité, les UFR et les ARS, apparaît également une priorité.

Recommandation n°8 : Favoriser les synergies et une approche commune des projets en cours afin de construire des systèmes d'information ouverts, innovants et partagés entre les différents acteurs (CNOM-CNG-ASIP pour le RPPS, CNG-ARS-FHF pour Logimedh, DGOS-ARS-UFR-CHU pour IMOTEP).

3 LES NECESSAIRES EVOLUTIONS OPERATIONNELLES DOIVENT ETRE PRIORISEES POUR RENFORCER UNE VISION GLOBALE DE LA REFORME

[226] Les critères d'évaluation du troisième cycle doivent permettre de prioriser les évolutions nécessaires en renforçant une vision globale de la réforme. Développer les stages ambulatoires tant en médecine générale, où la situation des régions et subdivisions demeure très inégale, que dans les autres spécialités, où ces stages restent exceptionnels, suppose une capacité de modélisation des équilibres entre terrains de stage (partie 3.1). Trois enjeux transversaux de l'évaluation demeurent incomplètement définis à ce jour : le modèle de financement du troisième cycle et ses évolutions potentielles, les délais d'installation en libéral et les changements éventuels de qualification qu'induit la réforme, enfin le recentrage du post-internat sur les besoins et projets de territoire (3.2). Les auditions complémentaires de neuf spécialités ont permis de repérer une inégale appropriation des enjeux d'évaluation et de modélisation, qui doit être corrigée dans le temps (partie 3.3). La grille d'évaluation proposée permet à chaque spécialité de s'inscrire dans une réforme pédagogique ambitieuse qui contribue aux objectifs de la stratégie nationale de santé et dans un exigeant chantier de meilleure connaissance des besoins de santé et des exercices professionnels, des parcours et besoins de formation.

3.1 Renforcer les stages ambulatoires suppose de modéliser les équilibres entre terrains de stage en fonction des règles de financement

3.1.1 La filière de médecine générale, malgré une dynamique partielle, peine à trouver les conditions de son développement

[227] Les internes affectés à l'issue des cinq dernières ECN représentent en moyenne 8000 nouveaux internes par an. Au sein de ceux-ci, les internes du DES de médecine générale (IMG) étaient en moyenne 46,5 % après les ECN 2013 à 2016 ; compte tenu de la création en 2017 des DES de médecine d'urgence et de gériatrie, qui concernent 8 % des internes 2017, les DESC correspondants étant largement alimentés par des IMG, le DES de médecine générale s'établit à 39 % des internes 2017.

[228] Le parcours du DES de médecine générale en trois ans, est spécifique par ses terrains de stage et ses effectifs. La maquette de 2004⁴¹ comprenait six semestres agréés au titre de la médecine générale :

- deux stages hospitaliers, en médecine d'adultes (médecine générale, interne, polyvalente, gériatrie) et en médecine d'urgence ;
- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie, et un semestre libre ;
- un semestre auprès d'un médecin généraliste, MSU, et en dernière année un stage ambulatoire en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS) auprès d'un MG-MSU ou un stage agréé équivalent pour le projet professionnel de l'interne.

⁴¹ Arrêté du 22 septembre 2004 modifié, annexe V.

[229] La maquette de 2017⁴² comprend toujours six semestres, avec des ajustements possibles entre les deux phases, sans option possible, mais avec accès éventuel à notamment six FST⁴³ qui prolongeront d'un an la phase d'approfondissement :

- en phase socle, un stage auprès d'un praticien agréé MSU (niveau 1) et un stage hospitalier en médecine d'urgence,
- en phase d'approfondissement, un stage hospitalier en médecine polyvalente, un stage en santé de l'enfant et un stage en santé de la femme, ces deux derniers peuvent éventuellement être couplés en un seul semestre, et en dernière année un SASPAS (niveau 2) auprès d'un MSU.

3.1.1.1 Dynamique et disparités dans le stage ambulatoire de second cycle

[230] Le développement des stages auprès de praticiens MSU (niveau 1 et 2) est porté par les pouvoirs publics et les enseignants généralistes depuis la création récente de la filière, et particulièrement dans le cadre du Pacte territoire santé depuis 2012. La mesure 1 du pacte était d'ailleurs la généralisation du stage praticien en deuxième cycle, jugée par tous condition préalable à la construction de l'identité professionnelle des étudiants puis des internes, et de leur installation effective.

[231] Les résultats de cette politique publique sont à la fois incontestables, bien que partiellement documentés, mais contrastés selon les UFR et départements universitaires de médecine générale (DUMG) ; ils précèdent, particulièrement dans les UFR/DUMG les plus avancés, une réforme du troisième cycle qui va cependant prolonger ces effets.

[232] La situation avant réforme peut être documentée par deux sources complémentaires à défaut d'être totalement convergentes, l'enquête annuelle auprès des ARS de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), bureau RH1, afin de répartir entre régions les financements⁴⁴ relatifs aux étudiants hospitaliers et internes dans le cadre de la circulaire tarifaire, et une enquête plus pédagogique de la conférence des doyens et de l'Administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie (AUFEMO), qui recense également les MSU⁴⁵.

[233] S'agissant du second cycle, les deux enquêtes sont partielles⁴⁶ mais leur rapprochement confirme une progression d'environ un tiers sur les quatre années universitaires 2012-13 à 2015-16, dans le cadre du Pacte territoires santé.

⁴² Arrêté du 21 avril 2017.

⁴³ La maquette cite addictologie, douleur, expertise médicale-préjudice corporel, médecine scolaire, médecine du sport, soins palliatifs, qui correspondent sauf pour la médecine scolaire à des DESC1 actuels, délivrés à moins de 100 praticiens par an en 2012-14.

⁴⁴ L'enquête 2017 étant en cours, la DGOS a produit les enquêtes 2013 à 2016. A compter de l'année 2015, les stages extrahospitaliers qui étaient antérieurement financés par des crédits d'Etat (BOP 204), sont intégralement financés par une dotation mission enseignement-recherche-recours-innovation (MERRI) couvrant le coût salarial de l'interne. Les stages hospitaliers sont depuis la mise en place de la tarification à l'activité financés par une dotation MERRI forfaitaire versé au CHU de rattachement pour chaque interne selon son ancienneté (16.000 € les trois premières années, 8000 € les années suivantes), pour un coût salarial chargé variant également avec l'ancienneté mais de l'ordre de 40.000 € bruts annuels, la différence étant réputée financée par les recettes d'activité auxquelles contribuent les internes.

⁴⁵ Basée à la faculté de médecine de Strasbourg, l'Administration universitaire française et européenne en médecine et odontologie (AUFEMO) réalise des enquêtes pour les conférences de doyens. La DGOS a produit les enquêtes sur les trois années universitaires 12-13 à 14-15.

⁴⁶ L'enquête DGOS ne couvre le second cycle qu'à partir de 13-14 hors Ile-de-France et 15-16 pour l'Ile-de-France, l'enquête AUFEMO n'a pas été réalisée en 15-16.

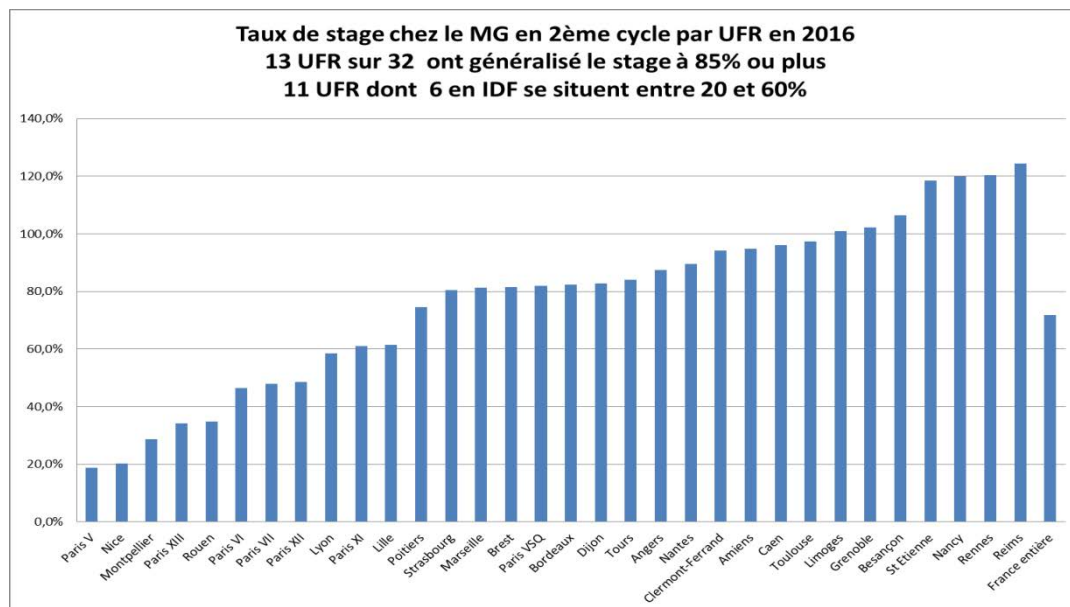
[234] Sur les deux premières années encore un tiers des UFR/DUMG ne faisait pas une obligation du stage en deuxième cycle, et pour la dernière année enquêtée, entre trois et cinq UFR n'en faisaient toujours pas une obligation⁴⁷,

[235] En trois ans, le nombre de stages de second cycle chez le généraliste est passé de 4829 à 6338, soit une progression France entière de 31 % quand dans le même temps le seul relèvement du numérus clausus représente 7 %⁴⁸. Hors effet démographique, les stages chez le généraliste augmentent donc de 23 % en trois ans ou 7 % par an (voir le graphique en annexe 8). Malgré une progression plus forte en Ile-de-France, essentiellement à la rentrée 2014, cette région demeure sous-représentée.

[236] En 2016, on peut estimer qu'un étudiant de deuxième cycle (Diplôme de formation approfondie des sciences médicales ou DFASM) a environ 80 % de chances de faire un stage praticien hors Ile-de-France et environ 40 % en Ile-de-France. Ce stage n'est pourtant en règle générale que de quatre à six semaines temps plein ou le double à mi-temps ; il est effectué en 2016 à 33 % en première année du cycle (ou DFASM1), à 45 % en deuxième année (DFASM2) et à 22 % en dernière année (DFASM3, qui est l'année des ECN).

[237] La situation demeure extrêmement contrastée en 2016 : 40 % des UFR (13 UFR sur 32 en métropole, les deux UFR à Lyon et à Toulouse étant regroupées) ont systématisé le stage de deuxième cycle, avec un indicateur stages MG/effectif DFASM compris entre 85 et 125 %. Un quart (huit UFR) est en passe de le faire avec un ratio compris entre 75 % et 85 % ; enfin le dernier tiers (onze UFR dont six en Ile-de-France) reste loin de l'objectif, avec un ratio se situant entre 20 et 60 %. Quelles que soient les causes de cette situation, à mettre en regard des effectifs enseignants des DUMG et de maîtres de stage, elle traduit une mobilisation inégale pour rendre attractive la médecine générale, et elle compromet les efforts à réaliser au niveau du troisième cycle.

Graphique 4 : Stage praticien deuxième cycle



Source : AUFEMO ou DGOS, redressements mission

⁴⁷ Bordeaux, Paris V et VI, et sans doute Brest et Lille II.

⁴⁸ Le second cycle après inscription dans le schéma Licence-Master-Doctorat dure trois ans et s'appelle Diplôme de formation approfondie des sciences médicales ou DFASM. La classe d'âge centrale ou DFASM2 sur ces quatre années est celle des NC 2009 à 2012, dont l'évolution est de +7 %, de 7500 en 2009 à 8000 en 2012.

3.1.1.2 Des disparités confirmées pour les stages ambulatoires en troisième cycle

[238] S'agissant du troisième cycle, l'enquête DGOS permet de documenter la progression des stages des internes de médecine générale chez un praticien entre les années 2012-13 et 2015-16. Les 5845 stages chez le praticien recensés en 2016 se répartissent en 64 % de stages praticien de niveau 1, un tiers de stages de niveau 2 SASPAS et 3 % de stages en pédiatrie ou gynécologie : on retiendra que le stage SASPAS est deux fois moins fréquent que le stage de niveau 1 et que le stage pédiatrie/gynécologie chez le praticien est très peu développé. La progression sur 2013 est d'environ un tiers en trois ans, soit 10 % par an sur cette période, supérieure à la croissance des postes pourvus, que l'ONDPS estime à 6 % par an sur la période 2004-2015⁴⁹.

[239] Comme pour le second cycle, et sans doute pour les mêmes raisons, la situation et la dynamique sont très contrastées entre UFR/DUMG, surtout pour le stage SASPAS de niveau 2, qui en 2016 n'était généralisé que dans quelques UFR, et pour le stage praticien en pédiatrie ou gynécologie, qui n'a pas été mis en place dans deux tiers des UFR.

[240] Trois tableaux en annexe 8 détaillent les ratios par UFR du nombre de stage par interne durant son troisième cycle de médecine générale, qui peut être distingué par type de stage (niveau 1, pédiatrie/gynécologie et niveau 2). Ainsi, le stage praticien de niveau 1 est systématisé, avec en moyenne nationale un stage par interne en trois ans, soit un ratio de 101 % ; les variations par UFR sont modérées, mais se situent tout de même entre 82 % et 122 % selon les subdivisions ; le détail par UFR francilienne n'est pas disponible, mais l'Île-de-France se situe pour ce stage dans la moyenne nationale.

[241] Le graphique ci-dessous donne le ratio du nombre total de stages praticiens en 2016 par interne de médecine générale dans chacune des subdivisions, avec une moyenne nationale qui se situe à 1,59 stages de tous types (niveau 1, niveau 2 et pédiatrie/gynécologie), ou exprimé en pourcentage 159 %.

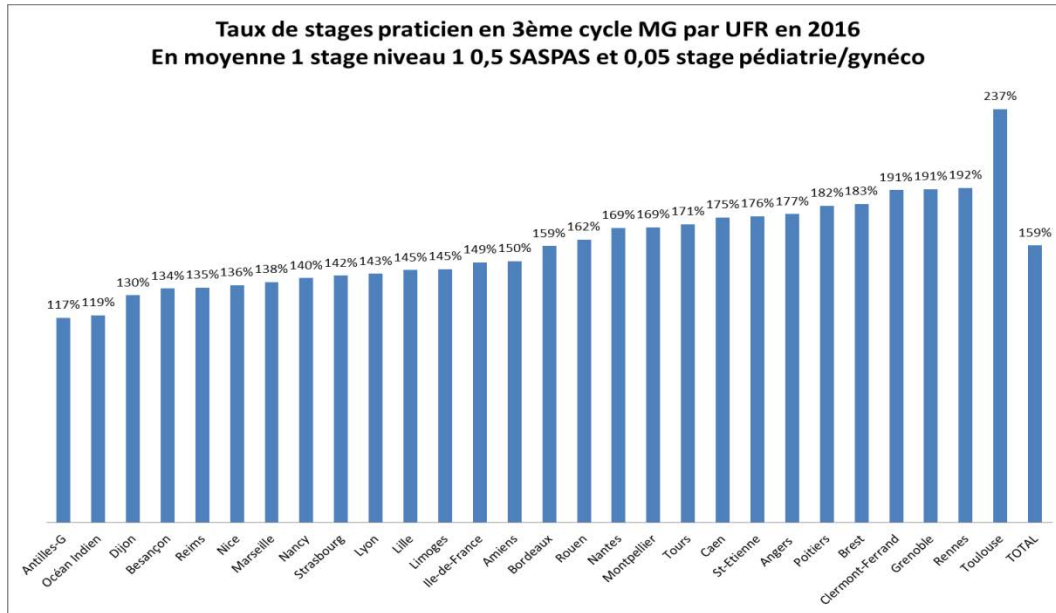
[242] Sur 32 UFR métropolitaines, un tiers (douze) se situe au-dessus de Bordeaux qui est à la moyenne nationale, avec un ratio stages praticiens 2016/ECN compris entre 159 % et 237 % ; la moyenne nationale observée en 2016 à Bordeaux (159 %) représente un stage niveau 1 par interne, 1 SASPAS pour un interne sur deux, et un stage pédiatre/gynécologue pour vingt internes. Vingt UFR dont a priori les sept UFR franciliennes sont en dessous de la moyenne nationale.

[243] Au total, un interne médecine générale de Toulouse, l'UFR la mieux placée, effectue ainsi deux fois plus de stages chez le praticien qu'un interne de Dijon, l'UFR la moins bien placée. Les UFR franciliennes ne sont pas distinguées dans l'enquête DGOS, en moyenne elles se situent un peu en-dessous de la moyenne nationale, probablement avec des contrastes importants, déjà relevés sur le second cycle.

⁴⁹ Rapport ONDPS 2015 page 12. L'effectif pourvu à l'ECN 2015 est un plus haut historique, compte tenu du comportement des internes à l'approche des ECN informatisés de 2016. La prise en compte de l'effectif pourvu aux ECN de 2017 réduit la tendance depuis 2010 à 3 % par an, au lieu de 8 % par an sur la période 10-15, plus dynamique que la longue période analysée par l'ONDPS en 2015. Cette croissance intègre l'effet démographique du relèvement du numérus clausus.

[244] La dynamique de progression varie selon la situation des UFR/DUMG : parmi les treize UFR à la moyenne nationale ou au-dessus, Toulouse, Rennes et Grenoble les mieux placées voient leurs stages chez le praticien progresser de 11 % à 16 % en trois ans seulement, moitié moins que la moyenne nationale, ce qui traduit la maturité ou l'ancienneté de leur organisation, tandis que Rouen, Montpellier et Bordeaux progressent de 82 % à 152 %, très au-dessus de la moyenne nationale, améliorant nettement leur position entre 2013 et 2016.

Graphique 5 : Indicateur global des stages (niveau 1 et 2, pédiatrie/gynécologie)



3.1.1.3 Les disparités dans l'effectif par UFR des généralistes enseignants

[245] Pour tenter d'expliquer ces disparités entre UFR/DUMG, les effectifs d'enseignants dans les départements universitaires de médecine générale ont été relevés sur le site du Collège national des enseignants généralistes (CNGE, voir tableau des effectifs enseignants en annexe 8). Ils totalisent 54 professeurs des universités et 29 maîtres de conférences, enseignants titulaires, 60 professeurs associés et 132 maîtres de conférences associés, et 144 chefs de cliniques, personnels temporaires, soit 419 enseignants au total, Pour 34 DUMG, 7 en Ile-de-France et 27 hors Ile-de-France, l'effectif moyen est de douze enseignants, avec une répartition très variable entre titulaires, associés, et temporaires. Les départements les plus importants, pour des effectifs et résultats contrastés, sont à Toulouse (21 enseignants), Lille (19 mais répartis entre Lille II et la faculté de la fédération universitaire polytechnique de Lille, dite université catholique de Lille), Lyon et Poitiers (17), Grenoble, Montpellier et Paris 5-Descartes et Paris 7-Diderot (16), Bordeaux, Nantes et Paris 12-Créteil (15). Les départements les plus modestes sont aux Antilles (6) et à La Réunion (8), à Limoges (7), Paris 13-Nord et Paris 11-Sud (8).

[246] Les ratios obtenus en rapportant l'effectif total des internes de médecine générale entrés entre 2014 et 2016 à celui des enseignants, avec ou sans chefs de clinique, figurent dans le tableau 8-5 en annexe 8 et confirment la situation des DUMG autour d'un ratio moyen de 26 IMG par enseignant ou 40 IMG par professeur ou maître de conférences.

[247] Les ratios les plus confortables se situent à Toulouse, Poitiers et Grenoble, avec d'excellents résultats en termes de stages chez les praticiens, et dans les UFR à faibles effectifs d'internes, Besançon, Caen, Limoges ; l'Île-de-France, avec 58 enseignants titulaires et 86 au total, soit 21 % des enseignants titulaires et 19 % des CCA, pour gérer 16 à 17 % des IMG, dispose d'un meilleur encadrement global que les autres régions, ce qui ne règle ni les problèmes de coordination entre les sept départements, ni la masse des effectifs d'IMG à gérer avec des outils et systèmes d'information artisanaux.

[248] Inversement, les ratios les plus tendus se trouvent aux Antilles, et en métropole à Bordeaux, Lille, Aix-Marseille, dont les effectifs enseignants n'apparaissent pas à la hauteur des effectifs d'IMG, des ressources de ces UFR et des enjeux de la médecine générale sur leur territoire.

[249] Malheureusement, l'enquête AUFEMO comme les éléments budgétaires transmis par la DGOS ne sont pas exploitables concernant le nombre de MSU agréés pour le second ou le troisième cycle, alors même qu'il s'agit d'un indicateur pédagogique essentiel, et que l'encadrement par un MSU déclenche un financement spécifique. L'enquête AUFEMO recense le vivier des MSU agréés, qu'ils aient reçu ou non un stagiaire. L'enquête DGOS identifie les financements versés en 2015 et 2016 aux MSU pour environ 6 000 internes (sur deux semestres) et 6 338 étudiants (pour six semaines en moyenne), avec une progression sur 2015 de +3 % pour les internes et +7 % pour les étudiants, et au total environ 4 800 MSU indemnisés tout au long de l'année, au sein du vivier des MSU agréés.

[250] Enfin, la perspective du passage du DES de médecine générale à quatre ans, avec création d'une année de phase 3 de consolidation, a priori composée de deux SASPAS ou l'équivalent, demeure en débat, les pouvoirs publics n'ayant pas confirmé le principe de cette évolution, ses modalités de financement, et son calendrier. Nombre d'acteurs y sont favorables à terme, tout en notant que dans la plupart des subdivisions les MSU sont à ce jour en nombre insuffisant. Les conditions de cette évolution seront examinées plus loin.

3.1.2 La gestion des terrains de stage hors médecine générale reste artisanale et présente des équilibres fragiles

3.1.2.1 Les tendances avant réforme sur les terrains de stage : progression forte, développement de l'ambulatoire et rééquilibrage entre établissements

[251] Les données régionales et nationales sur les terrains de stage n'ont pu être fournies à la mission ni par la DGOS, ni par les ARS visitées, tous mobilisés par la répartition des postes d'internes de novembre 2017 et confrontés aux difficultés du système d'information et de gestion des stages d'internes. Malgré tout, l'impact du relèvement du numérus clausus et des évolutions de maquettes depuis 2004 pourrait être approché par deux sources statistiques insuffisamment exploitées

[252] La première est l'effectif des internes rémunérés par le secteur public : il comprend tous les internes en stages extrahospitaliers rémunérés par les CHU, mais pas les internes rémunérés par des établissements privés. Il apparaît dans le système d'information des agents du service public (SIASP), géré par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) à partir des déclarations annuelles de données sociales (DADS). Ces dernières peuvent donc renseigner sur les internes rémunérés par les établissements⁵⁰. Ce rapprochement n'a pu être effectué avec succès par la mission, mais il devrait être possible, l'effectif des internes rémunérés par les établissements publics comprenant l'effectif fourni par la statistique annuelle des établissements (SAE), avec ou sans faisant fonction d'internes (FFI), et les stages extrahospitaliers, années recherche ou inter-CHU financés spécifiquement.

[253] La seconde source est la statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES, publique avec un certain délai, dont les données relatives aux internes sont exploitées dans sa publication annuelle intitulée « panorama des établissements de santé »⁵¹. Les consignes de remplissage de la SAE demandent aux établissements, CHU en particulier, d'exclure des effectifs d'internes qu'ils déclarent, les stages dans d'autres établissements lorsqu'ils sont remboursés et les stages extrahospitaliers qui leur sont intégralement financés en MERRI.

[254] Jusqu'en 2016 – dernière année connue par son effectif global et qui montre une stabilité de la part des établissements privés – les terrains de stage hospitaliers (hors stages extrahospitaliers non recensés par la SAE) ont continué de croître fortement, de 5 % par an en moyenne depuis 2008, seule l'année 2016 marquant un ralentissement (progression de 1,3 % à 30629 internes en stage hospitaliers, voir tableau 8-6 en annexe 8), à confirmer dans la prochaine publication DREES. Pour autant, un certain rééquilibrage entre catégories d'établissements est constaté. Il reste très modeste pour les établissements à but lucratif, qui apparaissent après intervention de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST), avec à ce jour 0,8 % des terrains de stage. Les établissements privés associatifs, dont les centres de lutte contre le cancer, représentent 6,6 % des terrains de stage hospitaliers (+1,3 points depuis 2008). Deux catégories d'établissements cèdent en six ans, entre 2008 et 2014, des parts de terrains de stages hospitaliers, les CHU cinq points et les grands CH (de plus de 300 lits) deux points, en faveur de deux autres catégories, les autres CH dont les centres spécialisés en psychiatrie (cinq points) et les établissements privés cités (deux points).

[255] Les graphiques qui figurent en fin d'annexe 8 donnent la tendance longue avant réforme du troisième cycle, jusqu'au 31 décembre 2016, développement des stages extrahospitaliers et rééquilibrage entre établissements. Les effets futurs sur la période de la réforme et la transition entre ancien et nouveau régime restent à documenter par les sources statistiques citées, et par le système de gestion par les ARS des terrains de stage, dont la modernisation a été perturbée par la réforme.

⁵⁰ Avec le passage des établissements publics de santé à la déclaration sociale nominative (DSN) en 2020, après l'ensemble des entreprises, les informations consolidées annuellement dans les DADS deviendront accessibles mensuellement.

⁵¹ La SAE comprend différents questionnaires, ceux relatifs aux internes sont les questionnaires 21 et 22, ce dernier donnant des effectifs d'internes au 31 décembre. Le panorama annuel des établissements de la DREES comprend systématiquement une fiche et un tableau 2 exploitant les données relatives aux internes en médecine, odontologie et pharmacie, ici sans les FFI. Les internes rémunérés comprennent les années-recherche qui interrompent ou prolongent le DES. L'enquête DGOS 2016 en recense 864 soit environ 3 % des internes en stage hospitalier. Il n'est pas explicite qu'ils sont exclus de la SAE et considérés comme extrahospitaliers.

3.1.2.2 SIRIUS puis IMOTEP : un outil de gestion en ARS des choix et stages d'internes qui reste problématique

[256] La gestion des stages d'internes par les ARS reposait jusque 2017 sur une application nationale du ministère chargé de la santé, dénommée SIRIUS, devenue obsolète et non maintenue ; inégalement utilisée par les ARS, l'application SIRIUS ne permettait pas une consolidation nationale par la DGOS de bases régionales inhomogènes. La direction des services informatiques (DSI) du secrétariat général du ministère chargé de la santé a fait développer une nouvelle application IMOTEP⁵², qui a été utilisée avec difficulté par toutes les ARS pour le choix et la répartition des internes de novembre 2017, la version diffusée ne permettant pas de gérer la réforme du troisième cycle. Elle avait été utilisée plus favorablement avant réforme en novembre 2016 et mai 2017 par toutes les ARS sauf celle d'Ile-de-France, bien que la base nationale hors Ile-de-France à cette date ne soit toujours pas disponible.

[257] L'agrément des terrains de stage ne peut en effet être distingué, dans la version actuelle d'IMOTEP, entre l'ancien régime (indifférencié entre les années) et le nouveau régime (différenciant la phase socle, puis les phases 2 et 3). Malgré les indications orales de la DGOS selon lesquelles IMOTEP gère séparément le nouveau régime (dénommé R3C, pour « réforme du troisième cycle ») avec ses nouveaux DES (44), et l'ancien régime avec les anciens DES (31), aucune des ARS rencontrées par la mission n'a pu utiliser IMOTEP pour les internes R3C. La liste des internes affectés par subdivision et DES après leur choix dans l'application sécurisée CELINE du CNG n'a pu être utilisée par les ARS, et de toute façon, IMOTEP n'est pas à jour des stages de novembre 2016 et mai 2017 pour l'ensemble des régions. Le fichier national CELINE adressé sous format Excel par le CNG à l'ensemble des ARS leur a permis de procéder à la répartition de novembre 2017, et de retourner à la DSI/DGOS de nouveaux fichiers Excel d'affectation dans les lieux de stage à compter de novembre 2017 qui sont en cours d'intégration dans la future base nationale IMOTEP.

[258] Une version 2 d'IMOTEP doit être diffusée aux ARS par la DSI/DGOS afin de préparer la prochaine campagne d'agrément/répartition de mai 2016, sans que la DGOS puisse indiquer à la mission si la recette de cette version 2 est satisfaisante ni à quelle date la diffusion à l'ensemble des ARS sera effective.

[259] La DGOS n'a pu fournir à la mission de données consolidées retraçant les parcours d'internes sur les cinq ou dix dernières années, ni par IMOTEP, dont la future première base nationale n'est pas encore disponible, ni par SIRIUS dont les données restent régionales et non consolidables. Aucune comparaison des affectations d'internes avant et après réforme n'a pu être fournie par les ARS et CHU rencontrés ou par le niveau national, chacun des acteurs s'attachant à réaliser, dans sa gestion et avec des outils rudimentaires, un bilan de la répartition de novembre 2017. Ce bilan devrait être, dans un délai variable, sans doute long en Ile-de-France, disponible dans chaque ARS et partagé avec les UFR et coordonnateurs de DES, chaque ARS ayant engagé la préparation de la campagne d'agrément et répartition de mi 2016.

⁵² Acronyme pour Internes en Médecine Odontologie Et Pharmacie. Le rapport annuel de performance de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances du budget du ministère des affaires sociales et de la santé mentionne (cf. annexe 10) IMOTEP comme un « grand projet informatique » de modernisation démarré en 2011, appelé à se terminer en 2017, pour une durée actualisée de 5 ans et un coût global de 3,7 M€, assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) incluse.

[260] La DGOS a pu cependant fournir des indications précieuses mais partielles extraites de la base IMOTEP en cours de fiabilisation, sur les internes terminant leur DES en octobre 2017 dans sept DES choisis par la mission (cardiologie, hépato-gastroentérologie (HGE), néphrologie, pneumologie, pédiatrie, psychiatrie et ophtalmologie (OPH)) et six subdivisions de deux inter-régions (Bordeaux, Lille, Amiens, visitées par la mission, Rouen, Caen et Toulouse). Aucune donnée n'a pu être fournie sur la subdivision de Limoges, absente de la base à ce jour ; elles n'ont pas été demandées pour celles d'Ile-de-France, de Centre-Val de Loire, et de Poitiers, afin de limiter l'interrogation demandée à la DGOS à deux des sept anciennes inter-régions d'internes.

3.1.2.3 Les sources statistiques de l'enseignement supérieur doivent être mobilisées également

[261] Le service statistique ministériel de l'enseignement supérieur de la DGESIP/DGRI a pour sa part effectué, pour la première fois et à la demande de la mission, des requêtes sur les mêmes sept DES dans la base nationale alimentée par le système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE), en recherchant pendant et après le DES les inscriptions parallèles en DESC (avec leur intitulé) ou en DU/DIU (sans leur intitulé).

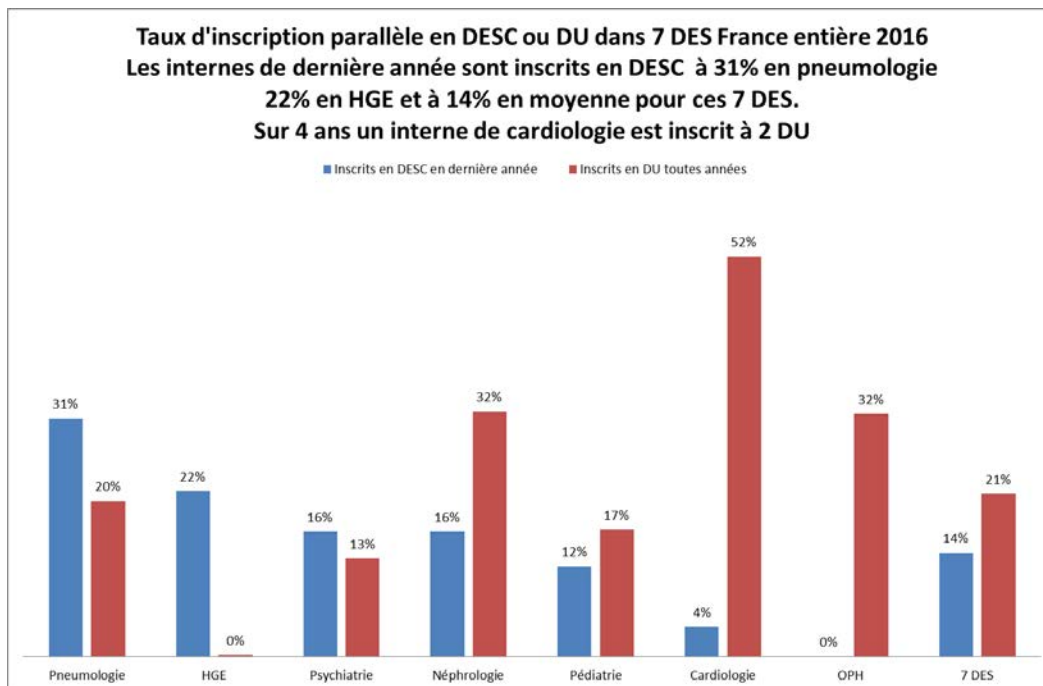
[262] L'analyse par la mission des données fournies par la DGOS et le SIES fournit des indications complémentaires, qui n'ont pu être étendues à l'ensemble des DES, et pour les données DGOS à l'ensemble des subdivisions, mais représentent un interne sur trois hors médecine générale des promotions terminant leur DES en octobre 2017.

[263] Pour les DES concernés, l'inscription parallèle en DESC pendant le DES fait apparaître qu'elle est fréquente en pneumologie, à hauteur de 31 % des étudiants en fin de DES, essentiellement en DESC de cancérologie, ainsi qu'en HGE pour 22 %. Elle est beaucoup plus limitée et variable pour les autres DES, entre 2 % et 16 % des étudiants de fin de DES ; elle correspond de surcroît à des DESC de surspécialité : réanimation médicale⁵³ en néphrologie, pneumologie et cardiologie, psychiatrie de l'enfant et l'adolescent en psychiatrie, néonatalogie en pédiatrie, qui deviennent avec la réforme des options de ces trois DES. Enfin, pour l'ophtalmologie, aucune inscription parallèle en DESC n'apparaît dans SISE, ce qui est confirmé par les enseignants qui indiquent que l'ophtalmologie n'a pas lieu de conduire à un DESC.

[264] L'inscription en DU ou DIU n'est pas nécessairement reportée dans SISE ni connue pour les DIU effectués dans d'autres UFR. Les données confirment cependant des inscriptions fréquentes pendant le DES, variable selon les DES de cette requête, ce qui apparaît curieux. Le SIES indique avoir effectué ces requêtes à la demande de la mission pour la première fois, sans pouvoir garantir fiabilité et complétude des données.

⁵³ Le DESC qualifiant (de groupe 2) de réanimation médicale devient un DES médecine intensive et réanimation à part entière avec la réforme.

Graphique 6 : Inscriptions DESC et DU dans certains DES



Source : SISE

[265] Pour les internes des sept DES terminant en octobre 2017 dans six subdivisions, les données DGOS/IMOTEP ne permettent pas de renseigner sur l'inscription parallèle en DESC, qui n'est pratiquement pas saisie ; l'agrément pour un DESC de plusieurs terrains de stage ne permet pas de conclure à une inscription en DESC, puisque certaines maquettes de DES imposent certains semestres dans des terrains de stage agréés en DESC (par exemple réanimation ou néonatalogie pour plusieurs DES). Les données permettent en revanche de montrer que 78 % des 270 internes concernés ont mis pour effectuer leur DES la durée minimale (quatre ans en DES de spécialité médicale, cinq ans pour l'OPH) ; 22 % en moyenne ont prolongé pour des raisons diverses, le plus souvent pour prendre une disponibilité (47 % des 60 internes ayant prolongé, d'un an sauf exception), souvent pour effectuer une année-recherche (38 % des 60 internes), et plus rarement (15 % des internes) en raison d'une non-validation de stages ou d'un « surnombre non validé ».

[266] Ces deux exploitations partielles montrent que les parcours des internes, pendant et après leur DES, peuvent être documentés, afin d'objectiver les débats avec les spécialités et de préparer les décisions des pouvoirs publics. Ils ne le sont pas actuellement, par défaut de priorité et de ressources, puisqu'il est frappant de constater que seuls deux moments-clés de la démographie médicale, le numérus clausus de fin de première année commune des études de santé (PACES) et les épreuves classantes nationales (ECN) de fin de second cycle, font l'objet de publications régulières de la DREES et de l'ONDPS, mais qu'aucune publication n'est jamais venue documenter la réalité des parcours d'internat et de post-internat, caractérisés il est vrai par leur complexité.

[267] Une voie de progrès a été identifiée par la mission, qui a rencontré le CNOM, l'ASIP et le CNG. L'inscription à partir de 2018 à l'ordre des médecins des internes dès le moment des ECN, permettra de les identifier par leur numéro au répertoire permanent des professionnels de santé (RPPS). Actuellement, ne sont inscrits que les internes demandant en application de l'article L 4131-2 du code de la santé publique une licence de remplacement comme étudiant. A partir du début 2018 les étudiants terminant leur deuxième cycle se verront attribuer un numéro RPPS et seront inscrits spécifiquement par l'ordre en attendant leur diplôme et leur inscription définitive (installation comme libéral, mixte ou salarié, comme médecin remplaçant, post-internat compris).

[268] Les services statistiques et gestionnaires disposeront dès lors de deux outils d'identification des internes et de fiabilisation des répertoires nationaux : le numéro RPPS qui sera ajouté dans IMOTEP et l'identifiant national étudiant, provenant de SISE, déjà présent dans IMOTEP.

[269] Une seconde voie de progrès est également identifiée : le service statistique du ministère chargé de l'enseignement supérieur prévoit d'enrichir dès début 2018 les jeux de données qu'il met en ligne (en « opendata »), notamment sur les diplômes délivrés dans les études de santé. L'information sur le nombre de DESC délivrés chaque année deviendrait ainsi aisément accessible, pour ne prendre que l'exemple le plus simple⁵⁴. Sans avoir pu accéder à ces nouvelles données, la mission recommande de mettre à disposition du public et des professionnels les données les plus riches possibles sur ces formations, dans le cadre général des règles relatives à la protection des données et à leur mise en ligne.

3.2 Le modèle de financement, l'exercice exclusif et le recentrage du post-internat constituent des enjeux transversaux de la réforme

3.2.1 Le modèle de financement doit être réexaminé pour préciser les estimations financières

[270] Le mode de financement du second cycle et de l'internat, en vigueur depuis 2015, est fixé par l'annexe IV de la circulaire ministérielle du 19 mai 2017 relative à la campagne tarifaire 2017 des établissements de santé⁵⁵. Le financement des étudiants hospitaliers de second cycle (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique) est assuré par une dotation MERRI de 115 M€ versée aux CHU gestionnaires des étudiants, quel que soit le lieu de stage des étudiants. Le financement des internes est assuré en partie par des dotations MERRI de 428 M€ pour les stages hospitaliers, et en totalité, aux coûts de référence, par des dotations MERRI de 140 M€ pour les stages extra-hospitaliers, de 16 M€ pour les années recherche des internes, et de 31 M€ pour les indemnités versées aux maîtres de stage. Soit un total de 730 M€ en début de campagne 2017⁵⁶.

