



La Réforme du 3^{ème} cycle : Enjeux, difficultés et propositions

La R3C est engagée depuis 2 ans mais des difficultés de mise en œuvre sont identifiées. Ces difficultés sont liées à l'importante diversité des disciplines médico-chirurgicales et à une orientation assumée qui fait du 3^{ème} cycle une formation avec une mise en responsabilité progressive dans le cadre d'un projet professionnel personnalisé accompagné par l'université et l'ARS.

L'objectif est de renforcer la qualité de la formation de nos internes et de faciliter leur projet professionnel pour permettre d'améliorer significativement l'offre de soins hospitalière et ambulatoire dans nos territoires.

Ainsi pour faire de cette R3C un succès, nous devons reprendre certains points et faire avancer rapidement certains sujets qui justifient un arbitrage et des décisions rapides voire urgentes.

1- FST et Options

Les premiers arbitrages en juillet 2019 ont donné lieu à des réactions d'insatisfaction légitimes mais les mesures correctives ont permis d'apaiser les choses rapidement par la publication d'un arrêté rectificatif. Pour éviter que ces difficultés ne se reproduisent, nous proposons avec l'ONDPS, des mesures simplifiées

- Le recensement des capacités de formation doit se faire par les UFR qui ont la compétence et la légitimité pour cela. La commission de 3^{ème} cycle, sous l'autorité du Doyen, doit en assurer la collecte avec l'avis des pilotes locaux des FST et coordonnateurs (DES) en relation avec leurs collèges nationaux.
- Ces capacités de formation de la subdivision sont discutées avec l'ARS qui a étudié les besoins territoriaux puis elles sont transmises à l'ONDPS. L'ONDPS est le guichet de synthèse qui prépare les propositions soumises aux ministères après une discussion – validation avec l'ensemble des partenaires en particulier les représentants étudiants et les collèges universitaires.
- Les ministères publient l'arrêté mais ne proposent un arbitrage que pour les effectifs des Options – FST ouvrant à des exercices réglementés ou à des activités relevant de centres et de plateaux techniques sophistiqués, laissant la régulation des autres formations à l'initiative des facultés et des ARS. L'arrêté pourrait donc mentionner que les effectifs d'étudiants soient fixés par les universités en lien avec les ARS à l'exception de ce que les ministères souhaitent réguler.
- Les ministères pourraient déterminer avec anticipation l'enveloppe allouée pour assurer l'année supplémentaire de formation dans les DES de 3 et 4 ans. L'enveloppe pourrait être affectée aux subdivisions en les laissant distribuer les financements selon les besoins territoriaux dans un cadrage national qui pourrait être supervisé par l'ONDPS. Cependant, le financement du parcours de formation du 3^{ème} cycle pourrait être globalement simplifié par un financement « sac à dos » des internes DES. Cette simplification souhaitée par tous pourrait être discutée dès cette année dans le cadre du PLFSS 2020.



En pratique,

Janvier	Mars	Avril	Mai
Recueil de capacité de formation Option/FST dans les UFR	Discussion avec l'ARS de la subdivision qui doit évaluer les besoins territoriaux	Transmission des données à l'ONDPS après validation avec les partenaires	Publication de l'arrêté par les ministères

Nous proposons donc des modalités d'organisation simplifiées et anticipées reposant sur les UFR avec une proposition de financement priorisé qui serait la sanctuarisation du financement de la formation du 3^{ème} cycle par un système de type « sac à dos ».

2- Répartition des internes DES

- Notre système a l'important défaut d'être incapable de prévoir et de se projeter dans ce que sera les besoins de formation et d'offre de soins dans nos territoires qui sont très divers.
 - ☆ Il faut développer nos capacités à prévoir les besoins par une réflexion nationale coordonnée par l'ONDPS en collaboration avec les Collèges (CNU et CNP), les organisations professionnelles et les politiques, en affectant suffisamment de moyens pour que l'on soit capable d'analyser l'impact des évolutions démographiques mais aussi de l'évolution des métiers de la santé et de leur organisation.
 - ☆ Il faut que ce travail de l'ONDPS repose sur une évaluation locale des besoins en fonction de l'évolution des territoires à moyen et long terme. Cela nécessite donc des moyens complémentaires dans chaque ARS pour permettre ce pilotage qui est indispensable.

