

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

*Inspection générale
des affaires sociales*

N° 2014-100R

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

N° 2014-092

Réforme du troisième cycle des études médicales

**Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative
de la réforme**

Rapport à

Madame la ministre de l'Éducation nationale,
de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Madame la secrétaire d'État à l'enseignement supérieur
et à la recherche

Monsieur le ministre du travail, de l'emploi, de la formation
professionnelle et du dialogue social

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE
SOCIAL

*Inspection générale
Des affaires sociales*

N° 2014-100R

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

N° 2015-002

Réforme du troisième cycle des études médicales

Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme

Janvier 2015

François-Xavier SELLERET

Membre de l'inspection générale des affaires sociales

Patrice BLEMONT

*Inspecteur général de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

SYNTHÈSE

Les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi en 2009 l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe en vue de dresser un bilan de l'organisation à la fois du 3^{ème} cycle des études médicales et du post-internat.

Ce rapport, plus centré sur le post internat que sur le 3^{ème} cycle des études médicales, avait préconisé une réforme d'ampleur du post internat. Il avait aussi indiqué des pistes concernant le 3^{ème} cycle qui le précédait dans le cursus des études. Il a été présenté à la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) en juin 2010.

Les ministères ont demandé, par suite, à cette commission nationale la mise en place d'un groupe de travail chargé de faire des propositions concrètes de réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, sans allongement de la durée de celles-ci. Les contacts ultérieurement pris par la mission montrent que l'objectif est plutôt d'éviter un allongement de l'obtention de la pleine qualification des praticiens. Les professeurs François Couraud et François-René Pruvot ont été chargés d'animer ce groupe. Ce groupe de travail a produit un rapport¹ qui pose les principes généraux d'une réforme du 3^{ème} cycle des études médicales et dont la présente mission a pris connaissance. Il préconise entre autres, un traitement différencié des diplômes d'études spécialisées (DES) selon un référentiel de compétences encore à parfaire, la disparition des DESC 2 (qualifiants), le remplacement des DESC 1 (non qualifiants) par des formations transverses à imaginer de façon exhaustive.

Il propose surtout de découper l'internat, quelle que soit la spécialité, en trois phases : une première dite « phase socle » plus ou moins commune à tous les étudiants de 3^{ème} cycle, une phase intermédiaire d'approfondissement à l'issue de laquelle les internes présenteraient leur thèse de médecine refondue en un document unique regroupant mémoire de DES et thèse d'exercice ; puis enfin, une phase dite de « mise en responsabilité »² plus ou moins longue selon les spécialités et dont la teneur va dépendre des maquettes pédagogiques qui seront proposées ainsi que du référentiel de compétences à acquérir pour les internes.

Dans tous les cas de figure, cette proposition reviendrait à « densifier » la période de formation pour en améliorer la qualité, à différencier les durées de DES selon la spécialité et aussi permettre que l'obtention du DES, quelle que soit la spécialité, puisse permettre l'exercice immédiat de la spécialité en ayant centré la formation d'abord sur le « premier recours » dans chacune de ces spécialités (soit les actes de pratique courante de la spécialité).

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé à l'IGAS et à l'IGAENR de faire une évaluation des impacts statutaires, organisationnels et financiers d'une telle réforme, en particulier de la période de « mise en responsabilité ». Il a également été demandé à la mission de centrer son intérêt sur les éventuelles mesures transitoires à prévoir, notamment coexistence dans un premier temps des deux régimes d'internat. Il a également été demandé d'analyser l'impact de la réforme sur les conditions d'accès au secteur 2 et de proposer une éventuelle évolution des conditions d'accès à ce secteur.

¹ « Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales » par les professeurs François Couraud et François-René Pruvot – voir annexes.

² On verra plus avant dans le présent rapport que la mission propose de retenir une autre appellation pour ces stages de phase 3.

La mission devait dès lors rendre un travail qui inclut une étude prospective d'impact d'un projet de restructuration du troisième cycle des études médicales dont les professeurs Pruvot et Couraud sont les maîtres d'œuvre. Il s'agit donc pour le présent rapport d'évaluer les conséquences concrètes de ce projet qui est déjà en concertation avec les partenaires concernés, avec un objectif de mise en œuvre à partir de la rentrée 2016.

Pour ce faire, la mission, consciente de la sensibilité d'un tel sujet et aussi de sa grande complexité, n'a pas manqué de tester celles des hypothèses de travail qui lui semblaient consensuelles et pragmatiquement réalisables auprès des partenaires impliqués par la réforme. Ce travail en lui-même n'épuise pas la matière, et d'autres consultations seront à conduire par les administrations concernées pour mener à bien cette réforme, à commencer par les consultations obligatoires comme celle du Conseil national des études supérieures de l'enseignement et de la recherche (CNESER) par exemple.

La mission s'est rendue dans trois universités de médecine (Nantes, Strasbourg et Clermont-Ferrand) afin d'examiner de façon très pragmatique comment se mettraient en place les différents modules, en consultation étroite avec les doyens et les coordonnateurs de disciplines. À noter que la mission a aussi, à cette occasion, rencontré les représentants des Agence régionales de santé (ARS), les directions générales de Centres hospitaliers universitaires (CHU) ou de centres hospitaliers (CH), ainsi que des représentants locaux des internes et chef de cliniques assistants. La mission s'est par ailleurs attachée à prendre en compte la situation un peu particulière des universités parisiennes et elle a rencontré le doyen coordonnateur de la région.

La mission s'est également appuyée sur les services compétents : direction générale de l'offre de soins au ministère de la santé et direction générale (DGOS) et direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, (DGESIP), ceci afin de procéder à différents chiffrages réalistes et, en particulier, sur la phase dite de mise en responsabilité pour mesurer le coût de chacune des hypothèses de travail et ses impacts organisationnels et statutaires. Il en ira de même sur certaines expertises juridiques qui ressortent de la compétence des services, la mission n'étant pas armée pour les conduire. L'un des objectifs de la mission demeure de limiter autant que possible dans ses propositions les éventuels surcoûts, étant entendu que les ministères ont rappelé que cette réforme n'impacte pas le nombre de chefs de clinique assistants (CCA) et qui donc ne saurait varier à la baisse. De même, elle cherche à promouvoir des options juridiques simples et plausibles pour les textes qui porteront la réforme.

La mission s'est attachée à conduire des consultations étroites et approfondies avec les organisations d'internes et de chef de cliniques assistants, ainsi que d'autres catégories de médecins à l'hôpital pour lesquels les rythmes de travail ou de formation des internes peuvent avoir des conséquences sur la production des soins et des services. Ces consultations ont été complétées par des rencontres avec des instances particulièrement concernées par cette réforme au premier rang desquelles on citera l'ordre national des médecins, les conférences des doyens, des directeurs généraux des agences régionales de santé, directeurs et présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de centres hospitaliers universitaires (CHU) et de centres hospitaliers (CH), dans la mesure où la réforme peut impacter la démographie médicale hospitalière. La mission a également rencontré les responsables de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) sur ce sujet.

À l'issue de ces travaux et investigations, la mission a constaté un soutien non négligeable pour la philosophie de cette réforme regardée par tous comme utile, profonde et novatrice par les

universitaires. Le soutien des étudiants en médecine est en revanche plus contrasté, avec de fortes interrogations chez les futurs chirurgiens. Toutefois, l'aspect « filière » et l'aspect « métier » emportent quasiment la conviction générale. Le rapport invite donc, sous réserve des consultations nécessaires et approfondies sur les modalités ci-après étudiées auprès des partenaires de la poursuivre dans son calendrier prévu, c'est-à-dire la rentrée universitaire 2016. Cela suppose de disposer de maquettes pédagogiques robustes et de portefeuilles précis dérivés de ces maquettes par discipline d'ici l'été 2015.

Ce rapport met également en évidence que cette réforme traduit un nouveau choix d'organisation pédagogique, lequel suppose une forte mobilisation des composantes « médecine » des universités³. Le rôle des doyens et des coordonnateurs de discipline sera essentiel pour réussir la réforme ; car un important travail de « ré-étiquetage » des stages adapté à une philosophie « activités et métiers » reste à conduire. Il ne sera pas sans difficulté.

Ce rapport montre aussi que cette réforme aura un coût, même s'il est raisonnable et étalé dans le temps, et même si à terme il est probable qu'il diminuera. Ce coût correspond à la proposition de fixer le traitement des internes de phase 3 que la mission propose de renommer praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui du 1^{er} échelon des assistants des hôpitaux : ceci correspondrait à la reconnaissance des nouvelles responsabilités qui leur seront confiées. Une estimation aussi réaliste que possible (une quarantaine de millions d'euros par génération d'interne) réalisée en liaison avec les services est proposée dans ce rapport afin de mieux mesurer cet impact dans le temps.

³ Pour la commodité des lecteurs, on emploiera souvent le terme « subdivisions », plus précis qu'UFR ou composantes, car centré sur l'organisation effective des spécialités dans les universités de médecine. Le rapport utilisera les termes « université de médecine », « spécialités », « UFR » ou « composantes » quand ils apparaissent plus précis et utiles pour le propos.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. La réforme du troisième cycle des études médicales qui est proposée est avant tout une réforme pédagogique	3
1.1. Une réforme à objectif « métier »	3
1.2. Rationaliser le dispositif des diplômes en l'unifiant.....	5
1.3. Vers une très forte « filiarisation ».....	6
1.4. Une nouvelle organisation des stages pour les internes	7
1.5. La nécessité de maquettes pédagogiques robustes pour chacune des spécialités	8
1.6. La réforme conforte la recherche et ne retranche rien des droits existants pour les internes.	9
2. Impacts organisationnels et pratiques sur les subdivisions de médecine des universités.....	10
2.1. Mobiliser du temps d'enseignement dans les subdivisions.....	10
2.2. Impliquer plus fortement les professeurs de médecine, coordonnateurs de discipline	10
2.3. Revoir entièrement la politique d'agrément des stages.....	12
2.4. Faire passer la thèse de médecine à l'issue de la phase 2	13
2.5. Trois précisions juridiques à apporter sur les internes de phase 3.....	14
2.5.1. <i>Un danger de confusion juridique à écarter.....</i>	<i>14</i>
2.5.2. <i>Une difficulté de dénomination des stages à régler.....</i>	<i>16</i>
2.5.3. <i>Une ambiguïté sur les internes de phase 1 et 2 est à lever</i>	<i>16</i>
2.6. Être en capacité d'être prêt à la rentrée 2016.....	17
3. Impacts organisationnels et pratiques sur le système hospitalier comme de soins, et impacts statutaires à prévoir pour les internes.....	17
3.1. Les raisons d'une amélioration statutaire et les bases pour la conduire.....	18
3.1.1. <i>Les raisons d'une amélioration statutaire.....</i>	<i>18</i>
3.1.2. <i>Les bases juridiques pour opérer une modification.....</i>	<i>19</i>
3.2. Comment aménager l'actuel statut des internes pour appliquer la réforme du troisième cycle des études médicales ?	21

3.3.	Quels sont les impacts budgétaires et sur la production des soins de cette réforme.....	23
3.3.1.	<i>Impact sur la production de soins</i>	23
3.3.2.	<i>Estimation du surcoût global de la réforme</i>	23
3.3.3.	<i>Méthodes de calcul des surcoûts de la réforme</i>	24
3.4.	La reconnaissance des qualifications et les questions de droit européen.....	26
3.4.1.	<i>La question des qualifications</i>	26
3.4.2.	<i>Quel impact du passage de la thèse en fin de phase 2 sur l'inscription à l'Ordre des médecins ?.....</i>	26
3.5.	La difficile question du secteur 2 pour les praticiens.....	27
	Conclusion	28
	Liste des recommandations	29
	Annexes	31

Introduction

Les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi en 2009 l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe en vue de dresser un bilan de l'organisation à la fois du 3^{ème} cycle des études médicales et du post-internat.

Ce rapport, plus centré sur le post internat que sur le troisième cycle des études médicales, avait préconisé une réforme d'ampleur du post internat. Il avait aussi indiqué des pistes concernant le troisième cycle qui le précédait dans le cursus des études. Il a été présenté à la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) en juin 2010.