⁵⁴ Si le SIES confirme ses indications provisoires sur les diplômes délivrés en 2015, 965 DESC de groupe I et 401 DESC de groupe II auraient été délivrés, soit globalement 28 % de plus que les données compilées avec difficulté par l'ONDPS pour les trois années précédentes. Pour prendre un autre exemple important, le nombre de thèses de sciences et d'habilitations à diriger des recherches (HDR) délivrées par les UFR de médecine (pharmacie, odontologie) devrait être également accessible, confirmant les données provisoires pour 2015 de 262 doctorats et 168 HDR.

⁵⁵ Voir annexe 11.

⁵⁶ La mission n'a pu reconstituer une série homogène compte tenu des réformes successives du mode de financement des études médicales, retracé chaque année dans une annexe spécifique des circulaires de campagne tarifaire : transfert en 2015 du financement des stages extrahospitaliers des internes des crédits d'Etat du BOP 204 vers l'assurance-maladie, transfert en 2016 du financement du second cycle de la masse tarifaire par abondement de la dotation MERRI E02 qui intègre désormais étudiants hospitaliers et internes. Les dotations régionales assurance-maladie hors crédits d'Etat

[271] Les stages extra-hospitaliers et hospitaliers inter-CHU (avec changement de subdivision) sont compensés à 100 % de la rémunération des internes. Pour les stages hospitaliers classiques, ils sont partiellement compensés. Pour un coût annuel moyen chargé qui s'élève progressivement de 32 000 € à 43 000 € environ de la première année d'internat à la cinquième année, la compensation forfaitaire est de 16 000 € les trois premières années et de 8 000 € les deux suivantes, au motif de la participation croissante des internes aux recettes d'activité des établissements.

[272] La circulaire budgétaire indique pour les stages inter-CHU : «Le financement de la rémunération est systématiquement versé à l'ARS du CHU de rattachement de l'interne effectuant un stage « inter CHU », y compris pour les stages effectués dans les DOM ou les COM à partir du semestre de mai 2017. Il appartient aux établissements concernés (CHU de rattachement et établissement d'accueil) de déterminer par convention celui qui rémunère directement l'interne et les éventuels circuits de remboursement entre eux. »

[273] Il convient donc de raisonner dans un premier temps à modèle de financement inchangé, et compte tenu des orientations données par les pouvoirs publics de ne pas chercher à réduire le volume du post-internat (chefs de clinique et assistants hospitaliers), hypothèses qui seront réexaminées plus loin. Sous ces deux hypothèses, tout allongement de la durée d'un DES ou le surcoût de rémunération de la phase 3 peuvent être estimés d'une part en termes de dépense salariale supplémentaire pour les établissements, essentiellement les CHU d'affectation et les autres établissements terrains de stage des internes, et d'autre part, en termes de besoin de financement MERRI. Ces deux visions sont indépendantes et complémentaires. Une mesure comme la nouvelle rémunération en phase 3 pèse sur la masse salariale mais pas sur la dotation MERRI, le forfait de 8 000 € restant inchangé. Le développement des stages extrahospitaliers pèse exclusivement sur la dotation MERRI, à masse salariale inchangée. Un allongement de formation pèse et sur la masse salariale et sur la dotation MERRI, en proportion des stages extrahospitaliers.

[274] Il peut être noté tout d'abord que les effectifs affectés aux ECN connaissent depuis 2013 une croissance ralentie, en dehors de la perturbation haute introduite par l'anticipation des ECN informatisées de 2016. Entre 2013 et 2016, la croissance des effectifs est ramenée à 4,7 % en quatre ans (+355 internes) ou une tendance annuelle à +1,1 %.

[275] En revanche, la réforme du troisième cycle :

- porte à quatre ans les deux DES de médecine d'urgence et de gériatrie dont les DESC respectifs venaient à 90 % et 75 % du DES de médecine générale, soit en 2017, 632 internes rémunérés une année supplémentaire ;
- porte à cinq ans les deux DES de pneumologie et pédiatrie, soit 433 internes maintenus une année supplémentaire, et crée deux DES en cinq ans, médecine intensive-réanimation et maladies infectieuses et tropicales, soit 113 internes
- et porte à six ans les DES chirurgicaux qui représentent 823 internes en 2017.

[276] Enfin le jeu des options et FST peut difficilement être anticipé, mais pourrait concerner de l'ordre de 500 internes soit 100 FST en médecine générale, l'équivalent des DESC antérieurs hors urgence et gériatrie, et 400 options et FST pour les DES médicaux en quatre ans.

réparties en première circulaire sont cependant passées de 375 M€ en 2013 à 399 M€, puis à 597 M€ en 2015, 668 M€ en 2016 et 730 M€ en 2017.

[277] Au total, l'allongement d'un an concerne un peu plus de 30 % d'une promotion soit environ 2 500 internes, pour un coût salarial annuel d'environ 40 000 € par interne, avec effet progressif du 1er novembre 2020 au 31 octobre 2023, et un coût en année pleine de 100 M€ à l'horizon 2023.

[278] S'y ajoute en l'état le surcoût de la phase 3 estimé avant parution du texte à environ 4 000 € par interne concerné, soit la totalité d'une promotion de 4 900 internes hors médecine générale, et pour les 823 chirurgiens une deuxième année, soit 5 723 x 4 000 € ou 23 M€, avec effet progressif sur la même période.

[279] Hors création de la phase 3 pour la médecine générale, la réforme augmente la masse salariale⁵⁷ de 123 M€ en année pleine à compter de 2023, six ans après le début de la réforme, soit un impact soutenable dès lors que la croissance des effectifs du troisième cycle s'est considérablement ralentie, après avoir pesé à des niveaux nettement supérieurs. La montée en charge s'effectue sur les trois années 2021, 2022 et 2023.

[280] De surcroît, cette dépense est surtout financée par des recettes d'activité, dans un contexte de montée ralentie des effectifs et d'autonomie renforcée en phase 3 ; le complément de financement MERRI peut être estimé à 2 500 internes maintenus une année supplémentaire en DES et financés par 8 000 € de MERRI, soit 20 M€ abondant une MERRI d'environ 615 M€ pour le seul troisième cycle, niveau également soutenable.

[281] Si de nouvelles options justifiées par des besoins de santé et de formation devaient être prises concernant d'une part la médecine générale avec la création d'une phase 3 d'un an au-delà des trois années actuelles, et d'autre part certaines spécialités à caractère médico-technique, dont les DES passeraient de quatre à cinq ans, avec des effectifs 2017 totalisant 376 internes pour la médecine cardiovasculaire (sans la médecine vasculaire), l'HGE et la néphrologie, ces deux mesures peuvent être estimées, selon les mêmes hypothèses, respectivement à 155 M€ et 16 M€ de surcoût salarial, et les compléments de financement MERRI à respectivement 155 M€ et 3 M€ pour la médecine générale et les trois spécialités médico-techniques.

⁵⁷ La masse salariale des établissements peut être estimée de l'ordre de 50 milliards d'€ dont 20 % pour la seule masse salariale médicale.

Tableau 1 : Chiffrage des coûts décidés et potentiels de la réforme ou certains du développement des stages ambulatoires à modèle de financement actuel (éléments publics et DGOS, calculs mission)

Effectifs d'internes 2017 concernés		Approche masse salariale	Approche MERRI
		Impact année pleine 2023	Impact année pleine 2023
urgence-gériatrie	632	par interne et par an	stage hospitalier par an
pneumologie-pédiatrie	433	40 k€	8 k€
DES MIR et MIT	113		
tous DES chirurgie	823		
estimation options FST 4 ans	500	Montant MS 1 (M€)	Montant MERRI 1 (M€)
Effectif 1	2501	100,0	20,0
tous DES hors MG (1 an)	4900	4 k€ (+10 % surcoût phase3)	MERRI inchangée
tous DES chirurgie (2 ans phase3)	823	Montant MS 2 (M€)	Montant MERRI 2 (M€)
Effectif 2	5723	22,9	0
Impact déjà décidé (année pleine 2023)		MS1+MS2 (M€)	MERRI1 (M€)
		122,9	20,0
Impact potentiel à modèle inchangé		par interne et par an	par interne et par an
Phase3/année 4 en MG		44k€+MSU6k€=50k€	44k€+MSU6k€=50k€
		MS3 (M€)	MERRI 3 (M€)
Effectif 3 MG	3100	155	155
dont internes		136,4	
dont MSU		18,6	
		par interne et par an	stage hospitalier par an
		40k€	8 k€
		MS 4 (M€)	MERRI 4 (M€)
Effectif 4 (cardio/HGE/néphro)	376	15,0	3,0
Impact certain du développement des stages ambulatoires (même avec DES MG maintenu à 3 ans)			
		Pas d'impact masse salariale	Impact MERRI +42k€
			Par an et stage ambulatoire
		MS 5 (M€)	MERRI 5 (M€)
Effectif 3 MG	3100	0	130,2
Effectif 5 10 % hors MG	480	0	20,2
Total			150,4

[282] Cependant, le modèle de financement des SASPAS pourrait être réexaminé, en tenant compte en phase 3 de la spécificité de la médecine générale, tant sur le plan du statut et de la protection sociale, sans rupture d'égalité avec les autres spécialités, que sur celui de la rémunération. En effet, le projet de décret soumis à la concertation concernant la phase 3 précise que le docteur junior, comme l'interne, est un agent public salarié, affilié au régime général de sécurité sociale, avec une rémunération intégrant une prime d'autonomie.

[283] Etudiant de troisième cycle, il pourrait demeurer un agent public affilié au régime général, mais voir sa rémunération devenir mixte si le décret le prévoit, bénéficiant des honoraires réalisés en autonomie, en déduisant la redevance versée au MSU, avec une rémunération nette de charges plafonnée au niveau de la rémunération salariée de référence. Le statut de médecin collaborateur, prévu par l'article R4127-87 du code de la santé publique⁵⁸, pourrait être utilisé à cette fin.

[284] Au total, la mission estime que les conditions de financement de la réforme du troisième cycle et leurs évolutions éventuelles ne font pas obstacle à une vision globale de la réforme, compte tenu de l'étalement dans le temps de ses effets et de leur caractère soutenable et multi-factoriel. La décision la plus importante concerne la médecine générale, dès lors que les conditions d'encadrement pédagogique seraient assurées. L'étalement des effets de la réforme globale plaide pour un renforcement de la discipline médecine générale en enseignants (attachés, chefs, titulaires) dès l'année 2018, afin de recruter les MSU nécessaires d'ici novembre 2020, assurant un meilleur étalement des effets budgétaires, plus marqués à partir de novembre 2021.

[285] Par ailleurs, le développement des stages ambulatoires en troisième cycle pèse déjà sur le financement MERRI, qui atteint 171 M€ en 2017, indemnisation des MSU incluse, avec vraisemblablement une progression entre 2013 et 2016 de l'ordre de 30 % ou 40 M€, comme les stages eux-mêmes. Cette tendance soutenue par les pouvoirs publics est loin d'avoir atteint son objectif, compte tenu des disparités repérées entre UFR.

[286] Le développement des stages chez le praticien en médecine générale (surtout SASPAS et pédiatrie ou gynécologie, peu développés), et dans l'ensemble des spécialités, souhaité et organisé, fera peser une contrainte forte sur le financement MERRI, même si le DES de médecine générale reste maintenu à trois ans pendant une période transitoire. Ainsi, un objectif intermédiaire à trois ans (année 2020-21) de systématisation d'un SASPAS et de développement du stage praticien pédiatrie/gynécologie pour 50 % des internes représente déjà, même à durée du DES maintenue à trois ans, environ 100 M€ supplémentaire en MERRI pour la seule médecine générale⁵⁹. Le tableau 1 fait une hypothèse complémentaire à 150 M€ au même horizon avec 10 % de stages ambulatoires hors médecine générale. Une réflexion sur le financement des SASPAS ou stages ambulatoires de phase 3 est donc inéluctable : il pourrait à terme relever légitimement de l'enveloppe de ville et non de l'enveloppe hospitalière, en tout ou partie, permettant à la dotation MERRI de financer les évolutions des deuxième et troisième cycles. A modèle de financement actuel, le développement des stages ambulatoires à l'horizon 2023 est aussi couteux en MERRI que le passage à quatre ans du DES de médecine générale, avec des effets délicats sur les équilibres entre terrains de stage.

⁵⁸ L'article R. 4127-87 dispose « Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises » et renvoie donc à un dispositif général pour l'ensemble des professions libérales.

⁵⁹ Le financement MERRI 2017 est d'environ 171 M€ avec environ 159 % de stages ambulatoires par interne de médecine générale. Passer de 53 % de SASPAS à 100 % et de 5 % de stage pédiatrie/gynécologie à 50 % fait passer le ratio de 159 % à 251 % soit +55 % sur la MERRI actuelle, sans évolution d'effectifs, pour la seule médecine générale et à stages niveau 1 inchangés. Le tableau 1 incorpore deux hypothèses, deux stages ambulatoires supplémentaires pour tout interne de médecine générale et 10 % de stages ambulatoires hors MG à l'horizon 2023, pour arriver à un chiffre voisin de 130 M€ pour la médecine générale et 20 M€ hors MG.

[287] La position de praticien agréé MSU définie par l'article R632-27 du code de la santé publique et l'arrêté du 18 novembre 2015, est ouverte à toutes les spécialités en médecine libérale ou salarié, et à l'ensemble des DES, sous réserve que la maquette de formation le prévoie, ce qui est désormais systématique pour la phase 3. La pratique actuelle est, en dehors de la médecine générale, confidentielle, limitée à des stages chez le pédiatre ou le gynécologue prévus par la maquette de médecine générale ou pour certains autres DES. Aucun des acteurs régionaux rencontrés n'avait connaissance de l'application possible des textes à ces praticiens, dans les mêmes conditions que pour la médecine générale, soit une indemnité pédagogique de 600 € bruts mensuels pour un interne ou un étudiant, une indemnité forfaitaire spécifique de formation⁶⁰ pour deux jours de formation, et indirectement, les honoraires réalisés par l'interne en SASPAS. Dans le cadre du plan « renforcer l'accès territorial aux soins », lancé le 13 octobre dernier par le premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé, il est prévu de revaloriser de 50 % soit 300 € cette indemnité pédagogique en zone sous-dense, « par le biais des conventions médicales ».

[288] La mise à niveau de l'ensemble des subdivisions en termes de praticiens agréés MSU en médecine générale demande un engagement fort et une vision partagée d'un maillage du territoire par l'ensemble des autorités concernées (ministères, directeurs généraux des ARS, directeurs des UFR de santé), des enseignants de médecine générale, MSU et tuteurs, et des professionnels de différentes générations (URML, ordre des médecins, CMG). Le développement des stages auprès de praticiens agréés MSU dans les autres spécialités est d'une autre nature et demande un changement de paradigme pour définir un nouveau modèle de stage ambulatoire, éventuellement mixte ou couplé, ainsi qu'un soutien fort des autorités, des enseignants et des professionnels (URML, ordre des médecins, FSM et CNP).

Recommandation n°9 : Développer les stages chez tous les praticiens libéraux tant pour les internes de médecine générale que dans les autres spécialités. A cette fin, redéfinir ou confirmer dans les décrets relatifs aux statuts du praticien en formation le modèle de rémunération des stages praticiens de niveau 2 (SASPAS en médecine générale ou leur équivalent dans toutes les spécialités), en phase 2 ou en phase 3. Redéfinir ou confirmer le modèle de financement associé dans les circulaires tarifaires annuelles ultérieures. Renouveler l'engagement des autorités, enseignants et professionnels pour mettre en œuvre dans un calendrier précis un nouveau modèle des stages ambulatoires, avec un maillage du territoire adapté aux spécialités.

3.2.2 La notion d'exercice exclusif est à réinterroger en libéral et en salariat

[289] Les conséquences des nouvelles formations (DES, options et FST) sur l'exercice exclusif, tel qu'il a été pratiqué jusqu'ici, n'apparaissant pas expertisées, la mission a souhaité mener une réflexion exploratoire avec le CNOM et le CNG.

[290] S'agissant de la qualification ordinale tout d'abord, le CNOM indique ouvrir dès le début 2018 des commissions de qualification pour chacun des nouveaux DES de l'arrêté du 21 avril 2017, auxquelles ne pourront se présenter que des médecins en exercice, selon leur expérience professionnelle et leur formation dans l'ancien régime ou en Europe, avant que les premiers nouveaux DES issus de la réforme ne soient délivrés et automatiquement qualifiés dans la spécialité correspondante.

⁶⁰ Elle est fixée à la valeur de 30 consultations soit 690 €.

[291] Par ailleurs, pour les candidats au concours national de praticien hospitalier et pour les candidats à la mutation sur un poste publié par un établissement, la liste des spécialités concernées est fixée par l'arrêté du 29 juin 2007 modifié et son annexe I⁶¹.

[292] Ainsi, aux termes de l'article R6152-7 du code de la santé publique, « peuvent faire acte de candidature aux postes vacants de praticien hospitalier :

1° Les praticiens hospitaliers candidats à la mutation, comptant au moins trois années de fonctions effectives dans un même établissement à compter de leur date d'installation, sauf dérogation accordée par le directeur général du Centre national de gestion ; [...]

5° Les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité, après réussite au concours national de praticien des établissements publics de santé prévu par l'article [R. 6152-301](#). Les intéressés ne peuvent faire acte de candidature que sur les postes publiés dans la spécialité correspondant à leur inscription sur une liste d'aptitude. Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions fixées par l'article R. 6152-7-1. La nature des pièces justificatives à produire est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. »

[293] L'article R. 6152-6 indique pour sa part : « Chaque vacance donne lieu à établissement d'un profil de poste, dont les caractéristiques relatives notamment à la spécialité et à la position du praticien dans la structure hospitalière sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. L'arrêté ministériel du 22 juin 2007 mentionne notamment « la spécialité du candidat recherchée ».

[294] Plusieurs exemples peuvent être pris de gestion de deux spécialités voisines jusqu'à présent assurées par les professionnels.

[295] La majorité des chirurgiens, formés par le DES de chirurgie générale, devaient choisir entre leur qualification en chirurgie générale attestée par le DES, et la spécialité attestée par le DESC qualifiant ; les huit DES chirurgicaux créés par la réforme se substituant aux DESC, les futurs chirurgiens n'auront plus ce choix, et l'effectif qualifié en chirurgie générale est mis en extinction. Marginalement, les établissements avaient déjà le choix lors d'une publication de poste de chirurgie entre la chirurgie générale et l'une de ses spécialités : à compter des premiers DES chirurgicaux délivrés après réforme, les établissements continueront de choisir par leur profil de poste la spécialité recherchée.

[296] Pour la gériatrie et la réanimation, qui étaient des DESC qualifiants, la transformation en DES ne change rien ; avant comme après, un établissement doit choisir et préciser la spécialité recherchée dans le profil de poste. Pour élargir la recherche, il devait publier deux profils de praticien hospitalier (PH) correspondant à deux spécialités, ce qu'il pourra continuer à faire (à défaut d'un gériatre, recruter un généraliste par exemple, ce qu'il peut aussi faire sous d'autres statuts que celui de PH).

[297] Pour la médecine d'urgence, la médecine légale et les maladies infectieuses, qui étaient des DESC non qualifiants, mais qui figuraient dans la liste des spécialités hospitalières, la transformation en DES ne change rien non plus, mais le même type de choix de spécialité continuera de se poser.

⁶¹ Voir annexe 11. Couvrant médecine, pharmacie et odontologie, la liste actuelle évoluera avec la réforme du 3^{ème} cycle et comprend 47 spécialités en médecine : 14 spécialités chirurgicales dont la chirurgie générale, 32 spécialités médicales et la biologie médicale. On y trouve donc les 30 anciens DES, dont 6 chirurgicaux, 23 médicaux et la biologie médicale, et 8 DESC chirurgicaux, les 2 DESC médicaux de groupe II, 6 DESC médicaux de groupe I et l'option radiothérapie du DES d'oncologie.

[298] Pour la médecine vasculaire et l'allergologie, DES nouveaux créés en 2017, DESC non qualifiants auparavant, non listés comme spécialités hospitalières, les établissements devront, comme pour les spécialités précédentes choisir et spécifier la spécialité recherchée et le cas échéant élargir leur recherche à une autre spécialité.

[299] Le CNOM, en tant qu'autorité médicale compétente en France, alignera ses commissions de qualification sur les 44 DES de l'arrêté du 21 avril 2017, même si quelques différences subsistent avec la directive européenne : son annexe V reconnaît actuellement la gériatrie (*geriatrics*), mais pas la réanimation, les maladies infectieuses et tropicales (*communicable diseases* ou *tropical medicine*), mais pas la médecine légale, la médecine d'urgence avec une composante chirurgicale absente en France (*accident and emergency medicine*), enfin l'allergologie (*allergology*) mais pas la médecine vasculaire,

[300] Il est permis par ailleurs de constater que le ministère et le CNG ne suivent pas nécessairement la qualification ordinale pour définir ou non une spécialité du concours de PH : l'arrêté de 2007 a anticipé la création du DES de médecine d'urgence et celui de médecine légale, il a par ailleurs créé deux spécialités hospitalières non qualifiantes pour l'ordre, l'immunologie clinique et la médecine de la reproduction, accessibles avec un DESC non qualifiant ouvert à deux DES (respectivement hématologie/médecine interne et gynécologie médicale/gynécologie obstétrique).

[301] Au total, la qualification ordinale ou la spécialité hospitalière ont pour vocation de définir un champ d'exercice médical garantissant compétence du praticien et sécurité et qualité des soins, dans un constant développement et renouvellement des compétences, auquel contribue le développement professionnel continu. La redéfinition des champs d'exercice par la réforme du troisième cycle dans le cadre européen va conduire à des ajustements et des chevauchements plus nombreux. La mission estime que, tant pour l'exercice libéral que salarié, l'appréciation de spécialités très voisines devra s'effectuer avec pragmatisme, et que pour les postes de praticiens hospitaliers, « la spécialité du candidat recherchée » peut le cas échéant s'accompagner d'une autre spécialité voisine, précision à introduire dans l'article R. 6152-6 et l'arrêté du 22 juin 2007.

Recommandation n°10 : Modifier l'article R. 6152-6 du code de la santé publique et l'arrêté du 22 juin 2007 pour assouplir la recherche de candidats praticiens et assortir « la spécialité du candidat recherchée » d'au moins une spécialité voisine.

3.2.3 Le post-internat est à recentrer en tenant compte de l'accès au secteur 2

[302] Enfin, la modélisation du troisième cycle des études médicales ne serait pas complète si elle ne tenait pas compte du post-internat, et de son nécessaire recentrage sur les missions hospitalo-universitaires, pour les postes de chefs de clinique, y compris en médecine générale, et d'assistants hospitalo-universitaires, ou sur des besoins hospitaliers pour les postes d'assistants spécialistes.

[303] L'orientation jusqu'ici affirmée de maintenir à son volume actuel le post-internat trouve plusieurs limites : la création d'une phase 3 d'un an en médecine générale pour 40 % d'une promotion d'internes n'a quasiment pas de correspondance en post-internat (144 postes, à comparer aux 3 600 postes des autres spécialités), et il faut au contraire continuer de développer le nombre de postes de chefs de cliniques de médecine générale pour renforcer la filière, ce qu'a prévu le projet de loi de finances (PLF) 2018 en créant 80 postes de chefs de clinique en médecine générale à compter de la rentrée 2018, doublant le rythme de création des deux années précédentes.

[304] Par ailleurs, hors médecine générale, comme indiqué à propos du chiffrage de la réforme, environ 2 500 internes voient leur formation allongée d'un an, au titre des nouveaux DES en quatre, cinq ans ou six ans et des options ou FST pour les DES en quatre ans ; le maintien des postes antérieurement mobilisés en post-internat pour ces spécialités n'a plus de raison d'être, sauf projet professionnel ou territorial particulier.

[305] Le post-internat reste particulièrement mal connu, malgré le rapport conjoint IGAS-IGAENR de 2014⁶² qui évaluait l'ensemble des postes concernés à environ 7 000, soit un an et demi de post-internat en moyenne par interne hors médecine générale, sauf pour les DESC ; il est en outre faiblement régulé, en dehors des postes de chefs de clinique (3 600) et des postes d'assistants partagés financés sur crédits régionaux (dont le nombre n'est pas connu) ou nationaux (400 postes dits Bachelot). Les postes d'assistants hospitaliers spécialistes non spécifiques sont financés par les établissements de santé dans le cadre de leurs recettes d'activité et de leur politique de recrutement en début de carrière.

[306] S'agissant de l'accès au secteur 2, la phase 3 d'un ou deux ans vaut pour toutes les spécialités une année sur les deux années permettant l'accès conventionnel au secteur 2⁶³. Une proportion indéterminée d'internes cherchera à poursuivre une seconde année comme chef de clinique ou assistant, l'évolution par rapport à la situation avant réforme étant difficile à préjuger. D'un côté, les DES allongés mettent le professionnel en situation de s'installer dès la fin du DES sans recourir à un post-internat, donc en secteur 1, ou après un post-internat ramené à un an, le cas échéant en secteur 2. A cet égard, il semble logique, comme l'ont évoqué plusieurs acteurs rencontrés par la mission, de modifier le statut de chef de clinique, qui prévoit un recrutement par « période de deux ans, avec possibilité de deux renouvellements d'un an chacun », pour permettre un recrutement d'un an renouvelable⁶⁴. De l'autre côté, tous les internes achevant leur DES avec une année sur les deux permettant l'accès au secteur 2, le risque de voir élargi un secteur 2 qui se développe déjà régulièrement n'est pas négligeable⁶⁵.

Recommandation n°11 : Sans préjuger des conclusions de la mission en cours sur la gestion des personnels hospitalo-universitaires et du recentrage du post-internat, envisager de modifier les statuts de chef de clinique et d'assistant hospitalo-universitaire (article 25 du décret 84-135 et article 33 du décret 2008-744) pour permettre un recrutement « pour une période initiale soit d'un an soit de deux ans, renouvelable par période d'un an », comme pour les assistants des hôpitaux (article R. 6152-511 du code de la santé publique).

⁶² Rapport FX. Selleret P.Blemond IGAS-IGAENR 2014 Réforme du troisième cycle des études médicales : mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme.

⁶³ Aux termes de l'article 38.1.1 de la convention nationale des médecins, « **peuvent être autorisés à pratiquer des honoraires différents** les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et sont titulaires des titres hospitaliers suivants » : chefs de clinique-assistants des hôpitaux (décret 84-135), chefs de clinique des universités de médecine générale (décret 2008-744), assistants des hôpitaux (R6152-501 et suivants du CSP), praticiens hospitaliers temps plein nommés à titre permanent ou à temps partiel après 5 ans de fonctions, notamment. Le projet de décret en conseil d'Etat relatif à la phase 3 prévoit de compléter le premier aliéna de l'article R. 6152-537 du code de la santé publique ainsi : « La phase 3 dite de consolidation du troisième cycle des études de médecine, validée, est comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux mentionné à l'alinéa précédent. »

⁶⁴ Ce sont les termes identiques de l'article 25-5 du décret 84-135 et de l'article 33 du décret 2008-744. Ils pourraient être rapprochés de ceux de l'article R. 6152-511 du code de la santé publique relatif aux assistants des hôpitaux : « recrutés pour une période initiale soit d'un an soit de deux ans, renouvelable par période d'un an. »

⁶⁵ Selon les données DREES-CNAMTS, en douze années entre 2003 et 2015, le taux de médecins généralistes en secteur 2 a baissé de 4,7 points à 8,5 % soit de 0,4 point par an, et celui des autres spécialistes a augmenté de 6,7 points à 44,2 %, soit 0,5 point par an. En 2015, un médecin sur quatre est en secteur 2 et hors médecine générale, presque un spécialiste sur deux. De récentes statistiques CNAMTS confirment ces tendances pour 2016.

[307] En résumé, sur le post-internat, qui n'a pu être approfondi, faute de données, encore plus que pour l'internat, et compte tenu d'un délai contraint, la mission considère que sa sanctuarisation provisoire doit être réexaminée, qu'il doit évoluer qualitativement sinon quantitativement, sans préjuger des arbitrages globaux auquel peut conduire la réforme du troisième cycle.

3.3 L'évaluation et la révision de certaines maquettes est à conduire dans une vision globale de la réforme

[308] L'actualisation régulière des référentiels et maquettes des DES, options et FST, est prévue dans la réforme. En revanche, pour modifier si c'est strictement nécessaire les durées de certains DES, les éléments pertinents viendront dans le temps avec la montée en charge des options et FST, le recentrage du post-internat et l'observation des délais d'installation en libéral. Il était donc indispensable pour la mission d'étudier avec certaines spécialités les arguments et données probantes ayant conduit ou non à un ajustement de durée.

[309] Les auditions nationales menées par la mission, notamment avec neuf spécialités choisies pour leur diversité et la nature des débats dans le cadre de la réforme, soulignent cruellement l'absence d'objectivation, par spécialité et entre spécialités, des besoins de santé censés déterminer des besoins de formation, désormais explicités par des référentiels de compétence, développés de longue date par nombre de pays voisins et les sociétés européennes⁶⁶.

[310] Les projections démographiques établies par la DREES⁶⁷ tablent pour la période 2015-2040 sur une tendance de progression des effectifs de médecins de + 30 % en 25 ans ou + 1,0 % par an, dont + 26 % pour les médecins généralistes et + 33 % pour les autres spécialistes médicaux et chirurgicaux, soit une stabilisation à 0,2 % par an de l'écart de progression entre médecins généralistes (MG) et autres spécialités.

[311] L'INSEE prévoyant à l'horizon 2040 dans son scénario central une France à 73 millions d'habitants, soit + 0,4 % de croissance de la population annuelle, la projection démographique DREES correspond à une amélioration de densité médicale, et une prise en compte du vieillissement de la population, avec une part de 80 ans et plus atteignant 10 % de la population, 30 % pour les 60 ans et plus.

[312] Mais les projections démographiques diffèrent selon les spécialités médicales, la part des psychiatres étant supposée stable (+ 31 % de progression entre 2015 et 2040), celle des pédiatres et des pneumologues en forte progression (+ 63 % et + 43 % respectivement), et celle des cardiologues et gastro-hépatologues en diminution (+ 22 % et 25 % respectivement).

⁶⁶ Voir au Royaume-Uni generic curriculum for medical specialties Federation of the Royal Colleges of Physicians 2006 et To tomorrow's doctors General Medical Council 2009 et les travaux des différentes sections de l'union européenne des médecins spécialistes (UEMS).

⁶⁷ Portrait des professions de santé DREES 2016.

3.3.1 La spécialité de médecine générale doit être renforcée

[313] Par ses enjeux, ses effectifs et spécificités, la médecine générale a requis l'attention de la mission, qui s'est attachée à rencontrer dans chacune des sept UFR visitées le département de médecine générale, dans les quatre régions visitées les coordonnateurs régionaux. Elle a également auditionné la discipline, représentée par les présidents du collège de médecine générale (CMG), du collège national des généralistes enseignants (CNGE), et de la sous-section médecine générale (53-03) du CNU-santé.

[314] S'agissant de 39 % des effectifs d'internes après réforme, soit des promotions d'environ 3200 internes de médecine générale (IMG), les implications du passage du DES à quatre ans, avec création d'une phase 3 constituée de deux SASPAS chez le praticien, ou d'un projet professionnel équivalent, sont multiples.

[315] A modèle de financement inchangé, l'allongement de deux semestres extrahospitaliers systématiques pour 3200 IMG entraînerait une dépense supplémentaire de 150 M€ dans les CHU, indemnisation de nouveaux maîtres de stages incluse, et suppose un financement MERRI supplémentaire du même montant et un quasi-doubling du nombre de MSU⁶⁸.

[316] Cependant, la part d'IMG choisissant un projet professionnel salarié n'est pas prise en compte, et actuellement seule une moitié d'IMG réalise un SASPAS en troisième année. L'hypothèse de deux SASPAS par interne ou l'équivalent semble encore lointaine ou suppose un changement de rythme. Une décision de cette nature s'anticipe cependant doublement, pour laisser le temps aux UFR et DUMG, particulièrement les plus en retard, de renforcer la construction de l'identité professionnelle des étudiants et internes, en systématisant les stages chez le praticien en second et troisième cycle, ainsi que le SASPAS. Il faut par ailleurs, d'une part, former et recruter des maîtres de stages en nombre suffisant, et d'autre part renforcer, au niveau régional et national, l'évaluation et le pilotage de la politique publique de soutien à la médecine générale.

[317] Le modèle de financement actuel du SASPAS est un financement intégral en MERRI du salaire chargé de l'interne et de la rémunération du MSU. L'activité réalisée par l'IMG en SASPAS est facturée à l'assurance-maladie sous couvert de l'identification du MSU accueillant l'IMG, permettant au MSU de participer à d'autres activités d'encadrement (tutorat) à la demande du DUMG. L'interne en SASPAS reçoit une prime de responsabilité de 125 € bruts mensuels, le maître de stage universitaire une indemnité pédagogique de 600€ bruts mensuels. L'enquête budgétaire DGOS pour 2016 identifie environ 1 000 SASPAS par semestre ou 2 000 sur l'année, pour 4 200 IMG par an avant réforme, soit environ un IMG sur deux réalisant un SASPAS.

[318] Déplacé en phase de consolidation, le SASPAS, ou son équivalent, qui n'est pas systématique actuellement, serait doublé et réalisé dans un ou deux territoires à définir, cohérents avec les besoins de santé et le projet professionnel de l'interne et du territoire.

⁶⁸ Effectifs d'IMG après réforme projetés sur 40 % de 8000 internes, 1 MSU par IMG indemnisé 600 € bruts mensuels sans charges pour un IMG, 1 MSU encadrant plusieurs IMG et les partageant avec d'autres MSU, ce qui revient à 1 MSU par IMG.

[319] Outre le meilleur encadrement pédagogique, la réforme vise à responsabiliser les internes et favoriser leur installation. S'agissant des IMG, le responsable du DUMG de Toulouse, le plus engagé dans la réalisation effective de stages ambulatoires, indique qu'à la sortie du DES de MG dans cette subdivision, le choix de l'exercice libéral ou mixte comparé à l'exercice salarié est nettement supérieur à la moyenne nationale, à hauteur de 54 % au lieu de 41 %⁶⁹. Une filière de médecine générale mieux organisée, depuis le second cycle jusqu'au DES, couvrant l'ensemble du territoire par ses MSU, tuteurs et enseignants, et structurée concernant la recherche en soins primaires, devrait avoir pour effet de renforcer la filière. L'objectif d'un passage à quatre ans pourrait être également de substituer au moins une année de remplacement par cette année nouvelle de consolidation, à activité libérale identique et meilleur service rendu à la population dans les territoires.

Recommandation n°12 : Faire piloter par les agences régionales de santé une mise à niveau régionale des filières de médecine générale dans les subdivisions les moins organisées, avec une coordination nationale effective, en réduisant les inégalités entre subdivisions sur les indicateurs-clés stages praticien en deuxième et troisième cycle, et des MSU, et en structurant les effectifs enseignants, afin de garantir la montée en charge du recrutement des MSU et rendre possible le passage du DES à quatre ans.

Recommandation n°13 : Renforcer le soutien à la médecine générale en finançant spécifiquement des années-recherche en soins primaires, en poursuivant la priorité donnée à la recherche en soins primaires dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), les créations de postes de professeurs ou maîtres de conférences associés et de chefs de cliniques.

Recommandation n°14 : Réviser la durée du DES de médecine générale à quatre ans, sous réserve que les conditions de faisabilité soient évaluées et réunies (modèle de financement, réduction des inégalités et renforcement des filières les plus faibles), afin que les UFR et DUMG soient en situation trois ans après de disposer des MSU nécessaires répartis sur les territoires et d'adapter les parcours à la nouvelle maquette.

3.3.2 Les spécialités de pneumologie et pédiatrie ont fourni des éléments probants pour l'évolution de leur maquette

[320] Après avoir auditionné les deux spécialités, la mission estime qu'elles ont produit au printemps 2017 et intégré dans leur démarche une objectivation des besoins de santé, dans les limites du recueil des données possible aujourd'hui, auxquels répond le référentiel de compétences de la nouvelle maquette de DES proposée et retenue par les autorités.

[321] Elles s'inscrivent clairement dans des priorités de santé publique identifiées, tant sur les maladies respiratoires (asthme, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, syndromes d'apnée du sommeil, cancers thoraciques ...) par leur fréquence, leur évolution et gravité, que pour les soins de premier recours aux enfants et la nécessité d'apporter une réponse ambulatoire aux urgences pédiatriques hivernales notamment.

⁶⁹ Dr. Jean-Marcel Mourgues CNOM, Pr. Stéphane Oustric le devenir des internes en médecine générale : cohorte 2005-15 de l'université de Toulouse, présentation au congrès du CNGE novembre 2017. Sur un effectif de 572 IMG diplômés entre 2005 et 2012 et nouveaux inscrits à l'ordre entre 2010 et 2016, comparés à l'ensemble des inscriptions en MG France entière sur la même période, la part de remplaçants est comparable, 25 % au lieu de 23 %, mais la part d'exercice libéral ou mixte supérieure, 54 % au lieu de 41 %, pour une part salariée de 46 % au lieu de 59 %. La durée de DES est également de 4,2 ans en moyenne pour cette cohorte, 38 % seulement des IMG achevant leur DES en 3 ans, 32 % en 4 ans, 15 % en 5 ans et 15 % en 6 ans ou plus.

[322] Les spécialités de pneumologie et de pédiatrie se sont appuyées sur des données de santé publique, pour documenter la prévalence et l'incidence des pathologies relevant d'un exercice exclusif à quasi-exclusif des médecins de la spécialité, et l'importance d'une capacité large de prise en charge en premier recours pour permettre un meilleur relais ville-hôpital. Les acteurs de la spécialité de pédiatrie ont notamment documenté l'activité des passages aux urgences et des hospitalisations pédiatriques, pour caractériser les besoins de cette population particulière, ainsi que les types d'exercice de la spécialité et les actes correspondants.

[323] S'appuyant sur les données démographiques, les deux spécialités ont documenté la nécessité d'assurer la formation de spécialistes polyvalents, capables notamment d'assurer une prise en charge de premier recours satisfaisante.

[324] Les pneumologues exerçant en France sont 2803 en 2017 selon les données du CNOM⁷⁰, avec une proportion de libéraux ou mixtes de 24 %. Cette situation légitime la formation de pneumologues polyvalents, qui soient opérationnels en ville dès la sortie du DES, sur un large champ d'activité, notamment pour garantir un accès rapide et équitable aux soins.