• En pratique, dès maintenant, dans l'attente d'une organisation plus pertinente, la stratégie de répartition des internes DES dans leur subdivision doit être définie discipline par discipline et selon des règles claires pour l'ensemble des partenaires. Pour permettre l'appropriation d'une modification de répartition qui permettent des adaptations territoriales de l'offre, il faut que l'ONDPS puisse préparer de façon anticipée le dialogue avec tous les partenaires afin d'améliorer l'acceptation et l'efficacité des mesures, ce qui passe par une communication sur le cadrage souhaité.

En pratique,

Janvier	Mars	Mai	Juin
Définition par les ministères des règles de répartition	Préparation par l'ONDPS de la répartition avec l'ensemble des partenaires	Réunions régionales et locales pour préparer l'offre de formation	Publication de l'arrêté par les ministères et commissions locales de répartition

Nous proposons donc une stratégie préétablie et partagée avec l'ensemble des partenaires.



3- Le statut « Docteur Junior »

- La dernière phase de la R3C est une mise en responsabilité comportant une dimension pédagogique mais elle participe aussi à l'offre de soins (donc à l'organisation des établissements de santé). Il est important, compte tenu de la diversité des régions / subdivisions, de laisser une marge de manœuvre locale / régionale importante pour la construction de l'offre de formation de la phase 3, conscients que les docteurs juniors sont encore en fin de formation. Il est donc nécessaire qu'ils ne soient pas « utilisés » pour régler des problèmes de démographie médicale. Ainsi, l'agrément des terrains de stage devraient être délivré prioritairement sur des critères pédagogiques.
- Ce statut qui est discuté depuis 2016 doit maintenant être défini en accord avec les négociations préalables menées par le copil R3C (Pr B. SCHLEMMER). C'est une urgence réglementaire pour les étudiants des DES « courts », entrant en phase de consolidation en novembre 2020, destinée à :
 - définir le référentiel de mises en situation (par spécialité) permettant par étapes d'arriver à l'autonomie de la profession
 - définir les critères et la procédure d'agrément des terrains de stage de phase 3 dont le périmètre est régional et non par subdivision
 - organiser le « Matching » des vœux des étudiants et des lieux d'accueil
 - définir l'organisation de la supervision et de l'évaluation
 - définir les éléments caractérisant le statut (responsabilité et rémunération).

Nous demandons donc en urgence des arbitrages et les textes réglementaires concernant cette phase 3 « docteur junior ».

4- Licence et autorisation de remplacement des internes DES

- La réglementation actuelle qui est légitimement appliquée avec rigueur par les instances (CNOM) doit évoluer dans le contexte de la R3C. Cette réglementation précise que
 - le Doyen a la responsabilité de délivrer le certificat en précisant le nombre de stages validés pour la spécialité postulée
 - le Conseil de l'Ordre délivre la licence de remplacement valide 1 an
- Il est important de recueillir les prérequis que chaque discipline souhaite pour l'attribution de l'autorisation de remplacement. La Conférence des Doyens avec la CNEM peut assurer cette enquête.
- Une 1^{ère} réunion le 11 juillet organisée par le CNOM avec le CMG (sans le CNGE) et avec les doyens a prévu un agenda pour permettre de définir rapidement les modifications réglementaires nécessaires. Il faut publier un nouvel arrêté précisant les prérequis universitaires pour obtenir la licence de remplacement.

Nous demandons une modification réglementaire dans les plus brefs possibles, en accord avec les disciplines, car le remplacement est important pour la formation des internes mais aussi pour l'offre de soins car l'offre de remplacement y participe dans une proportion qui a été établie par le Conseil de l'Ordre.



5- Le 2nd DES

- Les nouvelles promotions d'internes DES R3C sollicitent de préciser les conditions et les modalités d'accès à un 2nd DES, ainsi qu'aux options ou FST en formation continue car ce point peut déterminer des choix de carrière définis dans le projet pédagogique.