Les ministres ont demandé, par suite, à cette commission nationale la mise en place d'un groupe de travail chargé de faire des propositions concrètes de réforme du troisième cycle des études médicales, sans allongement de la durée de celles-ci. Les contacts ultérieurement pris par la mission montrent que l'objectif est plutôt d'éviter un allongement de l'obtention de la pleine qualification des praticiens. Les professeurs François Couraud et François-René Pruvot ont été chargés d'animer ce groupe de travail, lequel a produit un rapport⁴ qui pose les principes généraux d'une réforme du troisième cycle des études médicales et dont la présente mission a pris connaissance. Il préconise entre autres, un traitement différencié des diplômes d'études spécialisées (DES) selon un référentiel de compétences encore à parfaire, la disparition des diplômes d'études spécialisées complémentaires de groupe II (DESC II qualifiants), le remplacement des DESC I (non qualifiants) par des formations transverses à imaginer de façon exhaustive.

Il propose surtout de découper l'internat, quelle que soit la spécialité, en trois phases : une première dite « phase socle » plus ou moins commune à tous les étudiants de troisième cycle ; une phase intermédiaire d'approfondissement à l'issue de laquelle les internes présenteraient leur thèse de médecine refondue en un document unique regroupant mémoire de DES et thèse d'exercice ; puis enfin, une phase dite de « mise en responsabilité »⁵ plus ou moins longue selon les spécialités et dont la teneur va dépendre des maquettes pédagogiques qui seront proposées ainsi que du référentiel de compétences à acquérir pour les internes.

Dans tous les cas de figure, cette proposition reviendrait à « densifier » la période de formation pour en améliorer la qualité, à différencier les durées du DES selon la spécialité et aussi permettre que l'obtention du DES, quelle que soit la spécialité, puisse permettre l'exercice immédiat de la spécialité en ayant centré la formation d'abord sur le « premier recours » dans chacune de ces spécialités (soit les actes de pratique courante de la spécialité).

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé à l'IGAS et à l'IGAENR :

- de faire une évaluation des impacts statutaires, organisationnels et financiers d'une telle réforme, en particulier de la période de « mise en responsabilité » ;

⁴ « Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales » par les professeurs François Couraud et François-René Pruvot – voir annexes.

⁵ On verra plus avant dans le présent rapport que la mission propose de retenir une autre appellation pour ces stages de phase 3.

- de centrer son intérêt sur les éventuelles mesures transitoires à prévoir, notamment coexistence dans un premier temps des deux régimes d'internat ;
- d'analyser l'impact de la réforme sur les conditions d'accès au secteur 2 et d'en proposer une éventuelle évolution.

La mission doit, dès lors, rendre un travail qui inclut une étude prospective d'impact d'un projet de restructuration du troisième cycle des études médicales dont les professeurs Pruvot et Couraud sont les maîtres d'œuvre. Il s'agit donc pour le présent rapport d'évaluer les conséquences concrètes de ce projet qui fait déjà l'objet de concertations avec les partenaires concernés, avec un objectif de mise en œuvre à partir de la rentrée 2016.

Pour ce faire, la mission, consciente de la sensibilité et de la grande complexité d'un tel sujet, n'a pas manqué de tester celles des hypothèses de travail qui lui semblaient consensuelles et pragmatiquement réalisables auprès des partenaires impliqués par la réforme. Ce travail en lui-même n'épuise pas la matière, et d'autres consultations seront à conduire par les administrations concernées pour mener à bien cette réforme, à commencer par les consultations obligatoires comme celle du Conseil national des études supérieures de l'enseignement et de la recherche (CNESER) par exemple.

La mission s'est rendue dans trois universités accueillant une UFR de médecine (Nantes, Strasbourg et Clermont-Ferrand) afin d'examiner de façon très pragmatique comment se mettraient en place les différents modules, en consultation étroite avec les doyens et les coordonnateurs de disciplines. À noter que la mission a aussi, à cette occasion, rencontré les représentants des agences régionales de santé (ARS), les directions générales de centres hospitaliers universitaires (CHU) ou de centres hospitaliers (CH), ainsi que des représentants locaux des internes et chefs de cliniques-assistants. La mission s'est par ailleurs attachée à prendre en compte la situation un peu particulière des universités parisiennes et elle a rencontré le doyen coordonnateur de la région.

La mission s'est également appuyée sur les services compétents : direction générale de l'offre de soins au ministère de la santé et direction générale (DGOS) et direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), afin de procéder à différents chiffrages réalistes et, en particulier, sur la phase dite de mise en responsabilité pour mesurer le coût de chacune des hypothèses de travail et ses impacts organisationnels et statutaires. Il en ira de même sur certaines expertises juridiques qui ressortent de la compétence des services, la mission n'étant pas armée pour les conduire. L'un des objectifs de la mission demeure de limiter autant que possible dans ses propositions les éventuels surcoûts, étant entendu que les ministères ont rappelé que cette réforme n'impacte pas le nombre de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) qui ne saurait varier à la baisse. De même, elle cherche à promouvoir des options juridiques simples et plausibles pour les textes qui porteront la réforme.

La mission s'est attachée à conduire des consultations étroites et approfondies avec les organisations d'internes et de chefs de cliniques-assistants, ainsi que d'autres catégories de médecins à l'hôpital pour lesquels les rythmes de travail ou de formation des internes peuvent avoir des conséquences sur la production des soins et des services. Ces consultations ont été complétées par des rencontres avec des instances particulièrement concernées par cette réforme au premier rang desquelles on citera l'ordre national des médecins, les conférences des doyens, des directeurs généraux des agences régionales de santé, directeurs et présidents de commissions médicales d'établissement

(CME) des CHU et de centres hospitaliers (CH), dans la mesure où la réforme peut impacter la démographie médicale hospitalière. La mission a également rencontré les responsables de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) sur ce sujet.

À l'issue de ces travaux et investigations, la mission a constaté un soutien non négligeable à la philosophie de cette réforme regardée par tous comme utile, profonde et novatrice par les universitaires. Le soutien des étudiants en médecine est en revanche plus contrasté, avec de fortes interrogations chez les futurs chirurgiens. Toutefois, l'aspect « filière » et l'aspect « métier » emportent quasiment la conviction générale. Le rapport invite donc, sous réserve des consultations nécessaires et approfondies auprès des partenaires sur les modalités ci-après étudiées, de la poursuivre dans son calendrier prévu, c'est-à-dire la rentrée universitaire 2016.

Ce rapport met également en évidence que cette réforme traduit un nouveau choix d'organisation pédagogique, lequel suppose une forte mobilisation des composantes « médecine » des universités. Le rôle des doyens et des coordonnateurs de discipline sera essentiel pour réussir la réforme ; car un important travail de « ré-étiquetage » des stages adapté à une philosophie « activités et métiers » reste à conduire. Il ne sera pas sans difficulté.

Ce rapport montre aussi que cette réforme aura un coût, même s'il est raisonnable et étalé dans le temps et il est probable qu'à terme, il diminuera. Une estimation aussi réaliste que possible réalisée en liaison avec les services est proposée dans ce rapport afin de mieux mesurer cet impact dans le temps.

C'est pourquoi ce rapport rappellera, les grands principes de cette réforme pédagogiques (1) ; puis en examinera les impacts dans les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine des universités, plus communément appelé sur ce sujet précis et pratique « subdivisions » (2) ainsi que ceux qui ont trait à l'organisation du monde de l'hôpital et de la santé en général (3), ces différentes parties étant ponctuées de plusieurs recommandations concrètes.

1. La réforme du troisième cycle des études médicales qui est proposée est avant tout une réforme pédagogique

Même si cette étude n'a pas pour objet de décrire in extenso l'organisation actuelle du troisième cycle des études médicales et moins encore de réécrire le travail des professeurs Couraud et Pruvot⁶, il importe d'en résumer aussi brièvement que possible les objectifs et l'économie générale pour mieux expliciter *infra* les implications très concrètes et pratiques des choix pédagogiques qui sont opérés.

1.1. Une réforme à objectif « métier »

Restructurer le troisième cycle des études médicales suppose qu'il existe un besoin d'améliorer la formation des étudiants qui le suivent, et qu'il est admis communément d'appeler « internes » des hôpitaux.

⁶ Le rapport Couraud/Pruvot figure in extenso en annexes.

Autant les deux premiers cycles qui ont fait l'objet d'une réforme récente et d'une réforme en cours semblent bien répondre à l'essentiel des objectifs de formation assignés, autant le déroulement du 3^{ème} cycle fait débat.

C'est d'ailleurs ce débat qui a entraîné en 2009 la création de la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI). De ces travaux, plusieurs constats que d'ailleurs les visites de la mission en subdivision de médecine ont pu corroborer. Parmi ces constats, la mise en évidence que l'exécution des maquettes pédagogiques arrêtées en application de l'arrêté du 22 septembre 2004 toujours en vigueur était très inégale selon les subdivisions. De même, le contenu des maquettes tel qu'arrêté au bulletin officiel (BOEN) du 28 octobre 2004, quelle que soit l'exhaustivité des disciplines, montre des écarts importants entre celles-ci. De même, on observe le plus souvent l'absence de méthodes précises des commissions interrégionales de coordination et d'évaluation⁷ pour mesurer effectivement les compétences acquises.

C'est ainsi par exemple que si les textes prescrivent⁸ que le chef de service du terrain de stage donne par écrit son avis sur l'interne et si l'interne, sous les mêmes formes, donne son avis sur le terrain de stage, les résultats produits font douter du dispositif. D'un côté, l'interne n'a aucun intérêt à donner un avis négatif sur son terrain de stage de crainte d'obérer sa future carrière ; de l'autre, le chef de service du terrain de stage n'a pas non plus d'intérêt à trop critiquer un interne de peur que son terrain de stage soit dans un avenir proche retiré de l'agrément des commissions placées sous la présidence des doyens et chargées d'agrémenter les stages.

Ces effets pervers, en effet constatés par la mission, ont été soulignés fortement par les étudiants internes, par les chefs de clinique ou les assistants rencontrés. Ainsi certains d'entre eux ont pu mettre en évidence une mobilisation très variable des coordonnateurs de discipline selon les spécialités, certains ayant eu plusieurs rencontres ou contacts avec leur coordonnateur et d'autres ne l'ayant même jamais rencontré en tête à tête pour parler de leur parcours.

De même, des écarts importants sont constatés dans l'organisation des stages selon les spécialités. Non sans raisons d'ailleurs, du fait de nombreuses circonstances liées à la taille ou à la spécificité des spécialités par exemple. L'effet de ces écarts n'est toutefois pas sans conséquence sur la formation des futurs médecins. C'est en effet très directement le parcours des stages des internes qui est visé avec, selon nombre de témoignages, des approximations dans les parcours des internes qui interrogent sur l'organisation générale.

La mission, au cours de ses déplacements ou auditions, a entendu des termes comme « stages bouche-trou », « stages tourisme médical » et en a déduit une organisation parfois un peu floue de ces stages.

Le fait de confier la formation des internes à un compagnonnage où l'interpersonnel prévaut plus qu'à un enseignement très cadré par une maquette indicative présente sûrement des avantages de détection des talents et de souplesse d'organisation. Mais il a aussi pour inconvénient, aux dires des internes, d'être assez aléatoire, surtout pour ceux qui ne choisissent pas vraiment leurs stages, leur classement aux épreuves classantes nationales (ECN) tranchant la question.

⁷ Ces commissions sont prévues à l'article 9 du texte fixant la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine / BOEN du 28 octobre 2004.

⁸ Article 11 du texte supra cité.

D'où la volonté des concepteurs de cette réforme de densifier le parcours de l'interne en tirant les conséquences, à la fois des ECN qui décident de la spécialité des internes, mais aussi de ce qu'est un parcours d'apprentissage d'un métier fondé sur le compagnonnage et l'enseignement dit « au lit du malade »⁹. Ce point est essentiel dans ce projet de réforme et il vise aussi, on le verra *infra*, à une autre répartition des ressources en temps pédagogique disponibles.

Il s'agira donc de « resserrer » les parcours autour de la spécialité choisie, même s'il est affirmé que les aspects « culture médicale transversale » et « ouverture sur les autres spécialités proches », notamment dans une vision d'appareil, ne sont pas pour autant négligés dans les parcours. C'est donc un objectif clairement « métier » qui est ici poursuivi.

1.2. Rationaliser le dispositif des diplômes en l'unifiant

Les concepteurs de la réforme font le constat qu'hormis pour un monde très restreint et spécialisé, le dispositif actuel n'est pas d'une très grande lisibilité pour le béotien.

Certaines spécialités disposent pour valider in fine la formation d'un diplôme d'études spécialisées, (DES) qui s'effectue dans le cadre strict de l'internat, d'autres de diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC), soit de type 1 (qui ne sont pas qualifiant mais attestent d'une connaissance précise) soit de type 2 comme ceux de chirurgie qui sont qualifiants mais qui débordent le strict internat pour se terminer forcément par une période de clinicat ou d'assistantat. À cela s'ajoutent aussi des « capacités », formations complémentaires pour exercer certaines fonctions médicales et qui relèvent de la formation continue.