[325] Les perspectives démographiques déjà décidées par les pouvoirs publics (filiarisation, relèvement des effectifs ouverts et pourvus aux ECNi) conduisent la DREES à projeter les effectifs de ces deux spécialités à l'horizon 2040 avec une progression de +43 % et +63 % respectivement, pour une moyenne des spécialités médicales et chirurgicales hors médecine générale à +33 %.

[326] Pour la pédiatrie, l'élargissement de l'offre de premier recours est également cohérent avec l'extension du dispositif médecin traitant aux enfants de moins de seize ans inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé⁷¹, permettant aux parents ou tuteurs d'enfants de moins de seize ans de choisir le médecin traitant chargé de coordonner le parcours de soins de leur enfant entre généralistes et pédiatres.

[327] Les interactions de ces spécialités avec de nombreuses autres disciplines ont également été documentées afin de justifier de la nécessité pour les médecins formés de disposer d'une culture médicale transversale suffisante au-delà du champ de la spécialité (par exemple les syndromes respiratoires en début de nombre de maladies de systèmes et de maladies rares).

[328] S'agissant des parcours de formation, la pneumologie est parmi les sept DES étudiés par la mission sur la base des données du ministère de l'enseignement supérieur, celui où l'inscription parallèle en DESC est la plus élevée. 31 % des internes de dernière année de DES sont ainsi inscrits en DESC, essentiellement dans le DESC de cancérologie. Le nombre de DU et DIU effectués, même s'il est partiellement documenté, va dans le même sens.

[329] Les données fournies par la spécialité de pneumologie indiquent que 98,5 % des étudiants de DES de pneumologie ont poursuivi leur formation par deux ans de post-internat entre 2009 et 2013 avant d'exercer en toute autonomie.

⁷⁰ Atlas de la démographie médicale, CNOM 2017

⁷¹ Article 76 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016, forfait médecin traitant de l'enfant applicable à compter du 1^{er} mai 2017, ROSP enfant.

[330] La pédiatrie a par ailleurs souligné la forte proportion d'étudiants à suivre des DU et DIU pour compléter leur formation théorique de base, et ainsi justifié l'intégration d'enseignements complémentaires dans la nouvelle maquette en cinq ans.

[331] La spécialité de pneumologie a travaillé sur un référentiel de compétences à acquérir, en rapport avec un référentiel métier qui documente l'activité des professionnels en exercice⁷², en lien avec les référentiels européens (HERMES, Référentiel Européen en Pathologie Respiratoire de l'Adulte). La spécialité de pédiatrie dispose également d'un référentiel métier élaboré en 2010/2011 et partiellement revu. Elle reconnaît la complexité de l'élaboration de ces documents et l'importance de faire évoluer les contenus de formation au regard de l'activité des professionnels, par le suivi d'indicateurs tels que l'évolution de la santé de la patientèle cible, le développement des techniques de prise en charge, l'évolution des lieux d'exercice.

[332] Les maquettes en cinq ans proposées par ces deux spécialités tenaient notamment compte des évolutions de l'activité professionnelle et de la correspondance avec des référentiels de compétences européens. La complexité médico-technique de la spécialité de pneumologie et la nécessaire polyvalence de ses praticiens, comme la quantité de connaissances à intégrer pour faire de « bons » pédiatres généralistes, ont été des arguments développés par chacune des spécialités.

[333] La décision des pouvoirs publics de porter de quatre à cinq ans la durée des DES de pneumologie et de pédiatrie, si elle n'a pas été comprise par d'autres spécialités et certains acteurs, apparaît ainsi argumentée et s'appuyer sur certains éléments probants. Elle gagnerait à fonder une démarche d'évaluation plus globale et interdisciplinaire afin de nourrir les évaluations ultérieures, pour ces maquettes et pour l'ensemble des DES.

3.3.3 La cardiologie, l'hépto-gastroentérologie et la néphrologie, ont partiellement documenté les besoins de santé et de formation

3.3.3.1 Le DES de médecine cardiovasculaire

[334] La spécialité de médecine cardiovasculaire met en évidence son caractère médico-technique et la nécessité pour l'ensemble des professionnels formés de maîtriser de nombreux examens. Ainsi l'échocardiographie, enseignée auparavant par un DIU de deux ans, a été intégrée dans la maquette en quatre ans, avec une vigilance d'ores et déjà annoncée sur les difficultés à l'acquisition de cette technique dans le délai imparti. La nécessité de former des cardiologues polyvalents est soulignée, en lien avec l'augmentation de la prévalence des maladies cardiovasculaires et l'importance de structurer une offre de soins de premier recours suffisamment complète sur le champ de la spécialité.

[335] La comparaison avec la durée de la formation européenne tend à montrer une insuffisance de durée en France, mais l'absence de documentation des contenus de formation ou de prise en compte de référentiels de compétences européens appellent au développement de cet argumentaire.

⁷² Référentiel métier et compétences en pneumologie, V1, septembre 2010, Fédération française de pneumologie

[336] Les parcours de formation aux surspécialités de cardiologie interventionnelle de l'adulte, rythmologie et stimulation, ces deux surspécialités représentant 13 % des cardiologues libéraux en exercice, la cardiologie pédiatrique et congénitale, représentant 1 % des cardiologues libéraux, et enfin l'imagerie cardiovasculaire d'expertise, prévue dans la nouvelle maquette en une année d'option, semblent avant réforme assurés par des DIU ou un post-internat de deux années. Le besoin de santé et de formation mériterait d'être documenté. La justification d'une option en deux ans, qui n'a pas de précédent pour un DES en quatre ans, devrait être illustrée par un contenu de formation détaillé.

[337] La démographie de la spécialité, la répartition de l'exercice entre ville et hôpital, le besoin en santé de la population, les parcours de formation, les profils d'activité des professionnels en exercice sont autant d'informations qui mériteraient d'être développées pour justifier d'une augmentation de durée de formation, avec à l'appui le contenu d'une maquette de formation en cinq années répondant à ces enjeux.

3.3.3.2 Le DES d'hépatogastroentérologie

[338] La spécialité d'hépatogastroentérologie soutient le passage à cinq ans de sa maquette de formation par le large champ des pathologies et des actes devant être connus par l'ensemble des hépatogastroentérologues de premier recours libéraux. Les documents produits par la spécialité relient cette nécessité à la prévalence et l'incidence de ces pathologies, bien documentées, avec un effort notable de description de l'activité des professionnels en exercice sur la base du rapport de la haute autorité de santé (HAS) concernant la pertinence de l'endoscopie digestive et des publications de la Société Française d'Endoscopie Digestive concernant l'activité d'endoscopie des hépatogastroentérologues. La nécessité d'inclure des enseignements transversaux dans des champs connexes à la discipline (nutrition, addictologie, échographie abdominale...) paraît particulièrement pertinente dans un objectif de prévention et de santé publique.

[339] Concernant les parcours de formation, le nombre d'étudiants du DES d'hépatogastroentérologie actuellement inscrits au DESC de cancérologie est indiqué par le collègue d'enseignants à 38 % France entière, soit un niveau comparable à celui renseigné par le service statistique du ministère chargé de l'enseignement supérieur (26 % pour l'HGE et pour mémoire 31 % pour la pneumologie). L'argument d'une formation complémentaire assurée pour la grande majorité des étudiants sortant de DES sur des postes d'assistants et de clinicat mériterait d'être documenté, comme pour l'ensemble des spécialités. Le taux d'options et FST en HGE sera donc élevé et majoritaire.

[340] La spécialité s'appuie par ailleurs sur des référentiels de compétences, définis au niveau européen⁷³, et sur la littérature internationale. Une correspondance entre ces informations et la construction d'une maquette en cinq ans pour l'ensemble des étudiants de la spécialité, démontrant que les FST et options seules ne pourraient suffire à répondre au besoin de santé, pourraient utilement être présentée aux instances d'évaluation et de révision de la réforme. Ces éléments seraient à compléter par une analyse de la démographie de la spécialité.

⁷³ Speciality Training Programme and Curriculum for Gastroenterology and Hepatology – The blue book 2017

3.3.3.3 Le DES de néphrologie

[341] La spécialité de néphrologie a basé l'essentiel de son argumentaire sur la nécessité de former en trois années pour assurer la mise en responsabilité lors de la phase de consolidation. Or la phase de consolidation reste une année de formation à part entière, avec une logique de progressivité voulue par la réforme, et le parti-pris de la spécialité d'argumenter sur l'insuffisance de temps de formation paraît difficile à entendre.

[342] Pour autant, la spécialité de néphrologie a présenté à la mission en octobre 2017 des données sur la prévalence des pathologies traitées par la spécialité, illustrant l'augmentation de l'insuffisance rénale en France et du traitement par dialyse et transplantation. Sur la base de l'activité professionnelle des néphrologues « généralistes » et de publications scientifiques européennes et internationales, elle a argumenté la construction d'une maquette en cinq ans pour donner aux néphrologues les compétences nécessaires au suivi continu de patients atteints d'insuffisance rénale tout au long de leur parcours de soins (avant dialyse, dialysés, transplantés...).

[343] Selon une enquête réalisée auprès des internes, la formation proposée par la réforme est jugée majoritairement insuffisante pour l'acquisition des savoir-faire, sans que l'on sache si cet avis est réellement objectif et circonstancié, 97 % des mêmes internes se déclarant mal informés sur la réforme. Une autre enquête réalisée sous l'égide du club des jeunes néphrologues (CJN) avec le soutien du syndicat des internes en néphrologie apporte en revanche des informations utiles sur le parcours des étudiants, avec au moins 85 % des néphrologues interrogés qui ont poursuivi leur formation par un post-internat, ce qui constituait un complément jugé indispensable à l'acquisition des savoirs et savoir-faire techniques (biopsies rénales, hémodialyse, dialyse péritonéale, transplantation, etc...) et scientifiques.

[344] Cette information mériterait d'être approfondie en lien avec les données du ministère de l'enseignement supérieur. Enfin la seule comparaison aux durées de formation européenne doit être complétée par une approche des référentiels de compétences et des référentiels métiers développés au niveau européen. Les éléments présentés par la spécialité de néphrologie appellent ainsi à être complétés par des données démographiques, sur le besoin de santé et le profil d'activité des professionnels en exercice, illustrant éventuellement l'importance pour les néphrologues de disposer d'une formation à la fois transversale et médicoteknique, cohérente avec des référentiels de compétences européens.

3.3.3.4 Observations générales sur ces DES

[345] La mission a bien noté la novation que représente, particulièrement pour des spécialités en partie médico-techniques comme celles-ci, l'adaptation des parcours en quatre ou cinq ans, en fonction des options, la réalisation d'un certain nombre d'actes tracés et évalués dans le cadre du portfolio et d'un registre ou log-book que la maquette d'HGE par exemple initie.

[346] Dans l'arrêté du 21 avril 2017, deux de ces spécialités sont concernées par des options ou FST conséquentes : trois options et quatre FST notamment⁷⁴ en médecine cardiovasculaire, deux options et quatre FST notamment en HGE, la néphrologie ne disposant pas d'option et de deux FST. La cardiologie prévoit des options et FST à hauteur très majoritaire (70 à 80 % de l'effectif du DES, dont 40 à 45 % pour la cardiologie interventionnelle et la rythmologie-stimulation, sur un effectif de 176 en 2017), au motif du remplacement des effectifs dans les deux options interventionnelles et de l'évolution des compétences, ainsi qu'une option d'imagerie cardiovasculaire d'expertise pour 23 à 28 % de l'effectif. Cette prévision du collège des enseignants certes ambitieuse semble étayée. Une perspective similaire devrait exister en HGE compte tenu de la situation de départ en DESC, également documentée. Elle relativise fortement le débat entre quatre ans plus options et FST ou cinq ans dont options et FST. Aller au bout de la logique de réintégration dans le DES des besoins de formation subsistant en post-internat pourrait également conduire à traiter les deux options interventionnelles en cardiovasculaire, qui avant réforme correspondent systématiquement à deux ans de post-internat, en options alignées sur la réanimation pédiatrique et la radiologie interventionnelle (en six ans en prolongeant d'un an des DES de cinq ans).

[347] Après avoir auditionné les trois spécialités et étudié les documents transmis, dont les synthèses figurent en annexe 9, la mission estime qu'elles lui ont apporté certains indices qui pourront valablement être étudiés par le comité d'évaluation de la réforme, mais qu'elles n'ont pas réussi, ni au printemps 2017, à la connaissance de la mission et des documents qui lui ont été transmis, ni cet automne sur la base des documents récents ou actualisés, à réunir de façon suffisamment probante une documentation des besoins de santé, des comparaisons internationales, analysées plus haut, ou d'une difficulté pédagogique majeure à inscrire les besoins de formation actuels dans les maquettes en quatre ans publiées en avril 2017.

[348] D'autres spécialités en quatre ans sont susceptibles de formuler les mêmes demandes, sans pour autant que la mission ait pu disposer des éléments nécessaires à une analyse. C'est notamment le cas de la spécialité de rhumatologie, rencontrée à sa demande en fin de mission, qui devra présenter des données probantes selon les mêmes critères proposés aux instances de suivi et d'évaluation de la réforme. Une vision globale de la réforme doit impérativement être donnée avant la fin de l'année universitaire en cours, quels que soient les calendriers, les dates d'effet et le champ des décisions prises par les pouvoirs publics, en informant tous les acteurs concernés dès que possible, notamment les internes affectés suite aux ECN de 2017 ou ceux qui le seront suite à celles de juin 2018. Compte tenu des délais d'expression par les spécialités, d'examen par le comité d'évaluation et de décision par les pouvoirs publics, un calendrier de travail doit donc être arrêté rapidement début 2018.

Recommandation n°15: Confirmer aux trois spécialités qu'elles doivent présenter aux comités de suivi et d'évaluation de la réforme des éléments plus probants d'évaluation des besoins de santé et de formation en vue d'une décision à l'été 2018.

⁷⁴ La liste des FST évoquée dans chaque maquette est ouverte, d'où le notamment systématique dans les maquettes.

3.3.4 Les deux disciplines universitaires de psychiatrie sont à renforcer pour faire évoluer la spécialité

[349] L'atlas de la démographie médicale du CNOM de 2017 recense au 1^{er} janvier 2017, 12636 psychiatres qualifiés dont 37 % de libéraux ou mixtes, et 591 pédopsychiatres qualifiés (avant 1989 date d'obtention des premiers DES de psychiatrie) dont 38 % de libéraux ou mixtes, soit au total 13227 psychiatres dont 37 % de libéraux ou mixtes. La DREES dans son « Portrait des professions de santé » recense au 1^{er} janvier 2015, 15048 psychiatres dont 44 % de libéraux ou mixtes. Les différences de comptabilisation selon la notion d'activité retenue sont bien expliquées par la DREES⁷⁵. On peut donc estimer le nombre de psychiatres salariés à environ 8300. Le CNG pour sa part gère au 1^{er} janvier 2017, 5500 praticiens hospitaliers en psychiatrie polyvalente, dont 89 % à temps plein et 11 % à temps partiel.

[350] Au sein de cet effectif, la DREES identifie environ 2500 psychiatres de l'enfant et l'adolescent actifs et formés, soit par le DESC de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, depuis qu'il existe (1984), soit qualifiés par la formation antérieure avant 1991. Ces praticiens avec un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent sont en décroissance sur les trois dernières années (-2 % par an), signe que le DESC (environ 60 délivrés par an entre 2012 et 2014) ne suffit pas à remplacer les départs en retraite. Les libéraux ou mixtes sont majoritaires (52 %).

Tableau 2 : Effectifs de pédopsychiatres 2012-15

	2012	2013	2014	2015	Evolution entre 2012 et 2015
Ensemble des pédopsychiatres	2664	2599	2554	2475	-7 %
Libéraux	1076	1019	968	929	-14 %
Mixtes	318	331	346	348	9 %
Salariés	1270	1249	1240	1198	-6 %

Source : DREES et rapport RM. Moro

[351] Les professionnels de la psychiatrie alertent régulièrement sur la faiblesse des effectifs pour répondre aux besoins en santé mentale, et sur l'inadéquation des réponses actuellement apportées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA). Les plus récents rapports⁷⁶ d'une longue série consacrée à la santé mentale, s'en sont fait l'écho, parfois sur la base d'informations mal comprises cependant, notamment la diminution drastique des pédopsychiatres apparaissant dans l'atlas annuel de la démographie médicale, publié depuis 2007 par le CNOM.

⁷⁵ Voir l'encadré page 21 du Portrait des professions de santé, DREES 2016. L'ordre recense les praticiens en activité régulière, hors remplaçants et retraités. La DREES recense les praticiens actifs, y compris remplaçants et retraités en cumul emploi-retraite.

⁷⁶ Rapport du Pr. Rose-Marie Moro et Jean-Louis Brison, Mission bien-être et santé des jeunes, novembre 2016 et rapport de la mission d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs, Alain Milon et Michel Amiel, sénateurs, avril 2017.

[352] En effet, dans le cadre de la reconnaissance européenne des qualifications, et depuis qu'ont été créés le DES de psychiatrie et le DESC de PEA, seuls sont reconnus comme qualifiés ordinalement en pédopsychiatrie les praticiens formés avant les premiers DES, soit avant 1989, et les rares praticiens européens ayant demandé avant 1991 la qualification ordinale en France. L'effectif concerné est donc passé de 1 235 pédopsychiatres en activité régulière⁷⁷ au 1^{er} janvier 2007 à 591 au 1^{er} janvier 2017 soit une division par deux en dix ans. Mais il s'agit d'une cohorte en extinction, ne comprenant aucun des pédopsychiatres formés par le DESC.

[353] Pour autant, tous les professionnels formés par le DESC non qualifiant de PEA depuis sa création en 1984 exercent et font face à des besoins jugés croissants. Ils sont selon la DREES environ 1 800 détenteurs du DESC PEA, avec un exercice le plus souvent orienté vers l'enfant et l'adolescent, auxquels s'ajoutent 700 pédopsychiatres du groupe précédent et encore actifs, soit 2500 au total pour la DREES.

[354] Par ailleurs, l'arrêté du 22 juin 2004 modifié définissant la liste des spécialités hospitalières ne reconnaît, en cohérence avec le CNOM, qu'une spécialité de psychiatrie polyvalente ; la répartition des postes et des PH de psychiatrie publique entre psychiatrie de l'adulte et enfant ou adolescent n'est pas connue, pas plus que le degré de formation des praticiens occupant les postes concernés par l'enfant et l'adolescent.

[355] Lors de l'audition des deux disciplines universitaires, a été exprimée par le représentant de la sous-section pédopsychiatrie-addiction du CNU (49-04) la demande, non retenue à ce jour, mais discutée au printemps 2017, d'un co-DES entre le DES de psychiatrie et un DES à créer de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, entraînant qualification ordinale et hospitalière exclusive, au moins à terme après période transitoire. Sans que la durée du DES proposée et son degré d'exclusivité n'apparaissent très précis⁷⁸, la tentation d'allonger les DES de quatre ans étant présente également en psychiatrie, cette proposition ne recueillait pas le soutien des psychiatres d'adultes présents (CNP de psychiatrie, collège des enseignants, CNU sous-section psychiatrie 49-03), qui la présentent comme une perspective de travail, à faire précéder d'un renforcement des deux disciplines universitaires, psychiatrie d'adultes-addiction (sous-section 49-03) et pédopsychiatrie-addiction et d'une identification préalable de deux spécialités hospitalières.

[356] En effet, comme il est bien explicité dans les rapports récents cités, et développé par le collège des enseignants de psychiatrie, la psychiatrie, comme sa composante psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, apparaît faiblement universitaire, tant en recherche, qu'en formation, dans les territoires et subdivisions, et au niveau national.

⁷⁷ Au sens du CNOM et de son atlas annuel, soit hors retraités, sans activité ou en cumul emploi-retraite.

⁷⁸ Un co-DES peut comporter un tronc commun entre deux DES de durées différentes, ce qui est le cas entre allergologie 4 ans et médecine interne ou maladies infectieuses et tropicales cinq ans ; le champ des possibles est donc psychiatrie quatre ans et PEA quatre ans avec exercice limité à la PEA, psychiatrie quatre ans et PEA cinq ans avec exercice non limité à la PEA, comme l'option, et psychiatrie cinq ans et PEA cinq ans. Dans la suite c'est l'hypothèse intermédiaire, calée sur la durée de l'option qui est étudiée.

[357] L'effectif hospitalo-universitaire comprend 88 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) en psychiatrie d'adultes et 36 en pédopsychiatrie, douze et trois maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) respectivement, soit 139 titulaires et 2,5 % de l'ensemble des titulaires hors médecine générale (un pour 40). Ils ont en responsabilité directe la formation de 500 internes par an, soit 10 % des internes hors médecine générale, le premier contingent d'internes et le premier effectif de spécialité après la médecine générale. Ils assurent également l'enseignement transversal de la psychiatrie à l'ensemble des étudiants et internes. Neuf UFR sur 34 dont les deux UFR ultramarines n'ont pas de professeur en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, situation retrouvée dans d'autres disciplines, en général chirurgicales, mais aussi en médecine et santé au travail et en médecine physique et réadaptation. En revanche, pour deux disciplines universitaires appelées à intervenir dans la formation de 500 internes par an (deux semestres pour tout interne de psychiatrie et six semestres pour l'option PEA proposée à 150 internes par an), cette situation apparaît dommageable pour la qualité de la formation et mal compensée par la coordination régionale de la spécialité.

[358] Quelles que soient les solutions adoptées pour la formation, un renforcement et un soutien adaptés pour la recherche et la formation dans la discipline apparaissent nécessaires à la mission. Une mission conjointe IGAS-IGAENR est en cours sur l'évaluation du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). En tout état de cause, pour disposer à terme de candidats répondant aux critères de nomination comme hospitalo-universitaires, les deux disciplines doivent favoriser les formations par la recherche dès le troisième cycle, par les années-recherche et un encadrement adéquat, puis dans le cadre du clinicat.

Recommandation n°16 : Financer spécifiquement, sur le modèle proposé pour la médecine générale, des années-recherche en santé mentale, des postes de chefs de clinique dans le contexte post-réforme, le cas échéant des postes d'enseignants associés, prioriser les soins primaires en santé mentale dans le PHRC et piloter un renforcement global des deux disciplines universitaires de psychiatrie

[359] Pour illustrer la difficulté des comparaisons internationales, il convient de rappeler que la directive européenne 2005/36/CE et son annexe V⁷⁹, comporte parmi les 55 spécialités listées la psychiatrie (psychiatry) et la psychiatrie de l'enfant (child psychiatry), toutes deux avec une durée minimale de quatre ans ; la psychiatrie est reconnue par tous les Etats répondants et la psychiatrie de l'enfant par tous les pays, sauf trois : la France, l'Estonie et les Pays-Bas. En dehors de ces trois pays qui ne reconnaissent pas une qualification ordinaire spécifique, tous les autres pays répondants ont deux qualifications séparées, et c'est d'ailleurs le cas de la France pour les praticiens formés avant 1989. Ont-ils pour autant dans les autres pays (et marginalement en France) une exclusivité d'exercice leur interdisant, en libéral ou en salarié, de prendre en charge pour partie des adultes ? Ou d'exercer des responsabilités majoritairement tournées vers la psychiatrie de l'adulte ? La mission n'a pu vérifier ces deux interrogations.

[360] Quoi qu'il en soit dans les autres pays, le code de la santé publique conduit déjà en France, et la réforme va rendre plus fréquentes ces situations, à gérer de façon plus pragmatique les recrutements ou exercices entre deux ou plusieurs spécialités.

[361] S'agissant de l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent prenant le relais du DESC non qualifiant, ouverte au seul DES de psychiatrie, plusieurs scénarios sont donc possibles.

⁷⁹ L'annexe V définit l'intitulé des spécialités médicales potentiellement reconnues dans les Etats-membres et la durée minimale que les formations correspondantes doivent respecter.

[362] Si l'arrêté de 2007 reste en l'état, la spécialité hospitalière « psychiatrie polyvalente » ne permet pas de différencier la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de réserver un poste à ce profil, ce qui est la situation actuelle,

[363] L'arrêté peut, même dans le cadre de l'actuel DES de psychiatrie avec option PEA, créer une spécialité PEA du concours de PH, obligeant les établissements à choisir et spécifier à chaque publication, mutation comprise, la spécialité recherchée au sein de la même qualification ordinale, C'est la demande formulée à la mission par le CNU de psychiatrie, et présentée comme soutenue par la discipline universitaire de pédopsychiatrie, qui souhaite aller au-delà et différencier également le DES.

[364] Inversement, si un DES de PEA était créé, de préférence sous forme de co-DES⁸⁰ avec le DES de psychiatrie, le CNOM devrait gérer deux qualifications ordinales, en stock et en flux, en conformité avec la directive, le cas échéant en réalimentant la qualification pédopsychiatre mise en extinction en 1989 avec l'apparition des premiers DES, et l'arrêté de 2007 devrait être modifié pour créer la spécialité hospitalière PEA, sans exclure qu'un établissement publie un poste dans l'une ou l'autre spécialité,

[365] Ces deux spécialités se trouveraient alors pour partie dans la même situation que les deux branches du co-DES médecine cardiovasculaire et médecine vasculaire : le CNOM va leur attribuer un exercice exclusif, alors que la directive ne reconnaît qu'une spécialité (cardiology). Le ministère devrait le suivre, ne serait-ce que pour anticiper la sortie des nouveaux DES. Les deux autres co-DES créés par la réforme posent des interrogations similaires : le co-DES anesthésie réanimation et médecine intensive réanimation, bien que la directive ne reconnaisse pas la réanimation, correspond à deux qualifications ordinales et deux spécialités de PH ; le co-DES autour de la médecine interne, maladies infectieuses et tropicales ou allergologie, bien qu'il corresponde à quatre intitulés de la directive, va conduire le CNOM et le ministère à réexaminer les qualifications (une seule à ce jour) et spécialités hospitalières (trois à ce jour avec le DESC de maladies infectieuses et maladies tropicales et celui d'allergologie immunologie clinique). Dans tous les cas de figure, la gestion des qualifications par le CNOM et des PH par les établissements ne pourra qu'être pragmatique et s'orienter au cas par cas vers un ou plusieurs DES ou spécialités, ancien ou nouveau régime.

[366] De façon complémentaire, si les référentiels de compétences et les durées de formation le justifient, la double qualification ordinale n'empêche pas non plus pour les libéraux que l'exercice soit exclusif entre les psychiatres et les pédopsychiatres, pas plus qu'il ne l'est entre généralistes et pédiatres ou gynécologues ; donc un pédopsychiatre libéral peut avoir une part de clientèle adulte, et un psychiatre une part de clientèle chez l'enfant ou l'adolescent. En revanche, touchant aux limites de sa compétence, il devra référer les cas les plus complexes à plus spécialiste que lui, situation non sans équivalent en exercice médical

⁸⁰ Un DES de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent en cinq ans peut être en co-DES avec la psychiatrie en quatre ans, avec une ou plusieurs options (psychiatrie de la personne âgée créées en 2017, psychiatrie médico-légale demandée mais non obtenue à ce jour) prolongeant le DES à cinq ans.

[367] L'audition de la psychiatrie a permis de noter à ce stade deux demandes complémentaires du CNP et du collège de psychiatrie : la création d'une option de psychiatrie médico-légale, qui paraît utilement renforcer la compétence des experts psychiatres auprès des tribunaux, et la demande de scinder la « psychiatrie polyvalente » de l'arrêté ministériel du 29 juin 2007 modifié en deux spécialités hospitalières, psychiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la seconde accessible par le DESC ou l'option. Cette identification possible même dans l'hypothèse du maintien d'un DES unique avec deux ou trois options (et automatique dans l'hypothèse d'un co-DES entre psychiatrie avec une ou deux options et DES de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent) est aux yeux de la mission utile, soutenue par les deux disciplines universitaires malgré leurs débats, et montre dans le champ hospitalier au moins la faisabilité d'une identification.

Recommandation n°17 : Identifier sur proposition des deux disciplines universitaires deux spécialités hospitalières de psychiatrie, psychiatrie d'adultes et psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, pour garantir une meilleure gestion des compétences. Poursuivre la discussion avec la spécialité sur l'évolution du DES de psychiatrie et garantir l'interdisciplinarité des parcours de formation avec la pédiatrie et la prise en charge des troubles neuro-développementaux.

[368] En conclusion, la réforme du troisième cycle des études médicales peut être achevée d'ici l'automne 2018, en poursuivant la grande mobilisation de ses acteurs, en lançant un ambitieux chantier d'évaluation et d'amélioration des systèmes d'information, afin de mieux former les médecins de demain et d'atteindre les objectifs de la stratégie nationale de santé.

[369] Elle ne pourra l'être cependant sans une vision globale des complémentarités et équilibres entre spécialités, insuffisamment pris en compte par les exigences propres à chaque spécialité, sans une appropriation par les professionnels, les enseignants et les praticiens en formation des ambitions méthodologiques qu'impliquent des données probantes sur les besoins de santé et des référentiels de formation basés sur les compétences, tels que les pratiquent nos voisins depuis des années, et sans un soutien déterminé à certaines spécialités encore récentes ou éloignées des standards internationaux en termes de formation et de recherche.

[370] Des ajustements, le cas échéant annuels, pourront être apportés aux maquettes de formation, en améliorant les scories, manques ou rigidités que les travaux de 2017 ont pu comporter. Il appartient aux comités de suivi et au comité national d'évaluation prévus par l'arrêté du 12 avril 2017 de coordonner ces travaux. La mission propose une grille d'évaluation qui pourrait guider les travaux des spécialités d'ici l'automne 2018, notamment afin de convaincre les pouvoirs publics sur les ajustements de durée ou de périmètre, pour lesquels la mission n'a pu dans un délai contraint que recueillir des indices encore insuffisamment documentés et étudiés pour fonder un avis.

[371] Les comparaisons internationales, pour complexes qu'elles soient, montrent que les formations de base et de spécialités en France apparaissent plutôt courtes et d'emblée spécialisées, par comparaison avec nos voisins européens. Cette comparaison présente cependant des limites inhérentes aux grandes différences entre systèmes de santé, contenus et déroulés des formations, de statut de l'étudiant en phase de spécialisation, et ne peut être considérée seule comme un argument motivant des augmentations de durée.

[372] Malgré l'absence de documentation sur les besoins de santé, appréciés globalement ville-hôpital par spécialité médicale, que ni les rares publications de santé publique ni les statistiques publiques ne peuvent actuellement produire, compte tenu de l'hétérogénéité des données sur les libéraux (par praticien, mais sans indication de pathologie) et les salariés d'établissement (par unité médicale, mais sans indication de prescripteur ou d'effecteur, même pour les actes médico-techniques classants), deux spécialités à ce jour, et potentiellement deux ou trois supplémentaires, ont montré qu'elles s'inscrivaient ou pouvaient s'inscrire :

- dans des parcours de formation déjà densifiés par des formations complémentaires (DESC fréquents, ainsi que DU ou DIU), ce qui conduirait dans les nouveaux parcours à des options/FST très majoritaires, rendant ténue la distinction entre DES en quatre ans allongés d'un an par les options/FST ou DES en cinq ans dont options/FST ;
- dans des priorités de santé publique, pathologies larges et en croissance, appelant des spécialistes de ville mieux formés pour développer l'ambulatoire et limiter au strict nécessaire le recours aux plateaux techniques, et dont les effectifs sont prévus par la DREES en croissance relative,
- dans une formation garantissant une spécialité homogène et non à deux vitesses, les spécialistes à option étant nécessairement les plus attirés par le secteur privé, notamment pour les spécialités médico-techniques.

[373] Ces indices pourraient permettre d'ici l'été 2018, une vision globale et cohérente de la réforme du troisième cycle, de trancher définitivement sur le statut du praticien en phase 3 de formation et les spécialités passant à cinq ans dont options/FST et celles demeurant à quatre ans avec options/FST, rejointes par la médecine générale.

[374] La montée en charge très progressive des dépenses salariales liées à la réforme est rendue possible par :

- la stabilité récemment acquise des effectifs d'internes,
- la faible part de financement MERRI de stages hospitaliers de phase 3 (8.000€ par interne soit 18 % de sa rémunération annuelle), contrairement au financement intégral des stages extra-hospitaliers, qui peut évoluer notamment en médecine générale (SASPAS), sans rompre l'unité de parcours et de statut entre spécialités ou internes,
- le nouvel équilibre de stages hospitaliers/extrahospitaliers sur quatre ans de médecine générale, car à durée inchangée de trois ans, le développement des stages extrahospitaliers entraînerait la même charge, et les internes de médecine générale en stage hospitalier diminueraient drastiquement,
- la durée des formations, car les effets de la réforme seront progressifs sur quatre à six ans.

Stéphane ELSHOUD

Jean DEBEAUPUIS

Philippe PERREY

Florence ALLOT

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	échéance
1.	Définir pour les médecins en exercice s'inscrivant dans un deuxième DES les modalités pédagogiques, de rémunération et de financement qui seront offertes à compter du 1er janvier 2021.		DGOS DGESIP	2018 et au-delà
2.	Renforcer les moyens dédiés à l'ONDPS en particulier pour réaliser ses missions d'évaluation des besoins de santé et de prospective en matière de formation, afin d'atteindre les objectifs de sa lettre de mission ministérielle.		MSS	2018 et au-delà
3.	Confier aux services statistiques (DREES, SIES) en lien avec les instances compétentes (ONDPS, HCAAM, CNOM) le pilotage d'un programme national, décliné en région, d'amélioration de la connaissance des parcours de formation et d'exercice professionnel (post-internat, installation en libéral ou salarié), partagé avec les instances professionnelles (CNP et collège de médecine générale (CMG), CNOM, fédérations et conférences hospitalières) et universitaires (enseignants, étudiants, conférences des présidents d'université et doyens).		MSS MESRI	2018 et au-delà
4.	Associer les conseils nationaux professionnels au processus de révision des maquettes de formation, ainsi que les étudiants, dans le cadre d'une gouvernance élargie, centrée sur le métier		DGOS DGESIP	2018 et au-delà
5.	Prendre en compte l'apport des patients dans la formation des médecins en associant des représentants de France Assos Santé aux différentes instances existantes ou à créer dans les UFR de santé, ainsi que dans les comités d'évaluation ou de suivi mis en place par la CNEMMOP pour le suivi de la réforme du troisième cycle des études médicales.		MSS MESRI	2018 et au-delà
6.	Initier dès 2018 la construction du référentiel d'évaluation du troisième cycle des études de médecine par le Hcéres, en lien avec les acteurs parties prenantes des instances d'évaluation et de suivi de la réforme, afin de démarrer la première vague d'évaluation.		DGESIP	2018
7.	Garantir par le fonctionnement du dispositif d'évaluation et de révision des maquettes, la transversalité et l'approche de prévention et de santé publique, entre spécialités et au-delà, dans les		MSS MESRI Comité d'évaluation	2018 et au-delà

	maquettes et parcours de formation, avec des critères spécifiques d'évaluation.			
8.	Favoriser les synergies et une approche commune des projets en cours afin de construire des systèmes d'information ouverts, innovants et partagés entre les différents acteurs (CNOM-CNG-ASIP pour le RPPS, CNG-ARS-FHF pour Logimedh, DGOS-ARS-UFR-CHU pour IMOTEP).		MSS dont ARS	2018 et au-delà
9.	Développer les stages chez tous les praticiens libéraux tant pour les internes de médecine générale que dans les autres spécialités. A cette fin, redéfinir ou confirmer dans les décrets relatifs aux statuts du praticien en formation le modèle de rémunération des stages praticiens de niveau 2 (SASPAS en médecine générale ou leur équivalent dans toutes les spécialités), en phase 2 ou en phase 3. Redéfinir ou confirmer le modèle de financement associé dans les circulaires tarifaires annuelles ultérieures. Renouveler l'engagement des autorités, enseignants et professionnels pour mettre en œuvre dans un calendrier précis un nouveau modèle des stages ambulatoires, avec un maillage du territoire adapté aux spécialités.		DGOS DGESIP ARS et UFR	2018 et au-delà
10.	Modifier l'article R. 6152-6 du code de la santé publique et l'arrêté du 22 juin 2007 pour assouplir la recherche de candidats praticiens et assortir « la spécialité du candidat recherchée » d'au moins une spécialité voisine.		DGOS	2018
11.	Sans préjuger des conclusions de la mission en cours sur la gestion des personnels hospitalo-universitaires et du recentrage du post-internat, envisager de modifier les statuts de chef de clinique et d'assistant hospitalo-universitaire (article 25 du décret 84-135 et article 33 du décret 2008-744) pour permettre un recrutement « pour une période initiale soit d'un an soit de deux ans, renouvelable par période d'un an », comme pour les assistants des hôpitaux (article R. 6152-511 du code de la santé publique).		DGOS DGRH	2018
12.	Faire piloter par les agences régionales de santé une mise à niveau régionale des filières de médecine générale dans les subdivisions les moins organisées, avec une coordination nationale effective, en réduisant les inégalités entre subdivisions sur les indicateurs-clés stages praticien en deuxième et troisième cycle, et des MSU, et en structurant les effectifs enseignants, afin de garantir la montée en charge du recrutement des MSU et rendre possible le passage du DES à 4 ans.		DGOS DGESIP ARS et UFR	2018 et au-delà

13.	Renforcer le soutien à la médecine générale en finançant spécifiquement des années-recherche en soins primaires, en poursuivant la priorité donnée à la recherche en soins primaires dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), les créations de postes de professeurs ou maîtres de conférences associés et de chefs de cliniques.		DGOS DGESIP ARS et UFR	2018 et au-delà
14.	Réviser la durée du DES de médecine générale à quatre ans, sous réserve que les conditions de faisabilité soient évaluées et réunies (modèle de financement, réduction des inégalités et renforcement des filières les plus faibles), afin que les UFR et DUMG soient en situation trois ans après de disposer des MSU nécessaires répartis sur les territoires et d'adapter les parcours à la nouvelle maquette.		DGOS DGESIP ARS et UFR	2018
15.	Confirmer aux trois spécialités qu'elles doivent présenter aux comités de suivi et d'évaluation de la réforme des éléments plus probants d'évaluation des besoins de santé et de formation en vue d'une décision à l'été 2018.		DGOS DGESIP Comité d'évaluation	2018
16.	Financer spécifiquement, sur le modèle proposé pour la médecine générale, des années-recherche en santé mentale, des postes de chefs de clinique dans le contexte post-réforme, le cas échéant des postes d'enseignants associés, prioriser les soins primaires en santé mentale dans le PHRC et piloter un renforcement global des deux disciplines universitaires de psychiatrie		DGOS DGESIP ARS et UFR	2018 et au-delà
17.	Identifier sur proposition des deux disciplines universitaires deux spécialités hospitalières de psychiatrie, psychiatrie d'adultes et psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, pour garantir une meilleure gestion des compétences. Poursuivre la discussion avec la spécialité sur l'évolution du DES de psychiatrie et garantir l'interdisciplinarité des parcours de formation avec la pédiatrie et la prise en charge des troubles neuro-développementaux.		DGOS DGESIP	2018

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
SECRÉTARIAT D'ÉTAT À L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET À LA RECHERCHE

Les Directeurs de cabinet
CAB MT/DA/AP/D17-012645

Paris, le

05 MAI 2017

Note
A l'attention de
Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales
et
Monsieur Jean-Richard CYTERMANN
Chef de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche



Objet : 3^{ème} cycle des études de médecine

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales entre en vigueur à compter du 1^{er} novembre 2017. En effet, les principales dispositions réglementaires, résumées dans 3 textes structurants, sont désormais déterminées au terme d'un long processus de réflexion et de concertation :

- le décret en Conseil d'Etat posant les bases de l'architecture du 3^{ème} cycle rénové modifiant le code de l'éducation a été publié le 25 novembre 2016,
- l'arrêté déclinant sur le plan réglementaire l'ensemble des dispositions prévues par le décret du 25 novembre 2016 a été publié le 14 avril dernier,
- l'arrêté pédagogique fixant la liste des diplômes d'études spécialisées (DES), des options et des formations spécialisées transversales (FST) ainsi que les maquettes de formation des 44 spécialités, a été publié ce 28 avril.

