

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins



[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

**N° SPÉCIAL**  
NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2016

## Former et se former TOUT AU LONG DE LA VIE





Retrouvez le bulletin,  
le webzine et la newsletter  
de l'Ordre en ligne :  
[www.conseil-national.  
medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr).

## former [+]

### 5. l'essentiel

Un devoir déontologique pour chaque médecin

### 6. data

Formateur et jeunes médecins sur le terrain

### 8. entretiens croisés

Formation territoriale : un levier pour lutter contre les déserts médicaux ?

### 12. questions/réponses

Comment devenir maître de stage des universités ?

### 14. en parallèle

6 mois pour transmettre et recevoir

### 16. rencontres

Médecin et formateur : l'innovation au service de l'enseignement

## se former [+]

### 19. l'essentiel

La formation continue :  
une obligation pour tous les médecins

### 20. data

Formation, évolution, promotion...

### 22. décryptage

Développement professionnel continu :  
les nouvelles modalités

### 24. questions/réponses

Médecins : quelles évolutions de carrière ?  
- Le changement de spécialité  
- La validation des acquis de l'expérience

### 26. entretiens croisés

Repenser la formation grâce  
à la recertification

### 30. rencontres

Se former pour élargir son horizon  
professionnel

## restons connectés !



Sur le Web :

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Sur Twitter :

suivez-nous sur [@ordre\\_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail :

[conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)

Nous écrire :

**Conseil national  
de l'Ordre des médecins**  
180, bd Haussmann  
75008 Paris



“Le métier de médecin est en constante évolution.”

## SE FORMER ET TRANSMETTRE

**D<sup>r</sup> Patrick Bouet,**  
président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Être médecin ne se limite pas à écouter le patient, à établir un diagnostic ou à mettre en œuvre des gestes techniques. Être médecin c'est savoir proposer à chaque patient la meilleure prise en charge possible au regard des connaissances actuelles dans un souci de performance et de sécurité.**

Que ce soient les moyens de prévention, les traitements, les outils de suivi, l'organisation même des soins ou encore la coordination des différents acteurs de santé, le monde de la santé connaît de profondes mutations. Le médecin ne peut rester figé dans ses connaissances.

L'incroyable développement des nouvelles technologies du numérique, les avancées dans les domaines de la génétique, de l'imagerie, des sciences cognitives ou de la robotique, les évolutions épidémiologiques avec notamment le boom des maladies chroniques, ou les polyopathologies liées au vieillissement de la population... montrent à quel point le métier de médecin est en constante évolution.

Une mise à jour régulière de ses connaissances, de ses compétences, de ses techniques est absolument indispensable pour intégrer ces évolutions et participer pleinement à la construction du métier de médecin de demain.

Mais l'enrichissement de sa pratique ne passe pas uniquement par la formation. Transmettre et enseigner le métier de médecin, partager ses savoirs, ses expériences, échanger avec les jeunes qui ont un regard différent sur la médecine et sur son exercice sont autant de chances pour les médecins de progresser tout en faisant progresser.

Se former et transmettre font donc partie intégrante du métier de médecin. C'est d'ailleurs pour cela que nous y consacrons ce numéro spécial. La formation est aussi l'une de nos trois grandes priorités développées dans notre livre blanc *Pour l'avenir de la santé*.

**Directeur de la publication :** D<sup>r</sup> Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08.  
Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** D<sup>r</sup> Patrick Romestaing - **Coordination :**  
Évelyne Acchiardi - **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :**  
Sarah Berrier, Claire Peltier - **Direction artistique - Maquette :** Aurélien Saublet - **Secrétariat de rédaction :** Claire Gause  
**Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Istock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758  
ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Ce document a été réalisé selon des procédés respectueux de l'environnement.



[+]

Verbe transitif, latin *formare*

↳ Façonner quelqu'un, quelque chose.

Éduquer quelqu'un, lui inculquer les principes, les habitudes, les connaissances qui développent ses aptitudes, son goût, etc.