Ce qui est proposé est de n'avoir plus qu'un seul diplôme, le diplôme d'études spécialisées (DES) et ceci pour toutes les spécialités et formations. Ce qui n'empêcherait ni les options internes à une discipline, ni les formations spécialisées transverses (FST).

À cet égard la mission, même si elle perçoit bien la différence de nature entre une formation transverse et une option interne à une discipline, n'est pas convaincue que maintenir deux termes soit pertinent en regard de la simplification recherchée.

Recommandation N°1 : S'agissant de définir les différents parcours des internes vis-à-vis des spécialités et des disciplines, la mission recommande de garder l'unique terme d'option, qu'il s'agisse d'options internes à une discipline ou des formations spécialisées transverses (FST).

Il ne resterait donc que des DES et des options dans le DES. De ce fait, le suivi de certains diplômes d'université (DU) et diplômes inter universitaires (DIU) correspondant à des parties du programme des DES ne pourrait plus être rendu obligatoire pendant la formation comme c'est parfois le cas actuellement. Naturellement, pour tenir compte des spécificités de chaque discipline, les durées de formation seront variables et adaptées aux compétences que l'on cherche à faire acquérir par les internes. Dans l'actuel projet en concertation, les durées de DES vont de trois ans pour la médecine générale à six ans pour nombre de spécialités de la chirurgie¹⁰. L'objectif affiché est de former plus

⁹ L'enseignement « au lit du malade » est une expression usuelle des médecins universitaires en CHU. Elle fait directement allusion aux enseignements tirés pour les internes de l'observation et de l'expérience, notamment lors des « visites de service » aux malades par différence d'avec les cours classiques d'amphithéâtre.

¹⁰ Au moment de la rédaction du présent rapport, les arbitrages techniques pour connaître, spécialités par spécialités et options par options, les durées de formation ne sont pas encore rendus.

intensément à leur métier et sans allongement de la durée des études ou de qualification des internes¹¹ pour qu'ils soient plus rapidement disponibles pour les malades.

À ce stade, la mission observe que si toutes les formations se déroulent dans le cadre strict des DES, elles forcent à juridiquement considérer les internes comme des étudiants jusqu'à ce qu'ils aient obtenu leur diplôme de DES, même si leur statut d'agent public à l'hôpital en fait des étudiants à forte particularité. Ils ne peuvent donc jamais être considérés comme des praticiens de plein exercice et qualifiés par l'ordre, mais au mieux comme des praticiens en formation. On verra *infra* que cette remarque emporte de nombreuses conséquences pratiques.

1.3. Vers une très forte « filiarisation »

Le corollaire de cette « réforme métier » est une « filiarisation » plus assumée que celle déjà observée aujourd'hui. La mission constate à cet égard que les concepteurs de la réforme ne font que tirer fort logiquement les conséquences de ce qui a déjà débuté dans les faits.

La médecine est devenue plus technique et surtout scientifique, et de plus en plus de métiers ont été créés au sein même de cette grande discipline. Ces métiers se sont traduits par des spécialités de plus en plus nombreuses et dont on peut trouver facilement témoignage dans le nombre de sections au conseil national universitaire (CNU) : 51 sections ; et le nombre d'orientations possibles à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) : 30 orientations possibles¹².

Quoi qu'il en soit, la décision de créer de nouvelles filières dès la sortie des ECN est d'ores et déjà prise pour ce qui concerne la médecine d'urgence ou la gériatrie. D'autres filières pourraient également être créées prochainement en fonction des travaux de concertation avec tous les acteurs concernés.

La mission ne peut toutefois passer sous silence certaines observations faites au cours de ses travaux et de ses investigations et concernant cette orientation de filiarisation.

Certains universitaires sceptiques parlent de « filiarisation à outrance ». La réforme vise plutôt à l'assumer car la « filiarisation » existe déjà très largement, et à en tirer parti plus qu'à la générer. D'autant que nombre de spécialités qui ont une section au CNU et qui ne sont pas répertoriées comme filières font d'énormes efforts pour précisément devenir une filière.

Par ailleurs, plusieurs doutes sont émis sur la pertinence de créer une filière pour la médecine d'urgence regardée par plusieurs professionnels plus comme une activité que comme un métier qui peut se pratiquer, vu ses contraintes, une vie durant. Si le nombre d'internes ne varie pas, c'est à partir de la médecine générale principalement que l'on va attirer les effectifs permettant de l'alimenter. Il est donc redouté un signal contradictoire à l'heure où l'on cherche à mobiliser pour des objectifs de santé publique qui reposent beaucoup sur les épaules des médecins généralistes.

De même, on peut voir dans cette décision le souci pragmatique de prendre acte du retrait grandissant et sans le contrebattre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) des médecins

¹¹ Dans la lettre de mission des deux ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé qui mandate les professeurs Couraud et Pruvot pour conduire ces travaux, cet objectif de non allongement des durées d'études ou de qualifications figure très clairement.

¹² Voir annexes sur les sections du CNU.

généralistes au profit du dispositif hospitalier ; ce qui fait également débat¹³. Mais dans les faits, les internes qui suivent le DESC de médecine d'urgence, sont d'ores et déjà des médecins généralistes qui ne veulent pas se diriger vers la médecine libérale.

On notera aussi que, malgré le vif souci des concepteurs de la réforme de garder une vision de culture médicale transverse, plusieurs acteurs n'ont pas dissimulé leurs craintes d'un « *enfermement disciplinaire par filiarisation* » pour reprendre les termes d'un universitaire rencontré à l'occasion de cette mission.

La mission prend acte de ce risque dont elle ne disconvient pas. Sauf qu'elle observe que ce risque est plus lié à la complexification générale des sociétés et surtout des disciplines scientifiques en général qu'à la médecine elle-même. Le développement des « spécialités de niches » dans tous les domaines de l'université et dans toutes les disciplines est là pour l'illustrer à l'envi. La médecine n'est pas à l'abri de ce phénomène, ni plus ni moins que les autres.

La mission comprend enfin que cette filiarisation croissante, outre qu'elle est logique avec les orientations de cette réforme, présente aussi un immense avantage : celui de recentrer la formation de base vers la maîtrise du « premier recours » dans une discipline, sans apprentissage prématuré des « surspécialités » qui appartiennent, elles, bien plus à la médecine de deuxième recours. Cette question des surspécialités est d'une certaine façon abordée dans la contribution des professeurs Couraud et Pruvot qui proposent d'interdire le suivi obligatoire des diplômes universitaires (DU) ou des diplômes inter universitaires (DIU) pour se recentrer dans le DES sur le cœur de la formation.

1.4. Une nouvelle organisation des stages pour les internes

La conséquence obligée de cette volonté de réforme « métier » est de réorganiser le parcours des internes.

De ce point de vue, et d'aucuns y verront le cœur de cette réforme, une vision nouvelle de l'organisation des stages de troisième cycle des études médicales en trois phases est proposée :

- une première phase dite « socle » visant à prendre connaissance de la matière et estimée la plupart du temps à deux semestres ;
- une deuxième phase dite « d'approfondissement disciplinaire », avec des durées nécessairement différentes selon les filières, plutôt situées entre 4 et 6 semestres, à l'issue desquelles se soutiendra pour toutes les filières une thèse de médecine qui se fondera désormais en un seul document regroupant l'actuel mémoire de DES et l'actuelle thèse de doctorat¹⁴, communément appelée thèse d'exercice. La mission croit y percevoir l'esprit des diplômes d'études supérieures spécialisées (DESS) ancienne formule, alliant à la fois un côté pratique et métier et un souci de méthode et de recherche. Cette thèse de médecine nouvelle formule visera à sanctionner des connaissances et à détecter des compétences « métier » ;

¹³ On voudra bien à cet égard se référer à l'ouvrage « Permanence des soins et système des urgences en France » chez Berger Levraut / 2012 Patrice BLEMONT et Dr Christian FAVIER.

¹⁴ Article L. 632-4 du code de l'éducation : « Le diplôme d'État de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat [...] ».

- une troisième phase, appelée aujourd’hui phase de « mise en responsabilité », et que la mission – on le verra *infra* – préfère dénommer « phase d’autonomie supervisée », qui aura pour objet de fortifier, en le contrôlant via la délivrance du DES, un corpus de compétences décrit dans une maquette normalement aussi précise que possible et souhaitable.

La mission insiste sur ce qu’elle n’hésite pas à qualifier d’innovation car, en droite logique de l’orientation « métier » qu’ils cherchent à promouvoir, ces stages de phase 3 mettent en évidence le souci de maîtriser les compétences et non plus seulement les connaissances du métier de premier recours sur chaque spécialité. D’aucuns pourront regarder cette dichotomie comme artificielle et ils pourront parfois avoir raison. Mais l’intention est pourtant importante car très illustrative du projet pédagogique poursuivi par les concepteurs de la réforme. Encore aujourd’hui, la médecine se regarde et peut être regardée comme un art. Cette réforme lui rappelle qu’elle est aussi, voire parfois surtout, un ensemble de métiers très techniques supposant un solide corpus de compétences pour l’exercer.

1.5. La nécessité de maquettes pédagogiques robustes pour chacune des spécialités

Pour réaliser les ambitions ci-dessus décrites, chaque filière doit impérieusement pouvoir disposer d’une maquette pédagogique robuste sur laquelle « caler » un portfolio qui pourrait servir de support au contrôle des compétences. Ce contrôle, dont a vu *supra* qu’il est aujourd’hui insatisfaisant, devra pouvoir s’effectuer selon des modalités garantissant un minimum de confidentialité. Il s’agit là au premier chef du travail des collègues, des sociétés savantes et des sections compétentes du conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques (CNU santé).

Ces maquettes doivent être suffisamment précises pour appuyer un contrôle de compétences le moins subjectif possible pour l’interne. Par exemple, avec des objectifs quantifiés d’actes à accomplir en « première ou seconde main » pour garantir le savoir-faire. On a souvent coutume en ce domaine de contrôle des compétences d’évoquer les processus de certification des pilotes de ligne. Mais dans le même temps, il ne s’agit que d’un exemple dont on doit plus s’inspirer qu’imiter de méticuleuse façon ; tant il est vrai que, vu leurs dissemblances, les subdivisions auront aussi un besoin de souplesse et de dérogation pour donner corps aux ambitions très élevées de cette réforme.

Ceci posé, la mission observe que les cahiers des charges qui ont été distribués aux collègues¹⁵ pour produire ces maquettes traduisent beaucoup plus à ce stade la souplesse que la précision. Sans doute les arbitrages, sous l’égide des concepteurs de cette réforme, lors des prochains mois seront l’occasion de mieux préciser ces exigences que la mission juge essentielles. Ils traduiront toutefois un nécessaire compromis entre ambitions et possibilités réelles des subdivisions à exécuter les maquettes.

¹⁵ Voir annexes.

1.6. La réforme conforte la recherche et ne retranche rien des droits existants pour les internes

Les propositions des concepteurs de la réforme n'ont pas pour effet de retrancher quelque droit que ce soit qui existerait déjà dans le statut des internes en matière de recherche. Au contraire même, il conforte la possibilité de césure dans le déroulement du 3^{ème} cycle pour accomplir ce que les internes appellent « l'année recherche », dispositif prévu à l'article R.6153-11 du code de la santé publique. Par ailleurs, la réforme invite, par recommandation, à prévoir dès le 2^{ème} cycle pour les étudiants en médecine une initiation aux méthodes de recherche en santé.

En conséquence, rien dans ce texte ne porte atteinte à la recherche, surtout dans son acception clinique. La mission constate toutefois qu'une part importante de la qualité de cette recherche se jouera au moment où les étudiants soutiendront leur thèse de médecine. Ce sera au directeur de thèse de veiller à ce que l'aspect recherche ne soit pas négligé dans le travail des étudiants même si, centrés sur l'exercice le plus souvent et selon les disciplines, ces travaux seront sans doute plus proches de la recherche clinique que de la recherche fondamentale.

La mission n'aperçoit pas non plus de véritable changement par rapport à la situation actuelle en ce qui concerne ce qui est communément appelé « le droit au remord ». Celui-ci consiste pour un interne à changer de spécialité lorsqu'il réalise au cours de son parcours qu'il a fait fausse route. Cela dit ces questions sont peu fréquentes, bien que chronophages, tant pour les coordonnateurs de discipline que pour les doyens dont c'est un peu l'un des cœurs de métier.