Ce point évoqué dans les contrats pédagogiques est trop imprécis pour être intégré dans leur projet professionnel, ce qui est un frein pour l'application efficace de la R3C.

Nous demandons une avancée rapide sur les conditions d'accès au 2nd DES ou aux formations permettant une évolution professionnelle dans la spécialité d'origine, pour permettre le développement du projet professionnel des internes.

6- La formation ambulatoire par les MSU (Annexe)

- La formation ambulatoire est un élément clé de la formation de nos internes DES mais aussi de la stratégie « Initiatives Territoires » car cela peut faciliter la maturation des projets professionnels en zone « sous-dense ».

- Pour permettre cette formation ambulatoire en MG et dans différentes autres spécialités impliquées dans les soins premiers il faut recruter, former, agréer et évaluer des MSU en nombre suffisant.

- La création du statut universitaire de COSP, associé à un financement sanctuarisé (récurrent) est un point clé mais il faut traiter différents points importants qui sont en particulier la formation et l'agrément qui sont de la responsabilité de l'université.

Les points principaux décrits dans une note qui a été adressée par la Conférence au Cabinet en juillet, justifient des recommandations précises du groupe de travail que nous souhaitons obtenir rapidement pour mettre en œuvre notre stratégie de formation ambulatoire.

7- Financement de la formation initiale des internes DES

- La Loi Santé a légitimement précisé le cadre de la relation entre l'industrie de santé (médicament, dispositifs) et les étudiants en formation initiale en indiquant la nécessité d'une absence totale d'ingérence notamment sous la forme d'hospitalités en tout genre. Il faut observer qu'une partie de la formation des internes était financée directement par l'industrie parfois de façon efficace sans ingérence mais parfois de façon plus intrusive, ce qui doit être impérativement régulé.

- La formation des étudiants doit inclure une connaissance des métiers de l'industrie et des relations de travail avec ces industries. Dans certains secteurs techniques médicaux ou chirurgicaux, il est indispensable de construire, avec un souci d'indépendance et de transparence, des formations nécessaires à l'apprentissage des compétences. Dans des domaines comme la robotique, les explorations mini-invasives, la chirurgie utilisant du matériel implanté et à terme pour de nombreuses stratégies digitales numériques, une formation partenariale est incontournable. Nous avons la responsabilité de nous saisir de cette question.



- La réduction des capacités de formations des internes DES liée au retrait des industriels depuis la promulgation de la loi nécessite de mener une réflexion en envisageant différentes options, car les UFR et les universités sont dans l'incapacité de financer l'ensemble de la formation nécessaire, incluant la simulation. Dans l'état, on peut envisager 2 options, conscients qu'il faut intégrer aussi dans la réflexion la dimension de l'organisation et de la gestion financière des formations et des étudiants :
 - Un financement par la mise en place d'une taxe sur les industries des produits de santé qui serait entièrement destinée à financer le 3^{ème} cycle. Cette taxe relève d'une mesure législative et nous souhaitons donc que le Gouvernement s'en saisisse dans le cadre du PLFSS2020.
 - Un financement par des fonds de dotation ou des fondations (hospitalières et/ou universitaires) qui régleront la relation avec les industriels selon des recommandations qui pourraient être proposées par la Conférence et les Collèges universitaires.

Nous devons redéfinir ensemble (universités, collèges, ministères) les modalités de formation des internes incluant une intervention des industries du médicament et des dispositifs à la fois dans la dimension organisationnelle mais aussi financière en recommandant l'identification d'une enveloppe de formation 3^{ème} cycle financée dans le cadre du PLFSS 2020.