Deux autres textes sont en cours d'élaboration et seront publiés avant la rentrée universitaire, même s'ils portent sur des questions qui affecteront les étudiants à partir de 2019/2020. Il s'agit de l'arrêté fixant les maquettes de formation des FST, et du décret en Conseil d'Etat fixant notamment les nouvelles dispositions statutaires pour les étudiants de phase 3, phase de consolidation du 3^{ème} cycle des études médicales.

Cette réforme s'est largement fondée sur les travaux initiés par les Pr Pruvot et Couraud en 2009, et dont le rapport a été rendu public en août 2015. Elle a également repris l'essentiel des préconisations du rapport rédigé par vos inspections et rendu public en 2014, en particulier pour le volet relatif aux conditions d'exercice et statutaire au cours de la phase 3 dite de consolidation.

Nos ministères ont engagé avec l'ensemble des acteurs concernés, la phase de déploiement de cette réforme dans chaque subdivision.

L'une des innovations majeures de cette réforme est d'avoir mis en place les outils réglementaires permettant d'ajuster la formation des futurs spécialistes aux évolutions des connaissances médicales et de l'organisation du système de soins. Ainsi, la réglementation prévoit dorénavant que les maquettes de formation des différents diplômes, DES et FST, peuvent être révisées annuellement. C'est également dans cette optique qu'a été créé le comité national de suivi de la réforme du 3^{ème} cycle, sous l'égide de la Commission nationale des études de maïeutique, de médecine, d'odontologie et de pharmacie. Il s'agit d'une dimension à laquelle les acteurs concernés, représentants des étudiants et des spécialités notamment, sont particulièrement attachés.

Dans le cadre de la mise en place effective et du suivi de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, il convient de préciser les modalités de suivi et de révision, notamment des maquettes. Parmi, les premières questions déjà soulevées par certaines spécialités, on trouve la durée des formations. Celle-ci repose, à ce jour, sur les travaux menés sous la direction des Professeurs Pruvot et Couraud.

Nous vous demandons :

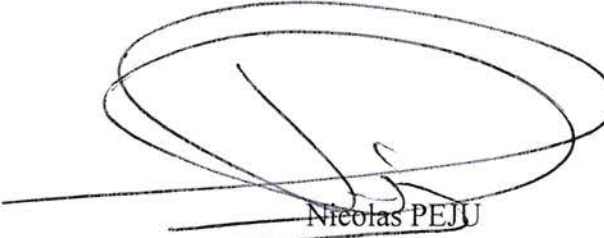
- d'établir un cahier des charges quant à la révision des maquettes de formation, précisant les indications et modalités de révision, prenant, notamment, en compte les évolutions de l'exercice médicale et de la demande en santé (depuis la fin des travaux dirigés par les Pr Pruvot et Couraud) et les capacités de formation ;
- d'établir une analyse comparative, dans le cadre de la reconnaissance des diplômes, de la formation des spécialités telle que proposée dans les maquettes actuelles, notamment s'agissant de la durée de formation, avec la formation des spécialistes au sein des principaux autres états membres de l'Union Européenne. Cette analyse devra tenir compte des différences éventuelles de durée des 1^{er} et 2nd cycles des études médicales entre les pays.

Nous vous remercions de conduire ces travaux afin d'être en mesure de rendre votre rapport d'ici à la fin de l'année 2017. Les préconisations que vous formulerez pourront éclairer les réflexions qui seront conduites dans le cadre du suivi et de l'évaluation de la réforme, voire de guider d'éventuels ajustements dès la rentrée universitaire 2018/2019.

Vous disposerez pour conduire ces travaux de l'appui de la Direction générale de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la Direction générale de l'offre de soins.



Christophe STRASSEL



Nicolas PEJU

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Responsables impliqués dans la réforme :

- Djillali Annane, ex-conseiller santé de la ministre des affaires sociales et de la santé (2012 – 2017) ;
- François Couraud, conseiller scientifique de la DGESIP, co-auteur du rapport propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales, avril 2014 ;
- François Lemoine, ex-conseiller santé du secrétaire d'Etat chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche (2015 – 2017) ;
- François-René Pruvot, président de la CME du CHU de Lille, co-auteur du rapport propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales, avril 2014 ;
- Benoît Schlemmer, en charge du suivi et de l'évaluation de la réforme ;

Instances académiques et professionnelles :

- Yvon Berland, président de l'université d'Aix-Marseille et président de la commission des questions de santé à la Conférence des présidents d'Université ;
- Jean-Luc Dubois-Rande, doyen de la faculté de médecine de l'université de Paris-Est Créteil, Val-de-Marne, président de la Conférence des doyens de facultés de médecine ;
- Olivier Claris, président des sections médicales du CNU santé ;
- Olivier Farges et Luc Mouthon, responsables de la Coordination nationale des collèges d'enseignants de médecine (CNCÉM) ;
- Jean-Yves Grall, président du collège des DG d'ARS ;
- Thierry Godeau et Jean-Marie Woehl, respectivement président et vice-président la Conférence nationale des Présidents des CME de CH ;
- Michel Claudon, François René Pruvot et Erick Legrand, respectivement président, secrétaire et membre du Bureau de la Conférence nationale des Présidents des CME de CHU ;
- Olivier Goëau-Brissonnière, président de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) et Valérie Leborgne, déléguée ;

Institutions :

Ministère des solidarités et de la santé

- Lionel Collet, Conseiller spécial auprès de la ministre en charge de la santé ;
- Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé (DGOS) ;
- Cyril Roule, chef du bureau démographie et formation initiale (DGOS) ;
- Sophie Terquem et Amandine Sibois, chargées de projets au sein du bureau démographie et formation initiale (DGOS) ;

- Jean-Michel Bernical-Carreira, chef de projet MOA, bureau démographie et formations initiales (DGOS) ;
- Benoit Vallet, directeur général de la santé (DGS) ;
- Odile Kremp, cheffe du bureau Santé des populations et politique vaccinale (DGS) ;
- Claire Marbot, cheffe du bureau professions de santé (DREES) ;

[Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation](#)

- Isabelle Richard, conseillère santé de la ministre ;
- Rachel-Marie Pradeilles-Duval, cheffe du service de la stratégie des formations et de la vie étudiante (DGESIP) ;
- Antoine Tesnières, conseiller scientifique DGESIP
- Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé (DGESIP) ;
- Jérôme Harnois, chef du département des études statistiques (DGESIP) ;
- Diane Marlat et Aurélie Delaporte, chargées de mission système d'information de suivi des étudiants au sein du bureau des études statistiques (DGESIP) ;
- Yann Caradec, adjoint au chef du département des outils d'aide à la décision (DGESIP/DGRI) ;

[Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé \(ONDPS\)](#)

- Patrice Diot, président ;
- Catherine Zaidman, secrétaire générale ;

[Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés \(CNAMTS\)](#)

- Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques ;

[Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie \(HCAAM\)](#)

- Anne-Marie Brocas, présidente ;

[Institut de recherche et documentation en économie de la santé \(IRDES\)](#)

- Yann Bourgueil, directeur de recherches ;

[Agence des systèmes d'information partagés de santé \(ASIP Santé\)](#)

- Jean-François Parguet, responsable du pôle urbanisation et services de confiance ;
- Fabrice Henriot, responsable MOA annuaires & produits de certifications ;
- Alexis Breithoff, chef de projet expert ;

Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)

- Danielle Toupillier, directrice générale ;
- Dominique Bertrand, conseiller médical ;
- Jean-François Cabon, conseiller technique ;
- Jean-Pierre Gondran, chef du département des affaires générales ;
- Philippe Touzy, chef du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel ;
- Jean-Luc BERTHON, responsable SI (département affaires générales) ;

Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres)

- Michel Cosnard, président ;
- Jean-Marc Geib, responsable du Département d'évaluation des formations ;

Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

- Robert Nicodème, président de la section formation et compétences médicales ;
- François Simon, président de la section exercice professionnel ;
- Adam Tornay, responsable juridique ;
- Dominique Bertrand, représentant secteur ville de Paris, médecin professeur de santé publique ;
- Claude-François Degos, délégué général aux affaires européennes et internationales ;
- Bernard Guerrier, président de la commission des appels de qualification ;

France Assos Santé

- Sylvain Fernandez-Curiel, chargé de mission santé ;
- Thomas Sannié, administrateur de France Assos Santé et président de l'Association française des hémophiles ;

Représentations nationales des spécialités médicales :

Spécialité de néphrologie

- Paul Stroumza, président du CNP ;
- Bruno Moulin, vice-président du CNP ;
- Marie-Noelle Peraldi, coordonnateur des enseignants ;
- Eric Rondeau -président de section du CNU ;
- François Vrtovsnik membre du CNU ;

Spécialité d'hépatogastroentérologie

- Frank Zerbib, président du CNP ;
- Robert Benamouzig, représentant du CNU ;
- Christine Silvain, représentante des enseignants ;

Spécialité de cardiologie

- Martine Gilard ; représentant le président du CNP ;
- Jean-Pierre Binon, vice-président du CNP ;
- Gabriel Steg, président de la sous-section du CNU 51.02 ;
- Richard Isnard, président du collège des enseignants ;

Spécialité de pédiatrie

- Christophe Delacourt, membre du CNP de pédiatrie et président de la société française de pédiatrie ;
- Nadia Bahi Buisson, présidente du collège des enseignants universitaires de pédiatrie ;
- Olivier Claris, président du CNU de pédiatrie ;
- Brigitte Chabrol, présidente du CNP de pédiatrie ;
- Sylvie Hubinois, vice-présidente du CNP de pédiatrie ;

Spécialité de médecine générale

- Stéphane Oustric, président de la sous-section 53-03 du CNU ;
- Pierre-Louis Druais, président du collège de médecine générale ;
- Vincent Renard, président du collège national des généralistes enseignants ;

Spécialité de pneumologie

- Anne Bergeron et Thomas Similowski pour le CNU,
- Dominique Valeyre pour la Fédération Française de Pneumologie ;
- Thierry Chinet pour le collège des Enseignants ;

Spécialité de psychiatrie

- David Cohen, président de la sous-section psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CNU de psychiatrie ;
- Pierre Thomas, président du CNU de psychiatrie ;
- Bernard Odier, président sortant de la fédération française de psychiatrie ;
- Jean-Jacques Bonamour du Tartre, président du CNP de psychiatrie ;
- Emmanuelle Corruble, secrétaire générale du CNP de psychiatrie, membre du conseil d'administration du CNU de psychiatrie ;

Spécialité de rhumatologie

- Thierry Thomas, président du collège français des enseignants en rhumatologie (COFER) ;
- Samuel Bitoun, vice-président des rhumatologues en formation ;
- Christian Roux, président du CNU de rhumatologie ;

Responsables impliqués dans la mise en œuvre territoriale :

En région Centre Val de Loire

Université de Tours

- Philippe Vendrix, président de l'université de Tours ;
- Patrice Diot, doyen de la faculté de médecine de Tours ;
- Pierre-François Dequin, coordonnateur du 3ème cycle pour la faculté de médecine de Tours ;
- Anne-Marie Lehr-Drylewicz, directrice du département de médecine générale de la faculté de médecine de Tours ;
- Cécile Renoux, coordonnateur local du DES de médecine générale ;

Représentants des internes

- Nicolas Bernard, interne de médecine générale, Président GRACE-MG (2017-2018) ;
- Alice Rivière, interne de médecine générale, Présidente GRACE-MG sortante octobre 2017 ;
- Benjamin Thoreau, interne, représentant des spécialités médicales ;

Centre Hospitalier Universitaire de Tours

- Frédéric Patat, vice-président de la CME du CHU de Tours ;
- Violaine Mizi, directrice des affaires médicales et de la recherche, CHU de Tours ;
- Aby Thayacan, direction des affaires médicales, pôle junior, CHU de Tours ;

Centre Hospitalier Régional d'Orléans

- Olivier Boyer, directeur général ;
- Antoine Lebrere, directeur des affaires médicales et de la recherche ;
- Barrault-Anstett, présidente de CME ;
- Carine Salliot, cheffe de service rhumatologie ;
- Patrick Michenet, chef de service de pathologie - responsable commission RH ;
- Evelyne Werner, cheffe de pôle femmes enfants et réanimation néonatale ;

CROM Centre Val de Loire

- Claude Neveur, président ;
- Odile Conty, vice-présidente ;
- Véronique Fauchier, Dr Denis Moyer, Dr Jean-François Loubrieu, Dr Hugues Deballon en tant que membres du bureau ;

ARS Centre Val de Loire

- Anne Bouygard, directrice générale ;
- Anne Gueguen, responsable des affaires médicales ;

URPS-ML Centre Val de Loire

- Raphael Rogez, président de l'URPS ML, président de l'institut statistique des professionnels de santé libéraux ;
- Dr Dominique Engalenc, chirurgien ORL, responsable de la commission formation médicale ;
- Charlotte de Fontgalland, géographe de la santé ;

En région Ile-de-France

- Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, président de la conférence des doyens de facultés de médecine d'Ile-de-France

ARS Ile-de-France

- Christophe Devys, directeur général de l'ARS ;
- Pr Michel Fournier, conseiller médical du directeur général ;
- Didier Jaffre, directeur de l'offre de soins ;
- Sébastien Firrolini, responsable du pôle RH en santé ;
- Benoît Schlemmer, conseiller du directeur général ;
- Mme Pestana-Spreux, responsable SI Internes ;
- Mme Sarkis, gestionnaire IMOTEP ;
- Mark Hallak, chef du projet DIAMANT ;

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

- Christine Welty, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
- Gwenn Pichon Naudé, cheffe du service des ressources humaines médicales ;
- Noel Garabedian, président de la CME, vice-président du directoire ;
- Jean-Yves ARTIGOU, président de la sous-commission formation et communication de la CME ;

Hôpital Necker

- Vincent Delpech, directeur ;
- Pierre Carli, président de CME, coordonnateur du DESC d'Urgence / DES urgence ;
- Nathalie Siedlarz, direction des affaires médicales, responsable du bureau du personnel médical ;

Université Paris Descartes

- Frédéric Dardel, président de l'université ;
- Gérard Friedlander, doyen de l'UFR de médecine ;
- Serge Gilberg, directeur du département de médecine générale ;
- Jean-François Mescoff, chef des services administratifs de la faculté de médecine ;

Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Ile-de-France

- Pierre-Yves Devys, président ;
- Gérard Compain, secrétaire général ;

Union Régionale des Professionnels de Santé d'Ile-de-France

- Bruno Silberman, président de l'URPS médecins ;

Représentants des internes et des chefs de cliniques

- SRP – IMG : Marie Baron et Isabelle Riom ;
- SIHP : Géraldine Poenou et Alexandre Allera ;
- SCCAHP : Laurent Gilardin, président ; Guillaume Baudry, représentant des CC cardiologues ; Jean-Philippe Bertocchio, représentant des CC néphrologues ; Bertrand Brieu, représentant des CC hépato-gastroentérologues ;

Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

- Djillali Annane, doyen de la faculté de médecine ;
- Antoine Labbé, président de la commission pédagogique de l'UFR ;
- Nathalie Génin, responsable de la scolarité à l'UFR ;
- Olivier Dubourg, vice-doyen de l'UFR – chef de service cardiologie à Ambroise-Paré ;
- Albert Ouazana, coordonnateur interrégional du DES de médecine générale d'Ile de France, responsable pédagogique UFR VSQ ;

Hôpital Ambroise Paré (Groupe des hôpitaux universitaires paris ile-de-france ouest – PIFO)

- Lise Charmel-Delaoutre, directrice des affaires médicales du groupement hospitalier Paris Ile-de-France Ouest ;

En région Nouvelle-Aquitaine

Faculté de médecine de Bordeaux

- Pierre Dubus, directeur de l'UFR des Sciences médicales ;
- Jean-Philippe Joseph, directeur du Département du troisième cycle de Médecine générale à l'UFR des Sciences médicales ;

Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

- Philippe Vigouroux, directeur général du CHU ;
- Philippe Morlat, président de la CME du CHU ;
- Jean-Pierre Leroy, directeur des affaires médicales du CHU ;

ARS Nouvelle Aquitaine

- Michel Laforcade, directeur général ;
- Benoît Elleboode, conseiller médical ;
- Samuel Prاتمarty, directeur de l'offre de soins ;

URML Nouvelle Aquitaine

- Frédéric Corday

Internes et chefs de cliniques de la faculté de médecine de Bordeaux

- Adrienne Francopoulo, présidente de l'association des internes des hôpitaux de Bordeaux ;
- Barbara Simonet, présidente du syndicat des internes de médecine générale d'Aquitaine ;
- Représentation des étudiants hospitaliers, autour de l'association des carabins de Bordeaux ;
- Anne-Sophie Darrigade, représentante des CCA-AHU des Sciences médicales à la CME du CHU de Bordeaux ;

Internes et chefs de cliniques de la faculté de médecine de Poitiers

- Clément Porcher et Jérémy Caldonazzo, représentants de l'ANEMF ;
- Antoine Julienne et Otriv Nguékap, représentants des internes (SIAIMP – syndicat des internes et anciens internes en médecine de Poitiers) ;
- Arnaud Caupenne, représentant les chefs de clinique ;

Faculté de médecine de Poitiers

- Pascal Roblot, doyen de la faculté de médecine de Poitiers ;
- Philippe Binder, directeur du département Médecine Générale de la Faculté de médecine de Poitiers ;

CHU de Poitiers

- Jean-Pierre Dewitte, directeur ;
- Séverine Masson, directrice adjointe ;
- Bertrand Debaene, président de la CME ;
- Monsieur Carles De Bideran, directeur des affaires médicales ;

En région Hauts de France

ARS Hauts de France

- Monique Ricomes, directrice générale ;
- Matthieu Derancourt, conseiller médical ;
- Aurore Fourdrain, département RH médicales ;

Faculté de médecine de Lille

- Didier Gosset, directeur de l'UFR des sciences médicales ;
- Patrick Lerouge, directeur-adjoint du département de médecine générale ;
- Emmanuel Chazard, santé publique ;

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

- Frédéric Boiron, directeur général du CHU ;
- François-René Pruvot, président de la CME du CHU ;
- Annie Sobaszek ;
- Hélène Vaast, directrice des affaires médicales du CHU ;

Internes et chefs de cliniques de la faculté de médecine de Lille

- Audrey Fontaine interne ;
- Adrien Lossouarn et Guillaume Grolez, représentant les CCA ;

Internes picards

- Louis Pechon, interne de médecine générale ;

URML Hauts de France

- Philippe Chazelle, président ;

Faculté de médecine d'Amiens

- Gabriel Choukroun, doyen de la faculté de médecine d'Amiens ;

- Catherine Boulnois, directrice du département médecine générale ;
CHU d'Amiens
- Danielle Portal, directrice générale ;
- Pierre Krystkowiak, président de la CME ;
- Valérie Boismartel, directrice des affaires médicales ;

Responsables des organisations représentatives des étudiants, internes et professionnels :

Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF)

- Yanis Merad, président ;
- William Gens, vice-président sortant ;

Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)

- Camille Tricart, présidente ;

Inter Syndicat National des Internes (ISNI)

- Olivier Le Pennetier, président ;
- Abdellah Hedjoudje, vice-président ;
- Jeremy Do Cao, secrétaire général ;

Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant (ISNCCA)

- Laurent Gilardin, président ;
- Matthieu Peycelon, chargé de communication ;

ANNEXE 1
Liste des options et FST

ANNEXE I**LISTE DES DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES DES OPTIONS ET DES FORMATIONS SPECIALISEES TRANSVERSALES DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES DE MEDECINE****Article 1**

La liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études de médecine est fixée comme suit:

I .Diplômes d'études spécialisées de la discipline chirurgicale:

- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie orale ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Chirurgie pédiatrique ;
- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire ;
- Chirurgie vasculaire ;
- Chirurgie viscérale et digestive ;
- Gynécologie obstétrique ;
- Neurochirurgie ;
- Ophtalmologie ;
- Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale ;
- Urologie.

II .Diplômes d'études spécialisées de la discipline médicale:

- Allergologie (co-DES) ;
- Anatomie et cytologie pathologiques ;
- Anesthésie-réanimation (co-DES) ;
- Dermatologie et vénéréologie ;
- Endocrinologie-diabétologie-nutrition ;
- Génétique médicale ;
- Gériatrie ;
- Gynécologie médicale ;
- Hématologie ;
- Hépato-gastro-entérologie ;
- Maladies infectieuses et tropicales (co-DES) ;
- Médecine cardiovasculaire (co-DES) ;
- Médecine d'urgence ;
- Médecine et Santé au travail ;
- Médecine générale ;
- Médecine intensive-réanimation (co-DES) ;
- Médecine interne et immunologie clinique (co-DES) ;
- Médecine légale et expertises médicales ;
- Médecine nucléaire ;
- Médecine physique et de réadaptation ;
- Médecine vasculaire (co-DES) ;
- Néphrologie ;

- Neurologie ;
- Oncologie ;
- Pédiatrie ;
- Pneumologie ;
- Psychiatrie ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Rhumatologie ;
- Santé publique.

III. Diplôme d'études spécialisées de la discipline biologique

- Biologie médicale.

Article 2

La liste des options qui peuvent être suivies dans le cadre des diplômes d'études spécialisées est fixée comme suit :

I. Options des diplômes d'études spécialisées de la discipline chirurgicale :

- DES de chirurgie pédiatrique (options précoces au sens de l'article 6 de l'arrêté portant organisation du troisième cycle des études de médecine)
 - Chirurgie viscérale pédiatrique ;
 - Orthopédie pédiatrique
- DES chirurgie viscérale et digestive :
 - Endoscopie chirurgicale
- DES neurochirurgie :
 - Neurochirurgie pédiatrique
- DES ophtalmologie :
 - Chirurgie ophtalmopédiatrique et strabologique
- DES oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale :
 - Audiophonologie (audiologie et phoniatrie)

II. Options des diplômes d'études spécialisées de la discipline médicale:

- Co-DES anesthésie-réanimation/médecine intensive-réanimation :
 - Réanimation pédiatrique
- DES hépato-gastro-entérologie :
 - Endoscopie de niveau 2 ;
 - Proctologie.
- DES médecine cardio-vasculaire :
 - Cardiologie interventionnelle de l'adulte ;
 - Rythmologie interventionnelle et stimulation cardiaque ;
 - Imagerie cardiovasculaire d'expertise.

- DES d'oncologie (options précoces au sens de l'article 6 de l'arrêté portant organisation du troisième cycle des études de médecine)
 - Oncologie médicale ;
 - Oncologie radiothérapie.
 - DES pédiatrie :
 - Néonatalogie ;
 - Réanimation pédiatrique ;
 - Neuropédiatrie ;
 - Pneumopédiatrie.
 - DES psychiatrie :
 - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
 - Psychiatrie de la personne âgée.
 - DES radiologie et imagerie médicale :
 - Radiologie interventionnelle avancée.
 - DES santé publique :
 - Administration de la santé.
- III. Options du diplôme d'études spécialisées de la discipline biologique :
- DES de biologie médicale (options précoces au sens de l'article 6 de l'arrêté portant organisation du troisième cycle des études de médecine):
 - Biologie générale ;
 - Médecine moléculaire, génétique et pharmacologie ;
 - Hématologie et immunologie ;
 - Agents infectieux ;
 - Biologie de la reproduction.

Article 3

La liste des formations spécialisées transversales qui peuvent être suivies dans le cadre des diplômes d'études spécialisées est fixée comme suit :

- Addictologie ;
- Bio-informatique médicale ;
- Cancérologie ;
- Cardiologie pédiatrique et congénitale ;
- Chirurgie de la main ;
- Chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe ;
- Chirurgie orbito-palpébro-lacrymale ;
- Douleur ;
- Expertise médicale-préjudice corporel ;
- Fœtopathologie ;
- Génétique et médecine moléculaire bioclinique ;
- Hématologie bioclinique ;

- Hygiène-prévention de l'infection, résistances, vigilances ;
- Maladies allergiques ;
- Médecine scolaire ;
- Médecine et biologie de la reproduction-andrologie ;
- Médecine du sport ;
- Nutrition appliquée ;
- Pharmacologie médicale/thérapeutique ;
- Soins palliatifs ;
- Sommeil ;
- Thérapie cellulaire ;
- Urgences pédiatriques.

ANNEXE 2 : EFFECTIFS POURVUS ECN 2013-17

Internes affectés ECN 2013 à 2017						
Ensemble des spécialités	Postes pourvus 2013	Postes pourvus 2014	Postes pourvus 2015	Postes pourvus 2016	Postes pourvus 2017	Nouveaux intitulés
Chirurgie générale	413	424	432	404	0	
						24 Chirurgie maxillo-faciale
						116 Chirurgie orthopédique et traumatologique
						24 Chirurgie pédiatrique
						27 Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
						25 Chirurgie thoracique et vasculaire
						29 Chirurgie vasculaire
						77 Chirurgie viscérale et digestive
						62 Urologie
Chirurgie Orale	9	11	16	12	12	Chirurgie Orale
Gynécologie Obstétrique	210	214	243	213	200	Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie	18	24	20	22	21	Neurochirurgie
Ophtalmologie	130	150	159	152	141	Ophtalmologie
ORL et chirurgie cervico-faciale	87	87	95	80	77	ORL et chirurgie cervico-faciale
Total discipline chirurgicale	867	910	965	883	835	Total discipline chirurgicale
Anatomie et cytologie pathologiques	68	66	71	60	57	Anatomie et cytologie pathologiques
Anesthésie-réanimation	417	435	487	460	450	Anesthésie-réanimation
						64 Médecine intensive-réanimation
Cardiologie et maladies vasculaires	182	206	230	208	176	Médecine cardiovasculaire
						44 Médecine vasculaire
Dermatologie et vénéréologie	93	97	109	93	91	Dermatologie et vénéréologie
Endocrinologie , diabète, maladies métaboliques	71	79	90	77	80	Endocrinologie-diabétologie-nutrition
Gastro-entérologie et hépatologie	113	124	143	130	123	Hépat-Gastro-entérologie
Génétique médicale	20	21	24	18	20	Génétique médicale
						171 Gériatrie
Gynécologie médicale	41	48	68	70	64	Gynécologie médicale
Hématologie	48	45	53	43	44	Hématologie
						461 Médecine d'urgence
Médecine du travail	109	117	104	72	89	Médecine et santé au travail
Médecine générale	3 677	3 645	3 876	3 506	3099	Médecine générale
Médecine interne	114	132	147	130	113	Médecine interne et immunologie clinique
						49 Maladies infectieuses et tropicales
						27 Allergologie
						27 Médecine légale et expertises médicales
Médecine nucléaire	34	40	36	33	31	Médecine nucléaire
Médecine physique et de réadaptation	89	98	113	100	95	Médecine physique et de réadaptation
Néphrologie	77	87	93	85	77	Néphrologie
Neurologie	104	118	133	122	122	Neurologie
Oncologie	125	132	137	123	118	Oncologie
Pédiatrie	300	323	348	324	317	Pédiatrie
Pneumologie	102	115	134	117	116	Pneumologie
Psychiatrie	503	506	543	497	498	Psychiatrie
Radiodiagnostic et imagerie médicale	212	245	276	266	248	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Rhumatologie	84	87	99	85	83	Rhumatologie
Santé publique	76	72	77	73	79	Santé publique
Total discipline médicale	6 659	6 838	7 391	6 692	7 033	Total discipline médicale
Biologie médicale	97	112	121	106	110	Biologie médicale
TOTAL	7 623	7 860	8 477	7 681	7 978	Total
Spécialités hors MG	3 946	4 215	4 601	4 175	4879	
% MG/Total	48,2%	46,4%	45,7%	45,6%	38,8%	
en 3 ans	3 677	3 645	3 876	3 506	3 099	
en 4 ans	2 104	2 261	2 481	2 222	2 480	
en 5 ans	1 842	1 954	2 120	1 953	1 576	
en 6 ans					823	
urgence et gériatrie					632	
pédiatrie et pneumologie	402	438	482	441	433	
cardiologie (hors vasc) HGE néphrologie	372	417	466	423	376	
MIR MIT					113	

ANNEXE 3 : ETUDE INTERNATIONALE CNOM

RESULTATS DE L'ETUDE REALISEE EN 2015 PAR LE CNOM SUR L'ANNEXE V DE LA DIRECTIVE 2005/36/CE CONSOLIDEE RELATIVE A LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS

Le CNOM a mené une étude sur l'annexe V de la directive 2005/36/CE consolidée relative à la reconnaissance des qualifications, auprès des 32 pays membres (dont les 28 pays membres de l'UE) du réseau européen des autorités médicales compétentes (ENMCA : European Network of Medical Competent Authorities). Publiée en 2015, cette enquête est en cours d'actualisation en 2017, et intégrera ultérieurement la réforme en cours en France pour le troisième cycle.

Cette enquête permet de comparer les réponses de 21 pays (19 pays membres de l'UE, ainsi que la Norvège et la Suisse) concernant la durée des formations de 3^{ème} cycle aux spécialités médicales.

Il est tout d'abord intéressant de noter qu'avec 41 filières qualifiantes (44 après la réforme), la France s'inscrit dans le cadre européen, sans que le nombre de filières qualifiantes apparaisse excessif. Certes l'annexe V de la directive et ses 55 spécialités sont parfois obsolètes ou redondantes. Ainsi l'annexe distingue 3 spécialités : « dermato-venerology » d'une durée minimum de 3 ans, reconnue presque partout, « dermatology », et « venerology » d'une durée minimum de 4 ans, distinguées par quelques pays dont Royaume-Uni et Irlande. Ou par exemple les deux spécialités « diagnostic radiology » (reconnue partout), et « radiology » (reconnue par 9 pays qui reconnaissent aussi la précédente spécialité), d'une durée minimale 4 ans.

La France reconnaît ainsi 39 spécialités sur 55, certaines filières françaises ne figurant pas dans l'annexe V, telles la réanimation médicale. En sus de la biologie médicale (clinical biology), 5 sur-spécialités biologiques figurent (biological chemistry, biological haematology, immunology, microbiology-bacteriology, pharmacology), non qualifiantes en France.

Aussi bien, les 16 spécialités non reconnues par la France sont faiblement reconnues par les autres Etats répondants, hormis pour 4 spécialités, microbiology-bacteriology et pharmacology, communicable diseases et child psychiatry (respectivement 16, 15, 16 et 18 répondants sur 21). Et les 16 spécialités les moins reconnues en Europe (moins de 13 répondants sur 21 dans cette enquête) sont en général non reconnues par la France, hormis 4 spécialités : stomatology (2 répondants mais 11 pays reconnaissent dental, oral and maxillofacial surgery durée minimale 4 ans), clinical biology (9 répondants mais certains pays qualifient aussi dans les sur-spécialités biologiques come l'Allemagne, contrairement à la France), chirurgie digestive et viscérale (6 répondants mais les autres l'incluent probablement en general surgery) et chirurgie maxillo-faciale (9 répondants, cf. la remarque sur stomatology).

La cohérence des champs de spécialités étant globalement observée, l'enseignement principal de l'enquête de 2015 est que tous les pays répondants respectent les durées minimales de formation de médecin spécialiste, fixées par la directive à 3 ans, 4 ans ou 5 ans, à une exception près⁸¹. Par ailleurs, la France figure souvent (19 spécialités sur 39 réponses, soit la moitié des spécialités reconnues en France) dans le groupe de pays où la durée de formation est la plus courte, et le plus souvent au minimum fixé par la directive, à deux exceptions près⁸². Le Royaume-Uni figure très souvent dans le groupe de pays où la durée de formation est la plus longue, avec un allongement sensible par rapport aux durées les plus courtes et aux durées minimales de la directive. Le Royaume-Uni reconnaît 45 spécialités sur 55 et se situe dans 31 cas sur 45, à la durée la plus longue.

Le groupe des pays à formation de spécialiste courte est constitué de la Bulgarie, l'Estonie, la France, la Lettonie, et la Roumanie, avec respectivement 75 à 80 % des formations reconnues à la durée minimale.

Le groupe des pays à formation longue est constitué de l'Irlande et du Royaume-Uni, à un moindre degré de l'Autriche, du Portugal et de la Norvège, qui ont respectivement 24 et 31 spécialités avec la durée de formation la plus longue, puis 13, 12 et 9 spécialités pour les trois pays suivants cités.

L'Allemagne, la Suisse, le Danemark et la Hongrie ont 4 ou 3 spécialités à la durée la plus longue seulement.

Apparaissent enfin en position médiane Belgique, Finlande et Pays-Bas, Chypre, Pologne et Slovaquie.

Il convient d'indiquer que la durée minimale de formation fixée par la directive s'étage de la façon suivante :

- 3 ans pour 10 spécialités dont la médecine générale (general practice/family medicine) reconnue par 16 pays sur 22, et les spécialités suivantes : allergology et stomatology, faiblement reconnues (10 et 2 pays sur 21), anesthetics, dermato-venereology, endocrinology, general haematology, ophtalmology, ORL, physiotherapy (médecine physique et réadaptation en France), bien reconnues par 85 à 100 % des 21 pays répondants. Les réponses pour la médecine générale méritent d'être détaillées : 8 pays sur 16 dont la France sont au minimum de 3 ans, un pays indique 3 ans et demi (Autriche), trois pays indiquent 4 ans (Irlande, Chypre, Pologne), trois pays nordiques indiquent 5 ans (Danemark, Suède, Norvège) et la Finlande 6 ans, le Royaume-Uni n'a pas répondu de façon exploitable. Pour les autres spécialités, la durée minimale de 3 ans n'est observée que dans un seul pays (Lettonie pour 5 spécialités et Estonie pour 3 spécialités).
- 4 ans pour la majeure partie des spécialités soit 31 spécialités médicales, dont une seule la gynécologie-obstétrique s'apparente à une discipline chirurgicale.
- 5 ans pour 14 spécialités dont 10 sont les spécialités chirurgicales et 4 des spécialités médicales (médecine interne / general (internal) medicine), l'oncologie médicale, la neuropsychiatrie (spécialité reconnue uniquement en Belgique, Allemagne et Autriche), et enfin la médecine d'urgence (accident and emergency medicine), reconnue dans 9 pays mais pas en France, et qui comprend une part de chirurgie d'urgence et ne correspond donc pas au nouveau DES de médecine d'urgence (non chirurgical).

⁸¹ Selon la réponse de la Roumanie, la santé publique (community medicine) est formée en 3 ans, au lieu des 4 ans fixés par la directive.

⁸² Selon la réponse française, la stomatologie (reconnue uniquement en France et au Portugal) est formée en 4 ans (5 au Portugal) au lieu du minimum de 3 ans fixé par la directive, et la chirurgie digestive et viscérale (gastroenterological surgery), reconnue par 6 pays seulement, est formée en 6 ans, comme dans les autres pays répondants à l'exception de la Norvège qui indique 7 ans, au lieu du minimum de 5 ans fixé par la directive.

Dans le cadre de cette enquête, deux comparaisons pertinentes peuvent être menées, entre la France et l'Allemagne, d'une part, entre la France et le Royaume-Uni, d'autre part.

Entre la France et l'Allemagne, les formations de 35 spécialités comparables, hors médecine générale, sont égales dans 40 % des cas (14 cas d'égalité, seule l'urologie étant théoriquement plus courte d'un an en Allemagne, et plus courte d'un an que toutes les autres chirurgies, pour lesquelles il y a égalité), et plus longues en Allemagne d'un an ou deux (12 cas⁸³ un an et 8 cas⁸⁴ deux ans). Sans pondérer par les effectifs des filières, on peut estimer à presque un an la différence de formation, plus longue en Allemagne.

D'autres sources, dont les fiches Euroguidance, indiquent en revanche une durée de spécialisation de 5 ans pour la médecine générale en Allemagne.

Entre la France et le Royaume-Uni, l'écart est encore plus important sur les 34 spécialités comparables, hors médecine générale :

- Seules 3 spécialités ont la même durée de formation : diagnostic radiology, anapath, médecine interne ;
- Seules 4 spécialités n'ont qu'un an de plus au Royaume-Uni : ophtalmologie, gériatrie, néphrologie, oncologie médicale ;
- La moitié des spécialités exactement (17 sur 34 dont 7 spécialités chirurgicales⁸⁵) ont deux ans de plus au Royaume-Uni ;
- 7 spécialités⁸⁶ ont 3 ans de plus et la pédiatrie a 4 ans de plus au Royaume-Uni.

Au total, les formations de spécialité britanniques sont plus longues de 2 ans en moyenne qu'en France.

D'autres sources indiquent une durée de formation de 3 ou 4 ans pour la médecine générale.

Ces écarts de durée peuvent naturellement être analysés par spécialité, notamment pour celles focalisant l'attention de la mission (cardiologie, HGE, néphrologie, pneumologie, pédiatrie) :

- Pour la cardiologie, seuls 3 pays dont la France sont à la durée minimale de 4 ans fixée par la directive (Bulgarie et Lettonie), 4 pays sont à 5 ans (Estonie, Hongrie, Roumanie, Suède), la majorité des pays répondants (10 sur 19) sont à 6 ans et 2 (Royaume-Uni et Norvège) sont à 7 ans ;
- Pour l'hépto-gastro-entérologie, 5 pays dont la France sont à la durée minimale de 4 ans fixée par la directive (Bulgarie, Estonie, Lettonie et Roumanie), 2 pays sont à 5 ans (Hongrie, Suède), la majorité des pays répondants (12 sur 21) sont à 6 ans et deux (Royaume-Uni et Norvège) sont à 7 ans ;
- Pour la néphrologie (renal diseases), 5 pays dont la France sont à la durée minimale de 4 ans fixée par la directive (Bulgarie, Estonie, Lettonie et Roumanie), 3 pays sont à 5 ans (Hongrie, Royaume-Uni, Suède), la majorité des pays répondants (10 sur 19) sont à 6 ans et seule la Norvège est à 7 ans ;

⁸³ Dermato-vénérologie, Hémato, MPR, santé publique, neurologie, médecine nucléaire, santé au travail, pédiatrie, anapath, psychiatrie, chirurgie générale et neurochirurgie.