De la même façon, la réforme n'indique pas de nouvelle voie pour résoudre les cas, souvent difficiles, d'étudiants qui sont en échec flagrant dans le cadre de leur parcours. Il en va de même de ces cas chaque année plus fréquents d'étudiants étrangers qui, par équivalence et dans le cadre du droit européen, s'inscrivent aux ECN et sortent donc pour certains d'entre eux très mal classés, puisque ne maîtrisant quasiment pas notre langue. Les nouvelles mesures n'auront pas pour effet ni d'améliorer la situation en ce domaine, ni de la dégrader.

Pour conclure ce point, la mission insiste sur le fait que cette réforme qui est au premier chef pédagogique n'a pas vocation à résoudre toutes les difficultés déjà existantes en tous les domaines des UFR de médecine. Elle observe toutefois suite à ses visites que des ambiguïtés et des confusions demeurent dans nombre d'esprits, d'où cette recommandation urgente :

Recommandation N°2 : La mission recommande d'entreprendre sans délai une action soutenue de communication dans les UFR de médecine et à destination de tous les acteurs concernés afin de mieux préciser quelles sont les intentions poursuivies et les résultats escomptés de cette réforme.

À cet égard, la mission fait observer qu'une mise en ligne rapide du présent rapport aurait un effet intéressant de contribution au débat. Surtout, cela permettrait, sans que les ministères s'engagent plus avant, de proposer une lecture pragmatique de cette réforme propre à lever nombre de doutes et d'ambiguïtés qui se développent, notamment auprès des internes sous-informés.

2. Impacts organisationnels et pratiques sur les subdivisions de médecine des universités

Cette réforme ambitieuse aura de nombreux impacts organisationnels sur les subdivisions de médecine et nécessite aussi, d'une certaine façon, un changement culturel pour approcher les parcours des étudiants de 3^{ème} cycle des études médicales.

Elle suppose une forte mobilisation de ressources en temps d'enseignement médical, une forte implication des professeurs de médecine coordonnateurs de discipline et une façon différente d'approcher les parcours des internes en révisant entièrement la politique des subdivisions dans l'agrément des stages pour effectuer un classement.

Elle suppose tout autant de se mobiliser pour être en capacité de répondre au défi posé, à savoir être prêt à faire entrer la réforme en application pour toutes les subdivisions dès la rentrée 2016.

2.1. Mobiliser du temps d'enseignement dans les subdivisions

La mission fait le constat que cette réforme sera consommatrice de temps d'enseignement médical. Comme les effectifs d'enseignants ne sont pas extensibles à l'infini, ce supplément d'enseignement forcera les subdivisions à se poser à nouveau la question de la répartition du temps d'enseignement médical disponible entre tous les cycles.

Les subdivisions seront sans doute aidées en cela par l'affirmation très forte des deux ministères concernés de ne pas faire varier le nombre global des chefs de clinique à la baisse. La mission conclut de cette orientation affichée que la volonté est de suivre les recommandations du rapport IGAS/IGAENR de 2010 sur le post-internat¹⁶ qui était de recentrer plus qu'ils ne le sont actuellement les chefs de clinique-assistants vers des tâches d'enseignement et de recherche.

Ce faisant, la mission déduit qu'il sera attendu de cette catégorie de bi-appartenant¹⁷ un engagement sans faille au profit d'un tutorat plus resserré vis-à-vis des internes, ceci quelle que soit la phase où les internes se trouvent dans l'accomplissement de leur parcours.

Toutefois, la mission fait observer que la montée en puissance de certaines filières aura sans doute pour effet, et même si le nombre global ne varie pas, que la répartition par discipline des chefs de clinique-assistants puisse être, à terme, différente de ce qu'elle est à ce jour.

2.2. Impliquer plus fortement les professeurs de médecine, coordonnateurs de discipline

L'esprit de la réforme conduit à une très forte implication des professeurs de médecine coordonnateurs prévus aux articles 7 et 8 de l'instruction du 22 septembre 2004 (op. cit.) et très probablement à un surcroît, au moins temporaire, de travail et d'investissement dans cette mission.

¹⁶ Ce rapport est publié à la documentation française / IGAS 088P – IGAENR 2010-046 Juin 2010.

¹⁷ Ce terme de « bi-appartenant » désigne les hospitalo-universitaires car ils sont à la fois professeurs ou maîtres de conférence et praticiens hospitaliers. À noter que les chefs de clinique sont considérés comme des hospitalo-universitaires.

Tout d'abord, c'est beaucoup grâce à leurs indications et leur implication que pourra s'effectuer le travail de « ré-étiquetage » des stages à la commission d'agrément placée sous la responsabilité du doyen (cf. *infra*, paragraphe 23). Au même moment, la mission a bien conscience que ce travail pourra d'autant plus facilement être conduit que les coordonnateurs de discipline disposeront de la maquette pédagogique révisée selon la nouvelle philosophie de cette réforme.

Recommandation N°3 : La mission recommande que les maquettes pédagogiques revues conformément aux nouvelles orientations pédagogiques de la réforme puissent être disponibles pour les facultés de médecine d'ici l'été 2015 afin d'être en capacité d'entreprendre les tâches matérielles qui en découlent.

Néanmoins, même si cette recommandation est pleinement satisfaite dans un terme raisonnable, la mission a conscience du délai malgré tout restreint pour accomplir un travail de qualité dans toutes les subdivisions et dans toutes les spécialités. Car pour la réussir, il ne suffit pas d'effectuer un simple travail d'orientation administrative des stages, mais aussi un véritable travail d'appropriation par les coordonnateurs et par tout le corps professoral des orientations pédagogiques de cette réforme. L'engagement des doyens sera à cet égard déterminant.

Ensuite, la mobilisation des coordonnateurs est à envisager en regard des exigences de parcours plus personnalisé de chaque interne dans une discipline. C'est ce qui devrait être le plus consommateur de temps pour les enseignants coordonnateurs. Une telle acception de parcours personnalisé de l'interne mieux encadré et mieux suivi et qui ressort de l'esprit de cette réforme ne permet plus de reproduire les exemples décrits en première partie de ce rapport. Il sera difficile d'envisager pour un étudiant d'accomplir toutes ses années d'internat sans avoir jamais rencontré son coordonnateur par exemple.

La suite logique de cette idée de parcours personnalisé est quasiment une forme de contractualisation du parcours de l'interne avec son coordonnateur qui comprendrait la fixation d'objectifs en regard des exigences de la maquette et des circonstances particulières des lieux de stage.

La mission comprend bien que, même aidés par une commission interrégionale prévue par le texte du 22 septembre 2004 (op. cit.), c'est demander beaucoup aux coordonnateurs, en tout état de cause plus que ce qu'une grande partie d'entre eux accomplit aujourd'hui. Sachant que ces professeurs de médecine, dont la mission ne peut excéder deux mandats de trois ans consécutifs, doivent aussi se concentrer sur une activité de recherche et sur une activité clinique qui leur permettent, par leur qualité, de conserver autorité sur leur discipline dans leur subdivision ou interrégion.

De même, la mission suppose que les subdivisions auront à cœur d'examiner comment une meilleure organisation interne et une plus forte implication de toute l'équipe enseignante de la composante médecine de l'université permettront aux coordonnateurs de mieux accomplir leur difficile mission, une fois enrichie des nouvelles orientations pédagogiques de la réforme.

Par exemple, la mission fait observer que la question des risques d'engorgement sur certains stages dit « charnières » demeure toujours posée. Pour être juste, cette question se pose déjà depuis longtemps, mais il ne semble pas que la réforme soit en capacité d'y apporter remède.

Les maquettes pédagogiques en cours d'arbitrage devraient reproduire certaines exigences passées qui imposent à un étudiant de faire au moins un stage, par exemple en réanimation médicale. Dans les spécialités très fournies en stages agréés, il n'y a pas de problème à cela. En revanche, dans des spécialités où ces services sont plus rares, comment résoudre le trop plein, sachant que les services ont d'abord mission de veiller sur les malades.

Même en intégrant un parcours plus individualisé des internes, il y aura des invariants qui devraient reproduire les « engorgements » qui s'observent aujourd'hui avec de trop grands effectifs d'internes à accueillir en même temps ; ce qui pose la question de savoir ce que ces praticiens en formation peuvent avoir vraiment l'opportunité d'apprendre avec trop peu d'encadrants. Cette difficulté ne saurait échoir aux seuls coordonnateurs, mais à toute l'équipe enseignante et aux doyens. Vu la rareté des moyens budgétaires disponibles, une augmentation des effectifs apparaît peu probable ; cela passe donc par un effort d'organisation.

2.3. Revoir entièrement la politique d'agrément des stages

On a déjà évoqué *supra* à propos du travail des coordonnateurs la nécessité de réexaminer entièrement la politique d'agrément des stages en fonction des orientations pédagogiques de la réforme et du découpage des stages en trois phases.

Ce réexamen passe naturellement et en premier lieu par un travail de repérage et « d'étalonnage » des stages par le coordonnateur et par la commission interrégionale de coordination visée à l'article 10 de l'instruction du 28 octobre 2004 (op. cit.). Mais il implique, au-delà, la commission d'agrément de subdivision prévue à l'arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. Cette commission est placée sous la présidence des doyens dans les subdivisions.

Le rôle de cette commission est de faire une proposition de choix à la commission régionale d'adéquation dont la responsabilité, qui était autrefois celle des préfets de région (DRASS), ressort aujourd'hui de la compétence des agences régionales de santé. Le terme adéquation signifie qu'il peut y avoir plus de stages à pourvoir que d'internes à affecter.

Cette commission dispose d'un rôle d'officialisation du choix pour les internes qui, même s'ils ne sont pas fonctionnaires, sont des agents publics de par leur statut. Les ARS qui ont une mission de répartition des ressources médicales pour satisfaire l'offre de soins la plus harmonieuse possible dans leur région lui assignent aussi une fonction de répartition de démographie médicale.

Cette procédure signifie que les commissions d'agrément de subdivision présidées par les doyens devront être en capacité de faire leurs propositions au plus tard au printemps 2016 aux commissions régionales d'adéquation. Avec cette incertitude sur la réforme territoriale en cours et le regroupement en treize régions métropolitaines qui pourraient impacter le fonctionnement et les compétences territoriales de ces commissions.

La commission d'adéquation devra marier ses exigences avec la philosophie nouvelle de la commission d'agrément, cette dernière faisant prospérer de façon renforcée une priorité pédagogique et pas un impératif d'aménagement du territoire. Reste que les commissions d'adéquation devraient continuer à être particulièrement vigilantes sur les stages en autonomie

supervisée en activité libérale pour les médecins généralistes du fait de l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler soit des « déserts médicaux », soit des « zones blanches ». C'est-à-dire des zones où l'on manque de professionnels de soins pour couvrir les besoins en santé des populations. Sans doute faudra-t-il trouver des compromis pour mieux réussir. Mais les acteurs de ces procédures y sont déjà fortement rompus.

Ceci dit, pour faire valoir des objectifs et des exigences pédagogiques qui sont le cœur de cette réforme vis à vis de partenaires aussi puissants, il faut disposer de documents tangibles et nationalement édictés pour les fonder sans contestation possible.

Recommandation N°4 : la mission recommande en sus des maquettes pédagogiques, de diffuser par discipline un portfolio dérivé des exigences de ces mêmes maquettes. L'effet attendu est de fonder non seulement une évaluation de qualité mais aussi un niveau de prérequis non susceptible d'être trop contesté par des demandes d'agrément qui ne seraient pas fondées sur la qualité pédagogique du lieu de stage.

La mission ne dissimulera pas toutefois que son appréciation sur la faisabilité dans un tel délai, celui de la rentrée 2016, d'un travail aussi fourni et délicat n'est pas absolument assurée. Mais pour peu que les maquettes pédagogiques soient rapidement disponibles et au vu des mobilisations des équipes enseignantes, un tel défi devrait en théorie pouvoir être relevé (Cf. *infra* chapitre 26 sur la question du calendrier de la réforme).

2.4. Faire passer la thèse de médecine à l'issue de la phase 2

L'une des contraintes forte imposée par la réforme pour les UFR de médecine sera d'être en capacité de pouvoir faire passer les thèses de médecine à l'issue de la phase 2, dite d'approfondissement de l'internat de spécialité.

Si on admet un début de mise en œuvre de la réforme à la rentrée 2016, les premières soutenances de thèses se tiendront en 2018 pour la médecine générale par exemple. Puis les dates s'échelonnent selon les disciplines et selon la durée des DES et des éventuelles exigences des maquettes jusqu'en 2020.