(Larousse)

# former

ENSEIGNER  
GESTE  
TECHNIQUE  
CONNAISSANCE  
PRATIQUE  
MAÎTRE DE STAGE  
PROFESSEUR  
TRANSMETTRE  
ÉCHANGER...



# Un devoir déontologique pour chaque médecin

L'esprit de formation et de compagnonnage fait partie des piliers de la profession depuis toujours. Ainsi, la version originale du serment d'Hippocrate soulignait déjà la notion d'apprentissage de la médecine par les pairs, indiquant : « *Je jure de communiquer les préceptes généraux, les leçons orales et tout le reste de la doctrine à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples assermentés suivant la loi médicale.* » Si cette notion de transmission n'existe plus aujourd'hui dans la version prêtée par chaque médecin nouvellement diplômé, elle figure néanmoins dans le code de déontologie médicale. L'article 68-1 (article R4127-68-1 du code de la santé publique), stipule ainsi que « *le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel* ». Cet article fonde la relation entre médecin et étudiant sur la notion de compagnonnage, qui est définie dans les commentaires du code comme un « *mode d'apprentissage qui repose sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair qui transmet ses connaissances et son savoir-faire en particulier par la démonstration ainsi que les règles et les valeurs de l'organisation* ». Cette formation « *au lit du malade* » participe à l'excellence de la formation médicale française. C'est pourquoi l'Ordre des médecins œuvre pour la promotion du compagnonnage dans l'apprentissage de l'art médical, qui constitue un enjeu majeur pour l'avenir de la profession.

## Point de vue de l'Ordre

P<sup>r</sup> Robert Nicodème, président de la section Formation et compétences médicales

### « Mieux connaître les différents modes d'exercice »

La formation fait partie des grandes missions du Conseil national de l'Ordre des médecins. Dans son livre blanc *Pour l'avenir de la santé*, l'Ordre a d'ailleurs fait de la formation l'une de ses trois grandes priorités. Et pour cause, c'est de cette formation que va dépendre la qualité de la pratique des médecins et donc de la prise en

charge des patients. Pour qu'elle soit la plus professionnalisante possible, cette formation doit être réalisée sur le terrain, aux côtés de médecins et au contact de patients. Or aujourd'hui, le cursus des études médicales souffre d'un manque de connaissance en dehors de l'hôpital. C'est pourquoi l'Ordre des médecins milite pour permettre aux étudiants de mieux connaître l'organisation du système de santé et les divers modes d'exercices avec

notamment le développement durant le 3<sup>e</sup> cycle de stages extrahospitaliers dans d'autres spécialités que la médecine générale. La pratique de la dermatologie, de la pédiatrie, ou encore de l'oto-rhino-laryngologie peut être assez différente en ville comparée à l'hôpital et les jeunes médecins n'y sont pas du tout préparés. Mais il est nécessaire de redonner du temps aux médecins, pour qu'ils puissent aussi assurer ce rôle de formateur.

## Le saviez-vous ?

**Le Cnom reconnaît le droit au titre pour les maîtres de stage universitaires (MSU), c'est-à-dire qu'ils peuvent indiquer sur leur plaque et leurs ordonnances qu'ils sont MSU.**



## À lire

Le webzine du Cnom

### Les jeunes et la médecine de demain

Dans son webzine consacré aux jeunes médecins publié en juin 2014, l'Ordre aborde des problématiques liées à la formation et à la répartition de l'offre de soins.

Lire le webzine : [www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2014-06/www/index.php](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2014-06/www/index.php)



**FORMATEURS ET JEUNES****150,5****ENSEIGNANTS ÉQUIVALENTS  
TEMPS PLEIN (ETP) DANS  
LA FILIÈRE UNIVERSITAIRE  
DE MÉDECINE GÉNÉRALE (FUMG)****8550****MAÎTRES DE STAGE  
UNIVERSITAIRES (MSU)  
EN MÉDECINE GÉNÉRALE  
AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2016****+8,7 %**  
par rapport  
à 2015

(Source : CNGE)

↳ L'augmentation constante du nombre de MSU va dans le sens d'une amélioration de l'offre de stage conforme à la nécessité de mieux former les étudiants en médecine générale ambulatoire afin qu'ils soient prêts à s'installer dans les territoires dès la fin de leur formation.