⁸⁴ Endocrinologie, cardiologie, biologie médicale, HGE, génétique, néphrologie, pneumologie, rhumatologie.

⁸⁵ Neurochir et chirurgies ortho, péd, plastique, thoracique, urologie, vasculaire, et 10 spécialités médicales : AR, endocrino, hémato, santé publique, génétique, santé au travail, psy, radiothérapie, pneumo, rhumato.

⁸⁶ ORL, cardiologie, HGE, neurologie, médecine nucléaire, GO, chirurgie générale.

- Pour la pédiatrie, 5 pays dont la France avant réforme sont à la durée minimale de 4 ans fixée par la directive (Bulgarie Chypre Estonie Lettonie), la majorité des pays (11 sur 21) sont à 5 ans (rejoins par la France après réforme), 3 pays sont à 6 ans (Autriche, Portugal, Finlande), l'Irlande est à 7 ans et le Royaume-Uni à 8 ans ;
- Pour la pneumologie (respiratory medicine), 5 pays dont la France avant réforme sont à la durée minimale de 4 ans fixée par la directive (Bulgarie Estonie Lettonie et Roumanie), 4 sont à 5 ans (Chypre, Hongrie, Pologne, Suède), rejoins par la France après réforme, la majorité des pays (10 sur 21) est à 6 ans. Le Royaume-Uni à 7 ans et le Danemark à 8 ans.

ENMCA survey on the length of specialist training (32 MS / 22 respondents)

Minimum training durations																												
Speciality in Annex V (54)	Annex V minimum training	Country minimum	Country maximum	Country average	Country median	Number of countries for recognition	Belgium/Belgie/Belgien	Eurapa	Danmark	Deutschland	Eslo	France	Ireland	Kipros	Latvija	Luxembourg	Magyarország	Nederland	Osterreich	Polka	Portugal	România	Slovenija	Suomi / Finland	Sverige	United Kingdom	Norge	Suisa
Allergy	3	3,0	7,0	5,0	5,0	10		4		5	4			5	3		6			5	6	4			5	7		6
Anaesthetics	3	3,0	7,0	5,2	5,0	21	5	4	5	5	4	5	6	5	3		5	5	6	6	6	5	6	6	5	7	5	5
Dermato-venereology	3	3,0	6,0	4,7	5,0	19	4	4	5	5	4	4		4	3		5	5	6	5	6	4	4	6	5		5	5
Endocrinology	3	3,0	7,0	5,4	6,0	18		4	6	6	4	4	6	6	3		7		6	5	6	4		6	5	6	7	6
General Haematology	3	3,0	7,0	5,5	6,0	19		4	6	6	4	5	7	6	3		5		6	6	6	4	6	6	5	7	7	6
Ophthalmology	3	3,0	6,0	4,7	5,0	21	4	4	5	5	3	5	4	4	4		4,5	5	6	5	5	4	4,5	5	5	6	5	5
Otorhinolaryngology	3	3,0	8,0	5,2	5,0	21	5	4	5	5	3	5	8	5	4		5	5	6	6	6	4	5	5	5	8	5	5
Physiotherapy	3	3,0	6,0	4,7	5,0	18	5	4		5	3	4		4	4		5	4	6	5	6	4	5	5	5		5	5
Stomatology	3	4,0	5,0	4,5	4,5	2						4									5							
Biological chemistry	4	4,0	7,0	5,2	5,0	9		4	5	5			7						6					5	5	5	5	
Biological haematology	4	4,0	6,0	5,0	5,0	2		4													6							
Cardiology	4	4,0	7,0	5,6	6,0	19		4	6	6	5	4		6	4		5	6	6	6	6	5	6	6	5	7	7	6
Child psychiatry	4	4,0	7,0	5,2	5,0	18	5	4	5	5			7	4	4		5		6	5	6	4	5	6	5	6	5	6
Clinical biology	4	4,0	6,0	4,7	5,0	9	5	4		6	4	4					5			5	5	4						
Clinical neurophysiology	4	5,0	6,0	5,2	5,0	5				5														5	5	6	5	
Communicable diseases	4	4,0	6,0	5,2	5,0	16		4	6	5	4		6		4		5		6	5	6	4	6	6	5	5		6
Community medicine	4	3,0	6,0	4,7	5,0	18		4	5	5		4	6	4			4	4	6	4	5	3	4	5	5	6	5	5
Dental, oral and maxillo-facial surgery (basic medical and dental training)	4	4,0	11,0	5,9	5,0	11	5	4		5	5		8	5			6		4					6		11		6
Dermatology	4	4,0	7,0	5,5	5,5	4					4		7												5	6		
Diagnostic radiology	4	4,0	6,0	5,0	5,0	21	5	4	5	5	5	5	5	5	4		5	5	6	5	6	4	5	6	5	5	5	5
Gastroenterology	4	4,0	7,0	5,5	6,0	21	6	4	6	6	4	4	6	6	4		5	6	6	6	6	4	6	6	5	7	7	6
Geriatrics	4	4,0	7,0	5,3	5,0	14	6	4	6	6		6	6	5	4		5	5		5		4		5	5	7	7	
Immunology	4	4,0	7,0	5,3	5,0	12		4	5	6	4				4		6		6	5				5	7	5	6	
Medical genetics	4	4,0	6,0	4,9	5,0	19		4	5	6	4	4	6		5		4	4	6	4	6	4	5	5	5	6	5	5
Microbiology-bacteriology	4	4,0	7,0	4,9	5,0	16		4	5	5	4		7	5	4		5	5	6	4			5	5	5	5	5	
Neurology	4	4,0	7,0	5,2	5,0	21	5	4	5	5	4	4	7	4	4		5	6	6	5	6	4	6	6	5	7	5	6
Nuclear medicine	4	4,0	7,0	5,1	5,0	18	5	4	5	5		4		5			5	5	6	5	5	4	5	6	5	7	5	5
Obstetrics and Gynaecology	4	4,0	8,0	5,4	5,0	21	5	4	5	5	4	5	7	5	5		5	6	6	5	7	5	5	6	5	8	6	5
Occupational medicine	4	4,0	6,0	4,8	5,0	20	4	4	5	5	4	4	6	4	4		4	4	6	5	5	4		6	5	6	5	5

Minimum training durations

Speciality in Annex V (54)	Annex V minimum training	Country minimum	Country maximum	Country average	Country median	Number of countries for recognition	Belgique/Belgiën	Bulgaria	Denmark	Deutschland	Estim	France	Ireland	Kypros	Latvija	Luxembourg	Magyarország	Nederland	Osterreich	Polska	Portugal	România	Slovenija	Suomi / Finland	Sverige	United Kingdom	Norge	Suisse
Paediatrics	4	4,0	8,0	5,1	5,0	21	5	4	5	5	4	4	7	4	4		5	5	6	5	6	5	5	6	5	8	5	5
Pathological anatomy	4	4,0	6,0	5,0	5,0	20	5	4	5	6	4	5	6	5	4		5	5	6	5	6	4		5	5	5	5	5
Pharmacology	4	4,0	7,0	5,2	5,0	15		4	5	5	5		6				5		6	4	5	4		6	5	7	5	6
Psychiatry	4	4,0	7,0	5,1	5,0	21	5	4	5	5	4	4	7	5	4		5	4,5	6	5	6	4	5	6	5	6	5	6
Radiology	4	4,0	6,0	5,1	5,0	9		4		5	5						5		6		6		5		5			5
Radiotherapy	4	4,0	7,0	5,0	5,0	20	5	4	6	5	4	5	5	4	4		5	5	6	5	5	4	5	5	5	7		5
Renal diseases	4	4,0	7,0	5,4	6,0	19		4	6	6	4	4	6	6	4		6		6	5	6	4	6	6	5	5	7	6
Respiratory medicine	4	4,0	8,0	5,5	6,0	21	6	4	8	6	4	4	6	5	4		5	6	6	5	6	4	6	6	5	6	7	6
Rheumatology	4	4,0	6,0	5,4	6,0	21	6	4	6	6	4	4	6	6	4		5	6	6	5	6	4	6	6	5	6	6	6
Tropical medicine	4	5,0	7,0	6,0	6,0	6											7		6	5	6					7		5
Venerology	4	5,0	6,0	5,7	6,0	3							6												5	6		
Accident and emergency medicine	5	5,0	6,0	5,2	5,0	9		5			5				5		5			5		5	5		5	6		6
Gastroenterological surgery	5	6,0	7,0	6,2	6,0	6	6			6		6											6	6			7	
General (internal) medicine	5	5,0	6,0	5,4	5,0	20	5	5		5	5	5	6	5	5		5	6	6	5	6	5	6	6	5	5	6	5
General Surgery	5	5,0	8,0	6,0	6,0	21	6	5	6	6	5	5	8	6	5		6	6	6	6	7	6	6	6	5	8	6	6
Maxillo-facial surgery (basic medical training)	5	5,0	8,0	6,1	6,0	9		5				6			5		8		6	6	7		6				6	
Medical oncology	5	5,0	6,0	5,5	6,0	13	6	5			5	6	6	5			5			6	6	5			5	6		6
Neurological surgery	5	5,0	8,0	6,0	6,0	21	6	5	5	6	5	5	8	6	6		6	6	6	6	7	6	6	6	5	7	6	6
Neuropsychiatry	5	5,0	6,0	5,3	5,0	3	5			5										6								
Orthopaedics	5	5,0	8,0	6,0	6,0	21	6	5	5	6	5	6	8	6	5		6	6	6	6	7	5	6	6	5	8	6	6
Paediatric surgery	5	5,0	8,0	6,0	6,0	17		5		6	5	6	8	7	5		6		6	6	6	5		6	5	8	7	6
Plastic surgery	5	5,0	8,0	6,0	6,0	21	6	5	6	6	5	6	8	6	5		6	6	6	6	7	5	6	6	5	8	6	6
Thoracic surgery	5	5,0	8,0	6,0	6,0	21	6	5	6	6	5	6	8	7	5		6	6	6	6	6	5	6	6	5	8	7	6
Urology	5	5,0	8,0	5,9	6,0	21	6	5	6	5	5	6	8	5	5		5	6	6	6	7	5	6	6	5	8	7	6
Vascular surgery	5	5,0	8,0	6,0	6,0	17	6	5	6	6	5	6		7	5		6		6	6	7	5	6	6	5	8	7	
General practice (family medicine)	3	3,0	6,0	3,8	3,3	16	3	3	5			3	4	4	3	3	3	3	3,5	4				6	5		5	3

*No response on 22/09/2015 : Česká republika, ΕΑΜδϚ, España, Hrvatska, Italia, Lietuva, Malta, Slovensko, Ísland and Liechtenstein


	Difference of duration between MS ≥ 4 years		Difference of duration between MS ≤ 1 year
	Average of durations ≥ 2 years with minimal training duration in Annex V		Minimal durations in all MS ≥ minimal training duration in Annex V

	MS with the minimum training duration		MS with the maximum training duration		MS with training duration lower than in Directive
	No recognition for this speciality in the country		Difference between survey and Annex V		

Recognition of specialties in MS, by durations

32 MS / 22 respondents

Speciality in Annex V (54)	Annex V minimum training	Number of MS where speciality exists	Number of MS 3 years	Number of MS 4 years	Number of MS 5 years	Number of MS 6 years	Number of MS 7 years	Number of MS ≥ 8 years
Allergology	3	12	1	3	4	3	1	0
Anaesthetics	3	21	1	2	11	6	1	0
Dermato-venerology	3	19	1	7	8	3	0	0
Endocrinology	3	18	1	4	2	10	1	0
General Haematology	3	19	1	3	3	10	2	0
Ophthalmology	3	21	1	8	10	2	0	0
Otorhinolaryngology	3	21	1	3	12	3	0	2
Physiotherapy	3	18	1	6	9	2	0	0
Stomatology	3	2	0	1	1	0	0	0
General practice (family medicine)	3	16	8	4	3	1	0	0
Biological chemistry	4	9		1	6	1	1	0
Biological haematology	4	2		1	0	1	0	0
Cardiology	4	19		3	4	10	2	0
Child psychiatry	4	16		4	8	5	1	0
Clinical biology	4	9		4	4	1	0	0
Clinical neurophysiology	4	5		0	4	1	0	0
Communicable diseases	4	16		4	5	7	0	0
Community medicine	4	18	1	7	7	3	0	0
Dental, oral and maxillo-facial surgery (bas	4	11		2	4	3	0	2
Dermatology	4	4		1	1	1	1	0
Diagnostic radiology	4	21		3	15	3	0	0
Gastroenterology	4	21		5	2	13	1	0
Geriatrics	4	16		3	6	6	1	0
Immunology	4	12		3	4	4	1	0
Medical genetics	4	19		7	7	5	0	0
Microbiology-bacteriology	4	16		4	10	1	1	0
Neurology	4	21		6	7	6	2	0
Nuclear medicine	4	18		3	12	2	1	0
Obstetrics and Gynaecology	4	21		2	13	3	2	1
Occupational medicine	4	20		9	7	4	0	0
Paediatrics	4	21		5	11	3	1	1
Pathological anatomy	4	20		4	12	4	0	0
Pharmacology	4	15		4	6	4	1	0
Psychiatry	4	21		6	9	5	1	0
Radiology	4	9		1	6	2	0	0
Radiotherapy	4	20		5	12	2	1	0
Renal diseases	4	19		5	3	10	1	0
Respiratory medicine	4	21		5	4	11	0	1
Rheumatology	4	21		5	3	13	0	0
Tropical medicine	4	6		0	2	2	2	0
Venerology	4	3		0	1	2	0	0
Accident and emergency medicine	5	10			8	2	0	0
Gastroenterological surgery	5	6			0	5	1	0
General (Internal) medicine	5	20			13	7	0	0
General Surgery	5	21			5	13	1	2
Maxillo-facial surgery (basic medical traini	5	9			2	5	1	1
Medical oncology	5	13			6	7	0	0
Neurological surgery	5	21			5	13	2	1
Neuropsychiatry	5	3			2	1	0	0
Orthopaedics	5	21			6	12	1	2
Paediatric surgery	5	17			5	9	1	2
Plastic surgery	5	21			5	13	1	2
Thoracic surgery	5	21			5	13	1	2
Urology	5	21			8	10	1	2
Vascular surgery	5	18			5	10	2	1

 Majority / average of training duration in each speciality

ANNEXE 4 : CONTRIBUTION DES AMBASSADES

Le tableau de synthèse suivant dresse un résumé non exhaustif de l'organisation des formations générales et de spécialités en Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, Etats-Unis et Suède, à partir des contributions des conseillers sociaux des postes diplomatiques concernés, *via* la délégation des affaires européennes et internationales (DAEI) du ministère en charge de la santé.

	Organisation générale et durée totale des études de médecine.
Organisation générale de la formation médicale	<p>Allemagne : En règle générale, les études de médecine dites « de base » ont une durée de 6 ans. Les spécialisations se font ensuite par la voie de formation continue, organisées en majeure partie par chaque région, et ne commencent qu'après les six premières années d'études. La médecine générale compte parmi les spécialités possibles. La durée et le contenu des formations de spécialités sont fixés par la chambre des médecins de chaque région. La durée des formations de spécialité varie généralement entre 2 ans et 6 ans.</p> <p>Royaume-Uni : Le premier cycle universitaire dure 5 à 6 ans (quelques universités proposent une première année de mise à niveau en chimie, physique et biologie). Les 5-6 premières années à l'université permettent d'acquérir le titre de docteur en médecine mais ne permettent pas d'exercer. Il faut effectuer 2 ans d'introduction à la pratique clinique en « foundation year » FY1/FY2, avant d'être « fully registered », puis 3 à 8 ans de « speciality training » selon que l'on veut devenir généraliste (3 ans) ou spécialiste (5 à 8 ans).</p> <p>Espagne : 6 années pour la formation médicale de base, la plupart des formations de médecins spécialistes ont ensuite une durée de 4 ans.</p> <p>Italie : La durée du master en médecine et chirurgie est de 6 ans et le cycle est unique. L'accès à la profession de médecine générale passe par un cours de formation spécifique en médecine générale d'une durée de trois ans. Concernant les groupes de spécialités, la durée des formations de spécialités médicales et chirurgicales varie de 4 à 5 ans tandis que la durée des formations de spécialités dites des services cliniques (microbiologie et virologie, médecine nucléaire, anesthésie, réanimation et thérapie intensive et de la douleur, ...) varie de 3 à 5 ans. L'achèvement de la formation est sanctionné par une épreuve finale.</p> <p>Etats-Unis : L'organisation des études de médecine est liée au statut de ses institutions, pour la plupart privées et organisées en réseaux. Elle se déroule en 3/4 phases dont la première n'est pas « médicale » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les 4 premières années (Bachelor Degree), qui ne sont pas uniquement en biologie ou sciences, servent à obtenir les unités de valeur obligatoires avant l'entrée en médecine. - 4 années supplémentaires permettent d'obtenir le diplôme de Docteur (Master Degree). Les curriculums sont très différents d'une école à une autre mais l'ensemble des 4 années est orienté vers la médecine avec mises en situation réelles ou virtuelles. - Viennent ensuite les années de « residency », dont la durée varie en fonction de la spécialité, de 1 à 7 ans. - Puis le « <i>fellowship</i> », dont la durée varie en fonction de chaque sous-spécialité, de 1 à 3 ans.

	<p>A l'issue de ces étapes, la licence d'exercice peut être obtenue, et éventuellement une certification – non obligatoire.</p> <p>Suède : La formation en médecine générale dure 5,5 ans à l'université et 1,5 à 2 ans en stage (internat), soit 7 ans minimum de formation avant d'obtenir une licence d'exercice délivrée par la Direction des affaires sociales et de la santé. Les programmes de spécialisation, pour lesquels il faut candidater directement auprès de l'établissement de son choix, durent au minimum 5 ans et conduisent au diplôme de médecin spécialiste.</p>
	<p>Durée de la formation commune à tous les étudiants avant spécialisation, équivalent aux cycles 1 et 2 en France.</p>
	<p>Allemagne : Les six années d'études correspondent à la formation commune. La spécialisation n'est possible qu'après l'obtention de l'approbation en tant que médecin, qui est délivrée suite à la clôture réussie des 6 premières années d'études.</p> <p>Royaume-Uni : La durée de formation commune est au minimum de 7 ans.</p> <p>Espagne : 6 années. Toutefois, il faut noter qu'il n'y a pas de cursus commun en Espagne. Tous les étudiants admis dans une université de médecine suivent un enseignement général de deux ans (biologie, génétique, biochimie,...), puis 1 année de transition pratique (pharmacologie, radiologie,...) et enfin 3 ans d'enseignements à la médecine.</p> <p>Italie : La durée de la formation commune à tous les étudiants avant spécialisation est de 6 ans et le cycle est unique.</p> <p>Etats-Unis : Si on enlève la partie d'étude préalable à l'entrée en école de médecine (4 ans), les études de médecine communes durent 4 ans (pour devenir médecin).</p> <p>Suède : Au bout de 7,5 ans d'études de médecine communes (formation à l'université + internat) les étudiants sont considérés comme des médecins de plein exercice. Ils sont officiellement habilités à exercer la médecine générale.</p>
	<p>Temps consacré aux stages en milieu professionnel, notamment temps passé au contact des malades, lors des premières années communes de formation.</p>
	<p>Allemagne : Les 6 premières années sont structurées en une phase pré-clinique (semestres 1-4) et une phase clinique (semestres 5-10). Les deux derniers semestres (11-12) correspondent à une année pratique au contact direct avec les patients, sous la supervision d'un médecin formateur.</p> <p>Royaume-Uni : Les 2 premières années sont des années d'enseignements magistraux avec de premiers contacts cliniques au cours de la troisième, quatrième et cinquième année. Quelques facultés de médecine proposent des contacts cliniques et des activités d'auto-apprentissage dès le début de la formation. Toutes font passer un examen final au bout des 5-6 années avec des épreuves écrites, cliniques et orales. Au bout des 5-6 années d'études, il y a 2 années d'entraînement à la pratique clinique de base (Foundation Years) en milieu hospitalier. Durant cet apprentissage, les étudiants (rémunérés) sont mis en situation mais toujours en tant que stagiaires et sous la responsabilité d'un senior. Lorsqu'ils entrent en FY1 les intéressés sont diplômés de leur école de médecine, mais ne sont pas encore inscrits / enregistrés auprès du General Medical Council. Pendant la FY2, les médecins ont davantage de responsabilités en termes de prise en charge des patients. Ces deux années, équivalent à un début d'internat sans encore de spécialisation pour l'étudiant, permettent d'acquérir des connaissances tant dans les</p>

	<p>spécialités médicales que chirurgicales avant de choisir sa spécialisation en postgraduate training (3^{ème} cycle).</p> <p>Espagne : Au cours des 3 premières années, 3 mois sont consacrés à de la formation basique à l'hôpital, avec aussi des formations virtuelles sur des pratiques médicales basiques. Les 4^{ème} et 5^{ème} années, environ 130 jours de stage sont réalisés en milieu hospitalier. La 6^{ème} année, 7 mois de rotation sont réalisés dans plusieurs hôpitaux et/ou cliniques.</p> <p>Italie : Les stages en milieu professionnel commencent à partir de la troisième année, pour au moins 1500 heures. Ils ont lieu dans des « structures universitaires de soins », l'objectif est de permettre aux étudiants d'acquérir des compétences spécifiques dans les domaines de la médecine interne, la chirurgie générale, la pédiatrie, l'obstétrique, la gynécologie et les spécialités médicales et chirurgicales.</p> <p>Etats-Unis : Les interactions avec les malades débutent dans les 2^e et 3^e années de Master Degree, lors des rotations dans les hôpitaux. Ces rotations varient en fonction des écoles et durent de 2 à 52 semaines</p> <p>Suède : Dès le 6^{ème} semestre d'études, la formation des étudiants se déroule dans les hôpitaux, les soins ambulatoires et les organismes municipaux de soins. L'internat pour la médecine générale dure au minimum 18 mois, à l'issue de la formation de base de 5,5 ans. Il est composé de 3 - 6 mois de spécialisation en médecine interne, 3 - 6 mois de spécialités chirurgicales, 3 mois de psychiatrie et 6 mois de médecine générale.</p>
<p>Valeur professionnalisante des premières années communes de formation : contenu scientifique général ou déjà orienté sur la médecine ?</p>	
	<p>Allemagne : Pendant la phase pré-clinique, le contenu scientifique est plus général et doit permettre de fixer les bases théoriques et en sciences naturelles. Les semestres 5-12 ont une approche plus pratique et clinique, qui préparent les étudiants au quotidien médical. Les premières années d'études sont déjà orientées vers une médecine appliquée et centrée sur le patient.</p> <p>Royaume-Uni : Durant les deux premières années cliniques (Foundation Years), l'enseignement comporte encore une part théorique, mais qui ne prend pas la forme de cours magistraux : les médecins exercent sous la supervision d'un mentor et la partie théorique de leur formation passe par des séminaires et un travail individuel dans le cadre de la préparation des examens. Le contenu de l'enseignement dispensé durant les FY peut varier d'une université à l'autre, sous réserve de conformité avec les standards. Il n'y a pas d'examen en fin de cursus.</p> <p>Espagne : Les 2 premières années sont consacrées au contenu scientifique général. A partir de la troisième année, l'enseignement est orienté vers la médecine.</p> <p>Italie : Dans les premières années, la formation commune présente un contenu scientifique général. Néanmoins, à partir de la 3^e année, l'obligation de stages en milieu professionnel contribue à orienter la formation sur la médecine pratique.</p> <p>Etats-Unis : Compte tenu du recrutement après un Bachelor Degree, les premières années d'études médicales sont tout de suite orientées vers la médecine.</p> <p>Suède : Les 4 premiers semestres d'études sont consacrés aux sciences fondamentales, les 7 suivants aux disciplines médicales, dont un semestre est réservé à la chirurgie. La formation est axée sur la pratique ; dès le 6^{ème} semestre, la formation des étudiants se déroule dans les hôpitaux, les soins ambulatoires et les organismes municipaux de soins. Ils s'y voient confier de très larges responsabilités sous la supervision d'un médecin.</p>

<p>Les études comprennent très peu de cours magistraux, les étudiants étant censés apprendre dans les livres. En revanche, beaucoup de séminaires sont organisés en petits groupes où les étudiants travaillent sur des cas cliniques. L'objectif est d'apprendre la médecine en situation, pendant les stages, où les médecins se font un devoir de transmettre leur savoir à l'étudiant, tout en le laissant faire ses preuves.</p>
<p>Nombre de formations de spécialités.</p>
<p>Allemagne : 33 spécialités et 23 sous-spécialités. Royaume-Uni : 66 spécialités et 32 sous-spécialités. Italie : 22 spécialités. Sont également prévues 13 spécialisations chirurgicales et 15 dans le domaine des « services cliniques ». Etats-Unis : 24 spécialités et plus de 100 sous-spécialités. Suède : 63 spécialités réglementées.</p>
<p>Temps consacré aux stages en milieu professionnel lors de la spécialisation.</p>
<p>Allemagne : La formation pour une spécialité médicale se poursuit entièrement dans le milieu professionnel. La formation se fait généralement à temps-plein et chaque médecin en formation reçoit un suivi personnalisé par un médecin exerçant dans la spécialité médicale souhaitée et accrédité pour les formations par la chambre professionnelle. Pendant toute la durée de la formation, les médecins en formation ont le statut de salarié et perçoivent donc un salaire. Puisqu'ils ont déjà terminé leurs études et disposent de l'habilitation d'exercer, ils ne sont plus des étudiants en formation mais de véritables médecins assistants en formation.</p> <p>Royaume-Uni : Tout le temps est passé en contact avec le patient, soit dans les services hospitaliers, dans les cliniques externes ou dans des services d'urgence.</p> <p>Espagne : Tout le temps est consacré en milieu professionnel.</p> <p>Italie : Au moins 70 % des activités de formation sont destinées aux stages en milieu professionnel, et 30 % à l'enseignement théorique.</p> <p>Etats-Unis : Cela peut varier d'une école à une autre, mais les standards posés par l'Association of American Medical Colleges (ACGME) sont respectés et prévoient un temps important à la formation pratique, avec une approche basée sur l'acquisition de compétences.</p> <p>Suède : La spécialisation se déroule principalement à travers le travail professionnel en tant que médecin dans l'environnement clinique. L'université n'est pas responsable de la spécialisation dans le système suédois. Ce sont les fournisseurs de santé en tant que futurs employeurs qui sont responsables de la mise en œuvre de la spécialisation, et la Direction des affaires sociales et de la santé finance et fournit en appui des cours de spécialisation (délivrés par des fournisseurs privés).</p>

<p>Sélection pour le choix des spécialités médicales : examen classant, prise en compte des stages, validation de prérequis, projet professionnel, ...</p>
<p>Allemagne : Les médecins souhaitant suivre une formation dans une spécialité médicale postulent directement auprès d'un cabinet, hôpital ou organisme accrédité par la chambre professionnelle pour dispenser les formations. S'il est sélectionné, le médecin devient un salarié de l'institution ou du cabinet qui l'accueille et y exerce donc pendant la durée de sa formation.</p> <p>Royaume-Uni : Le numérus clausus s'applique au nombre total de places, il n'existe pas de plafond par spécialité. Ni <i>Health Education England</i>, ni les universités n'exercent d'influence réelle. Les postes sont ouverts par les hôpitaux et autres établissements agréés et les internes postulent. Les futurs internes choisissent leur spécialité mais ils doivent être acceptés dans les cursus de formation et les places sont limitées.</p> <p>Espagne : Examen national classant.</p> <p>Italie : Concours public national organisé tous les ans par le ministère de l'éducation. Pour participer au concours, il est nécessaire d'avoir obtenu le master de « médecine et chirurgie » ainsi que l'habilitation pour l'exercice de la profession médicale. L'accès aux écoles de spécialisation se fait sur la base du classement des candidats par rapport au nombre de postes à pourvoir. Au moment de leur inscription dans les écoles de spécialisation, les médecins-chirurgiens signent un contrat annuel dit «de formation spécialisée», renouvelable jusqu'à la fin de leur parcours de formation.</p> <p>Etats-Unis : La sélection est pratiquée via des systèmes dits de « matching » entre les demandes des candidats et les postes ouverts / profils recherchés par les directeurs des programmes de résidence. L'outil le plus utilisé est appelé « The Match » pour « The National Resident Matching Program »(NRMP), basé sur des algorithmes de correspondance. Environ 43 000 candidats utilisent ce système (35 000 ont été au bout en 2017, le nombre le plus élevé) pour 31 000 places disponibles dans les programmes. La procédure se déroule sur 6 à 8 mois. Le système équivalent, baptisé « <i>Specialties Matching Service</i> », existe pour les fellows, qui à la suite de leur résidence souhaitent entrer dans des programmes pour 60 sous-spécialités.</p> <p>Suède : Après avoir reçu son diplôme de médecine générale, un médecin peut candidater pour une place en formation de spécialité dans la ville et l'hôpital de son choix. Il n'y a pas de procédure centralisée de candidature, ni de concours d'internat comme en France. Les fournisseurs de soins de santé annoncent des postes de spécialisation et recrutent les médecins juniors en fonction de leurs besoins ; les médecins postulent selon leur intérêt. C'est alors à l'employeur d'effectuer la sélection des candidats.</p>
<p>Prise en compte des besoins professionnels, c'est-à-dire de la demande en soins, pour déterminer le nombre de postes ouverts dans la formation à une spécialité.</p>
<p>Allemagne : Le besoin est défini selon un ratio habitant-médecins relevant des comités des médecins et des caisses d'assurance-maladie, sur la base d'un périmètre géographique différencié permettant de prendre en compte les spécificités régionales. En cas d'une offre de soins disproportionnée, le comité de chaque Land peut décider de restreindre le droit de résidence ou de ne plus autoriser de nouveaux médecins dans un des secteurs de soins. Au niveau de chaque région, le plan fixant les besoins professionnels est évalué et, le cas échéant, révisé tous les six</p>

	<p>mois.</p> <p>Royaume-Uni : <i>Health Education England</i> centralise l'information et permet aux universités d'ouvrir un nombre de places adapté. Le ministère de la Santé a une vue d'ensemble sur le sujet mais le système comporte à l'heure actuelle de nombreuses lacunes, avec des déséquilibres observés dans l'accès aux spécialistes (trop peu de dermatologues, de neurologues, de rhumatologues et de spécialistes en médecine d'urgence).</p> <p>Espagne : Des études sont conduites pour évaluer les besoins en professionnels sur plusieurs années.</p> <p>Italie : Le nombre de postes à pourvoir est arrêté chaque année par décret du ministère de la santé, sur la base des besoins exprimés tous les 3 ans par les régions, du nombre d'étudiants ayant obtenu le master de médecine et chirurgie, des prévisions de départ à la retraite de médecins spécialistes et des exigences de programmation des activités du service sanitaire national. <i>(A l'heure actuelle, les écoles de spécialisation n'ont pas assez de places par rapport au nombre d'étudiants ayant obtenu le master en médecine et chirurgie. Ces-derniers sont souvent obligés de se spécialiser à l'étranger. De ce fait, le ministère de la santé cherche à accroître progressivement le nombre de places disponibles dans les écoles de spécialisation.)</i></p> <p>Etats-Unis : Le système américain est marqué par une grande liberté et c'est souvent le marché qui est déterminant. C'est donc le choix des Institutions qui mettent en œuvre les programmes et les places ouvertes en lien avec leur capacité d'encadrement (regardée par l'ACGME), les terrains d'exercice, les bourses offertes et la capacité contributive des étudiants (les coûts sont très élevés pour l'ensemble des études), les résultats des résidents et fellows (regardés aussi par l'ACGME) ainsi que l'insertion professionnelle et les revenus des spécialistes diplômés de tel ou tel programme.</p> <p>Suède : Les postes de formation de spécialisation sont établis sur la base des besoins en médecins spécialistes des fournisseurs de soins de santé. Ils varient selon les régions et les spécialités. Selon l'Etat et la loi sur les soins de santé, chaque comté doit recruter des médecins dans les diverses spécialités cliniques afin que le besoin futur de soins de santé pour la population générale qu'ils ont en charge soit assuré. Il appartient à chaque comté de prévoir et de définir ses besoins. L'exercice de prévision est difficile et lacunaire.</p>
<p>Existence de référentiels de compétences ou maquettes de formation décrivant les objectifs de formations de médecin spécialistes.</p>	
	<p>Allemagne : Des maquettes contraignantes sont établies au niveau de chaque région par la chambre professionnelle des médecins, selon un modèle défini par la chambre fédérale des médecins, qui précise les compétences et connaissances générales requises ainsi que celles spécifiques à chaque spécialité médicale dans laquelle une formation peut être suivie. La maquette pédagogique modèle fixe les objectifs et les autorisations d'exercice pour chaque spécialité, elle joue le rôle de « référentiel métier ».</p> <p>Royaume-Uni : Les maquettes de formation sont disponibles auprès des collèges de chaque spécialité.</p> <p>Espagne : Le contenu des formations spécialisées est décrit et disponible sur le site officiel du ministère de la santé Espagnol.</p> <p>Italie : Les maquettes de formation pour chaque spécialité ont été introduites par décret de 2015 des ministères de l'éducation et de la santé. Il revient aux universités, qui bénéficient d'une grande autonomie, y compris sur le plan pédagogique, de décliner les objectifs et les parcours de formation décrits dans les maquettes de formation.</p>

	<p>Etats-Unis : Les référentiels sont ceux établis par l'ACGME avec les associations professionnelles de spécialistes sur la base desquels les écoles sont accréditées. Ils existent pour chaque spécialité et sous-spécialité. Les maquettes des formations sont propres à chacune des écoles et des programmes qu'elles développent en se conformant aux référentiels édités.</p> <p>Suède : Le 17 février 2015, la Direction des affaires sociales et de la santé a annoncé de nouveaux règlements et conseils généraux sur la formation de spécialisation médicale, sur les connaissances, les compétences et les approches qui s'appliquent aux compétences spécialisées. C'est la Direction des affaires sociales et de la santé qui définit les objectifs pour chaque spécialité. Les maquettes de formations sont développées en collaboration entre la Direction des affaires sociales et de santé et, en particulier, la profession (les associations spécialisées). La profession et les comités sont responsables de la qualité de la formation.</p>
<p>Modalités de construction des maquettes de formation, et de validation.</p>	
	<p>Allemagne : La maquette modèle non contraignante est construite et validée par le congrès allemand des médecins. Ce congrès, qui se réunit une fois par an, représente en quelque sorte le parlement du corps médical et constitue l'assemblée générale de la chambre professionnelle fédérale des médecins. Les 17 chambres fédérées de médecins envoient 250 délégués qui discutent et s'entendent sur des dispositions générales et applicables à tout le territoire fédéral concernant la réglementation professionnelle. Au niveau de chaque région, ce sont les chambres professionnelles régionales qui construisent les maquettes de formation contraignantes. L'organisation peut différer légèrement en fonction de chaque région.</p> <p>Royaume-Uni : Les collèges de chaque spécialité sont responsables de l'élaboration de leurs maquettes de formation. Chaque <i>Royal College</i> définit les critères de sa profession et de la formation, puis le <i>General Medical Council</i> centralise l'ensemble des informations.</p> <p>Espagne : C'est en général le collège de la spécialité, formé de spécialistes en sciences de la santé et entre autres par les conseillers santé des 17 communautés autonomes, ainsi que du directeur général en charge des universités du ministère de l'éducation et des sciences, qui construit et valide les programmes de formation qui sont ensuite publiés au journal officiel espagnol.</p> <p>Italie : Pour élaborer et valider les maquettes, les ministères de l'éducation et de la santé demandent respectivement l'avis du conseil universitaire national, de l'institut supérieur de santé, de la fédération nationale des médecins-chirurgiens (le conseil universitaire national se compose d'enseignants, de chercheurs et de représentants d'étudiants. L'institut supérieur de santé est composé d'experts et la fédération de professionnels de la santé). Ces avis sont obligatoires mais non contraignants.</p> <p>Etats-Unis : Les curriculums sont préparés sur la base des référentiels et des maquettes de l'ACGME qui ont été préparés et sont revus par des médecins spécialistes volontaires de sorte qu'ils soient toujours au sommet de l'art.</p> <p>Suède : Les maquettes de formation les plus récentes datent de 2015, les précédentes de 2008 et de 1996. Pour l'élaboration des maquettes, les associations de spécialistes et des directeurs d'enseignement prennent part à un groupe de travail. Ce sont les associations de spécialistes qui contribuent essentiellement à l'élaboration de la maquette de leurs spécialités respectives.</p>

<p>Modalités d'évaluation et de révision de ces maquettes.</p>
<p>Allemagne : Les maquettes contraignantes au niveau de chaque région sont révisées et adaptées par les chambres professionnelles. La chambre professionnelle fédérale des médecins discute et décide des modifications ou ajouts à la maquette modèle non contraignante. Les associations professionnelles ainsi que les sociétés de discipline médicale peuvent proposer des modifications qui seront examinées par le congrès.</p> <p>Royaume-Uni : Les révisions sont intégrées par les collèges de chaque spécialités et soumises au <i>Royal College</i>.</p> <p>Espagne : Cela semble dépendre de l'organisation de chaque spécialité et ne pas répondre à un format standard.</p> <p>Italie : Les maquettes de formation sont évaluées et révisées par le ministère de l'éducation en concertation avec le ministère de la santé. Comme pour la construction des maquettes, le conseil universitaire national, l'institut supérieur de santé, et la fédération nationale des médecins-chirurgiens sont saisis pour avis – leur saisine est obligatoire mais leurs avis ne sont pas contraignants.</p> <p>Etats-Unis : Les curriculums sont évalués régulièrement par l'ACGME dans le cadre de ses procédures d'accréditations par des comités de pairs (de spécialistes mais aussi de résidents et d'acteurs externes) utilisant la collecte et l'évaluation de données (notamment issues des reportings des résidents et des programmes via l'Accreditation Data System (ADS) qui compile de très nombreuses données), des études et des visites de sites. C'est un processus en continu avec des accréditations annuelles pour chaque programme.</p> <p>Suède : Il existe un processus de suivi au sein de la Direction des affaires sociales et de la santé, dont le but est d'identifier tout besoin de révision des règles et conseils généraux et en l'occurrence les maquettes de formation. Le suivi se fait au moins une fois par an. Les intervenants au processus sont des décideurs dans les services sociaux et de santé, mais également, des personnes politiques et des fonctionnaires dans les municipalités et les comtés.</p>
<p>Modalités d'un changement de spécialité médicale d'exercice en cours de parcours professionnel.</p>
<p>Allemagne : Il n'y a pas de limites pour changer de spécialité médicale, mais un changement signifie souvent qu'une grande partie de la formation doit être suivie à nouveau pour la nouvelle spécialisation. Dans tous les cas, un retour à l'université n'est pas nécessaire, puisque toutes les formations pour les spécialités médicales sont effectuées une fois les études terminées et l'approbation de médecin acquise.</p> <p>Royaume-Uni : Il n'est pas nécessaire de retourner à l'université. Des médecins généralistes peuvent ainsi devenir psychiatres (<i>requalify</i>), et des internes hématologues devenir médecins généralistes. Des passerelles et validations d'acquis sont prévues.</p> <p>Italie : Les médecins spécialistes souhaitant changer de spécialité médicale d'exercice en cours de parcours professionnel doivent obligatoirement passer de nouveau le concours public national permettant l'accès aux écoles de spécialisation. Il n'existe pas de passerelle privilégiée entre spécialités proches.</p> <p>Etats-Unis : Si le changement de programme est possible en cours de formation, en lien avec l'université et l'hôpital porteur du programme et en suivant une autorisation spécifique, il est mal documenté en cours d'exercice.</p>

	<p>Suède : Etant donné que les étudiants en stage de spécialité sont déjà des médecins qualifiés, le retour à l'université n'est pas obligatoire. Il n'existe pas de passerelle privilégiée entre certaines spécialités proches en tant que telles mais tout dépend de la structure de la spécialité et de la maquette. Certaines spécialités partagent des connaissances de base communes les unes avec les autres. Le médecin qui se spécialise dans une autre spécialité doit avoir effectué au moins 2,5 ans de la période minimale de cinq ans dans la nouvelle spécialisation de son choix.</p>
<p>Pour les spécialités de cardiologie, hépato-gastro-entérologie, néphrologie, psychiatrie et pédo-psychiatrie, médecine générale, pneumologie, pédiatrie, ophtalmologie :</p>	<p>Existence de maquettes de formation décrivant le contenu de ces spécialités</p>
	<p>Allemagne : La maquette modèle date de 2013. Elle est en cours d'actualisation. Le planning de révision prévoit que la version finale de la nouvelle maquette soit adoptée par la chambre professionnelle fédérale lors du 121ème congrès allemand des médecins en mai 2018.</p> <p>Royaume-Uni : Elles sont mises à disposition par les collèges des spécialités concernées et peuvent être actualisées annuellement, en tant que de besoin.</p> <p>Espagne : La maquette de cardiologie est révisée à une fréquence de 3 à 5 ans. La maquette de néphrologie date de 2008.</p> <p>Italie : Les maquettes de formation décrivant le contenu de l'ensemble de ces spécialités ont été adoptées en 2015. En revanche, il n'existe pas de maquette spécifique pour la médecine générale dont la formation ne passe pas par des écoles de spécialisation mais par des cours de formation spécifiques qui sont organisés et gérés par les régions.</p> <p>Etats-Unis : Il existe des référentiels/maquettes préparés par l'ACGME pour chacune mais les curriculums sont différents selon les programmes qui les adaptent à leurs méthodes (tout en s'y conformant pour être accrédité).</p> <p>Suède : Oui depuis 2015, et l'entrée en vigueur de nouvelles réglementations pour la spécialisation des médecins. Les objectifs ont été formulés par la Direction des affaires sociales et de la santé, avec l'appui des associations spécialisées et du conseil de formation en spécialisation.</p>
	<p>Lieu de formation médicale spécialisée</p>
	<p>Allemagne : La formation pour les spécialités médicales se poursuit dans le cadre d'un exercice professionnel et après l'accomplissement des études, dans différents lieux de pratique agréés.</p> <p>Espagne : Dans le milieu professionnel.</p> <p>Italie : Les étudiants sont affectés dans différents services des structures de soins du réseau de formation des écoles de spécialisation pendant la phase pratique de leur formation. L'enseignement théorique a lieu dans les écoles de spécialisation. Les stages en milieu professionnel peuvent se dérouler dans des instituts scientifiques universitaires, des hôpitaux ou tout autre établissement médical accrédité à cet effet. Dans le cas de la médecine générale, les activités pratiques et théoriques prévues par les cours de formation spécifique se déroulent dans les hôpitaux, les cabinets de médecine générale ou toute autre structure de soins accréditée.</p>

Etats-Unis : Les stages sont effectués selon les spécialités et sous-spécialités dans les différents types de structures médicales qui organisent les programmes (en ambulatoire et à l'hôpital pour la majorité des terrains : cabinet et regroupement en soins ambulatoires, hôpitaux généraux/apprenant). La durée est définie dans le cadre du curriculum de chaque école sur la base des référentiels de l'AMCGE.