Aujourd'hui, la pratique est que l'Ordre des médecins donne un délai de trois ans supplémentaires au-delà de la validation du DES pour présenter sa thèse, avec une inscription provisoire à la clef. La thèse permet d'être définitivement inscrit et confirmé dans sa qualification. Les étudiants ne se privent pas pour profiter de ce délai et, par exemple, en médecine générale, moins de 20 % des étudiants ont présenté leur thèse à l'issue de leur DES.

Autant la mission croit réalisable un tel objectif pour des subdivisions bien pourvues en enseignants et pour certaines spécialités à faible effectif, autant elle considère comme une gageure le fait de pouvoir atteindre cet objectif dans de bonnes conditions dans nombre de spécialités.

En particulier, la mission en doute fortement pour ce qui est de la médecine générale. Le sous-encadrement de la filière dans nombre d'UFR de médecine est trop important pour qu'il puisse être comblé à date utile en regard des délais espérés pour la mise en place de la réforme, même en mobilisant des enseignants d'autres filières.

La mission prend en compte le fait que les nouvelles modalités de thèse impliqueront des efforts supplémentaires d'adaptation, tant des enseignants que des étudiants. Les doyens doivent réorganiser par exemple l'utilisation des ressources pédagogiques. Si cela s'effectue à moyens constants ou presque, cela demande du temps pour mettre en place de nouveaux usages sans brusquer de par trop les us et coutumes universitaires sur le très emblématique sujet de la thèse. Au surplus, les exigences « recherche » à appliquer pour un travail de qualité doivent être prises en compte pour le délai d'adaptation.

C'est la raison pour laquelle la mission propose, sur ce point précis de la soutenance de la thèse de médecine, d'aménager une période transitoire avec un délai d'adaptation dégressif dans le temps. Ainsi, les étudiants qui auraient à présenter selon les exigences nouvelles leur thèse en 2018 disposeraient d'un délai supplémentaire de trois ans pour le faire ; ceux qui auraient à soutenir en 2019 un délai supplémentaire de deux ans ; ceux qui auraient à soutenir en 2020 d'un délai supplémentaire de un an ; ceux qui auraient à soutenir en 2021 n'auraient pas de délai supplémentaire.

Recommandation N° 5 : La mission recommande que, selon un système dégressif dans le temps de délais supplémentaires, une période transitoire soit mise en place avec l'aval du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) afin de satisfaire à la nouvelle exigence de présenter la thèse à l'issue de la phase d'approfondissement de l'internat.

2.5. Trois précisions juridiques à apporter sur les internes de phase 3

2.5.1. Un danger de confusion juridique à écarter

Un danger de confusion juridique est de nature à perturber la bonne compréhension de ce que la réforme dénomme « phase de mise en responsabilité ». En effet, et on le verra *infra* en partie 3, cette appellation est de nature à être confondue avec d'autres voies possibles pour les internes.

La notion de « mise en responsabilité » ne recouvre pas que le fait d'offrir des possibilités à un interne chirurgien par exemple d'opérer comme opérateur principal, seul ou non dans un bloc opératoire. Or il existe une forte différence entre « être mis en responsabilité » qui suppose une responsabilité disciplinaire, civile et pénale plénière et « se voir confier des responsabilités » sous le contrôle direct d'un praticien de plein exercice qui suppose que c'est le superviseur qui assumera, au final, la responsabilité disciplinaire, civile et pénale des actes effectués par l'interne. C'est toute la différence qui existe entre une « délégation totale des tâches » impliquant le plein exercice et la « délégation supervisée des tâches » qui est mieux adaptée à un apprentissage pédagogique.

De plus, l'esprit de la réforme implique que les internes « mis en responsabilité » ne soient pas des praticiens de plein exercice mais des praticiens en formation. La réforme entend donc conserver aux internes toute la durée de leur internat un statut d'étudiant, y compris durant la phase dite « de mise en responsabilité ». C'est donc d'évidence cette seconde acception de responsabilité qu'il faut retenir. À cet égard s'ajouteraient, selon des interlocuteurs rencontrés par la mission, des questions de responsabilité dans les hôpitaux pour fixer le tableau des gardes, de responsabilité pour faute et sans faute, de responsabilité récursoire, de fautes détachables du service ou pas.

C'est la raison pour laquelle la mission constate que la médecine générale est en quelque sorte en avance sur la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales en dénommant le stage d'application des futurs médecins généralistes le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS).

Que font donc ces jeunes futurs généralistes lors de ce SASPAS ? Ils voient seuls des patients, peuvent porter un diagnostic et prescrire (ce que font aussi d'ailleurs déjà certains internes de spécialité dans les hôpitaux). Mais s'ils éprouvent le moindre doute et pour revoir des dossiers, ils peuvent se tourner vers un référent, praticien senior confirmé, en l'occurrence leur maître de stage, lequel « supervise » cette autonomie. C'est-à-dire qu'il offre une garantie à la fois à l'interne en stage s'agissant de sa responsabilité médicale en limitant cette dernière et une garantie aux malades qui ne sont pas des cobayes.

Instruit de cet exemple déjà utilisé dans toutes les subdivisions, la mission propose que les internes dans toute leurs phases de formation au sein du DES soient bien considérés comme des étudiants, même si certaines responsabilités que l'on souhaite leur confier en phase 3 de l'internat (et non pas LA responsabilité) les placent en situation d'autonomie, forcément supervisée si l'on suit l'esprit de cette réforme.

Recommandation N°6 : La mission recommande d'abandonner pour la phase 3 de l'internat le terme de « mis en responsabilité » et, afin de lever toute ambiguïté juridique de quelque nature que ce soit, propose que les internes soient, durant cette phase 3, appelés « praticiens en phase d'autonomie supervisée » (PPAS).

Cette façon de voir n'a pas pour effet, la mission le précise, d'enlever toute responsabilité aux internes. D'ailleurs, au sens premier du terme, en phase d'autonomie supervisée, un interne recevra des responsabilités croissantes en fonction de sa progression pédagogique. Sauf que rien d'automatique ne sera décidé à l'avance ; car c'est au responsable qui reçoit l'interne, de « fixer le curseur » pour chaque interne, en regard de l'intérêt des malades et en fonction des objectifs pédagogiques de la maquette et du rythme de progression de l'interne. C'est sous sa responsabilité qu'il peut exécuter des actes. De plus, si l'interne commet une faute caractérisée et personnelle, il continuera à l'assumer. En revanche, praticien en formation, supervisé par ses maîtres, il n'a pas à se soucier de la responsabilité générale médicale du service et peut se concentrer, l'esprit plus libre, sur ses apprentissages. Cette solution n'a rien d'infaisable puisque c'est, par exemple, exactement celle-là qui a déjà été choisie sous forme d'expérimentation et sur un fondement plus empirique que réglementaire au CHU de Nantes pour les « internes seniors »¹⁸ en anesthésie-réanimation.

La mission considère, de surcroît, qu'il est utile que le regard des équipes soignantes change sur la qualité de ces praticiens en phase d'autonomie supervisée (PPAS). Donner, comme il est ici suggéré, à ces internes une appellation différente n'est pas une simple astuce de présentation, mais une mesure à caractère symbolique.

Certes, ces jeunes praticiens ne sont pas encore de plein exercice, mais ils s'en approchent et les responsabilités qu'on leur confie dans le cadre de leur autonomie supervisée légitiment qu'on les distingue de ce fait.

¹⁸ Terme souvent utilisé pour désigner, hors de tout texte réglementaire, les internes en dernière année d'internat.

Cette distinction a forcément un impact statutaire impliquant de revaloriser le traitement des internes de phase 3 qui sera examiné en partie 3 du présent rapport.

2.5.2. Une difficulté de dénomination des stages à régler

Il existe un risque de rigidifier le dispositif. Il importe en effet de ne pas obérer l'esprit « métier » qui est celui de la réforme, et donc permettre la meilleure circulation possible pour les stages entre activités « métier ».

Par exemple, il est logique d'envisager des stages en ambulatoire pour des spécialités comme la médecine générale bien évidemment, mais aussi la gynécologie médicale, la pédiatrie, la psychiatrie, ainsi que d'autres spécialités dont une grande partie de l'activité a pour cœur la médecine de ville.

C'est ce pourquoi la mission considère qu'il faut parler à l'occasion des stages « d'activités métier » et non pas de « services » ; car ne pas envisager les choses ainsi impliquerait un trop plein « d'hospitalo-centrisme » dans la mesure où les textes s'ils employaient le mot « services » verrouilleraient par une dénomination de ce type bien trop les possibilités de stage pour les internes. Ce serait même contraire à l'esprit de la loi du 13 août 2004¹⁹ visant à se recentrer sur le parcours de soins du malade et, d'une façon générale, aux efforts de santé publique tels que les rappelle la recommandation de la Haute autorité en santé (HAS) du 15 mai 2012. C'est la qualité pédagogique qui doit primer et non le statut juridique de la structure d'accueil.

La mission fait également observer que sur certaines spécialités et dans certaines subdivisions, à commencer par la chirurgie, une grande part des activités se réalise au sein des cliniques privées. Se priver de telles possibilités pour des lieux de stage qui seraient volontaires serait bien étrange en regard des objectifs de meilleure qualité des soins pour les malades.

Recommandation N°7 : la mission recommande que lors de l'élaboration des textes par les services des ministères les termes « lieux de stage » et « praticiens-maîtres de stage » soient privilégiés par rapport au terme de « services ».

Outre le respect de l'esprit de la réforme, la mission estime que cette recommandation aura aussi pour effet d'augmenter la souplesse d'emploi du dispositif pour les coordonnateurs de discipline.

2.5.3. Une ambiguïté sur les internes de phase 1 et 2 est à lever

La mission a senti poindre au cours de ses visites et audiences une ambiguïté sur les internes de phase 1 et 2 qui mérite d'être levée.

Du fait du fort tropisme porté dans la réforme sur la phase 3 de l'internat, d'aucuns commenceraient facilement à lire cette réforme comme un déport des activités de soins vers la phase 3, transformant ainsi les internes de phase 1 et 2 pour paraphraser Raymond Aron, non pas comme « des spectateurs engagés », mais, dans leur esprit, comme une sorte de « contemplatifs ».

La mission considère qu'il n'en est rien et que cette vision correspond à une lecture erronée de cette réforme.

¹⁹ Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, renforcée par l'article L162-5-3 du code de la santé publique issu de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (dite Loi HPST).

Au contraire, l'étagement plus précis des stages en phases permet une détection des talents et des compétences qui ne peuvent qu'encourager à prendre l'initiative. Surtout si les chefs de clinique-assistants jouent bien, comme il est espéré, leur rôle du tutorat. Les internes de tous niveaux ont toujours participé aux soins, et ils disposent d'un tableau de garde ad hoc. Bref, il n'y a aucun changement à cela du fait de cette réforme.

2.6. Être en capacité d'être prêt à la rentrée 2016

La mission rappelle la nécessité de disposer de maquettes pédagogiques robustes et précises pour donner un sens à la réforme. C'est une condition très forte pour la réussite de cette réforme.

Depuis la mise en place de la CNIPI, de très nombreuses consultations, concertations, échanges ont eu lieu. La mission a pu d'ailleurs disposer de sources assez abondantes sur ce point. Soutenir que cette réforme se ferait sans concertation ou serait imposée de façon technocratique serait très difficile à soutenir de bonne foi.

Beaucoup de professionnels qui ont partagé les constats des réflexions de feu la CNIPI pensent donc qu'aujourd'hui est venu le moment de trancher et de se lancer. Pour ce faire, la date de la rentrée 2016 a souvent été évoquée. Par ailleurs, la France n'est pas en avance, et d'autres nations en Europe (telle l'Allemagne) ont conduit des réformes dont bien des principes sont identiques aux orientations du rapport Couraud/Pruvot.

La mission ne dissimulera pas que sa conviction la conduit à considérer le travail à accomplir comme encore très important, et que nombre de subdivisions seront à la peine. Mais elle fait ce constat qu'il importe à un moment donné de choisir une échéance, surtout de la coordonner avec le reste des efforts accomplis pour rénover tout le cycle des études médicales. Une réforme du deuxième cycle est en cours. Elle devrait se conclure par la mise en place volontariste de modalités innovantes lors des ECN de 2016.

Recommandation N° 8 : La mission recommande à ce stade de ses investigations de maintenir la rentrée 2016 comme objectif pour mettre en œuvre la réforme du troisième cycle des études médicales.