**NOMBRE DE MAÎTRES DE  
STAGE SELON LE NIVEAU  
DES ÉTUDIANTS ACCUEILLIS**

↳ Une part importante de MSU accueillant simultanément des étudiants en deuxième et troisième cycle.

**ET CE QUE PENSENT  
LES MÉDECIN DE LA  
FORMATION INITIALE...****93 %**

↳ des médecins pensent qu'il est prioritaire de mettre en adéquation la formation initiale des médecins avec la réalité des exercices professionnels.

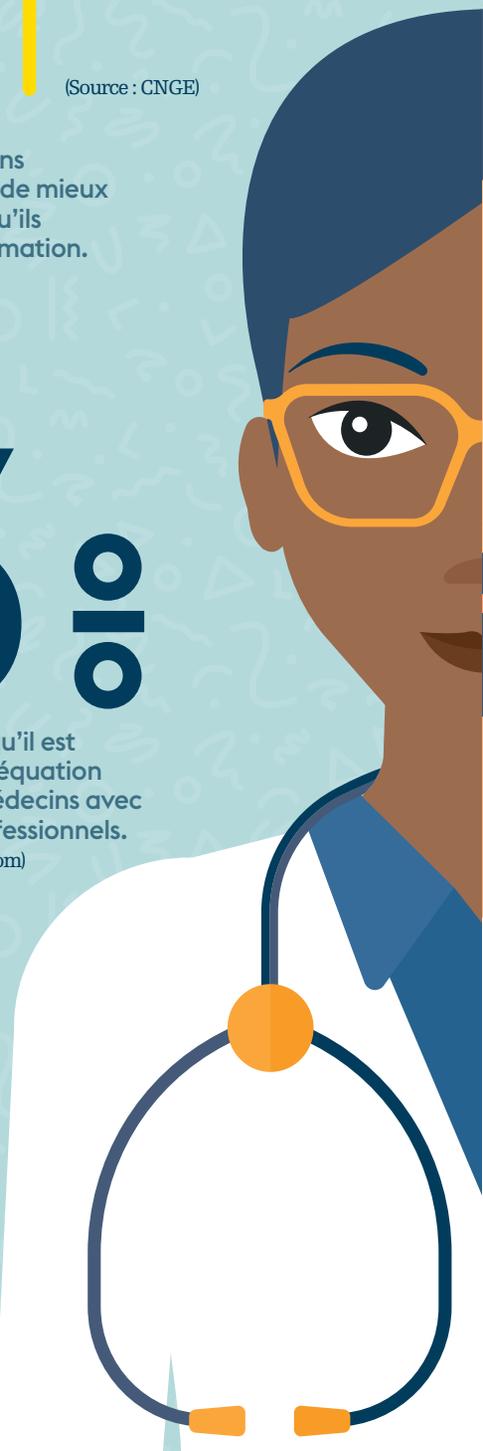
(Source : Grande consultation du Cnom)

**LA MÉDECINE GÉNÉRALE MAIS PAS SEULEMENT...**

↳ Les spécialités ayant un mode d'exercice en ambulatoire et dont les maquettes contiennent la possibilité d'accomplir un stage libre\* : médecine générale / dermatologie et vénéréologie / médecine physique et de réadaptation / néphrologie / gynécologie médicale / gynécologie obstétrique

↳ Mais les stages en ambulatoire se développent aussi en : pédiatrie (184 maîtres de stage en France) / urologie / psychiatrie / rhumatologie / pneumologie

\* Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine



# MÉDECINS SUR LE TERRAIN

# 14 870

ÉTUDIANTS INSCRITS DANS LE  
DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES  
(DES) DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2016



# 99

ÉTUDIANTS

1 ENSEIGNANT (ETP)



**1 ÉTUDIANT SUR 4**  
RÉALISE SON STAGE EN MÉDECINE  
GÉNÉRALE (2<sup>e</sup> OU 3<sup>e</sup> CYCLE) DANS  
UNE COMMUNE RURALE

(Source : Cnom)

# 71

↳ des étudiants  
en médecine  
estiment que la  
formation pratique  
et théorique leur  
donne envie de  
devenir maître  
de stage.

(Source : Cnom)

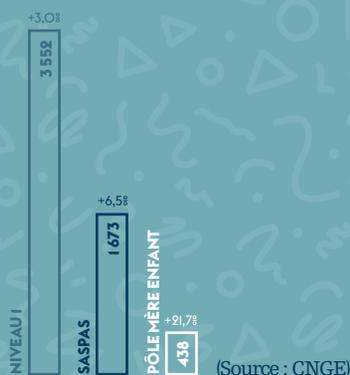
# 66,9%

DES ÉTUDIANTS EN  
DEUXIÈME CYCLE ONT PU  
BÉNÉFICIER D'UN STAGE  
POUR L'ANNÉE 2014-2015

+ 5,5 POINTS  
par rapport à l'année  
précédente

(Source : CNGE)

NOMBRE DE POSTES  
POURVUS EN 3<sup>e</sup> CYCLE  
SUR L'ANNÉE 2014-2015



QUE FONT LES ÉTUDIANTS EN  
STAGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ?

- > Participation à l'examen clinique en consultation - **97** %
- > Proposition de diagnostics et thérapeutiques - **83** %
- > Participation à la rédaction de protocoles de soins, arrêts de travail, formulaire de sécurité sociale - **70** %
- > Présence simple en consultation sans aucune participation - **40** %
- > Initiation à la comptabilité ou autres tâches inhérentes à la gestion du cabinet - **37** %

(Source : Cnom)

Texte : Gaëlle Desgrées du Lou

# FORMATION TERRITORIALE UN LEVIER POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX ?

**Alors que les problèmes de démographie médicale se font de plus en plus sentir dans les territoires, la question de repenser la formation des médecins et de l'adapter aux besoins des territoires se pose. Utopie ou solution à réaliser ? Le débat est ouvert...**

Une formation théorique et pratique repensée, avec des maîtres de stage formés et répartis sur l'ensemble du territoire; des étudiants qui puissent mûrir leur projet professionnel sans être assignés à vie dans tel ou tel statut, territoire ou spécialité; une véritable égalité d'accès aux soins grâce à une nouvelle organisation de l'offre... Tel est l'objectif d'une formation initiale qui serait non seulement adaptée à l'échelle d'un territoire, de façon à rapprocher la gestion des emplois de l'analyse des besoins, mais aussi « professionnalisante » dans tous les types de structures de soins, qu'elles soient publiques, privées, en ville, à l'hôpital, comme dans des zones isolées. Alors que les défauts du *numerus clausus* sont connus (difficultés de prévisibilité, contournements, précocité dans

le cursus), une régulation quantitative en termes d'approche des besoins de santé et de capacités de formation demeure indispensable. Pour faire bouger les lignes et bâtir un cadre de régulation et de répartition adapté aux enjeux actuels, le Cnom a relayé début 2016 dans son livre blanc, *Pour l'avenir de la santé*, un certain nombre de propositions, à la fois sur l'approche territoriale de la formation, le renforcement de la professionnalisation du deuxième cycle à l'internat, le développement de l'exercice pluriprofessionnel et le décroisement des métiers de la santé.



D<sup>r</sup> Patrick Romestaing

*“ Il est indispensable de former avant tout les médecins dont les territoires ont besoin. ”*

le chiffre

25 %

des nouveaux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre ont été formés hors de France.