Suède : Les différentes phases de la formation doivent être effectuées à l'hôpital et en ambulatoire, à la fois dans un établissement public et dans un établissement privé, à l'hôpital, dans un centre médical (soins primaires) et dans d'autres établissements).

Durée de la spécialisation

	Cardiologie	Hépatogastro-entérologie	Néphrologie	Psychiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA)	Médecine générale	Pneumologie	Ophthalmologie	Pédiatrie
Allemagne	6 ans	6 ans	6 ans	5 ans	5 ans	6 ans	5 ans	5 ans
Royaume-Uni (<i>schéma le plus court</i>)	7 ans	7 ans	5 ans	6 ans	3 ans	6 ans	7 ans	8 ans
Italie	4 ans	4 ans	4 ans	4 ans	3 ans	4 ans	4 ans	5 ans
Etats-Unis	4 à 7 ans	6 ans	5 ans	4 ans (6 ans pour PEA)	3 à 4 ans	6 ans	3 ans	3 ans
Suède	5 ans mini	5 ans mini	5 ans mini	5 ans mini	5 ans mini	5 ans mini	5 ans mini	5 ans mini

Aux Etats-Unis, la néphrologie, la cardiologie, l'hépatogastro-entérologie, la pneumologie sont des sous-spécialités de médecine interne dont la formation en résidence est de 3 années. Les sous spécialisations en pédiatrie durent en moyenne 3 années supplémentaires, et rassemblent 35 % des effectifs. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une sous spécialité.

En Italie, la neuropsychiatrie de l'enfance est une spécialité distincte, également en 4 ans.

En Allemagne, la pédopsychiatrie est une spécialité distincte, également en 5 ans.

Au Royaume-Uni, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une spécialité distincte, également en 6 ans. Les formations peuvent être réalisées en

version courte ou plus longue, prolongeant alors en général d'1 année la formation.

En Suède, l'unique critère de durée est que la spécialisation dure au moins 5 ans à temps plein, après obtention de la licence d'exercice.

Modalités d'encadrement et de suivi des étudiants.

Allemagne : Les médecins assistants en formation pour une spécialité médicale sont encadrés à temps plein par un formateur reconnu par les chambres professionnelles des régions. Le médecin qui dispense la formation pour une spécialité médicale ou une sous-spécialité doit lui-même être porteur du titre professionnel de la formation impartie. Il doit démontrer plusieurs années d'exercice de la spécialité médicale qu'il souhaite enseigner. L'autorisation de former est limitée à une spécialité médicale/sous-spécialité.

Italie : Les étudiants sont encadrés et suivis par des médecins tuteurs nommés annuellement par les écoles de spécialisation. À cet effet, les médecins tuteurs doivent posséder une « qualification scientifique élevée », une expérience professionnelle pertinente au regard de la spécialité des étudiants qu'ils encadrent et une expérience en matière d'enseignement. Chaque tuteur peut encadrer jusqu'à 3 étudiants.

Etats-Unis : Défini dans le cadre du curriculum de chaque école sur la base des référentiels de l'AMCGE.

Suède : Le règlement indique que le médecin en spécialisation doit avoir un superviseur pendant chaque période de formation et que le superviseur doit être formé et avoir les compétences spécialisées pertinentes. Le superviseur principal et le directeur des opérations à l'hôpital évaluent en permanence les compétences du médecin. L'encadrement et le suivi des étudiants sont de la responsabilité du superviseur et de la direction de l'établissement.

Part d'autonomie laissée aux étudiants lors de la formation dans la spécialité.

Allemagne : Les médecins en formation sont considérés comme des médecins assistants dans la spécialité médicale correspondante. Cela signifie que la part d'autonomie qui leur est laissée est assez conséquente : sous la supervision du médecin formateur, ils participent déjà activement aux soins des patients, à leur suivi et aux diagnostics. Pour les modules de la formation qu'ils ont validés avec succès et pour lesquels une attestation leur a été attribuée, ils peuvent également déjà traiter les patients.

Italie : Les étudiants montent progressivement en autonomie tout au long de leur parcours de formation. Leurs responsabilités sont accrues en fonction des connaissances et compétences acquises, telles que certifiées par les médecins tuteurs.

Etats-Unis : Défini dans le cadre du curriculum de chaque école sur la base des référentiels de l'AMCGE, avec des objectifs d'apprentissage par étapes. Le résident utilise les outils électroniques de reporting à sa disposition ainsi que le système des « Milestones » (étapes), pour passer de l'état de novice (étape 1) à expert (étape 5), afin de se situer dans son apprentissage à partir des 6 compétences-clés communes adaptées à chaque spécialité.

Suède : L'autonomie laissée aux étudiants dépend de la spécialité. Les étudiants travaillent sous leur propre responsabilité car ce sont déjà des médecins certifiés qui doivent respecter la loi sur la sécurité du patient et se référer à leurs programmes de formation individuelle et à leurs objectifs cibles. S'il s'agit par exemple d'un médecin en spécialisation en médecine générale qui exerce dans un centre de santé, le médecin est

assez indépendant pour consulter les patients et prescrire. Un médecin en spécialisation en neurochirurgie est indépendant à une moindre mesure durant son stage.

Connaissances et compétences de base à acquérir pour exercer la spécialité, modalités de vérification et attestation.

Allemagne : Les connaissances et compétences de base pour chaque spécialité sont décrites dans la maquette pédagogique modèle. Pour chaque partie ou module de la formation que le médecin assistant a validé, le formateur lui délivre une attestation. Les attestations pour les différents modules ont valeur de preuve pour les médecins en formation qu'ils ont bien suivi la formation en question. A la fin de la formation, quand la validation de tous les modules a été reconnue, les médecins assistants doivent passer un examen devant un comité d'examen afin d'obtenir le titre professionnel pour exercer la spécialité.

Italie : À la fin de chaque mois, l'acquisition des connaissances et des compétences est vérifiée et certifiée par les médecins tuteurs. À cet effet, les étudiants ont un livret personnel où toutes les activités de formation accomplies sont indiquées ainsi que l'évaluation faite par les médecins tuteurs. En outre, chaque année de formation est sanctionnée par une épreuve finale. L'accès à la période de formation suivante dépend de la réussite de la période de formation précédente. Il est possible de redoubler 1 fois.

Etats-Unis : Les compétences-clés communes à chaque spécialité sont : les soins aux patients, les connaissances médicales, l'apprentissage et l'amélioration basés sur la pratique, les compétences interpersonnelles et de communication, le professionnalisme et les pratiques basées sur les systèmes de santé. L'évaluation doit avoir lieu deux fois par an et elle doit être renseignée dans l'outil électronique de suivi des résidents l'Accreditation Data System (ADS). C'est aux programmes de déterminer pratiquement les modalités et les outils d'évaluation qui peuvent donc varier et qui ne se limitent pas aux Milestones mais également à des connaissances jugées indispensables par le programme. Le directeur de programme est responsable de l'organisation et de la validation des compétences nécessaires à l'obtention du diplôme / licence.

Suède : D'une manière générale, les règles de la Direction des affaires sociales et de la santé laissent beaucoup d'espace à la profession, aux associations spécialisées et aux fournisseurs de soins de santé pour définir le contenu de la formation médicale en détail. La Direction n'exige pas d'examen ni pendant, ni à la fin du stage de spécialisation. La formation de spécialisation est basée sur la progression dans l'apprentissage quotidien. En cela, le superviseur, le directeur général et le directeur des études sont d'une grande importance. Ce sont eux qui font l'évaluation qui sert à acquérir l'autorisation délivrée par la Direction des Affaires sociales et de la santé.

Existence d'options propres à chaque spécialité, ou de formations transversales à plusieurs spécialités, permettant de se spécialiser davantage au sein de la spécialité.

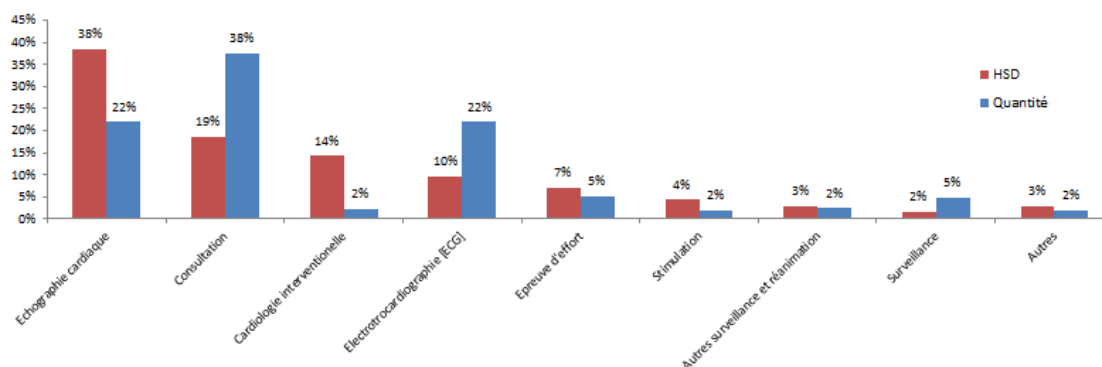
Allemagne : Il existe des sous-spécialités. La possibilité existe également de préciser la spécialisation d'avantage, en choisissant un focus médical. La formation pour les sous-spécialités ainsi que les focus thématiques suivent en grande partie le programme de la spécialité médicale à laquelle elle appartient. Néanmoins, des modules de formation complémentaires ou différents peuvent être demandés. Les sous-spécialités ont des titres professionnels propres (par exemple « médecin spécialiste pour la médecine interne et la cardiologie », de la spécialité médecine interne), mais les focus sont imbriqués sous une sous-spécialité et la précisent seulement. Enfin, des formations additionnelles peuvent être suivies après

	<p>l'obtention du titre de médecin spécialiste.</p> <p>Italie : Le système italien prévoit que chaque spécialisation est rattachée à un des trois groupes de spécialités : médicales, chirurgicales et des services cliniques. Les formations organisées dans chacune des écoles de spécialisation rattachées à un même groupe comportent des enseignements communs, dispensés sous forme d'activités pratiques. Exception faite de la « pédiatrie », il n'existe pas pour les autres spécialités de sous-spécialité permettant de se spécialiser davantage.</p> <p>Etats-Unis : Les spécialités s'apprennent en premier lors des premières années après le MD dans le cadre de la <i>Résidence</i>. Ce n'est qu'ensuite, lors du <i>Fellowship</i>, que les sous-spécialités peuvent s'acquérir. Le nombre de sous-spécialités est important.</p> <p>Suède : Plusieurs spécialités de médecine interne et en chirurgie ont une formation de base commune, après quoi une spécialisation est faite dans chaque domaine. Des sous-objectifs sont identifiés dans les maquettes de formation.</p>
<p>Proportion de transversalité avec d'autres spécialités proches.</p>	
	<p>Allemagne : Les sous-spécialités présentent une grande part de transversalité avec la formation basique de la spécialité médicale à laquelle elles appartiennent. Par exemple, pour la médecine interne, les sous-spécialités de cardiologie, gastroentérologie, néphrologie et pneumologie partagent un tronc de formation commun.</p> <p>Royaume-Uni : Les programmes de formation de base et de spécialisation supérieure (Core and higher specialty training programmes) sont dits «non couplés» en raison de la rupture entre la formation initiale et la formation ultérieure. Dans ces programmes, les stagiaires suivent une formation de base qui dure de deux à trois ans, selon la spécialité. Seul le Programme de soins intensifs a une base commune pour les internes souhaitant suivre une formation spécialisée supérieure en médecine d'urgence et ceux souhaitant suivre une formation spécialisée supérieure en médecine interne, soins aigus ou anesthésie. Les deux premières années sont consacrées tour à tour, à ces trois spécialités et la médecine de soins intensifs. La troisième année est consacrée à une formation devant permettre de s'assurer que le stagiaire répond aux exigences minimales pour l'entrée dans la spécialisation supérieure dans sa spécialité.</p> <p>Italie : La transversalité se traduit par des activités pratiques communes dans le domaine en question. C'est, par exemple, le cas dans le cadre des spécialisations en « maladies de l'appareil cardiovasculaire », « maladies de l'appareil digestif », « néphrologie » et « maladies de l'appareil respiratoire », pour lesquelles est prévue une formation pratique à la médecine interne. De même, pour les spécialisations en « psychiatrie » et « neuropsychiatrie de l'enfance », des formations transversales pratiques sont également organisées.</p> <p>Etats-Unis : La transversalité est assurée par les socles communs de formation, en médecine interne par exemple. Les sous-spécialités sont ensuite en grand nombre et a priori cloisonnées.</p> <p>Suède : La transversalité avec d'autres spécialités proches se traduit par des sous-objectifs communs. La profession médicale et les associations spécialisées ont une grande responsabilité en matière de détermination de la transversalité avec d'autres spécialités proches.</p>

Type d'exercice auquel ouvre le diplôme de spécialité obtenu.
<p>Allemagne : Le diplôme de spécialité obtenu permet au médecin d'arborer le titre professionnel de la spécialité médicale. Ce titre est entre autres nécessaire si un médecin souhaite participer à l'offre de soins aux patients de l'assurance-maladie publique. Pour ce faire, il doit devenir un médecin conventionné. Le médecin spécialiste peut également exercer en tant que médecin qui ne soigne que les patients ayant souscrit à un régime d'assurance-maladie privé (pour une faible partie de la population).</p> <p>Italie : Le diplôme de spécialisation permet aux médecins chirurgiens d'obtenir le titre professionnel de la spécialité choisie et de devenir des médecins spécialistes. Les médecins spécialistes peuvent décider d'intégrer une des structures du service sanitaire national en signant une convention avec le SSN. Ils peuvent également opter pour une structure de soins privée. Le parcours de formation en médecine générale aboutit nécessairement à la signature d'une convention avec le service sanitaire national, même si certains peuvent exercer dans le secteur privé.</p> <p>Etats-Unis : Une fois diplômé, licencié et certifié, un spécialiste doit pouvoir effectuer tous les actes liés à sa spécialité ou sous-spécialités. La certification (souvent demandée par les hôpitaux notamment) est du ressort des associations professionnelles de spécialistes. Elle n'est possible qu'après la résidence et l'obtention d'une licence « sans restriction » pour exercer dans un Etat. Elle se base sur des examens écrits, parfois oraux, en lien avec la formation et comportent un coût. Le « recyclage » de cette certification doit également être régulier pour les spécialistes qui exercent.</p> <p>Suède : Les spécialistes travaillent habituellement dans le domaine de spécialisation de leur formation. Un nouveau spécialiste en médecine générale travaillera probablement dans un centre de santé. Un spécialiste en soins d'urgence travaillera habituellement dans les services d'urgence d'un hôpital.</p>

ANNEXE 5 : ANALYSE DE L'ACTIVITE DES CARDIOLOGUES LIBERAUX

Graphique 1 : Part de chaque acte dans les quantités et l'activité totale pour l'ensemble des cardiologues.



Graphique 2 : Mise en évidence de 7 classes de cardiologues par activité et type de patientèle.

Activité des cardiologues par classe

Classe	1	2	3	4	5	6	7
N de cardiologue	1923	1339	427	645	58	89	180
% de cardiologue	41%	29%	9%	14%	1%	2%	4%
Part de l'activité des cardiologues							
Echographie cardiaque	31%	66%	4%	44%	72%	22%	7%
Consultation	39%	14%	3%	15%	16%	4%	7%
ECG	14%	8%	2%	10%	4%	7%	11%
Epreuve d'effort	10%	8%	1%	8%	1%	2%	1%
Stimulation	1%	1%	1%	5%	0%	2%	85%
Cardiologie interventionnelle	1%	0%	83%	6%	1%	2%	3%
Autres surveillance et réanimation	0%	0%	2%	6%	0%	49%	1%
Surveillance	1%	0%	1%	4%	0%	7%	2%

Les deux plus grandes classes comptent plus de 1000 cardiologues chacune :

Classe 1 : cardiologues avec activité à dominante clinique (consultation)

Classe 2 : cardiologues avec activité à dominante technique (échographie)

Deux Classes sont des sous spécialités de cardiologie :

Classe 7 : rythmologie et stimulation cardiaque

Classe 3 : cardiologie interventionnelle

Patientèle des cardiologues par classe

Classe	1	2	3	4	5	6	7
% de patients de moins de 18 ans	2%	3%	0%	1%	82%	0%	1%
Part dans la patientèle des cardiologues							
Maladie cardio neuro vasculaire	35%	36%	83%	58%	17%	80%	83%
Maladie coronaire	17%	18%	67%	32%	1%	48%	31%
AVC	4%	4%	6%	6%	1%	8%	7%
Insuffisance cardiaque	6%	6%	18%	15%	2%	29%	24%
Artériopathie	5%	5%	12%	9%	0%	14%	7%
Troubles du rythme cardiaque	13%	13%	28%	27%	4%	47%	64%
Maladie valvulaire	4%	4%	14%	10%	2%	24%	11%

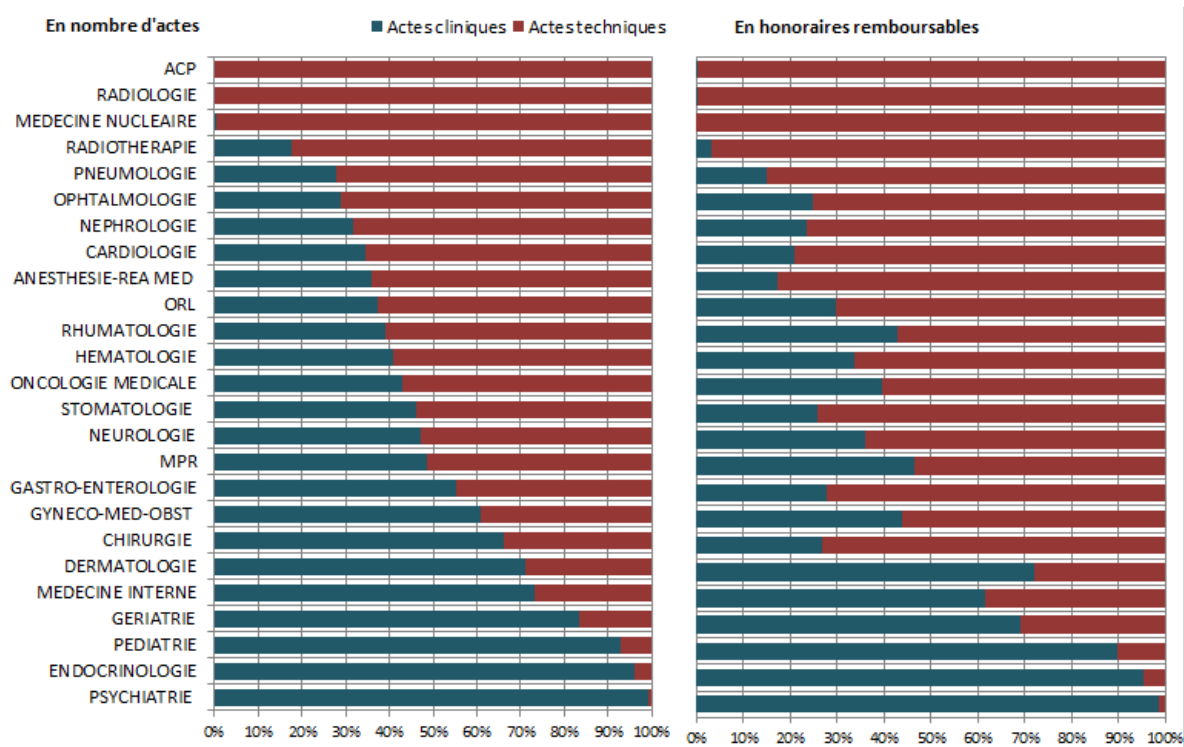
Les deux classes avec les plus faibles effectifs regroupent les cardiopédiatres (classe 5) et les cardiologues réanimateurs (classe 6).

La troisième classe en terme d'effectif (classe 4) se distingue des deux premières par sa patientèle plus sévère.

Source : étude CNAMTS 2017 sur la base des données SNIIRAM, DCIR, tous régimes, France entière, Année 2015 en date de soins

ANNEXE 6 : ANALYSE DE L'ACTIVITE DES MEDECINS DE SPECIALITE ET SECOND RECOURS

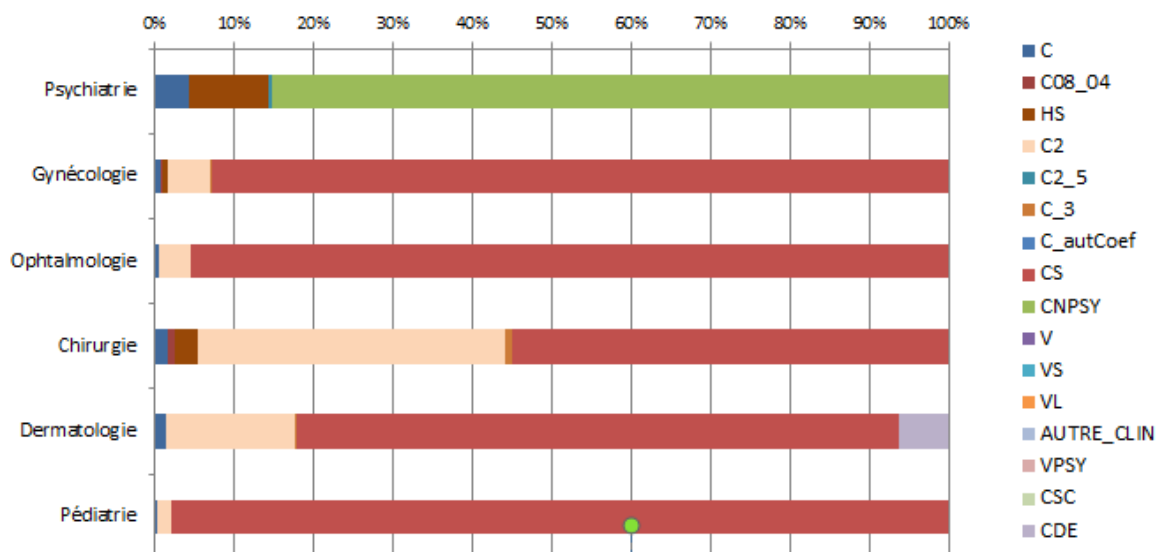
Graphique 3 : Répartition entre les actes techniques et les actes cliniques



Sources : Contribution CNAMTS, 2016, source DCIR, tous régimes et France entière

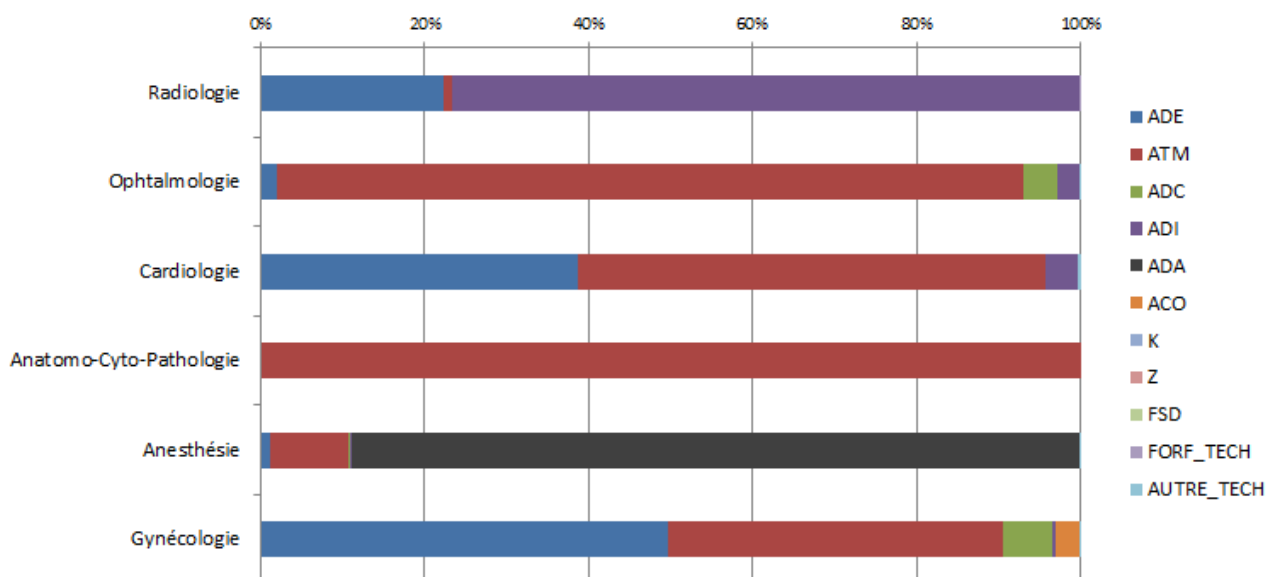
En exercice libéral, les hépato-gastro-entérologues font 50 % d'actes techniques, pour plus de 70 % de leurs honoraires remboursables.

Graphique 4 : Répartition des actes cliniques effectués par les 6 principales spécialités



Les actes cliniques les plus souvent effectués par les 6 spécialités qui en font le plus sont les consultations au cabinet (CS, CNPSY), les avis de consultants (C2) et pour la psychiatrie et la chirurgie, les honoraires de surveillance (HS).

Graphique 5 : Répartition des actes techniques effectués par les 6 principales spécialités.



La répartition des actes techniques est très liée à la spécialité. Ainsi, par exemple, les radiologues effectuent quasiment exclusivement des d'actes d'imagerie (ADI) et d'échographies (ADE).

ANNEXE 7 : PROJET DE CAHIER DES CHARGES POUR L'ÉVALUATION ET LA REVISION DES MAQUETTES DE FORMATION

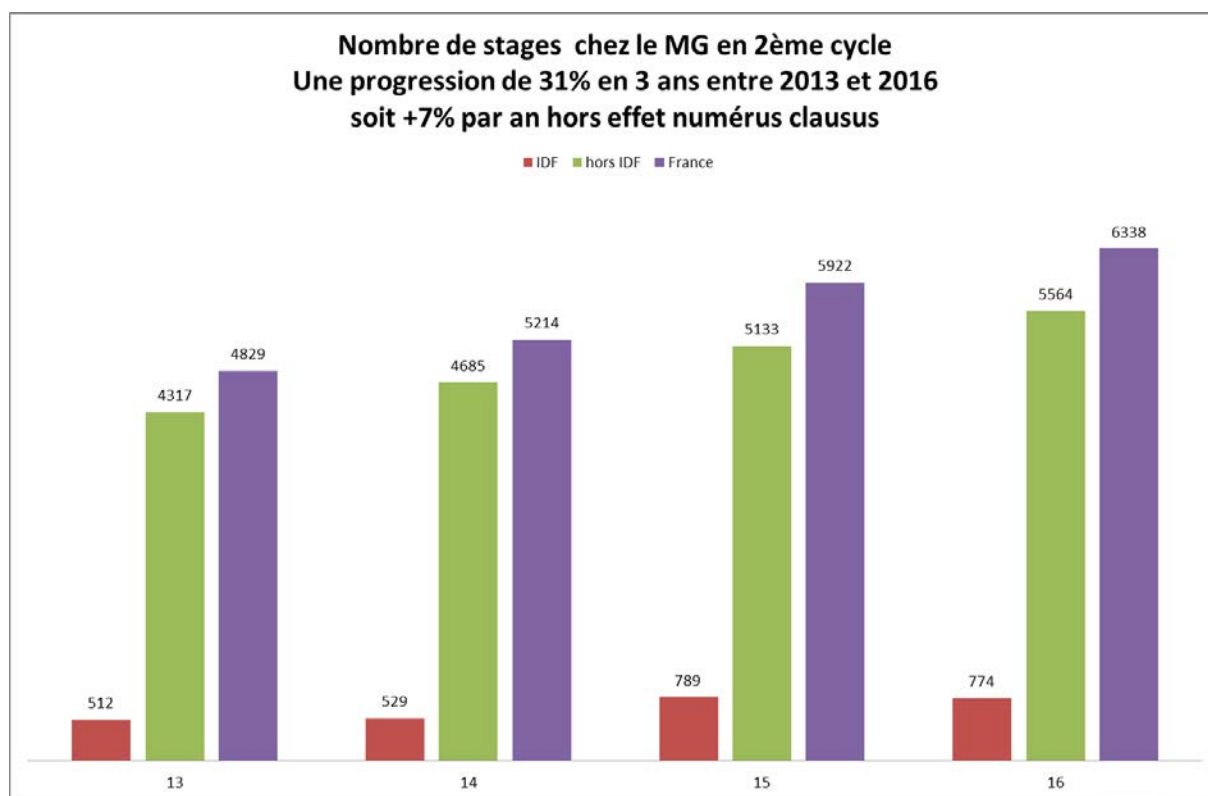
Les indicateurs suivants représentent une liste partielle et non exhaustive, établie à titre de base de travail pour les instances de suivi et d'évaluation, des critères à investiguer et à documenter afin de réunir les preuves suffisantes et nécessaires à une évolution conséquente (durée, contenu) d'une maquette de formation.