3. Impacts organisationnels et pratiques sur le système hospitalier comme de soins, et impacts statutaires à prévoir pour les internes

Cette réforme du troisième cycle des études médicales aura également des impacts surtout dans les organisations hospitalières, que ce soit à l'hôpital universitaire ou général mais aussi sur les activités de soins en cliniques privées ou à l'hôpital.

Parmi les points de confusion, la mission observe que cette réforme est strictement limitée aux étudiants du troisième cycle des études médicales. Elle ne vise en rien l'aval du DES, c'est-à-dire le post-internat, et n'a aucune prétention à le changer.

Mais cette réforme qui va renforcer le rôle des internes de phase 3 que la mission a proposé *supra* de dénommer « autonomie supervisée » ne peut être effectuée sans qu'une juste rétribution de leurs efforts soit envisagée. C'est la raison pour laquelle la mission proposera *infra* un aménagement

statutaire visant à satisfaire cet objectif. Cet aménagement sera aussi l'occasion de faire une mise au point sur certaines bases juridiques et d'empêcher la confusion de s'installer avec d'autres possibilités pour les internes.

De ce fait, cette réforme aura nécessairement un coût de montée en charge, certes raisonnable et étalé sur le temps, mais un coût quoi qu'il en soit. La mission s'est attachée à le faire chiffrer par les services selon les indications qu'elle a données. Il s'agit donc d'une estimation et d'une proposition qui peut servir le cas échéant de base de travail pour les ministères qui auront à rendre les arbitrages définitifs en ce domaine.

En revanche et si l'esprit de la réforme est respecté, la mission n'aperçoit aucune raison pour modifier quoi que ce soit s'agissant des assistants des hôpitaux généraux. De même, la mission ne croit pas utile de changer, du fait de cette réforme, les conditions d'accès au secteur 2 pour les jeunes praticiens, sachant que cet aspect ne relève que de la politique conventionnelle de l'assurance maladie de toutes les façons.

3.1. Les raisons d'une amélioration statutaire et les bases pour la conduire

Après avoir expliqué ce pourquoi il est indispensable d'envisager une amélioration statutaire pour les internes de phase 3 en autonomie supervisée, la mission se propose de préciser selon quelles bases juridiques.

3.1.1. Les raisons d'une amélioration statutaire

La mission, après toutes ses consultations, ne croit pas possible la mise en place de cette réforme sans qu'une modification statutaire ne vienne sanctionner l'effort supplémentaire des internes dans la phase d'autonomie supervisée.

Ceci est particulièrement vrai pour l'internat de chirurgie. En effet, à l'heure actuelle, les internes en chirurgie ne valident pas leur formation à l'issue du DESC II de chirurgie qui dure cinq ans. Ils doivent impérieusement prolonger de deux ans cette formation sur un statut contractuel de post internat. Ce qui veut dire qu'il faut sept ans d'études pour être qualifié en chirurgie d'organe. Pour ce faire, les plus chanceux d'entre eux sont choisis pour ces deux ans comme chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ; les moins chanceux doivent effectuer cette période en qualité d'assistant des hôpitaux généraux ou d'assistant partagé entre CHU et CH.

Si l'on transforme le DESC II de chirurgie en DES d'une durée de six ans comme la réforme le préconise, on comprend bien que les jeunes chirurgiens vont redouter d'être déqualifiés par rapport à la situation actuelle et servir de « main d'œuvre à bon marché » comme on peut le lire sur les blogs télématiques consacrés à ces sujets, au moins pour la sixième année de l'internat puisqu'ils se retrouvent encore étudiant interne dans le nouveau dispositif, alors qu'ils étaient praticiens senior dans l'ancien (chefs de clinique ou assistants).

C'est la raison pour laquelle, et quelle que soit la spécialité, la ou les années d'autonomie supervisée (selon les spécialités) devront être rémunérées différemment et avec un avantage visible comparé à l'actuel statut des internes. Rappelons en effet que le statut des internes est unifié pour toutes les disciplines issues des ECN, et que par conséquent le principe d'égalité force à accorder à tous les

internes les avantages concédés, même s'ils le sont en regard de contraintes plus situées dans une spécialité que dans d'autres.

3.1.2. Les bases juridiques pour opérer une modification

Disons-le d'emblée et tout net, cette base juridique existe et elle est législative : il s'agit de l'article L 4111-1-1 du code de la santé publique créé par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011. L'existence de cet article est une excellente opportunité car elle permettrait, en suivant les recommandations *infra* de la mission, de se cantonner à un chantier réglementaire pour l'effectuer.

Citons cet article in extenso :

« Dans le cadre de leur formation et par dérogation au 1° de l'article L.4111-1 peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France et remplissant des conditions déterminées par décret en conseil d'Etat et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés ».

Dans ce cadre, plusieurs solutions sont possibles :

- créer purement et simplement un nouveau statut pour les internes de phase 3 ;
- déclarer que cette phase 3 de l'internat se fera selon le statut des chefs de clinique ou des assistants ;
- aménager une position particulière dans l'actuel statut des internes ce qui reste pour cette dernière solution, on le rappelle, de la seule sphère réglementaire.

La mission ne croit pas pouvoir suggérer la solution qui consisterait à créer un nouveau statut parmi la forêt de statuts déjà existants à l'hôpital. Les malades ont déjà bien du mal à s'y retrouver et pas seulement eux d'ailleurs. Il faut aussi constater que créer un nouveau statut à l'heure où le gouvernement essaie dans ses efforts de simplification d'en limiter précisément le nombre ne serait pas forcément très heureux.

Se pourrait-il alors que cette période d'internat d'autonomie supervisée puisse s'effectuer sous le statut des chefs de clinique ou sous celui des assistants ? Sur le fondement de la base législative ci-dessus, en théorie cette solution n'est pas totalement impossible.

En effet, l'article L.4111-1-1 est utilisé pour fonder la mise en place juridiquement plus robuste de licences de remplacement qui sont délivrées aux internes volontaires en vertu de l'article L.4131-2 du code de la santé publique lorsqu'ils ont dépassé les 2/3 de leur cursus en moyenne et selon un texte réglementaire d'application pris par décret en conseil d'État²⁰. Ces licences de remplacement donnent pour un lieu donné et sur une liste d'actes déterminés à l'avance la capacité à un interne d'avoir la plénitude de l'exercice de la médecine.

D'aucuns alors, en particulier un syndicat de jeunes chirurgiens, plaident pour que, à l'imitation de ces licences de remplacement, les internes de phase 3 soient des chefs de clinique. Non sans adresse,

²⁰ Voir annexes sur la fréquence et la répartition de ces licences en 2013.

ils font observer que cette solution, certes plus coûteuse, aurait néanmoins pour mérite de rendre plus rapidement disponibles les praticiens pour les malades. Les jeunes chirurgiens arguent de ce fait que nombre d'entre eux, une fois terminé le DES, iraient directement exercer au lieu, comme aujourd'hui, de faire un post-internat. Certes, mais ces statuts de post-internat pour la phase 3 leur permettraient d'avoir accès ipso facto au secteur conventionné à honoraires libres, dit secteur 2 de l'assurance maladie²¹, leur conférant de façon automatique une autorisation de dépassement significatif des tarifs pour ces praticiens, notamment de chirurgie, et tout ceci dans le cadre de la politique conventionnelle entre l'assurance maladies et de ses partenaires des syndicats de praticiens libéraux.

La mission entend bien tous ces arguments, mais ils n'emportent toutefois pas sa conviction.

En effet, si on suivait d'emblée cette solution, l'esprit même de la réforme serait lourdement altéré, car le cœur de sa philosophie est bien de considérer les internes, même en phase d'autonomie supervisée, comme des praticiens en formation, sans plénitude d'exercice de la médecine, avec les conséquences en termes de responsabilité évoqués *supra*. Accepter cette solution reviendrait donc de facto à raccourcir les durées de formation, même si cela baisserait certains délais pour la qualification, et généraliserait un post-internat pour assurer la qualification. C'est-à-dire à peu près exactement le contraire de ce que voudrait faire la réforme.

D'autant que raccourcir les durées de formation est un exercice des plus compliqués. Outre le fait que les professeurs Couraud et Pruvot ont reçu mission de ne pas les allonger, la mission constate avoir rencontré au cours de ses visites une solide majorité de professeurs de médecine expliquant fortement que la durée impartie pour apprendre leur discipline est bien trop courte et qu'il faudrait l'allonger ! Si on ajoute à cela la raréfaction du temps disponible pour les internes avec la réforme, actuellement en cours, du repos de sécurité²², la mission ne voit guère comment restreindre les temps de formation qui vont de facto se contracter.

Ensuite, s'agissant du rapprochement opéré par plusieurs acteurs entre licence de remplacement et semestres du DES, la mission observe qu'il y a une différence de nature entre les deux : la première s'effectue sur le fondement du seul volontariat, les seconds sont obligatoires comme parties intégrantes d'un cursus de formation avec une évaluation pédagogique à la clef. Les licences de remplacement correspondent à un besoin de santé publique temporaire et ne poursuivent aucun objectif pédagogique en tant que tel. Elles n'ont aucune raison d'être impactées par la réforme et ne sauraient, puisque sans supervision pédagogique et à la différence des semestres du DES, servir de périodes d'équivalence pour valider une partie du DES. Faute de quoi, la mission fait observer que l'esprit de la réforme s'en trouverait fortement affecté.

Mais il convient de noter que ce n'est pas totalement illogique de l'envisager ainsi, puisque « qui peut le plus peut le moins ». La mission estime que cette piste pourra le cas échéant être explorée

²¹ Cf. *infra* partie 35.

²² Le repos de sécurité est une notion assez complexe qui force à un repos obligatoire sans implication dans les soins après une certaine durée de travail. Ce qui implique que l'on peut faire des activités à l'hôpital ; mais pas des soins. Il est déjà appliqué pour les praticiens seniors qui ne sont pas universitaires sous forme de repos total au sens du droit européen (c'est-à-dire aucune activité), depuis la mise en place de la réduction du temps de travail initiée par les lois Aubry. Les hospitalo-universitaires n'avaient pas souhaité être intégrés à ce dispositif en 2001. La mission ne peut aller plus avant dans ses appréciations puisque tous les arbitrages d'application de cette mesure pour les internes ne semblent pas définitifs au moment de la rédaction du présent rapport.

ultérieurement. Elle accroîtrait inutilement, pour le présent, la confusion pour quelques modalités d'équivalence qui seraient âprement définies.

Enfin, la mission constate qu'il y aurait là un quasi détournement de procédure par rapport à la politique conventionnelle de l'assurance maladie qui, seule avec ses partenaires, peut déterminer les conditions d'octroi du secteur 2²³ aux praticiens et ce, dans le cadre des textes qui l'encadrent. Que ce soit sous forme d'un recours direct près le Conseil d'Etat ou ensuite par voie d'exception d'illégalité, la mission redoute un risque contentieux et éprouve un doute des plus sérieux sur la robustesse juridique d'une telle orientation.

Recommandation N° 9 : La mission recommande, pour permettre une évolution positive des émoluments perçus par les internes placés dans la phase d'autonomie supervisée d'aménager l'actuel statut des internes sans création d'aucune sorte d'un nouveau statut ou l'utilisation d'un statut déjà existant dans les hôpitaux.

3.2. Comment aménager l'actuel statut des internes pour appliquer la réforme du troisième cycle des études médicales ?

Si la mission, comme elle l'a indiqué *supra*, n'est pas en faveur d'un nouveau statut et qu'elle propose d'aménager celui existant, elle n'en demeure pas moins sensible à plusieurs facteurs déterminant pour faire réussir cet aménagement.

En premier lieu, il est important de ne pas négliger l'étagement nécessaire des rémunérations entre le statut d'interne et celui d'assistant. En effet, le statut d'assistant perdurera, en complément du statut de chef de clinique, à la fois comme support juridique pour l'obtention d'une « surspécialité », mais aussi comme une des conditions préalables pour l'accès au secteur 2 (cf. *infra*).

En outre, le statut d'assistant constitue, autant un instrument d'attractivité pour les établissements hospitaliers généraux, que pour les jeunes praticiens qualifiés. Ces derniers sont en effet encore en attente d'installation et trouvent en ce statut un excellent et utile moyen de transition dans leur carrière. De toutes les façons, il existe un décalage calendaire entre l'obtention du DES et le passage du concours de praticien hospitalier qui, en l'état actuel des choses, force un jeune praticien à cette solution.

Dès lors, la rémunération du praticien en autonomie supervisée, quel que soit le nombre d'années d'études préalables doit s'approcher de celle de l'assistant sans la dépasser, ce qui empêcherait sinon toute progression de rémunération à l'issue du DES.