8- Le post-internat

- La construction de la phase 3 de la R3C ne peut pas se faire sans réflexion sur le post-internat et au-delà les carrières.
- L'offre de post internat (CCA, AHU, CCU-MG, AU-MG, A, AP...) est un puzzle complexe dont une partie de la diversité est justifiée pour faciliter les carrières. Il est important dans le contexte actuel de renforcer l'attractivité des carrières et d'améliorer l'offre de soins (dans les établissements et les territoires) ce qui justifie de revoir globalement l'offre de post internat
 - Il faut continuer à renforcer ces effectifs très utiles pour l'offre de soins territoriale comme les assistants partagés et les assistants mixtes (hôpital / libéral)
 - Il faut que ces postes aient une dimension U pour qu'ils participent à l'effort de formation (notamment dans les territoires) et de la recherche (notamment en soins premiers)
 - Il faut définir clairement les règles d'attribution de ces postes, en particulier ceux de CCA et d'AHU dans les établissements de type CHU et éventuellement CH
 - Il faut réfléchir à une évolution du statut HU en reprenant des propositions du rapport R. GAILLARD et du rapport IGAS-IGAENR que nous avons fortement soutenu
 - Il faut développer les nouveaux champs thématiques par la création de postes de post internat.

L'organisation du post-internat, en coordination avec la phase 3 « docteur junior », justifie de faire rapidement, après une concertation avec les principaux partenaires, des recommandations dont certaines pourraient faire l'objet de propositions concrètes.



9- « Initiatives Territoires » et Projet d'évaluation des besoins démographiques de l'offre de soins

- Dans le cadre de la formation de 3^{ème} cycle, différentes « Initiatives Territoires » ont été prises en concertation entre les acteurs (universités, ARS, Conseil de l'Ordre et représentants) et les collectivités. Une enquête récente de l'ISNI confirme, par une analyse du terrain (Département), l'effet de ces mesures sur l'offre de soins territoriale. Il faut proposer une « boîte à outils » partagée pour permettre à l'ensemble des territoires d'avoir une vision précise de toutes ces initiatives qui peuvent être diffusées. Un « Grenelle » des Initiatives Territoires est prévu par l'ISNI en novembre.

- Pour mieux calibrer l'offre de soins nous devons être capables dans des domaines d'importance comme les urgences mais aussi dans toutes les disciplines, de prédire les besoins à 10 ans. Cela justifie un véritable travail de recherche à mettre en œuvre dans les territoires par une Task Force pluri-professionnelle associant des professionnels de santé, des spécialistes de santé publique, des sociologues, des économistes de la santé, des bio-informaticiens, des responsables académiques, notamment des Collèges (CNP) et des ARS.

L'objectif est de construire un algorithme prédictif des besoins par une analyse par l'IA de données « en masse ».

Schématiquement, cet algorithme doit intégrer :

- Une simulation des capacités de formation
- Une simulation des besoins de santé des populations
- Une simulation de l'évolution des populations dans les territoires
- Une simulation de l'organisation territoriale des soins intégrant tous les acteurs (actuels et à venir) de la santé.

Il est indispensable d'être capable de prédire nos besoins pour mobiliser intelligemment nos ressources de formation.

Nous souhaitons un inventaire partagé des « Initiatives Territoires » qui doivent être fortement soutenues voire incitées par des moyens complémentaires. Pour optimiser ces initiatives, nous demandons une réflexion et des décisions pour être capables d'évaluer de façon anticipée les besoins de formation.

10- Organisation des ECN pour le choix de la discipline

- La R2C aboutit à un Ranking qui doit permettre le choix de la subdivision et de la spécialité avec une stratégie nationale coordonnée pour optimiser l'offre de soins dans le cadre d'un 3^{ème} cycle bien organisé.

- Pour préparer ce Ranking, il faut redéfinir l'organisation pédagogique et les procédures d'évaluation des connaissances et des compétences du 2^{ème} cycle. Dans ce contexte, le GIP UNESS-SIDES constitué par l'ensemble des universités françaises (avec un secteur santé) s'est engagé pour assurer différentes fonctions au profit de tous. Pour se préparer à ces enjeux et pour prendre des décisions importantes une mission d'appui IGAS-IGAENR a rendu un rapport sur UNESS-SIDES qui devrait être diffusé pour permettre de prendre des décisions, en particulier sur 2 points :

(1) l'organisation de la formation (agrément, affectation, validation) est un enjeu important qui doit bénéficier d'outils modernes et efficaces partagés par nos UFR et nos ARS. La convention entre la DGOS et UNESS, avec l'accès aux données IMOTEP, doit permettre d'avancer. Il faut donc impérativement autoriser l'extraction des données IMOTEP concernant les internes, les stages et les affectations. Ce partenariat public-public UNESS-DGOS est très important car il permet de coordonner les actions pédagogiques (prévu par UNESS) et la gestion administrative (par les ARS).