Documentation du besoin de santé	
Données démographiques et territoriales sur les médecins de la spécialité, identification de la répartition entre 1 ^{er} recours en ville et l'hôpital	<i>Données chiffrées à recueillir auprès de l'ONDPS, le ministère de la santé, ainsi que ARS et URML sur leurs territoires</i>
Données de santé publique sur des évolutions de morbidité et mortalité liées à des pathologies prises en charge par la spécialité	<i>Données qualitatives et quantitatives à recueillir auprès de Santé Publique France, ISPED, INCa, OMS, revues scientifiques... ainsi que DREES, ARS, ORS et URML sur leurs territoires</i>
Délai d'accès aux soins dispensés par la spécialité, différenciant le cas échéant les actes concernés	<i>Données chiffrées à recueillir auprès de la DREES ou/et par enquêtes</i>
Documentation des évolutions techniques innovantes à prendre en compte dans la formation de spécialité, permettant de mieux répondre à un besoin de santé	<i>Données d'enquêtes internes à la spécialité</i>
Documentation du parcours de formation	
Indicateurs de recherche par les étudiants de temps de formation/pratique supplémentaire	
Proportion d'étudiants sortant d'un DES et poursuivant en post-internat (assistantat ou clinicat)	<i>Données chiffrées à recueillir auprès des établissements employeurs</i>
Proportion d'étudiants d'un DES complétant leur formation théorique par des DU et DIU similaires	<i>Données chiffrées à recueillir auprès des UFR, ou/et du ministère chargé de l'enseignement supérieur</i>
Proportion d'étudiants d'un DES demandant l'inscription à une option et/ou FST	<i>Données chiffrées à recueillir auprès des UFR, ou/et du ministère chargé de l'enseignement supérieur</i>

Délais d'installation des médecins spécialistes (réalisation de remplacements avant installation)	<i>Données chiffrées à recueillir auprès de la DREES</i>
Documentation de l'acquisition des compétences nécessaires à l'installation et/ou à une formation de haut niveau	
Indicateurs de suffisance du temps de formation pour être qualifié dans la spécialité	
Capacité à réaliser dans le temps de formation imparti le nombre d'actes techniques requis pour la pratique en autonomie, et détail des capacités de formation	<i>Données chiffrées à recueillir auprès des UFR, ou/et du ministère chargé de l'enseignement supérieur</i>
Taux de redoublement et allongement moyen de la durée de formation avant la phase 3 d'autonomisation progressive (témoignant éventuellement d'une durée insuffisante de formation pour acquérir l'autonomie)	<i>Données chiffrées à recueillir auprès des UFR, ou/et du ministère chargé de l'enseignement supérieur</i>
Indicateur de reconnaissance de la qualification française à l'international	
Facilité de reconnaissance de qualification dans la spécialité à l'international	<i>Données d'enquêtes ou issues des collèges internationaux de spécialités</i>
Proportion d'intégration de médecin-chercheurs de la spécialité à des équipes internationales	<i>Données chiffrées à recueillir auprès des institutions et établissements de recherche</i>
Alignement sur des référentiels communs de formation de spécialités au niveau européen / international	<i>Données qualitatives sur des comparaisons de contenus de formation</i>
<i>Documentation de l'activité professionnelle (en lien avec le référentiel métier)</i>	
Proportion de médecins spécialistes en activité à réaliser une majorité d'actes non enseignés dans la formation commune de spécialité	<i>Données qualitatives et quantitatives à recueillir auprès des institutions (CNAMTS, DREES, ONDPS) ou à exploiter en open data à partir de la base du SNDS</i>
Proportion d'exclusivité du champ de compétence de la spécialité par les titulaires du DES en exercice (par ex. 100 % des actes ne peuvent être exercés que par les spécialistes qualifiés de ce DES, ou a contrario xx % des actes d'une spécialité peuvent être pratiqués par des spécialistes diplômés d'un ou plusieurs autres DES)	<i>Données qualitatives et quantitatives à recueillir auprès des institutions (CNAMTS, DREES, ONDPS), éventuellement du CNOM sur la base des qualifications, ou à exploiter en open data à partir de la base du SNDS</i>

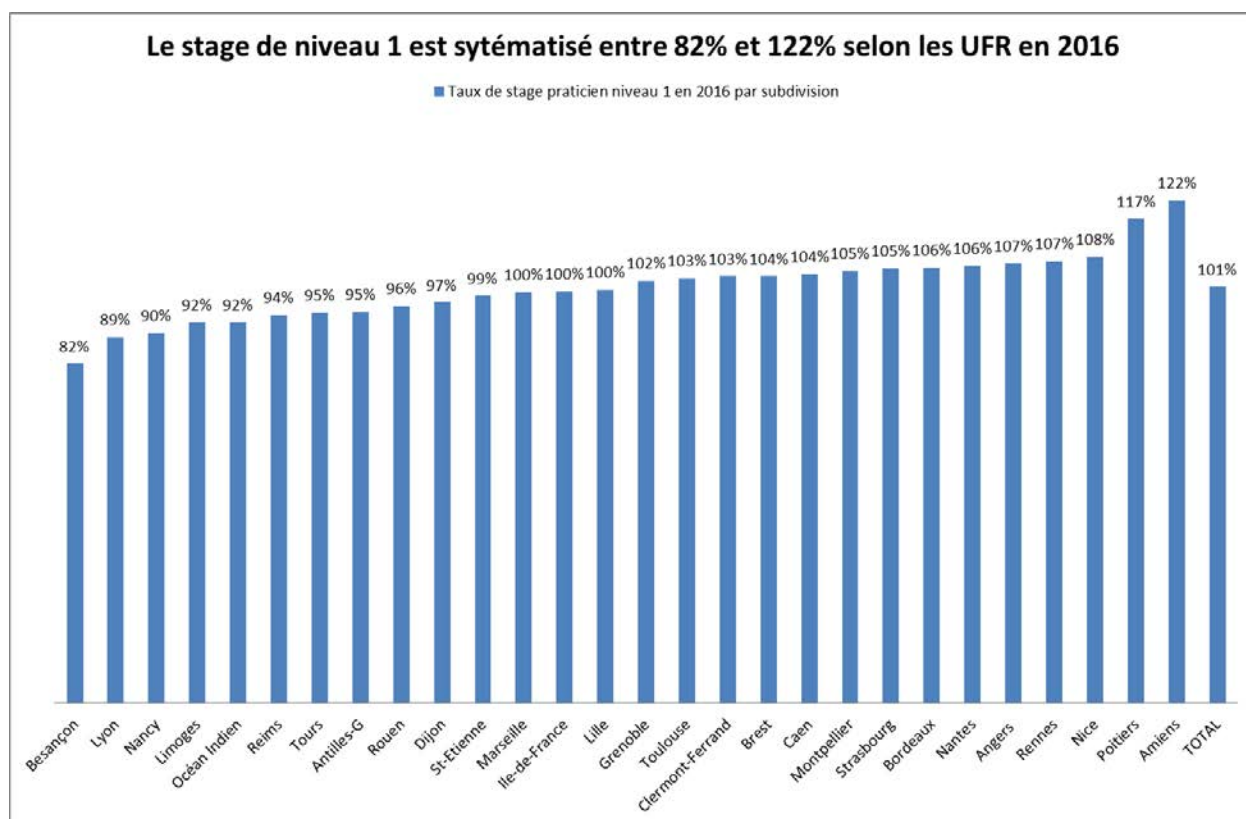
ANNEXE 8 : EVOLUTION DES STAGES PRATICIEN EN SECOND ET TROISIEME CYCLE

Tableau 8-1 Stages en deuxième cycle sur 2013-16



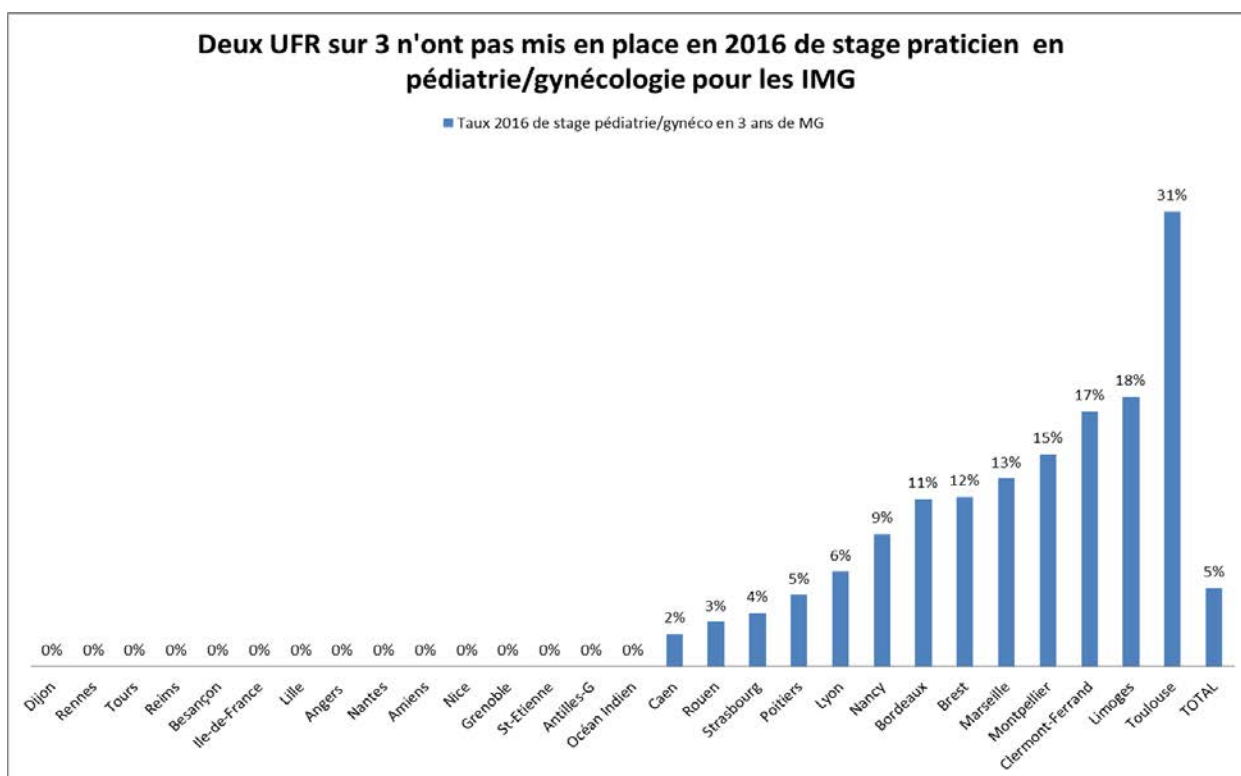
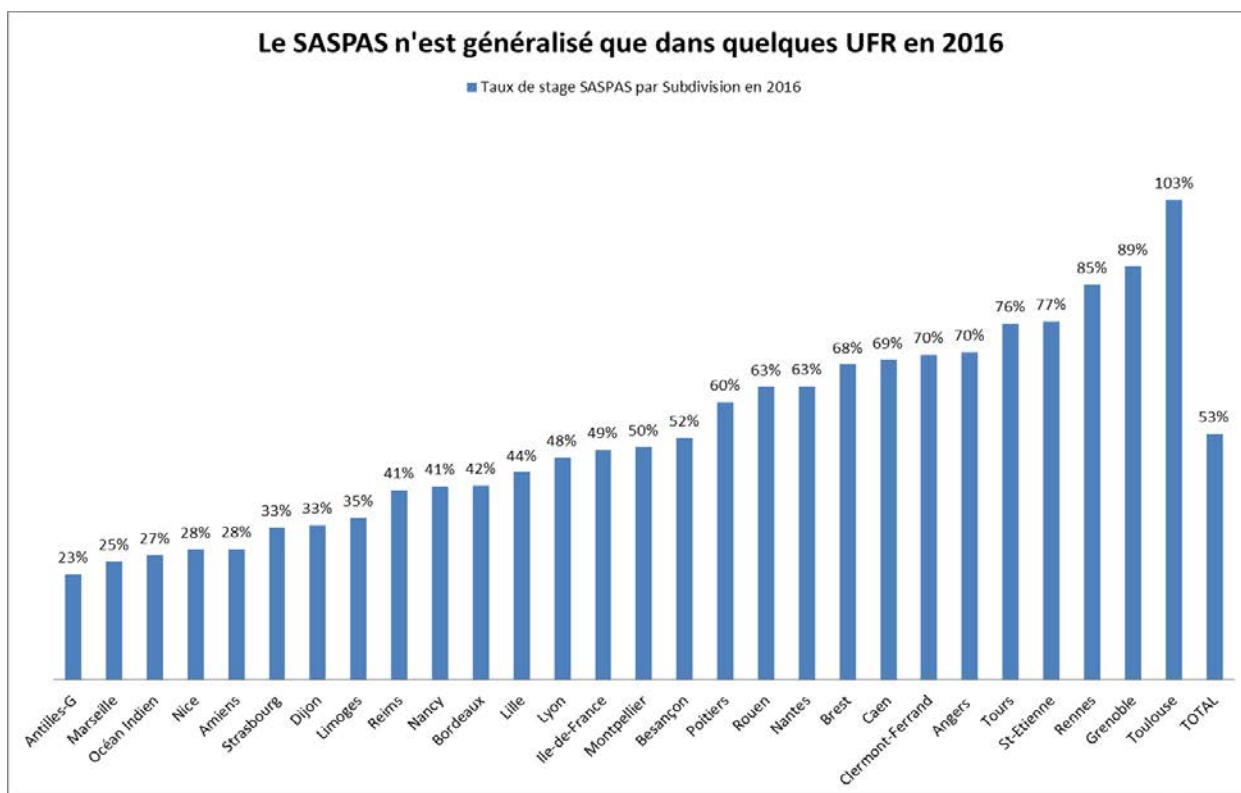
Source : DGOS et AUFEMO

Tableau 8-2 Stages praticien de niveau 1 en troisième cycle en 2016 par UFR



Source : DGOS

Tableaux 8-3 et 4 Stages praticien de niveau 2 (SASPAS) et stage pédiatrie/gynécologie par UFR en 2016



Source : DGOS

Tableau 8-5 Effectifs enseignants de médecine générale par UFR ()

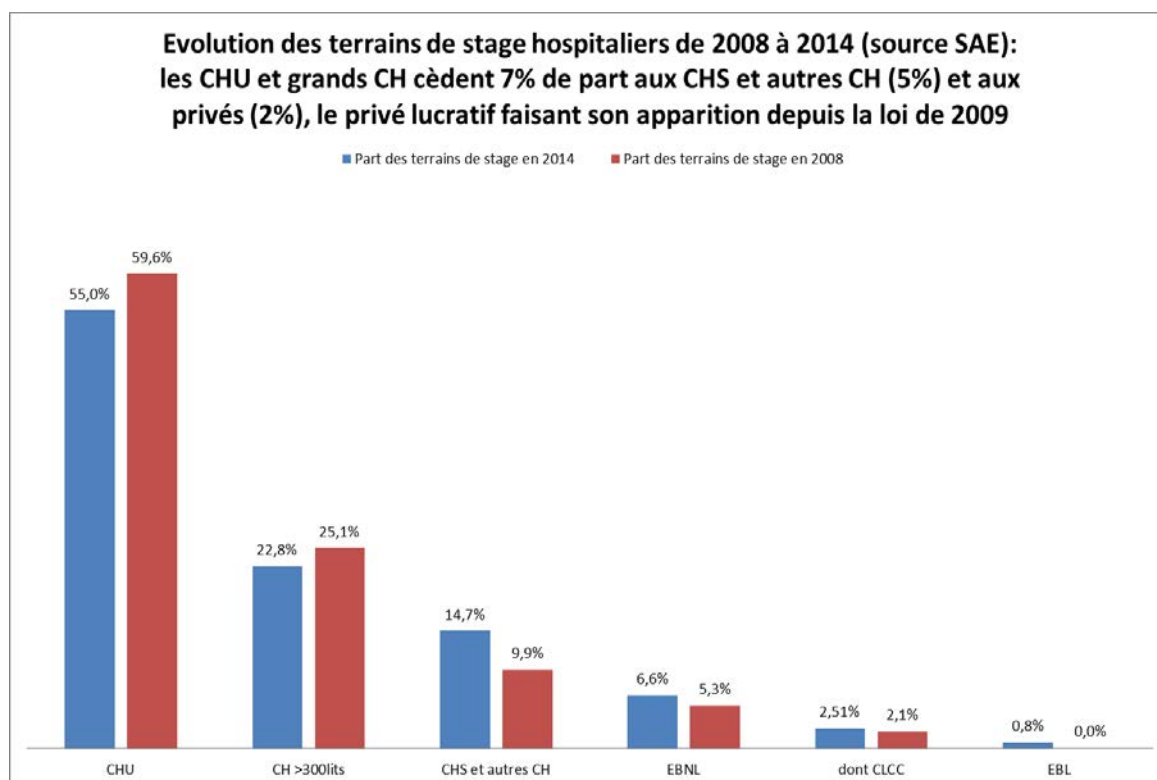
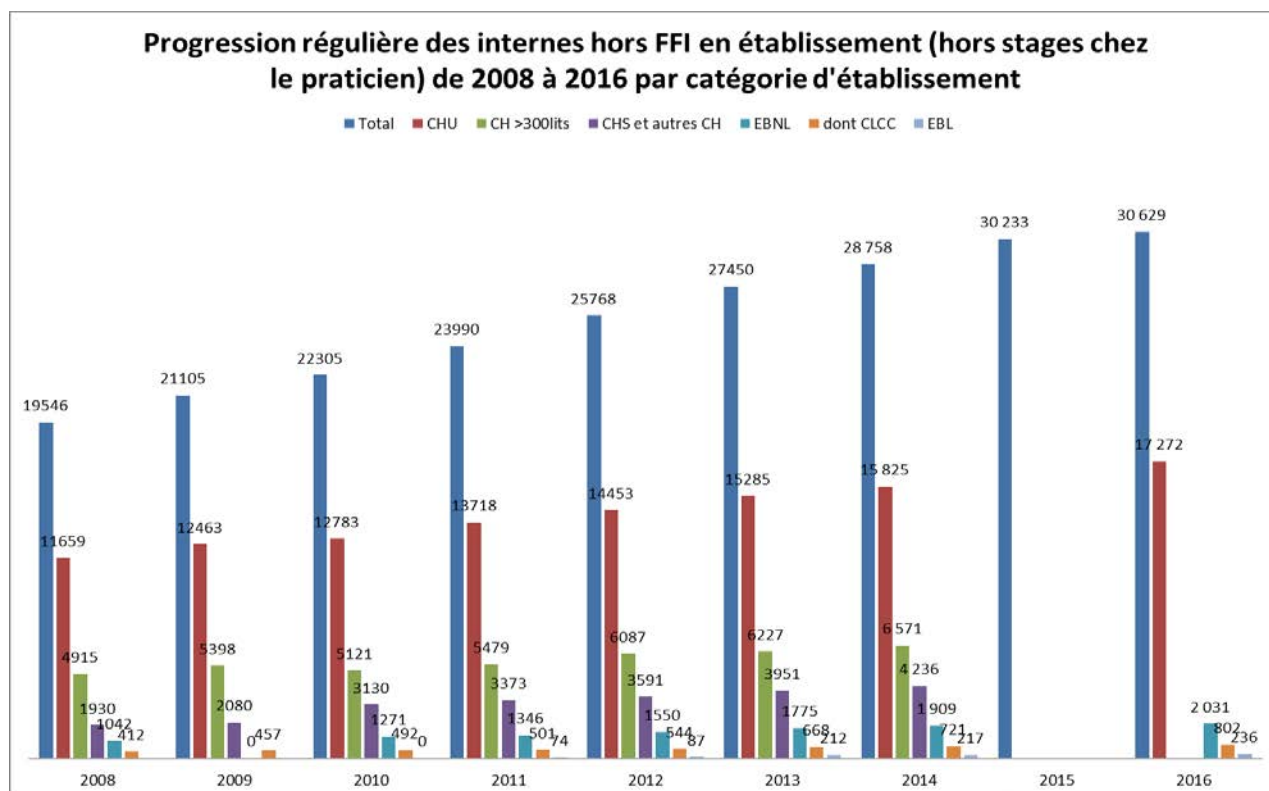
UFR	PU	PA	MCU	MCA	CCA	Total	Titulaires	IMG 14-16	int/ens	int/titul
Aix-Marseille	0	1	1	6	6	14	8	653	47	82
Amiens	1	2	0	1	5	9	4	246	27	62
Angers	3	2	0	4	4	13	9	346	27	38
Antilles	1	0	0	1	4	6	2	212	35	106
Besançon	0	3	0	4	5	12	7	237	20	34
Bordeaux	1	3	0	5	6	15	9	577	38	64
Brest	2	1	0	2	3	8	5	284	36	57
Caen	0	0	0	5	7	12	5	271	23	54
Clermont-Fd	2	1	0	3	3	9	6	258	29	43
Dijon	1	3	0	4	4	12	8	244	20	31
Grenoble	1	2	1	6	6	16	10	328	21	33
La Réunion	1	0	0	4	3	8	5	169	21	34
Lille	1	4	2	5	7	19	12	715	38	60
Limoges	2	2	0	2	1	7	6	130	19	22
Lyon	6	2	0	4	5	17	12	555	33	46
Montpellier	2	2	2	5	5	16	11	475	30	43
Nancy	2	1	1	5	3	12	9	398	33	44
Nantes	1	2	1	5	6	15	9	348	23	39
Nice	1	1	1	4	3	10	7	247	25	35
Poitiers	2	2	1	8	4	17	13	368	22	28
Reims	0	1	0	5	3	9	6	236	26	39
Rennes	0	4	0	2	5	11	6	322	29	54
Rouen	1	3	0	5	3	12	9	296	25	33
St-Etienne	1	2	2	2	2	9	7	234	26	33
Strasbourg	0	3	1	6	4	14	10	413	30	41

RAPPORT IGAS N°2017-087R / IGAENR N°2017-119

Toulouse	2	2	5	7	5	21	16	472	22	30
Tours	2	2	2	0	4	10	6	263	26	44
France	54	60	29	132	144	419	275	11027	26	40
Ile-de-France	18	9	9	22	28	86	58	1730	20	30
Hors IDF	36	51	20	110	116	333	217	9297	28	43

Source : site du CNGE, novembre 2017

Tableaux 8-6 et 8-7 Terrains de stage en établissement par catégorie sur la période 2008-16 et évolution



Source : SAE, panorama des établissements DREES

ANNEXE 9
CONTRIBUTIONS DE CERTAINES
SPECIALITES

Pourquoi la nouvelle maquette du Diplôme d'études spéciales en Médecine Cardiovasculaire ne répond pas aux besoins actuels de formation dans cette discipline ?

1- La durée de formation de 4 ans prévue pour la cardiologie générale est trop courte :

- la médecine cardiovasculaire, même de ville, est une spécialité médicale hautement technique, mais qui, en même temps prend en charge des patients de plus en plus âgés atteints de pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, cardiopathie ischémique), et porteurs de co-morbidités (diabète, insuffisance rénale, BPCO ...).
- **Spécialité médico-technique :**
 - le cardiologue de ville doit maîtriser de nombreux examens complémentaires (échocardiographie, Holter, épreuve d'effort, échographie vasculaire...) au premier rang desquels **l'échocardiographie** qui prend une place considérable dans la formation et qui était jusqu'ici enseignée par un Diplôme d'université de 2 ans avec la réalisation supervisée d'au moins 300 examens. La maîtrise parfaite de cette technique est indispensable à l'exercice du métier de cardiologue aujourd'hui et **le DIU de 2 ans va donc être intégré à la maquette conformément aux recommandations de la réforme**. Une maquette de 4 ans rend très difficile l'acquisition de cette technique.
 - Le cardiologue de ville doit également bien connaître les indications et les limites des procédures interventionnelles complexes qui relèvent des « surspécialisés » de cardiologie, même s'il ne pratique pas lui-même ces gestes, de façon à toujours garder un regard critique et pouvoir peser dans les décisions face aux collègues interventionnels.
- **Suivi des pathologies chroniques cardio-vasculaires en coordination avec le médecin généraliste :** avec le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques, en particulier cardio-vasculaires, augmente. Si le médecin généraliste sait prendre en charge l'HTA, il n'est souvent pas à l'aise avec la prise en charge des cardiopathies ischémiques ou valvulaires, des arythmies (fibrillation auriculaire) et de l'insuffisance cardiaque. L'évolution régulière et fréquente des recommandations et la gestion des traitements médicamenteux de plus en plus efficaces mais ayant des effets secondaires potentiellement graves (anticoagulants, association d'antiagrégants plaquettaires, médicaments de l'insuffisance cardiaque, antiarythmiques ...) ont complexifié la prise en charge; le généraliste a donc très souvent recours au cardiologue de ville pour ces patients... Inversement, le cardiologue doit aussi avoir un minimum de compétences sur la gestion des comorbidités souvent associées. Or, une maquette de 4 ans ne laisse quasiment aucune place à des choix hors spécialités

(diabétologie, néphrologie, pneumologie ...) qui seraient pourtant utiles dans la prise en charge de ces patients.

- La Société Européenne de Cardiologie recommande une **durée de formation de 6 ans pour la cardiologie générale** incluant 2 ans de médecine interne ou de spécialités d'intérêt hors cardiologie et 4 ans de cardiologie plein temps.

The recommended duration of postgraduate education is a minimum of six years, to include two years of common trunk (internal medicine and/or related specialties) and a minimum of four years full-time and exclusive training in cardiology.

- De fait, une enquête récente du Conseil de l'Ordre des Médecins montrait que la **plupart des pays européens ont une maquette de formation de 6 ans pour la cardiologie générale**, qui suit donc les recommandations de la Société. Seulement 3 pays en Europe proposent une formation en cardiologie sur 4 ans : la Bulgarie, la Lettonie et la France !

2- La formation aux surspécialités de cardiologie que sont la **cardiologie interventionnelle de l'adulte, la rythmologie interventionnelle, la cardiologie pédiatrique et congénitale et enfin l'imagerie cardiovasculaire d'expertise** ne peut être faite au cours d'une seule année d'option. Les 3 premières spécialités sont enseignées aujourd'hui par des DIU qui durent 2 ans et qui sont sanctionnés par un examen national. Les volumes d'examens et de procédures recommandés dans la maquette pour acquérir la base de ces métiers ne pourront matériellement pas être faits en 1 an. Les spécialités interventionnelles sont par définition des spécialités qui nécessitent un apprentissage long et minutieux de par les gestes techniques à réaliser et les risques vitaux de ces procédures. On est ici dans un apprentissage qui est assez comparable à celui de la chirurgie.

Il faut un minimum de 2 ans à la fois d'enseignement théorique et pratique pour pouvoir être autonome pour les procédures de base.

Il est donc absolument nécessaire d'avoir un parcours différencié de 2 ans au sein de la maquette pour l'acquisition des compétences dans ces domaines.

Il est intéressant de noter que la spécialité radiologie a obtenu un cursus spécifique pour la formation en radiologie interventionnelle avec un parcours de 2 ans et une 6^e année de DES. Les compétences à acquérir dans les surspécialités interventionnelles de cardiologie ne diffèrent en aucune manière de celle de la radiologie interventionnelle que ce soit en termes de complexité des actes ou de risques inhérents à ces actes.

3- Démographie des cardiologues :

La baisse des postes d'internes en cardiologie cette année atteint globalement 15 % sur la France entière et plus de 30 % dans certaines régions. La cardiologie est une des spécialités qui a été le plus affectée par cette réforme alors même que la pyramide des âges de la spécialité va conduire à un départ massif des cardiologues dans les prochaines années, départ qui sera loin d'être compensé par les nouveaux entrants

Argumentaire pour un DES de Néphrologie à 5 ans

Réponse de la spécialité aux questions posées par la mission IGAS/IGAER

Eric Rondeau (Président du CNU de Néphrologie), Marie-Noëlle Peraldi (Présidente du Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie), François Vrtovsnik (Membre du CNU de Néphrologie), Paul Stroumza (Président du CNP), Bruno Moulin (Vice-président du CNP).

12 novembre 2017

1. Evolution de la prévalence de l'IRCT en France 2003-2015

Année	Nbre de Dialysés	Nouveaux dialysés	Nbre de transplantés	Nouveaux transplantés
2015	45862	11692	36433	3824
2014	44419	11433	34936	3665
2013	42501	11154	33686	3074
2012	40983	10679	32508	3382
2011	39600	10325	31100	2969
---	----	----	----	----
2003	30882		21233	

Ce tableau, tiré du registre national REIN (<https://www.agence-biomedecine.fr/Le-programme-REIN#8>) rappelle l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale en France au cours des 12 dernières années. Il démontre également que les patients atteints d'insuffisance rénale terminale sont traités par dialyse pour 55% d'entre eux et par transplantation pour les 45% restants.

2. Avantages de la formation à 5 ans

Comme demandé par la mission IGAS/ IGAER, et pour insister sur le caractère pluridisciplinaire nécessaire à la formation d'un néphrologue, nous présentons une comparaison DES à 4 ans/ DES à 5 ans.

Phase	DES d'une durée de 4 ans	DES d'une durée de 5 ans
Phase socle	1 stage en néphrologie + 1 stage en réanimation médicale*	1 stage en néphrologie + 1 stage en réanimation médicale*
Phase d'approfondissement	1 stage en néphrologie/dialyse + 1 stage en néphrologie/ transplantation + 2 stages libres	1 stage en néphrologie/dialyse + 1 stage en néphrologie/ transplantation + 1 stage en néphrologie + 3 stages libres
----- Durée de formation pratique en tant qu'interne	----- 3 ans	----- 4 ans
Phase de mise en responsabilité	2 stages en néphrologie	2 stages en néphrologie
----- Formation en tant qu' »équivalent assistant »	----- 1 an	----- 1 an

(*) Le stage en réanimation médicale pourra être fait au cours de la phase socle ou au cours de la phase d'approfondissement.

Dans l'hypothèse d'un DES à 5 ans :

- La durée de la formation pratique en néphrologie comme interne passe de 3 ans à 4 ans (comme avant la réforme). Cette formation à 4 ans garantit au moins une année de formation en dialyse, une en transplantation et une en néphrologie clinique, et donc assure la formation polyvalente qui correspond aux besoins de la spécialité.
- Le nombre de stages libres passe de 2 à 3, améliorant ainsi la formation pluridisciplinaire nécessaire à la prise en charge de qualité des patients atteints de maladie rénale. Cette formation avec stages libres permet en outre de rapprocher notre formation de celle dispensée dans la plupart des pays d'Europe de l'ouest (Gleeson PJ et al. *Clinical Kidney Journal*. 2016 ; 9 :23-28).

3. Aspect multidisciplinaire et transversal de la spécialité

Quelques données chiffrées confortent la nécessité pour tout néphrologue d'être formé à la dialyse et à la transplantation (en plus des autres champs de la néphrologie).

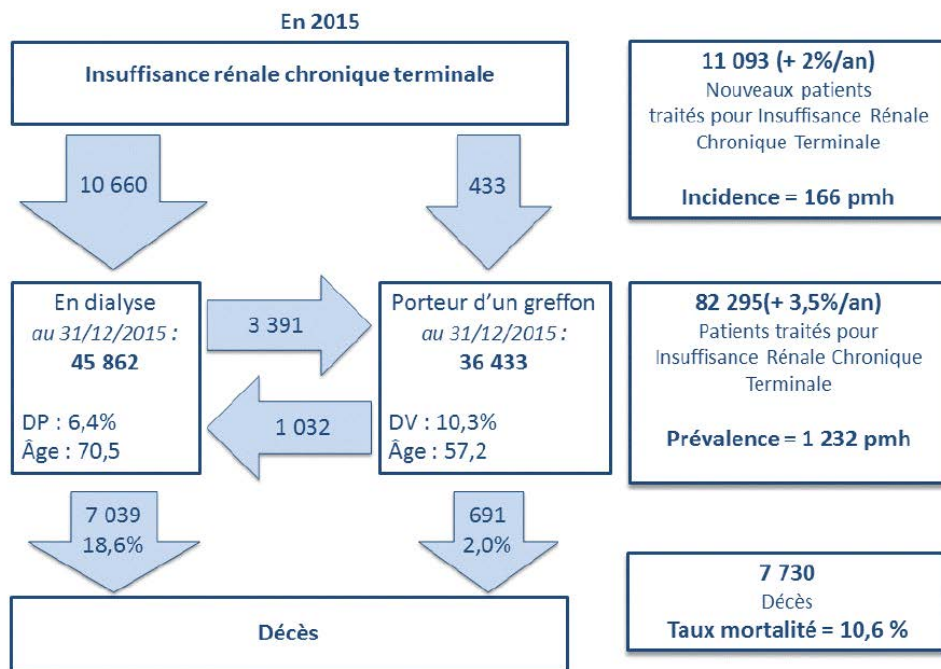
a) Données épidémiologiques

La néphrologie peut s'appuyer sur des données épidémiologiques solides via le registre REIN pour l'insuffisance rénale terminale en France et les données du logiciel CRISTAL de l'Agence de la Biomédecine pour l'activité de transplantation.

La synthèse des données du registre REIN (https://www.agence-biomedecine.fr/Le_programme-REIN#8) figure ci-dessous et illustre le parcours-patient:



Rapport annuel REIN 2015 : Synthèse



DP : dialyse péritonéale. DV : donneur vivant. pmh : par million d'habitants

Cette figure montre bien que les traitements de l'insuffisance rénale chronique terminale sont successifs, et non pas alternatifs, avec de plus en plus souvent le schéma suivant : suivi en néphrologie, puis dialyse, puis 1^{ère} transplantation, puis retour en dialyse, puis 2^{ème} transplantation.... Dans certaines régions comme l'île de France, jusqu'à 20% des patients inscrits sur la liste d'attente attendent une seconde ou une troisième transplantation rénale. Un même néphrologue peut donc être amené à suivre un patient pendant toutes ces différentes phases, comme l'a clairement exprimé le Dr Stroumza lors de l'audition du 24 octobre 2017.

b) Résultats d'enquêtes et de rapports

- **Le « Rapport de la Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation sur la dialyse chronique en France en 2016 »**

Ce rapport est accessible à l'adresse suivante dans le journal Néphrologie et Thérapeutique (avril 2017 ; vol 13(2) pages 105-126) ou sur le site : www.centresdedialyse.com/rapport_dialyse_chronique_France_2016_SFNDT). IL souligne les points suivants :

- Les CHU doivent assumer leur rôle de formation à l'ensemble des techniques de suppléance de l'insuffisance rénale ;
- Les examens nécessaires à l'inscription sur liste d'attente de transplantation sont réalisés par les néphrologues hors centre de transplantation;
- Selon les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) développés sous l'égide de la HAS, il est demandé à toutes les équipes de néphrologie de réaliser une évaluation de la possibilité d'inscription sur la liste d'attente de transplantation rénale pour tous les patients dialysés. Cette proposition est en accord avec la recommandation de la HAS de 2015 « Transplantation rénale, accès à la liste d'attente nationale ». L'inscription sur liste d'attente est réalisée avant le stade de la dialyse en préemptif, et tous les néphrologues sont finalement amenés à gérer cette situation

Ainsi, en amont de la transplantation, le néphrologue « non-transplantateur » a un rôle majeur à jouer.

- **L'enquête dite « GRECO 2 »**, disponible sur le site de la Société Française de Transplantation (www.transplantation-francophone.org) est une enquête réalisée en 2010 sous l'égide de cette société savante pour actualiser et compléter une première enquête réalisée en 2004 sur les besoins humains en transplantation. Cette enquête s'adressait à tous les centres de transplantation rénale de France. L'exhaustivité était de 84%. Sur 29 équipes de transplantation rénale, il est écrit que « le suivi est majoritairement partagé avec des médecins extérieurs au service pour 25 des 29 équipes ». Cinq équipes seulement font appel à des médecins généralistes. Les « médecins extérieurs au service » dont il est question sont des néphrologues hors CHU, travaillant souvent dans des centres de dialyse.

- **L'enquête réalisée par N. Lorcy** et publiée en 2015 (Lorcy N. et al. *Clinical Kidney Journal*. 2015 ;8 : 785-788) auprès de 298 néphrologues français indique que leur activité est diversifiée, incluant dialyse et transplantation pour 40 % d'entre eux. Ce chiffre ne peut qu'augmenter dans le cadre du plan « greffe 2021 ». L'enquête souligne en outre l'intérêt de la formation des

néphrologues aux différentes techniques de suppléance afin notamment d'améliorer l'accès des patients à la dialyse à domicile.

- **L'enquête dirigée par le Pr Philippe LANG**, et commanditée par le siège de l'AP-HP, est centrée sur les centres de transplantation rénale d'Ile de France. Elle n'est actuellement pas finalisée. Cependant, sur 7 centres de transplantation rénale franciliens dont les résultats ont été analysés, un seul assure le suivi exclusif des patients après transplantation rénale. Les 6 autres centres ont organisé un suivi alterné avec les néphrologues des centres de dialyse voisins (Pr Philippe Lang. Communication personnelle).

- **L'enquête réalisée le 15 juin 2017 par le CUEN** auprès de 150 internes de néphrologie de 3^{ème} et 4^{ème} années fait apparaître les points suivants :
 - o 97% des internes se déclaraient bien informés sur la réforme du 3^{ème} cycle ;
 - o 90% d'entre eux jugeaient insuffisants les 3 ans d'internat proposés par la réforme ;
 - o 89% des internes jugeaient que le schéma « 3+1 » proposé par la réforme actuelle était insuffisant à l'acquisition des savoir-faire nécessaires au métier de néphrologue ;
 - o 50% d'entre eux affirmaient avoir choisi la néphrologie pour son caractère polyvalent et « interniste ».

- Enfin, **une enquête toute récente réalisée sous l'égide du Club des Jeunes Néphrologues (CJN) avec le soutien du Syndicat des Internes en Néphrologie** (document partiel joint) montre que la très grande majorité des néphrologues interrogés considère que la réforme actuellement proposée constitue une diminution du temps de formation et ne permet donc pas d'assurer une acquisition des compétences nécessaires au métier de néphrologue. Auparavant, au moins 85% des néphrologues interrogés faisaient un post-internat, ce qui constituait un complément indispensable à leur formation. Le temps de formation tel qu'il est proposé ne permet pas l'acquisition des savoirs et savoir-faire techniques (biopsies rénales, hémodialyse, dialyse péritonéale, transplantation, etc...) et scientifiques. De plus, cette enquête, comme les précédentes, montre la diversité des activités néphrologiques et hors néphrologiques qui constituent le quotidien d'un grand nombre de néphrologues

Ces enquêtes démontrent que le suivi partagé du patient transplanté est une réalité effective, vouée dans le futur à prendre une importance croissante du

fait des données épidémiologiques et des souhaits exprimés par nos autorités de tutelle (Plan greffe 2021).

4. Harmonisation européenne

Ce dernier point nous semble d'importance. Les directives européennes indiquent clairement que le diplôme de médecin spécialiste est reconnu par tous les pays membres de l'Union Européenne. Même si la mise en place d'une formation uniforme dans tous les pays membres n'est pas réaliste, l'European Union of Medical Specialists » (EUMS) encourage chaque pays membre à poursuivre ses efforts vers davantage d'harmonisation dans la formation (Lappin DW et al. *Clinical Kidney Journal*. 2013 ; 6 :116-121). Dans cette publication, les auteurs recommandent une expérience clinique qui inclut, outre le «noyau dur» de la néphrologie, des connaissances en biochimie, hématologie, immunologie, infectiologie et anatomie pathologique. L'apprentissage pratique de connaissances aussi larges ne peut être réalisé en un temps limité aux 3 années effectives d'internat imposées par la réforme actuelle (la dernière année devant être effectuée dans un service de néphrologie).

Comme signalé lors de notre audition le 24 octobre dernier, l'étude récente publiée par l'EUMS a comparé la formation de néphrologie dans 26 pays membres de l'EUMS et montre que seuls 7 pays, dont la France, ont une formation d'une durée de 4 ans (Gleeson PJ et al. *Clinical Kidney Journal*. 2016 ; 9 :23-28). A titre d'exemple, la durée de formation est de 6 ans en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Belgique. Il nous semble bien dommage qu'une réforme mise en place en 2017 éloigne la France des schémas de formation proposés par la plupart des pays d'Europe de l'ouest.

Documents joints :

- Enquête du Club des Jeunes Néphrologues
- Rapport dit « GRECO 2 »
- Rapport de la Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation sur la dialyse chronique en France en 2016
- Publications :
 - o Lorcy N. et al. *Clinical Kidney Journal*. 2015 ;8 : 785-788
 - o Lappin DWT et al. *Clinical Kidney Journal*. 2013 ; 6 :116-121
 - o Gleeson PJ et al. *Clinical Kidney Journal*. 2016 ; 9 :23-28

Note de synthèse

3 novembre 2017

Les arguments soutenant le nécessaire passage du DES d'hépto-gastroentérologie à 5 ans sont :

1. Le **large champ de la spécialité** dont les différentes thématiques concernent une **très large part de la population** doivent être **connues de l'ensemble des hépto-gastroentérologues de premier recours**.

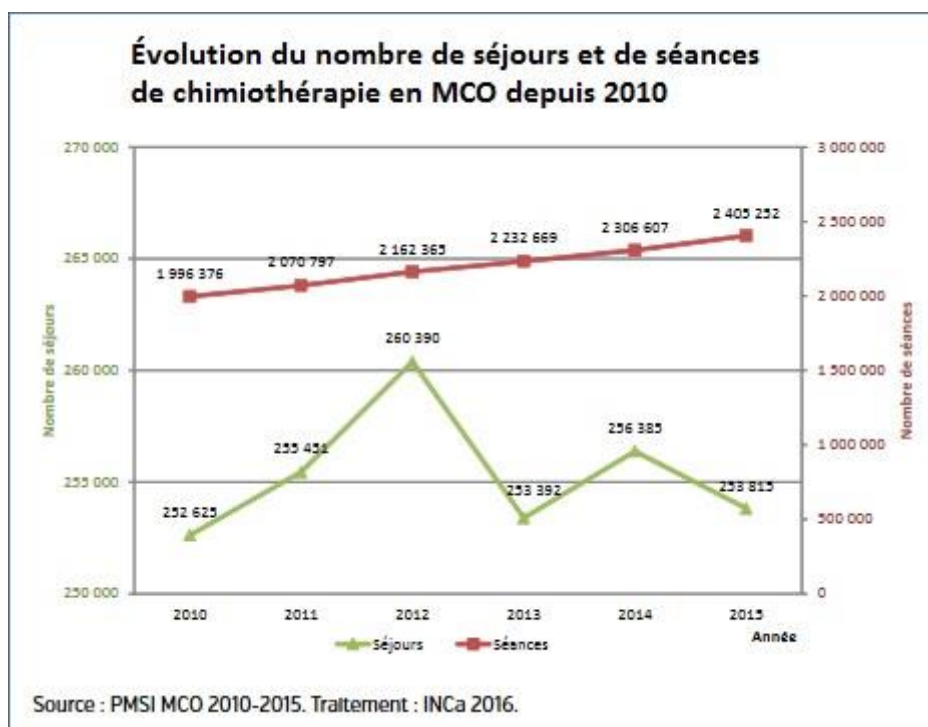
Les principales thématiques évoquées lors de l'entretien sont les suivantes :

- a. Pathologies fonctionnelles digestives comme la pathologie de reflux (environ 10% de la population française), le syndrome de l'intestin irritable (environ 6% de la population française) ou la constipation sévère. Une prise en charge experte de ces pathologies chroniques fréquentes permet d'en limiter la charge sociale importante tant en termes de coûts directs qu'indirects. Le coût annuel pour la société du seul syndrome de l'intestin irritable en France peut être estimé à environ 1,5 milliard d'euros, et les traitements médicamenteux du reflux gastro œsophagien sont parmi les traitements les plus prescrits.
- b. Pathologies proctologiques dont certaines sont particulièrement fréquentes comme les hémorroïdes et les fissures. Ainsi près de 40% de la population présentent ou a présentés des symptômes en rapport avec une pathologie hémorroïdaire. Cette fréquence importante justifie une formation initiale minimale pour l'ensemble des Hépto-gastroentérologues afin de ne pas augmenter le nombre déjà important (5-10% de la population) de patients incontinents du fait de traitements non optimaux.
- c. Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales (MICI) qui sont de plus en plus nombreuses (environ 200 000 patients en France) et dont les prises en charge sont de plus en plus complexes et coûteuses. La prise en charge de ces pathologies est réalisée pour les formes modérées par l'ensemble des hépto- gastroentérologues tant pour l'approche diagnostique, la thérapeutique et le suivi, seules les formes sévères et/ou réfractaires relevant de centres de recours.
- d. Pathologie du pancréas dont les pancréatites aiguës principalement liées à la consommation d'alcool ou à la migration de lithiase biliaire, les pancréatites chroniques principalement liées à la consommation d'alcool, les pathologies précancéreuses et les cancers du pancréas.
- e. Pathologies de la vésicule et des voies biliaires dont les coliques hépatiques et les cholécystites.
- f. Pathologies du foie qui sont un problème de santé publique majeur. A titre d'exemple, la cirrhose hépatique touche plus de 700 000 patients en France avec une augmentation attendue liée à l'épidémie d'obésité via les stéato-hépatites non alcooliques. Malgré les récents progrès concernant le traitement de l'hépatite C, l'alcool et les autres virus hépatotropes restent des problèmes de santé publique auxquels sont confrontés tous les hépto-gastroentérologues dans leur pratique quotidienne.
- g. Pathologies cancéreuses digestives et du foie qui sont particulièrement fréquentes. Nous nous sommes appuyés sur les données récemment publiées par l'INCa et par l'OMS qui mentionnent 6 500 nouveaux cas de cancer de l'estomac diagnostiqués chaque année, 4 250 nouveaux cas de cancer de l'œsophage, 7 500 nouveaux cas de cancer primitif du foie, 7 800 nouveaux cas par an de cancer du pancréas et plus de 30 000 nouveaux cas de cancers colo rectal. Au 31 décembre 2009, 175 000 patients

Note de synthèse soutenant l'obtention du DES de gastro-entérologie de 5 ans.