Du point de vue individuel, la rémunération supplémentaire pour un interne/praticien en autonomie supervisée provient :

- de la différence entre les émoluments de base d'un assistant et la rémunération qu'il touche actuellement dans l'année d'études où il entrerait dans la phase d'autonomie supervisée ;

²³ Cf *infra* partie 35.

- de la rémunération des gardes qu'il effectuerait pendant sa phase d'autonomie supervisée indemnisées comme un senior, dès lors qu'il est inscrit sur le tableau de garde seniors.

Par rapport à la situation actuelle, les simulations opérées par la DGOS sur la suggestion de la mission conduiraient à une progression des émoluments des internes / praticiens en autonomie supervisée ainsi qu'il suit :

- pour les DES en 3 ans : + 380 € net / mois pendant les six derniers mois de la 3^{ème} année ;
- pour les DES en 4 ans : + 290 € net / mois en 4^{ème} année ;
- pour les DES en 5 ou 6 ans = + 155 € net / mois en 5^{ème} et 6^{ème} année.

Outre l'équivalent de la rémunération d'un assistant, l'interne / praticien en autonomie supervisée, sera indemnisé, pour ses gardes, dès lors qu'il prendra des gardes sur les tableaux des seniors à hauteur de l'indemnisation des gardes seniors, soit une indemnité de sujétion (IS) de 264 € brut/garde au lieu de 119 € brut/garde d'interne.

En prenant l'hypothèse des obligations de gardes de l'interne (une garde / semaine et une garde de week-end / mois), ceci conduirait à une progression nette globale de rémunération comprise entre 792 euros et 928 euros par mois.

Enfin, pour les DES en 6 ans, par rapport à la situation actuelle où la 5^{ème} année est rémunérée en tant qu'interne de 5^{ème} année et la 6^{ème} année comme un assistant 1^{er} échelon avec indemnité de service public exclusif mise en place d'ici 2018, la rémunération du praticien en autonomie supervisée dès le début de la 5^{ème} année amènerait à l'équivalent d'une progression de la rémunération de 229 € net par mois sur deux ans.

Recommandation N°10 : La mission recommande de fixer le traitement des internes / praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui des assistants des hôpitaux 1^{er} échelon (hors indemnité d'engagement de service public exclusif) ce qui permet de sauvegarder l'étagement des rémunérations entre les deux statuts.

En second lieu, il faut pouvoir proposer un exercice plein et entier de premier recours dans la discipline dans les centres hospitaliers pour ceux qui souhaiteraient commencer leur exercice professionnel à l'issue du DES. Rappelons qu'un des objectifs ouvertement affichés de la réforme est de pouvoir disposer plus rapidement de professionnels formés au bénéfice des malades. Ceci suppose de faire évoluer le calendrier et les modalités du concours de praticien hospitalier.

Recommandation N° 11 : La mission recommande de revoir le calendrier du concours de praticien hospitalier afin que les modalités permettent soit d'en anticiper le passage lors de la dernière année du DES, soit d'enchaîner ce concours dès l'issue du DES.

Les effets attendus de la réforme sont une densification de la formation et un recentrage sur le premier recours, et au final, une meilleure formation des praticiens. On peut supposer que ces derniers maîtriseront mieux qu'aujourd'hui leur médecine, surtout s'ils viennent juste de terminer leur parcours. C'est pourquoi les modalités du concours de PH doivent être adaptées afin d'éviter de leur faire passer des épreuves qui seraient une claire et coûteuse redondance avec celles du DES qu'ils viennent de valider.

Recommandation N° 12 : la mission recommande de modifier les conditions de passage du concours pour les titulaires du nouveau DES sur le modèle du concours de type 1 (examen sur dossier avec l'équivalent d'un entretien de recrutement dans le corps des praticiens hospitaliers) de façon à favoriser l'attractivité des recrutements dans les CH.

3.3. Quels sont les impacts budgétaires et sur la production des soins de cette réforme

3.3.1. Impact sur la production de soins

La mission considère que cette question est très dépendante de la répartition des agréments de stage selon leurs phases, notamment entre CHU et CHG. En l'absence d'un système de comptabilité analytique suffisamment robuste dans tous les établissements concernés pour analyser les composantes de coûts dans la production des soins, la mission a été obligée de procéder à une estimation.

Ainsi en CHU, sachant que les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) indemnisent déjà le manque à gagner en CHU du fait des charges d'enseignement, les choses pourraient s'équilibrer : des chefs de clinique plus concentrés sur le tutorat des internes pourraient voir leur rendement légèrement baisser ; alors que celui des PPAS augmenterait au contraire. En outre, la continuité des soins en établissement sera facilitée si on « séniorise » les gardes des internes en « autonomie supervisée ».

3.3.2. Estimation du surcoût global de la réforme

Au plan de la méthode, la mission a fait effectuer les chiffrages *infra* selon indications par la DGOS et suite à des discussions avec les fonctionnaires en charge de suivre ces questions. Ces demandes de chiffrages se sont fondées sur les consultations de la mission avec les acteurs concernés par la réforme afin de mieux appréhender les demandes et les crispations possibles.

La mission en déduit que la réforme a un coût à moyen terme, même s'il est modéré, étalé dans le temps et « provisionnable », et selon les éléments suivants :

- du fait des revalorisations du statut des internes en phase 3 ;
- du fait de la séniorisation des gardes doublées d'une astreinte de sécurité ;
- du fait du recrutement de nouveaux maîtres de stage en ambulatoire.

En premier lieu, la réforme envisagée vise à attribuer à un interne en phase de mise en autonomie supervisée une rémunération de base identique à celle d'un assistant. Rappelons en effet que le passage du DES en six ans pour la chirurgie au lieu du DESC II actuel complété par un clinicat ou un assistantat de deux ans, dans les faits obligatoires pour valider sa qualification à l'Ordre des médecins, expose les internes de la 2^{ème} année de la phase 3 du DES nouvelle formule à une perte par rapport à l'existant.

Comme le statut d'interne est unique pour toutes les spécialités, la réglementation impose d'offrir les mêmes avantages en phase d'autonomie supervisée à tous les internes quelle que soit leur spécialité.

C'est pourquoi le surcoût de la réforme pourrait, sur ces bases, s'élever à 40 millions d'euros en année pleine par génération d'internes, à partir de 2022, le dispositif entier montant en charge progressivement à partir de 2019 si la réforme débute en 2016.

3.3.3. Méthodes de calcul des surcoûts de la réforme

Cette estimation de 40 millions d'euros mérite d'être précisée. Le surcoût de la réforme se calcule par différence :

- entre la rémunération d'un assistant augmentée des majorations, logement, nourriture, qui sont supposées versées en autonomie supervisée dans la continuité des deux premières phases et hors indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) ;
- et la rémunération actuellement perçue par un interne en fonction de son degré d'avancement dans ses études.

Dans cette proposition, il subsiste une différence de rémunération de 400 euros entre les internes de phase 3 et les assistants, ce qui correspond au montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) versée aux seuls assistants.

Les internes, en fonction de leur DES, vont entrer dans la phase d'autonomie supervisée dans des années différentes d'internat. Le tableau *infra*, construit en fonction des hypothèses actuelles de déroulement des phases du troisième cycle (selon leurs durées respectives pour chaque DES) et des effectifs correspondants, présente le nombre d'internes (en ETP) en autonomie supervisée selon leur année d'internat.

Effectifs d'internes en autonomie supervisée selon leur année d'études (source DGOS)

	Effectifs	Déroulement du cursus (phases)					
2,5 + 0,5 PPAS	3575	1	2	1788 (=3575 sur 6 mois)			
3 + 1 PPAS	2577	1	2	3	2577		
3 + 2 PPAS	460	1	2	3	460	460	
4 + 1 PPAS	929	1	2	3	4	929	
4 + 2 PPAS	414	1	2	3	4	414	414
5 + 1 PPAS	142	1	2	3	4	5	142
ETP d'internes en PPAS	7183			1788	3037	1803	556
TOTAL des internes	8097						

Ainsi, pendant une année complète, 1 788 internes seront en PPAS en 3^{ème} année (3 575 sur six mois donc 1 788 en ETP), 3 037 en PPAS en 4^{ème} année, 1 803 en PPAS en 5^{ème} année et 556 en PPAS en 6^{ème} année pour un effectif total de **7 183 ETP**.

La rémunération moyenne pondérée s'établit à 41 343 € brut annuel chargé.

Si on faisait bénéficier l'interne en PPAS de la rémunération d'un assistant sans renoncer au bénéfice de la majoration nourriture et logement, le salaire brut chargé annuel serait de 47 005 €.

Le coût de l'augmentation de la rémunération et donc de la réforme est de :

- 47 005 - 41 343 = 5 662 € par interne, soit sur le nombre total d'internes concernés **40,670 M€**.

Pour faciliter l'ouverture de nouveaux terrains de stage en ambulatoire, il sera nécessaire en outre de continuer à financer à 100 % ces stages ambulatoires de phase 3 réalisés par les internes.

La rémunération des gardes et astreintes des internes en autonomie supervisée est neutre pour le calcul du surcoût global. On peut en effet considérer que les gardes de seniors assurées par les internes de phase 3, rémunérés pour ce faire au même tarif que pour les seniors, sont déjà financées au titre de la permanence des soins. En effet, dans la phase 3, ils entrent dans le tour de garde des seniors, qui est déjà organisé et financé, alors qu'ils sont sur le tableau de garde des internes en phase 1 et 2.

Toutefois, pour assurer au sens de la réforme la supervision des internes de phase 3 pendant la permanence des soins, il faudra parfois organiser l'équivalent d'une astreinte de sécurité effectuée par un praticien senior de la spécialité si aucun d'entre eux n'est sur place pendant la garde de cet interne. Il ne s'agirait pas de créer une ligne d'astreinte supplémentaire, mais uniquement de l'organiser quand elle n'existe pas et quand la garde est prise par l'interne de phase 3. Le coût d'une ligne d'astreinte de sécurité s'élève à 30 000 euros annuels. Si on fait l'hypothèse que celle-ci serait activée un jour sur 7 (la garde de senior étant assurée une fois par semaine par un interne de phase 3), cela amènerait à un coût de 4 500 euros par an et par ligne de garde

Il est toutefois difficile d'en estimer un montant au niveau national car cela renvoie à l'organisation globale de la permanence des soins dans chaque établissement.

Enfin, le recrutement de nouveaux maîtres de stage ambulatoire devra continuer à être développé. Le surcoût lié à la montée en charge des terrains de stage en ambulatoire (rémunération des maîtres de stage, 600 €/mois/interne) n'est toutefois pas directement lié à la réforme et il se serait même produit sans la réforme. Cela dit, si l'orientation « métier » est réussie, cela impliquera l'extension de cette logique à plusieurs autres spécialités, comme la pédiatrie ou la cardiologie, d'où un léger surcoût.

Cette réforme peut aussi avoir des répercussions sur la question de la qualification et sur celle des inscriptions à l'ordre, avec d'éventuelles implications du droit européen dans ces procédures.

3.4. La reconnaissance des qualifications et les questions de droit européen

3.4.1. La question des qualifications

L'un des points de confusion qu'il importe à la mission de lever est celui qui porte sur les qualifications. À plusieurs reprises la mission a entendu que finalement le DES deviendrait qualifiant de par la réforme. Ce n'est pas exactement ainsi que la question se pose. Le DES est une condition nécessaire pour obtenir la qualification. Ce n'est pas une condition suffisante.

De par la loi, c'est l'ordre des médecins qui qualifie. C'est ainsi que l'Ordre peut être conduit à refuser une qualification à un praticien, quand bien même celui-ci aurait obtenu son DES. C'est déjà le cas aujourd'hui, et la réforme n'a pas pour effet de changer cela.

Certes, il ne peut s'agir que d'exceptions et de tels refus sont d'évidence placés sous le contrôle du juge administratif.

En revanche, si l'esprit de la réforme est vraiment appliqué, c'est-à-dire si le contenu des maquettes et l'exécution du portfolio garantissent bien un contenu de formation des plus robustes, la mission en déduit que le contrôle de l'Ordre des médecins n'en sera que facilité et plus fluide.

3.4.2. Quel impact du passage de la thèse en fin de phase 2 sur l'inscription à l'Ordre des médecins ?

La mission s'interroge sur un des aspects de la réforme qui est le passage de la thèse en fin de phase 2 de l'internat.