(2) l'organisation des ECN futures (connaissances et compétences) et l'organisation du Matching/Ranking final justifie une réflexion pour favoriser une continuité entre formation et évaluation.

Un partenariat entre une plateforme « universitaire » (UNESS) et une instance « examen national » (CNG) doit être envisagée en proposant que UNESS apporte la solution technique et que le CNG assure l'organisation et la labélisation pour sécuriser les aspects juridiques.

Nous souhaitons un accord et une mise en action rapide du partenariat DGOS-UNESS et celui avec le CNG pour mettre en place rapidement les plateformes qui seront indispensables pour la gestion pédagogique des réformes (R2C/R3C) mais aussi pour optimiser la gestion administrative territoriale des stages des internes afin d'améliorer l'offre de formation et de soins.

Jean SIBILIA
Président

Djillali ANNANE
Vice-président

Conférence des Doyens des Facultés de Médecine françaises

R3C : Propositions de la Conférence des Doyens

1- FST et Options

Nous proposons donc des modalités d'organisation simplifiées et anticipées reposant sur les UFR avec une proposition de financement priorisé qui serait la sanctuarisation du financement de la formation du 3^{ème} cycle par un système de type « sac à dos ».

2- Répartition des internes DES

Nous proposons donc une stratégie préétablie et partagée avec l'ensemble des partenaires.

3- Le statut « Docteur Junior »

Nous demandons donc en urgence des arbitrages et les textes réglementaires concernant cette phase 3 « docteur junior ».

4- Licence et autorisation de remplacement des internes DES

Nous demandons une modification réglementaire dans les plus brefs possibles, en accord avec les disciplines, car le remplacement est important pour la formation des internes mais aussi pour l'offre de soins car l'offre de remplacement y participe dans une proportion qui a été établie par le Conseil de l'Ordre.

5- Le 2nd DES

Nous demandons une avancée rapide sur les conditions d'accès au 2nd DES ou aux formations permettant une évolution professionnelle dans la spécialité d'origine, pour permettre le développement du projet professionnel des internes.

6- La formation ambulatoire par les MSU

Les points principaux décrits dans une note qui a été adressée par la Conférence au Cabinet en juillet, justifient des recommandations précises du groupe de travail que nous souhaitons obtenir rapidement pour mettre en œuvre notre stratégie de formation ambulatoire (Annexe).

7- Financement de la formation initiale des internes DES

Nous devons redéfinir ensemble (universités, collèges, ministères) les modalités de formation des internes incluant une intervention des industries du médicament et des dispositifs à la fois dans la dimension organisationnelle mais aussi financière en recommandant l'identification d'une enveloppe de formation 3^{ème} cycle financée dans le cadre du PLFSS 2020.

8- Le post-internat

L'organisation du post-internat, en coordination avec la phase 3 « docteur junior », justifie de faire rapidement, après une concertation avec les principaux partenaires, des recommandations dont certaines pourraient faire l'objet de propositions concrètes.

9- « Initiatives Territoires » et Projet d'évaluation des besoins démographiques de l'offre de soins

Nous souhaitons un inventaire partagé des « Initiatives Territoires » qui doivent être fortement soutenues voire incitées par des moyens complémentaires. Pour optimiser ces initiatives, nous demandons une réflexion et des décisions pour être capables d'évaluer de façon anticipée les besoins de formation.

10- Organisation des ECN pour le choix de la discipline

Nous souhaitons un accord et une mise en action rapide du partenariat DGOS-UNESS et celui avec le CNG pour mettre en place rapidement les plateformes qui seront indispensables pour la gestion pédagogique des réformes (R2C/R3C) mais aussi pour optimiser la gestion administrative territoriale des stages des internes afin d'améliorer l'offre de formation et de soins.