étaient en ALD pour cette dernière affection (régime général). Les données manquantes portent sur le cancer de l'an us (incidence connue de 1/100000) et le cholangiocarcinome dont l'incidence est en augmentation. Cela correspond à **plus de 55 000 nouveaux cas de cancer digestifs par an** en France dont le diagnostic et la prise en charge sont réalisés par les hépato-gastroentérologues. Le diagnostic ayant été fait, le traitement est une étape majeure dans la prise en charge du patient.

Les données de l'INCa concernant les traitements sont les suivantes. On compte **253 815 séjours et 2 405 252 séances de chimiothérapie anticancéreuse tout cancers confondus**, réalisés dans **792 établissements en MCO**. Le nombre de séances de chimiothérapie a augmenté de 4,3 % entre 2014 et 2015, alors que le nombre de séjours est plus fluctuant selon les années.



Ces traitements s'effectuent principalement dans les établissements privés et les centres hospitaliers, puis dans les CHU. Les hospitalisations pour chimiothérapie concernent majoritairement :

- **cancers de l'appareil digestif : 25 %**
- cancers du sein : 20,4 %
- hémopathies malignes : 17,7 %
- cancers de l'appareil respiratoire : 15,4 %

Le traitement par chimiothérapie des cancers de l'appareil digestif représente un quart des séances de chimiothérapie réalisée en France.

A titre de comparaison le cancer du poumon a touché environ 37 000 nouveaux patients en France en 2010. Le traitement par chimiothérapie des cancers du poumon représente seulement 15% des séances de chimiothérapie réalisée.

Ces chimiothérapies sont actuellement majoritairement réalisées par des gastro-entérologues disposant d'une qualification ou d'un DESC. Cette nécessaire et importante pratique permet une prise en charge harmonieuse avec un parcours du patient simplifié. Elle justifie la nécessaire formation des futurs hépato-gastroentérologues dans ce champ pour leur permettre une future pratique quotidienne de qualité.

Par ailleurs, nous apportons des chiffres obtenus après une enquête exhaustive réalisée cette semaine auprès des coordonnateurs interrégionaux du DES (Annexes 1 et 3) concernant l'inscription au DESC d'oncologie qui était en 2017 de plus de 40% pour la majorité des inter-régions (cf annexe 1). Nous apportons par ailleurs des données indépendantes de notre spécialité concernant le nombre de DES (toutes spécialités confondues) inscrits aux DESC de cancérologie (cf annexe 2)

2. La nécessité pour l'ensemble des hépato-gastroentérologues de premier recours de maîtriser des techniques d'exploration, en particulier endoscopiques, des pathologies du tube digestif.

La pratique de ces explorations nécessite un apprentissage long associant une formation initiale théorique mais aussi une pratique sous contrôle supervisé avec réalisation de plusieurs centaines d'actes. Cette formation dont le niveau d'exigence augmente régulièrement est maintenant formalisée. Les techniques d'endoscopie diagnostiques et thérapeutiques « de base » (niveau 1 et 2) sont pratiquées par l'ensemble des praticiens premier recours. Les prérequis de cette formation sont précisés dans les différents comités de pilotage du DES et ont été harmonisés au niveau européen (cf blue book 2017). Certaines techniques interventionnelles complexes sont acquises en supplément de la formation acquise pendant le DES (niveau 3).

Pour quantifier cette activité, nous sommes appuyés sur deux principaux documents :

- Rapport HAS suite à saisine DGOS/CNAMTS concernant la pertinence de l'endoscopie digestive (cf rapport joint) réalisé en collaboration avec CNP HGE, FSMAD et sociétés savantes
- Les publications de la SFED concernant l'activité d'endoscopie des Hépato-gastroentérologues

L'acte traceur retenu a été « endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire » ce qui excluait les endoscopies réalisées en externe (sans anesthésie) soit 115 000 actes/an et les recto-sigmoïdoscopies soit 26 000 actes/an. En 2010 à partir du GHM 06K04 : 866 442 endoscopies diagnostiques ont été effectuées par les hépato-gastroentérologues dont 54% de fibroscopies hautes et 82% de coloscopies. Toutefois il est à noter que ce GHM n'est pas représentatif de l'ensemble de l'activité d'endoscopie réalisé en France. Le taux de recours était en augmentation de 2007 à 2010. Les patients concernés étaient principalement des adultes âgés de 18 à 75 ans (91%). 99,6% des actes avaient un mode d'entrée directement du domicile sans passage par les urgences. Le rapport de la HAS montre les résultats de l'enquête nationale de la société française d'endoscopie (SFED) concernant les coloscopies et les compare aux données de la CNAM : en 2011 la SFED extrapolait les volumes d'actes annuels de coloscopie à 1 200 520 et la CNAM à 1 280 000 ce qui est parfaitement cohérent. Par ailleurs le rapport de la SFED précisait le taux de polypectomies réalisé dans 1/3 des coloscopies. En prenant les données fournies par l'ATIH avec 12 actes codant CCAM pour l'année 2011 (1 065 477 coloscopies) : 667 011 endoscopies diagnostiques (62,6%) et 398 466 endoscopies thérapeutiques (37,4%) ont été réalisées. Le taux standardisé de recours aux oeso-gastro-duodénoscopies est ainsi estimé être de 162/10 000 habitants et celui des coloscopies totales de 198/10 000 habitants.

Le document HAS précise que l'activité d'endoscopie est majoritairement assurée par le secteur privé soit 7 coloscopies sur 10 avec en moyenne 1820 actes par établissement et par an. Dans le rapport de l'enquête SFED 2017, le nombre d'Hépato-gastroentérologues effectuant des endoscopies de façon régulière est de 2600, ce qui représente 76% de la totalité des hépato-gastroentérologues (3421 inscrits au CNOM avec la répartition suivante :

1190 libéraux, 732 mixtes, et 1539 salariés). Le dernier rapport de la SFED (Acta Endoscopica 2017 Publication ci jointe) montre une forte participation des hépato-gastroentérologues à l'enquête, ce qui rend plus robuste le chiffre estimé de 1 402 047 coloscopies réalisées pour 40% en secteur hospitalier et 60% en secteur mixte ou libéral.

Ces différents rapports montrent que l'activité de coloscopie (dont 30% associés à une polypectomie) et de fibroscopie est très importante dans la pratique quotidienne de ces spécialistes. Le changement récent du test de dépistage du cancer colo-rectal qui est plus sensible devrait **doubler le nombre de coloscopies induites** par un test positif. On passe en effet de 2% de tests positifs avec l'ancien Hémocult à 4% de tests positifs avec le nouveau test immunologique de dépistage. Les enjeux de santé publique sont donc majeurs en ce qui concerne la pratique de la coloscopie. Le taux de détection des adénomes au cours de cet examen sera à l'avenir un critère majeur d'évaluation de la qualité de la coloscopie et des programmes de dépistage. Pour l'INCa le dépistage du cancer colo rectal est une priorité du plan cancer 2014-2019. La qualité des actes réalisés par les praticiens repose grandement sur la qualité de la formation initiale.

Par ailleurs, l'acquisition d'autres techniques comme des techniques instrumentales proctologiques courantes ou d'explorations fonctionnelles digestives (pHmétrie, manométrie) ou hépatologiques (elastométrie) est aussi réalisée pendant le DES.

3. **Une nécessaire connaissance pour tous les hépato-gastroentérologues de champs connexes de la discipline** comme :
 - a. La **nutrition** tant sous son aspect **dénutrition** souvent liée aux pathologies du tube digestif ou cancéreuses avec maîtrise de la supplémentation orale, de la nutrition entérale et parentérale que sous son aspect **obésité** avec un rôle important de l'Hépatogastroentérologue pour la prise en charge des complications (par exemple les stéato-hépatites) de cet état mais aussi pour le traitement des complications de la chirurgie bariatrique voire pour la prise en charge de ces pathologies par des techniques endoscopiques.
 - b. L'**addictologie** dont certaines notions doivent être connues afin de permettre la prise en charge des pathologies liées à l'alcool.
 - c. L'**échographie abdominale** qui est pratiquée lors de la consultation par de très nombreux hépato-gastroentérologues de premier recours.
 - d. La réanimation dont un semestre est souvent intégré au cursus de formation afin de développer le sens clinique et l'aptitude à la **prise en charge de l'urgence**. Il est en effet à noter que les hépato-gastroentérologues sont confrontés à l'urgence tant pour le diagnostic de différents tableaux abdominaux douloureux ou diarrhéiques aigus qu'à l'hémorragie digestive, pouvant engager le pronostic vital pour laquelle ils interviennent lors des gardes ou astreintes de la spécialité.
 - e. L'anatomo-pathologie digestive dont le vocabulaire et les techniques doivent être connus des cliniciens.
4. La formation des DES dure actuellement de 4 ans. Elle est insuffisante, rares sont les DES qui démarrent une activité complète dès la fin de leur internat. Une formation complémentaire est nécessaire, assurée par des assistanats ou des clincats dont l'obtention est aléatoire et facultative. En dehors des CCA qui restent en CHU, les assistants ont une formation exclusivement pratique très variable selon les établissements et sans aucun contrôle ni aucune garantie de qualité. L'obtention d'une 5ème année pour le DES d'Hépatogastroentérologie permettra alors une formation de qualité optimale nécessaire à la prise en

charge de la large part de la population concernée par cette discipline. Sa non-obtention obérerait gravement l'objectif de santé publique poursuivi.

ANNEXES :

Annexe 1 : Nombre de DES d'Hépatogastroentérologie actuellement inscrits au DESC de cancérologie selon le découpage géographique fait par les responsables administratifs du DESC :

Inter-région France Ouest (Amiens, Angers, Bordeaux, Brest, Caen, Lille, Limoges, Nantes, Poitiers, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours), **il est de 82** (pour la pneumologie, le nombre de DES inscrit est de 75). Dans cette région, le nombre de DES est de 52 par an soit 208 sur 4 ans. **Le pourcentage d'inscrits est donc de 41%.**

Inter-région France Est (Besançon, Clermont, Dijon, Grenoble, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Reims, Saint-Etienne, Strasbourg), **il est de 85. Le pourcentage d'inscrits est de 43%.**

Paris ; Ile de France : 27/92 : **30%**

Annexe 2 : Nombre de DES inscrits au DESC de cancérologie par ville de l'inter région France Ouest et par spécialité d'origine.

DES	TOTAL	Amiens	Angers	Bordeaux	Brest	Caen	Lille	Limoges	Nantes	Poitiers	Rennes	Rouen	Toulouse	Tours
Anatomie pathologie cytologie	1	1												
Chirurgie générale	4			1		1							2	
Chirurgie générale maxillo-faciale	1								1					
Chirurgie générale Urologie	44	4		4	6	4	5		5	4		3	6	3
Chirurgie générale viscérale	1		1											
Dermatologie	19		1	2	2	1	2	4	1			3	1	2
Endocrinologie diabétologie maladies sang	4			1			2		1					
Gastroentérologie et hépatologie	82	10	5	6	3	5	5	2	14	7	3	7	2	12
Génétique médicale	1	1												
Gynécologie médicale	4				1		1						2	
Gynécologie obstétrique	92	9	8	4	1	7	9	5	10	11	1	7	12	8
Médecine générale	10		1						1	1			6	1
Médecine interne	3		1										2	
Médecine nucléaire	16				1	6				3		5	1	
Neurochirurgie	1							1						
Neurologie	2			1						1				
Oncologie	3					1			1			1		
Oncologie médicale	1											1		
Oncologie radiothérapie	81	7	6	4	8	4	10	5	10	10	4	4	3	6
ORL et chirurgie cervico-faciale	15	1		2	5	3							3	1
Pédiatrie	19				2	1	3	1	4		1	1	4	2
Pneumologie	75	9	3	4	2	7	13	5		6	3	5	7	11
Rhumatologie	3	1		1						1				

Source : Coordination DESC Inter Région France Ouest

Note de synthèse soutenant l'obtention du DES de gastro-entérologie de 5 ans.

Annexe 3 :

Le Pr Eric Nguyen Khac, coordinateur inter régional Nord Ouest a effectué un sondage sur l'ensemble des formations complémentaires des DES en complément du DESC de cancérologie dont voici les résultats :

Méthode : Sondage en ligne (Survio):

55 réponses sur **84 internes de la région Nord Ouest (Amiens, Lille, Rouen et Caen), rassemblant les 4 années d'internat (2012-2016),**

55 réponses / 84 int HGE	Oui n (%)	J'hésite n (%)	Non n (%)
DESC Cancérologie	16 (29.1 %)	6 (10.9 %)	33 (60 %)
DESC Addictologie	1 (1.8 %)	0 (0 %)	54 (98.2 %)
DESC réanimation	3 (5.5 %)	7 (12.7 %)	45 (81.8 %)
DIU Proctologie	31 (56.4 %)	4 (7.3 %)	20 (36.4 %)
DU Cancérologie	5 (9.1 %)	11 (20 %)	39 (70.9 %)
DU Echographie	37 (67.3 %)	8 (14.5 %)	10 (18.2 %)
DU Echo Endo	15 (27.3 %)	13 (23.6 %)	27 (46.1 %)
DU Endoscopie	20 (36.6 %)	11 (20 %)	24 (43.6 %)
DU hépatite virale	13 (23.6 %)	6 (10.9 %)	36 (65.5 %)
DU Nutrition	6 (10.9 %)	3 (5.5 %)	46 (83.6 %)
Master 1	27 (49.1 %)	4 (7.3 %)	24 (43.6 %)
Master 2	14 (25.5 %)	11 (20 %)	30 (54.5 %)
Année recherche	8 (14.5 %)	6 (10.9 %)	41 (74.5 %)
Inter CHU	31 (56.1 %)	9 (16,4 %)	15 (27.3 %)

ANNEXE 10 : IMOTEP

PLF 2017 - extrait du bleu budgétaire de la mission : solidarité, insertion et égalité des chances

GRANDS PROJETS INFORMATIQUES

IMOTEP

Ce programme, destiné à remplacer une application obsolète, a pour objectif la modernisation du système d'information (SI) de gestion des stages d'internat de médecine, pharmacie et odontologie. Il permet :

- le passage d'une vision régionale à une vision nationale et l'harmonisation des règles et pratiques,
- l'élargissement des fonctionnalités offertes aux agences régionales de santé (ARS),
- l'ouverture aux organismes partenaires des parcours d'internat.

Année de lancement du projet 2011

Financement Programmes 124 et 204

Zone fonctionnelle principale Offre de soins

COÛT ET DURÉE DU PROJET

Coût détaillé par nature (en millions d'euros)

Évolution du coût et de la durée

Au lancement Actualisation Écarts en %

Coût total en M€ 2,6 3,7 46,2

Durée totale en mois 33 57 72,7

L'essentiel du coût de ce projet est pris en charge par le programme 124. Toutefois, afin de permettre une lecture en coût complet de ce projet, les dépenses liées à l'assistance à maîtrise d'ouvrage, prises en charges par le programme 204 (1,4 M€ pour la durée totale du projet) ont été incluses dans le tableau. L'insuffisance des ressources MOA et le choix MOA de ne pas solliciter des utilisateurs en ARS a conduit à l'utilisation extensive d'une Tierce Recette Applicative pour toute la pré-recette d'où des coûts supplémentaires conséquents.

PLF 2017 27

Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative

JUSTIFICATION AU PREMIER EURO Programme n° 124

Le projet est en cours de déploiement en 2016. Il sortira de la liste des projets prioritaires de la DINSIC en 2017.

ANNEXE 11

MODELE DE FINANCEMENT

Circulaire de campagne tarifaire 2017 annexe IV

Annexe IV : Financement des études médicales

Cette annexe a pour objectif de rappeler les principes de la modélisation de l'enveloppe relative au financement de la MERRI études médicales.

Les répartitions régionales de la dotation nationale se fondent sur les retours effectués par les Agences régionales de santé à l'enquête menée cet automne par la direction générale de l'offre de soins.

Les éléments de la rémunération sont fixés par arrêtés du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé (annexes VIII et IX) et du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé (annexes VIII, IX, XVII et XVIII).

Modalités de financement en 2017 :

1. LA REMUNERATION DES ETUDIANTS HOSPITALIERS (2EME CYCLE) :

Quel que soit le lieu de stage (à l'exception des périodes de stages à l'étranger), la rémunération de l'étudiant est financée via la MERRI sur la base d'un coût de référence tenant compte de la filière et de l'année d'étude de l'étudiant avec un taux de charge employeur de 44 %.

1.1 Etudiants en médecine, odontologie et pharmacie :

La rémunération des gardes pour les étudiants en médecine est intégrée dans le coût de référence sur la base de 25 gardes à effectuer en 3 ans, au montant fixé par l'arrêté du 17 juin 2013 modifié relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine. L'indemnité forfaitaire de transport est versée, lorsque l'étudiant en bénéficie, par le CHU de rattachement qui en sollicite le remboursement auprès de l'ARS. Le paiement des gardes aux étudiants est effectué par le CHU de rattachement sur la base du service fait attesté par l'établissement où se déroule le stage.

L'indemnité forfaitaire de transport est versée, lorsque l'étudiant en bénéficie, par le CHU de rattachement qui en sollicite le remboursement auprès de l'ARS.

Les crédits délégués avec la présente circulaire couvrent le financement des rémunérations des étudiants hospitaliers en médecine pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2017, soit **110,6M€**. La période d'octobre à décembre 2017 sera déléguée sur l'ONDAM 2018.

1.2 Etudiants en maïeutique :

Le décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieu hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique confère aux étudiants sages-femmes la qualité d'agent public à compter du deuxième cycle de leurs études (4^{ème} et 5^{ème} année), dans la mesure où ils participent à l'activité hospitalière, à l'instar des étudiants hospitaliers en médecine, odontologie, et pharmacie. Ce décret pose le principe de leur rémunération. Cette dernière est financée via la MERRI études médicales.

Ce financement comprend la rémunération annuelle brute et l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants accomplissant un stage en dehors de l'établissement de rattachement de leur structure de formation (selon les modalités prévues à l'Art. D. 6153-107 du code de la santé publique et dont le montant est fixé par arrêté du 7 octobre 2016).

Les étudiants en maïeutique perçoivent de l'établissement support lié par convention à la structure de formation dans laquelle ils sont inscrits, une rémunération mensuelle (Art. R. 6153-105 du code de la santé publique) correspondant à 1/12^{ème} du montant annuel fixé par arrêté du 7 octobre 2016, versée en année pleine pour les étudiants de 1^{ère} année, et après service fait pour les étudiants de 2^{ème} année du deuxième cycle des études de maïeutique.

Les crédits délégués par la présente circulaire couvrent le financement des rémunérations des étudiants hospitaliers en maïeutique pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2017, soit **4,3M€**. La période d'octobre à décembre 2017 sera déléguée sur l'ONDAM 2018.

=> Le montant total des crédits couvrant la rémunération des étudiants hospitaliers (2^{ème} cycle) s'élève à 114,9M€¹.

2. LA REMUNERATION DES INTERNES :

2.1 Le financement des stages hospitaliers

2.1.1 La compensation au forfait :

Les crédits délégués visent à compenser de manière forfaitaire les émoluments versés à chaque interne en médecine, pharmacie et odontologie. Le montant du forfait varie en fonction de l'ancienneté de l'interne dans son cursus de formation et, donc, de sa participation à l'activité de soins.

Il correspond à 16 000 €/an pour un interne de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} année et à 8 000 €/an pour un interne de 4^{ème} ou 5^{ème} année (cf. coût de référence en B).

Les crédits délégués en 2017 couvrent le semestre d'été 2017 (mai à octobre 2017) et le semestre d'hiver 2017/2018 (novembre 2017 à avril 2018).

2.1.2 L'indemnité de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} année :

La dotation déléguée vise à compenser le surcoût lié à la revalorisation de l'indemnité de sujétion versée aux internes de 1^{ère} et 2^{ème} années (revalorisation de 371 € à 435,18 € bruts par mois) lors de leurs stages hospitaliers financés au forfait uniquement.

2.1.3 Financement sur la base de coûts de référence :

Pour certains types de stage, la rémunération des internes est financée sur la base de coûts de référence fixés en fonction de l'avancée de l'interne dans son cursus (cf. coût de référence en B).

Il s'agit des stages dits « inter CHU » (hors subdivision pour les internes en médecine, ou en dehors de l'inter région pour les internes en odontologie et en pharmacie) et des stages à l'étranger.

Pour ces stages, un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est désormais appliqué.

Le financement de la rémunération est systématiquement versé à l'ARS du CHU de rattachement de l'interne effectuant un stage « inter CHU », y compris pour les stages effectués dans les DOM ou les COM à partir du semestre de mai 2017. Il appartient aux établissements concernés (CHU de rattachement et établissement d'accueil) de déterminer par convention celui qui rémunère directement l'interne et les éventuels circuits de remboursement entre eux.

=> Le montant total des crédits délégués en première circulaire, et couvrant les stages hospitaliers s'élève à 428,1M€².

¹ Ce montant a été calculé sur la base des déclarations ARS à l'enquête menée l'automne dernier par la direction générale de l'offre de soins et portant notamment sur les étudiants hospitaliers de deuxième cycle et de troisième cycle court dans 4 filières (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique).

² Ce montant a été calculé à partir des projections régionalisées du nombre d'internes de médecine, odontologie et pharmacie par promotion et après déduction de la rémunération totale moyenne, versée par ailleurs, aux internes en stages extrahospitaliers et de la rémunération totale moyenne des internes en année recherche

2.2 Le financement des stages extrahospitaliers

Les crédits délégués au titre de 2017 portent exclusivement sur l'année universitaire 2016/2017 (semestre d'hiver 2016-2017 et semestre d'été 2017) et comprennent :

2.2.1 La compensation de la rémunération des internes :

Pour tout stage effectué en extra-hospitalier, dès lors qu'il est prévu dans la maquette de formation, la rémunération de l'interne est financée sur la base d'un coût de référence. Les coûts de référence sont fixés (cf. fiche en annexe) en fonction de l'année du cursus de formation de l'interne ; ils intègrent un taux de charge employeur valorisé à 44 %.

Le montant des crédits délégués est de **132,8M€**.

2.2.2 Le financement de la prime SASPAS :

La prime de responsabilité versée aux internes de médecine générale pendant le SASPAS est de 125€ bruts par mois (hors charges). La répartition de cette enveloppe par région pour 2017 a été calculée au prorata du nombre total d'internes en SASPAS déclaré par les ARS au semestre d'hiver 2016. Le taux de charge appliqué pour le calcul de la dotation MERRI est de 44 %.

Le montant des crédits délégués est de **2,4M€**.

2.2.3 Le financement de l'indemnité forfaitaire de transport :

Cette indemnité est versée aux internes effectuant des stages en ambulatoire à plus de 15 km de leur CHU de rattachement et de leur domicile. Elle est de 130€ bruts (hors charges) par mois. Un taux de charge de 44 % est appliqué.

Le montant des crédits délégués est de **4,8M€**.

⇒ **Le montant total des crédits délégués au titre des stages extrahospitaliers des internes est de 139,9M€.**

2.3 Le financement des années de recherche

La dotation des années de recherche en médecine, odontologie et pharmacie est calculée selon le principe d'un financement au coût de référence fixé sur la rémunération annuelle de 35 032 €. Elle est proportionnée, pour le semestre d'été 2017 (mai à octobre 2017) et le semestre d'hiver 2017 (novembre 2017 à avril 2018), pour le financement de 457 années de recherche prévues sur la même période.

Par ailleurs, 4 années de recherche sont financées au titre du plan soins palliatifs. Ce financement, qui ne relève pas de la MERRI études médicales, est précisé dans l'annexe relative aux mesures de santé publique.

⇒ **Le montant des crédits consacrés à l'année de recherche et délégué par la présente circulaire s'élève à 16,2M€.**

3. LES INDEMNITES DES MAITRES DE STAGE :

La compensation des indemnités des praticiens agréés maîtres de stage des universités étant effectuée via la MERRI, ces crédits doivent nécessairement transiter par les CHU de rattachement des internes ou des étudiants. Ces derniers procèdent au remboursement de ces indemnités aux UFR qui les ont versées aux maîtres de stage. Une convention doit donc être établie entre l'ARS, le CHU et l'université pour définir ces modalités de remboursement.

3.1 le financement des indemnités pédagogiques

Les praticiens agréés maîtres de stage des universités reçoivent 600€ bruts par mois de stage et par étudiant ou interne en stage auprès d'eux. Lorsque l'étudiant ou l'interne effectue son stage auprès de plusieurs praticiens, cette indemnité est partagée au prorata entre les praticiens concernés.

Dans le cas particulier de stages effectués en dehors de la subdivision ou inter région d'affectation de l'interne, les crédits nécessaires au financement des indemnités pédagogiques destinées aux praticiens agréés maîtres de stage sont versés à l'ARS d'origine de l'interne.

3.2 le financement des indemnités forfaitaires spécifiques de formation versées aux maîtres de stage des universités exerçant une activité libérale

Ces indemnités sont destinées à compenser la perte d'activité du praticien durant la période où il se forme à la maîtrise de stage.

⇒ **Les crédits délégués en 2017 pour financer l'ensemble de ces indemnités s'élèvent à 31,4M€.**

Il est délégué en 1^{ère} circulaire 2017 pour le financement de ces mesures destinées aux étudiants et internes un total de **730,5M€**.

Une dotation complémentaire pourra être allouée ultérieurement dans l'année. Par ailleurs, les crédits fléchés au niveau national **feront l'objet d'un rééquilibrage entre les régions**, en fin de campagne tarifaire 2017 ou en début de campagne 2018, en fonction des retours des ARS à l'enquête DGOS portant sur le nombre stages réalisés par les internes en médecine, pharmacie et odontologie accueillis dans les établissements de santé sous T2A donnant lieu à une compensation MERRI, et sur les étudiants hospitaliers de deuxième cycle et de troisième cycle court.

**Coût de référence pris en compte pour le financement de la formation médicale
dans la MERRI (part variable) 2017**

Rémunération moyenne annuelle des internes et des étudiants :

Les coûts de référence permettant de calculer la dotation MERRI pour les stages compensés à 100% sont établis sur la base des annexes VIII, IX, XVII et XVIII de l'arrêté du 15 juin 2016 fixant les éléments de rémunération brut annuels perçus par les étudiants et les internes.

Les coûts de référence sont établis par année de cursus et intègrent l'indemnité de sujétion (montant total revalorisé) pour les internes de 1^{ère} et 2^{ème} année, la prime de responsabilité pour les internes en médecine de 4^{ème} et 5^{ème} année. Un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est appliqué.

Les rémunérations des internes en stages hospitaliers dits « inter CHU » (hors subdivision pour les internes en médecine, ou en dehors de l'inter région pour les internes en odontologie et en pharmacie) et les stages à l'étranger sont compensés à 100 % du coût de référence associé au niveau d'étude de l'interne.

Les rémunérations des internes en stages extrahospitaliers en médecine, pharmacie ou odontologie prévus par les maquettes de formation sont également compensés à 100 % du coût de référence associé au niveau d'étude de l'interne.

Tableau des coûts de référence des étudiants en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique :

Pour les étudiants en médecine, le coût de référence intègre la rémunération de 8,33 gardes par an.

Année du cursus du 2 ^{ème} cycle	Coût total annuel charges employeur 44 % incluses	Coût total mensuel charges employeur 44 % incluses
DFASM1	2 871 €	239,26 €
DFASM2	4 975 €	414,65 €
DFASM3	5 485 €	457,11 €
DFASO1	2 239 €	186,63 €
DFASO2	4 344 €	362,02 €
TCCEO	4 853 €	404,48 €
DFASP2	4 344 €	362,02 €
M1 maïeutique	2 239 €	186,63 €
M2 maïeutique	4 344 €	362,02 €

Tableau des coûts de référence des internes en médecine, en pharmacie et odontologie :

Année du cursus d'internat	Coût total annuel charges employeur à 44 % incluses jusqu'au 31 janvier 2017	Coût total annuel charges employeur à 44 % incluses à compter du 1 ^{er} février 2017	Forfaits de compensation MERRI annuels
Année 1	31 480 €	31 574 €	16 000 €
Année 2	34 049 €	34 150 €	
Année 3	36 830 €	36 941 €	
Année 4	39 774 €	39 893 €	8 000 €
Année 5	42 671 €	42 799 €	

Année de recherche en médecine, pharmacie et odontologie :

Le coût de référence de la rémunération d'un interne bénéficiant d'une année recherche est estimé à 35 545,98€ bruts annuels chargés. La compensation financière est de 100 %. Pour rappel, le montant brut annuel de la rémunération des internes effectuant une année de recherche est fixé à 24 684,71€ indépendamment de l'année du cursus de l'interne (arrêté du 15 juin 2016).

Indemnité pédagogique versée aux praticiens agréés maîtres de stage des universités

Les praticiens agréés maîtres de stage des universités perçoivent des honoraires pédagogiques d'un montant forfaitaire de 600€ bruts par mois de stage et par étudiant encadré.

Indemnité versée aux praticiens agréés maîtres de stage des universités en activité libérale durant leur formation

Des indemnités forfaitaires spécifiques peuvent être versées aux praticiens agréés maîtres de stage des universités exerçant une activité libérale durant la formation qu'ils reçoivent sous l'égide de l'université afin de compenser la perte de ressources professionnelles.

Ces indemnités sont égales à 15 fois la valeur de la consultation de médecin généraliste (15x 23€ = 345€) par jour, dans la limite de 2 jours de formation, soit 690€ par maître de stage formé pour l'accueil des étudiants de deuxième cycle des études médicales.

ANNEXE 12
Liste des spécialités hospitalières

Annexe I de l'arrêté du 29 juin 2007 modifié

(Modifié par Arrêté du 4 mai 2016 - art. 1)

LISTE DES DISCIPLINES ET SPÉCIALITÉS POUVANT ÊTRE OFFERTES AU CONCOURS ET DES
DIPLÔMES,

CERTIFICATS OU TITRES REQUIS POUR S'INSCRIRE DANS LESDITES SPÉCIALITÉS

CODE	LIBELLÉ spécialité	DIPLÔME(S), CERTIFICAT(S) OU TITRE(S) permettant de se présenter dans la spécialité
5	Biologie médicale.	DES de biologie médicale ou équivalent tel que défini à l'article 5-II 4 b du présent arrêté.
8	Chirurgie générale.	DES de chirurgie générale.
60	Chirurgie viscérale et digestive.	DESC de chirurgie viscérale et digestive.
10	Chirurgie infantile.	DESC de chirurgie infantile.
9	Chirurgie maxillo-faciale.	DESC de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. DESC de chirurgie de la face et du cou.
53	Chirurgie orthopédique et traumatologie.	DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie.
11	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.	DESC de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.
12	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.	DESC de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.
47	Chirurgie urologique.	DESC de chirurgie urologique.
58	Chirurgie vasculaire.	DESC de chirurgie vasculaire.
18	Gynécologie et obstétrique.	DES de gynécologie-obstétrique.
29	Neurochirurgie.	DES de neurochirurgie.
33	Ophtalmologie.	DES d'ophtalmologie.
35	Oto-rhino-laryngologie.	DES d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.
46	Stomatologie et chirurgie orale.	DES de stomatologie. DES de chirurgie orale

2	Anatomie et cytologie pathologiques.	DES d'anatomie et cytologie pathologiques.
3	Anesthésie-réanimation.	DES d'anesthésie-réanimation.
7	Cardiologie et maladies vasculaires.	DES de cardiologie et maladies vasculaires.
13	Dermatologie et vénéréologie.	DES de dermatologie et vénéréologie.
16	Endocrinologie et métabolisme.	DES d'endocrinologie et métabolisme.
20	Gastro-entérologie et hépatologie.	DES de gastro-entérologie et hépatologie.
40	Génétique médicale.	DES de génétique médicale.
76	Gériatrie.	DESC de gériatrie. Capacité de gérontologie.
21	Hématologie.	DES d'hématologie.
19	Hémobiologie transfusion.	DES d'hématologie. DESC d'hémobiologie transfusion. Capacité de technologie transfusionnelle.

(Modifié par arrêté du 14 septembre 2007, NOR : SJS0765698A, art.1er)

CODE	LIBELLÉ spécialité	DIPLÔME(S), CERTIFICAT(S) OU TITRE(S) permettant de se présenter dans la spécialité
14	Hygiène hospitalière.	DES de biologie médicale. DES de santé publique. DES de pharmacie. DESC de pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique. DESC de biologie des agents infectieux.
57	Immunologie clinique.	DES d'hématologie. DES de médecine interne. DESC d'allergologie et immunologie clinique.
24	Maladies infectieuses, maladies tropicales.	DES de médecine interne. DESC de pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique.
77	Médecine d'urgence.	DESC de médecine d'urgence. Capacité de médecine d'urgence.
17	Médecine de la reproduction et gynécologie médicale.	DES de gynécologie médicale. DESC de médecine de la reproduction. DES de gynécologie-obstétrique.
23	Médecine du travail.	DES de médecine du travail.
71	Médecine générale.	DES de médecine générale qualification en médecine générale annexée au diplôme d'Etat de docteur en médecine.

25	Médecine interne.	DES de médecine interne.
26	Médecine légale.	DESC de médecine légale et expertises médicales. Capacité de pratiques médico-judiciaires.
44	Médecine physique et de réadaptation.	DES de médecine physique et de réadaptation.
28	Néphrologie.	DES de néphrologie.
30	Neurologie.	DES de neurologie.
6	Oncologie médicale.	DES d'oncologie, option onco-hématologie. DES d'oncologie, option oncologie médicale.
36	Pédiatrie.	DES de pédiatrie.
59	Pharmacologie clinique et toxicologie.	Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. DESC de pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques.
38	Pneumologie.	DES de pneumologie.
42	Oncologie radiothérapique.	DES d'oncologie, option radiothérapique.
43	Réanimation.	DESC de réanimation
45	Rhumatologie.	DES de rhumatologie.
56	Santé publique.	DES de santé publique et médecine sociale.
75	Odontologie polyvalente.	Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire.
72	Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière.	Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.
74	Psychiatrie polyvalente.	DES de psychiatrie.
27	Médecine nucléaire.	DES de médecine nucléaire.
41	Radiologie.	DES de radiodiagnostic et imagerie médicale.

SIGLES UTILISES

ARS : agence régionale de santé

ASIP : agence des systèmes d'information partagés de santé

AUFEMO : administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie

CC : chefs de cliniques

CH : centres hospitaliers

CHG : centres hospitaliers généraux

CHU : centre hospitalier universitaire

CJN : club des jeunes néphrologues

CME : conférence médicale d'établissement

CMG : collège de la médecine générale

CMG : collège de médecine générale

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNCEM : coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine

CNEMMOP : commission nationale des études de maïeutique, médicale, odontologique et pharmaceutique

CNG : centre national de gestion

CNGE : collège national des généralistes enseignants

CNIPI : commission nationale de l'internat et du post internat

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CNP : conseils nationaux professionnels

CNU : conseil national des universités

DADS : déclarations annuelles de données sociales

DES : diplômes d'études spécialisées

DESC : diplômes d'études spécialisées complémentaires

DFASM : Diplôme de formation approfondie des sciences médicales

DGAFP : direction générale de l'administration et de la fonction publique

DGESIP : direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

DGOS : direction générale de l'offre de soins (DGOS)

DGRI : direction générale de la recherche et de l'innovation

DIU : diplômes interuniversitaires

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplômés d'université
DUMG : départements universitaires de médecine générale
ECN : épreuves classantes nationales
ECNi : épreuves classantes nationales informatisées
FFI : faisant fonction d'internes
FHF : fédération hospitalière de France
FSM : fédération des spécialités médicales
FST : formations spécialisées transversales
GHT : groupements hospitaliers de territoire
GIP : groupement d'intérêt public
GRH : gestion des ressources humaines
HAS : haute autorité de santé
HCAAM : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
Hcéres : haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HGE : hépato-gastroentérologie
IGAENR : administration générale de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS : inspections générales des affaires sociales
IMG : internes de médecine générale
INCa : institut national du cancer
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRESP : institut de recherche en santé publique
MCU : maître de conférence universitaire
MERRI : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MG : médecins généralistes
MSU : maître de stage universitaire
ONDPS : observatoire national de la démographie des professions de santé
OPH : ophtalmologie
ORS : observatoire régional de la santé
PEA : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
PH : praticien hospitalier
PHRC : programme hospitalier de recherche clinique
PLF : projet de loi de finances

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PND : plateforme nationale des disciplines
PU : praticien universitaire
R3C : réforme du troisième cycle
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
SAE : statistique annuelle des établissements
SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
SIASP : système d'information des agents du service public
SIDES : système informatique distribué d'évaluation en santé
SIES : sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques
SISE : système d'information sur le suivi de l'étudiant
SNDS : système national des données de santé
SNIIRAM : système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
UE : Union européenne
UEMS : union européenne des médecins spécialistes
UFR : unités de formation et de recherche
UNESS : université numérique en santé et sport
URML : union régionale des médecins libéraux