Dès lors qu'ils auront soutenu leur thèse, ne peut-on pas en déduire que les jeunes praticiens devraient être inscrits à l'Ordre des médecins ? En pareil cas, comment empêcher qu'ils ne soient praticiens de plein exercice et, qu'à l'imitation de ce qui est déjà le cas pour les ECN, des praticiens à diplôme étrangers communautaires ne viennent s'inscrire en phase 3 de l'internat sans avoir passé les ECN ?

À la première question la mission estime devoir répondre que l'esprit de la réforme conduit à regarder cette thèse qui est le condensé, on l'a vu en partie 1 de ce rapport, de l'ancien mémoire de DES et de la thèse d'exercice, comme une simple obligation du DES, qu'elle en est partie intégrante donc et non détachable d'un tout pédagogique. Que, ce faisant, s'inscrire à l'ordre suppose de le fonder sur le seul DES qui offre la possibilité d'être qualifié dans sa spécialité. C'est du fait de cette déduction logique que certains praticiens ont pensé que le DES était directement qualifiant.

Mais on le pressent, la question continuera à être posée. Et la réponse n'est pas évidente. Sans doute, la réponse devrait-elle être prévue par les textes d'application lorsque les services auront à régler cette question, en lien avec l'Ordre national des médecins.

Les services devront vérifier aussi si les questions de droit européen ne viennent pas perturber la construction juridique ci-dessus exposée. Personne n'avait vraiment envisagé, par exemple, l'usage que font des ECN certains jeunes praticiens étrangers en s'y inscrivant malgré leur méconnaissance de notre langue. Ne doit-on pas, de ce fait, s'assurer s'il serait possible de procéder à une inscription

en phase 3 de l'internat de jeunes praticiens qui auraient soutenu leur thèse dans un pays européen ?

Certes, l'organisation de la santé relève de la subsidiarité dans le traité, et donc relève de la compétence des **États**. Toutefois, notre pays est lié au niveau européen par des textes de reconnaissance mutuelle des diplômes et des cursus. La mission n'a eu ni le temps vu les délais qui lui ont été impartis, ni les moyens d'investiguer dans cette direction et ses craintes pourraient s'avérer infondées. Elle suggère toutefois aux directions juridiques compétentes de les vérifier soigneusement.

Recommandation N° 13 : La mission recommande que les services des ministères opèrent une méticuleuse vérification des impacts de cette réforme sur les questions de droit européen et de reconnaissance mutuelle des diplômes.

3.5. La difficile question du secteur 2 pour les praticiens

La lettre de mission demande s'il ne faudrait pas revoir les conditions d'accès au secteur 2 en fonction de critères d'activités et clairement vise la période de phase 3 de l'internat nouvelle formule. Pour des raisons qui tiennent au fait que ce sujet est un peu polymorphe, il a été déjà abordé supra et à plusieurs reprises dans ce rapport **par petites touches incidentes**. La mission observe que l'esprit de la réforme conduit à examiner tout le cursus de l'internat dans ses **trois** phases sous le statut d'étudiant, même si certains jeunes praticiens en formation en effet sont au bord de l'exercice plénier. En conséquence de quoi, la mission aperçoit mal comment fonder des critères d'activité sur des actes pédagogiques ouvrant validation pour la seule formation.

Il faudrait alors imaginer ceux des actes pratiqués en situation d'autonomie supervisée qui pourraient se détacher du pédagogique et de l'apprentissage pour constituer un corpus d'actes précis. Celui-ci servirait alors de fondement à un critère d'activité validant, ce qui est juridiquement bien périlleux. La mission comprend bien la logique de cette interrogation mais elle n'aperçoit pas comment justifier les actes qui le pourraient de ceux qui ne le pourraient pas. Et ceci quand bien même un portfolio précis à l'imitation de notre exemple des pilotes de ligne, permettrait de s'y retrouver mieux, car la supervision pédagogique restera présente dans tous les cas.

En réalité, l'esprit de la réforme conduit à traiter le DES comme un tout pédagogique et à renvoyer au post internat ce qui lui appartient. À partir de là, on l'a dit *supra*, il faut laisser à l'assurance maladie la plénitude de sa politique conventionnelle avec ses partenaires et sans lui « forcer la main ». On ne peut s'immiscer dans une politique aussi complexe de façon subreptice et dérivée.

Il aurait sans doute été possible d'aller pour partie en ce sens si, comme l'avait préconisé le rapport de 2010 sur le post internat, le principe d'une réforme conjointe des troisièmes cycles et post-internat, avait été choisi. C'est précisément l'existence de ce secteur 2 qui, par prudence, semble avoir conduit à séparer les deux.

La mission a également cherché à examiner si, s'agissant des chirurgiens notamment, le fait de renvoyer la question du secteur 2 au post-internat, comme le propose ce rapport, pouvait les pénaliser. Si des installations massives étaient constatées dès après l'actuel délai de clinicat ou d'assistantat de deux ans complétant la durée de cinq ans du DESC II, un tel argument mériterait d'être considéré. Or, c'est exactement l'inverse qui se produit et en se rapprochant de l'Ordre des

médecins, la mission s'est vu confirmer que l'âge moyen d'installation des jeunes praticiens de spécialité en secteur libéral était autour de 42 ans. Dans la mesure où les jeunes praticiens terminent aujourd'hui autour de 35 ans leur formation, on voit bien qu'il existe une marge de sept années. Reporter l'accès au secteur 2 à internat + 8 ans au lieu de internat + 7 ans est d'un trop faible effet pour que cet argument puisse emporter la conviction de la mission. Il est improbable que « l'effet réforme » vienne à l'immédiat modifier cette moyenne.

De même, il aurait été possible d'aller dans ce sens si les ministères choisissaient la solution que la mission a souhaité écarter, à savoir de traiter la phase 3 de l'internat comme du pur post-internat. Le gouvernement est naturellement libre de le choisir, mais il s'agirait alors d'une autre réforme, tant dans l'esprit que dans ses conséquences.

Recommandation N° 14 : La mission recommande de ne pas modifier la politique conventionnelle pour l'accès au secteur 2 à partir de la réforme, au premier chef pédagogique, du troisième cycle des études médicales.

Conclusion

Au terme de ce rapport, la mission souhaite insister sur le fait qu'en ce qui concerne les questions de coût de la réforme, il serait illusoire d'imaginer la financer, et notamment la phase 3, par une diminution ex ante équivalente des effectifs d'assistants des hôpitaux généraux financés par la tarification à l'activité. En effet, outre son besoin pour accomplir les surspécialités liées au recours de 2^{ème} niveau, ce statut est trop précieux pour le recrutement de praticiens dans les CH dont l'activité et le nombre des plateaux techniques détermineront les recrutements.

Il aurait été tout aussi illusoire d'imaginer cantonner de nouveaux avantages aux seuls internes de chirurgie du fait d'un DES en 6 ans, comparé aux sept ans actuellement requis pour être qualifié. Le statut des internes est comme celui des praticiens hospitaliers : il est unifié pour toutes les spécialités ; ce qui est accordé aux praticiens d'une spécialité est donc forcément accordé à tous.

Toutefois, au-delà du coût, c'est une question d'appropriation culturelle pour les subdivisions : on va passer à un dispositif très resserré sur l'aspect métier et premier recours avec un suivi pédagogique renforcé. En conséquence il est probable qu'à moyen et long terme, une fois l'usage mieux établi des praticiens en phase d'autonomie supervisée et leur qualité reconnue, il y ait une forme de substitution entre ces internes et certains postes d'assistants. Si, comme la mission le suggère, on facilite l'accès au concours de PH le nombre des assistants baissera en effet, et fera de facto diminuer un peu le coût de la réforme. Ce qui veut dire que pour de longues années encore, ce statut d'assistant demeurera utile et n'est certainement pas menacé dans son existence.

La mission a livré une lecture qu'elle a croisée avec de nombreux interlocuteurs intervenant dans cette réforme et qu'elle croit valide. Elle a pu constater que cette vision était partagée par nombre d'acteurs. D'autres lectures pourront être faites, même si la mission aperçoit bien que celles qu'on a pu lui soumettre à réflexion avaient pour effet d'altérer très profondément la philosophie de cette réforme.

La mission constate enfin, outre un soutien très large des universitaires. Cette réforme, par son aspect pragmatique « métier » centré sur le premier recours, sans pour autant négliger les aspects « recherche », correspond à une attente des universitaires, et indiscutablement à un besoin de

renovation dans lequel la médecine générale est aux avant-postes et anticipatrice. La mission croit apercevoir dans ce positionnement de la médecine générale un signe encourageant pour la prise en compte des intérêts de santé publique.

Par une formation plus centrée sur le premier recours et donc sur les besoins de santé de la population, cette réforme pédagogique constitue ainsi un outil majeur de santé publique à moyen terme : les coûts et l'engagement requis des différents acteurs sont donc à considérer en regard de cet objectif.

Liste des recommandations

Recommandation N° 1 : S'agissant de définir les différents parcours des internes vis-à-vis des spécialités et des disciplines, la mission recommande de garder l'unique terme d'option, qu'il s'agisse d'options internes à une discipline ou des formations spécialisées transverses (FST).

Recommandation N° 2 : La mission recommande d'entreprendre sans délai une action soutenue de communication dans les UFR de médecine et à destination de tous les acteurs concernés afin de mieux préciser quelles sont les intentions poursuivies et les résultats escomptés de cette réforme.

Recommandation N° 3 : La mission recommande que les maquettes pédagogiques revues conformément aux nouvelles orientations pédagogiques de la réforme puissent être disponibles pour les facultés de médecine d'ici l'été 2015 afin d'être en capacité d'entreprendre les tâches matérielles qui en découlent.

Recommandation N° 4 : la mission recommande en sus des maquettes pédagogiques, de diffuser par discipline un portfolio dérivé des exigences de ces mêmes maquettes. L'effet attendu est de fonder non seulement une évaluation de qualité mais aussi un niveau de prérequis non susceptible d'être trop contesté par des demandes d'agrément qui ne seraient pas fondées sur la qualité pédagogique du lieu de stage.

Recommandation N° 5 : La mission recommande que, selon un système dégressif dans le temps de délais supplémentaires, une période transitoire soit mise en place avec l'aval du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) afin de satisfaire à la nouvelle exigence de présenter la thèse à l'issue de la phase d'approfondissement de l'internat.

Recommandation N° 6 : La mission recommande d'abandonner pour la phase 3 de l'internat le terme de « mis en responsabilité » et, afin de lever toute ambiguïté juridique de quelque nature que ce soit, propose que les internes soient, durant cette phase 3, appelés « praticiens en phase d'autonomie supervisée » (PPAS).

Recommandation N° 7 : la mission recommande que lors de l'élaboration des textes par les services des ministères les termes « lieux de stage » et « praticiens-maîtres de stage » soient privilégiés par rapport au terme de « services ».

Recommandation N°8 : La mission recommande à ce stade de ses investigations de maintenir la rentrée 2016 comme objectif pour mettre en œuvre la réforme du troisième cycle des études médicales.

Recommandation N° 9 : La mission recommande, pour permettre une évolution positive des émoluments perçus par les internes placés dans la phase d'autonomie supervisée d'aménager l'actuel statut des internes sans création d'aucune sorte d'un nouveau statut ou l'utilisation d'un statut déjà existant dans les hôpitaux.

Recommandation N° 10 : La mission recommande de fixer le traitement des internes/ praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui des assistants des hôpitaux 1er échelon (hors indemnité d'engagement de service public exclusif) ce qui permet de sauvegarder l'étagement des rémunérations entre les deux statuts.

Recommandation N° 11 : La mission recommande de revoir le calendrier du concours de praticien hospitalier afin que les modalités permettent soit d'en anticiper le passage lors de la dernière année du DES, soit d'enchaîner ce concours dès l'issue du DES.

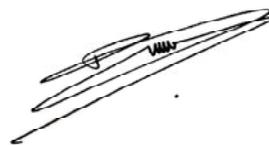
Recommandation N° 12 : la mission recommande de modifier les conditions de passage du concours pour les titulaires du nouveau DES sur le modèle du concours de type 1 (examen sur dossier avec l'équivalent d'un entretien de recrutement dans le corps des praticiens hospitaliers) de façon à favoriser l'attractivité des recrutements dans les CH.

Recommandation N° 13 : La mission recommande que les services des ministères opèrent une méticuleuse vérification des impacts de cette réforme sur les questions de droit européen et de reconnaissance mutuelle des diplômes.

Recommandation N° 14 : La mission recommande de ne pas modifier la politique conventionnelle pour l'accès au secteur 2 à partir de la réforme, au premier chef pédagogique, du troisième cycle des études médicales.



François-Xavier SELLERET



Patrice BLEMONT