**DR PATRICK ROMESTAING**  
Vice-président  
du Cnom



**PR BENOÎT SCHLEMMER**  
Doyen honoraire et  
conseiller universitaire  
auprès du directeur général  
de l'ARS Île-de France



**PR JEAN-LUC DUBOIS-RANDÉ**  
Président de la  
conférence des doyens  
en médecine



**BAPTISTE BOUKEBOUS**  
Président de  
l'Intersyndicat national  
des internes (Isni)



**ANTOINE OUDIN**  
Président de  
l'Association nationale  
des étudiants en  
médecine de France  
(Anemf)

#### PR BENOÎT SCHLEMMER

Il a été évoqué la mise en œuvre d'une régulation plus autoritaire. Par exemple n'ouvrir le choix national qu'aux étudiants les mieux classés et laisser les autres choisir dans leur région de formation. Sur le papier, la régionalisation du *numerus clausus* est une solution éventuelle mais ce n'est pas celle à laquelle les jeunes, soucieux de leur liberté, adhèrent. Par ailleurs, nous sommes dans un système dans lequel la marge de manœuvre est très étroite. Jusqu'à présent, les pouvoirs publics ont privilégié la voie de l'incitation, de l'encouragement et des facilités données à l'installation.

#### DR PATRICK ROMESTAING

S'il est important de prendre en compte le nombre d'internes nécessaire au fonctionnement des hôpitaux, ce ne doit pas être le déterminant prioritaire dans l'organisation de la formation des médecins. Il est indispensable de former avant tout les médecins dont les territoires ont besoin. Il faut également tenir compte des capacités de formation des universités pour préserver la qualité des enseignements. C'est pourquoi l'échelon régional nous semble le plus pertinent pour la modulation du *numerus clausus*. L'Ordre propose également une organisation interrégionale des épreuves classantes.

#### BAPTISTE BOUKEBOUS

La nationalisation de la formation initiale permet l'homogénéisation des compétences et des programmes. La régionalisation est un faux pansement à un vrai problème. Jouer sur la variable coercitive n'est pas une réponse aux déserts médicaux. Innovons et développons plutôt les maisons de santé pluridisciplinaires, la télémédecine et le compagnonnage. Puis favorisons la mobilité des médecins avec des aides au logement et des mesures financières attractives dans les zones blanches.

## > Pensez-vous que la modulation régionale de la formation initiale soit un levier pour atténuer les inégalités de répartition des médecins ?

#### PR JEAN-LUC DUBOIS-RANDÉ

Je ne vois pas vraiment en quoi la régionalisation du *numerus clausus* va changer la situation sur les déserts médicaux, dans la mesure où il y a un effet long terme et un effet de dispersion. Pour ma part, je suis pour la suppression du *numerus clausus*. En revanche, il faut travailler davantage sur les capacités d'accueil des universités et diversifier les parcours de formation des médecins en fonction des capacités d'accueil et des offres pluridisciplinaires de l'université. Par ailleurs, les médecins n'exerceront plus de façon isolée. Il faut donc imaginer une équipe organisée qui va piloter le territoire avec des cabinets secondaires. Créons aussi des cellules territoriales autour des étudiants des départements de médecine générale, pour leur proposer très tôt un projet professionnel lié à une réalité de terrain.

#### ANTOINE OUDIN

La régionalisation du *numerus clausus* devrait d'abord se faire en fonction des capacités de formation des CHU par région, afin que les étudiants aient la meilleure formation qui soit. L'objectif est de tendre vers le développement du projet professionnel de l'étudiant, en lien avec la région. Il y a des étudiants qui tiennent à rester dans leur région de formation, mais une part non négligeable préfère en partir. Nous souhaitons que tous puissent bâtir un vrai projet professionnel en lien avec les Agences régionales de santé (ARS) de leur choix, de façon à répondre au mieux aux besoins du territoire.



Pr Jean-Luc Dubois-Randé

**“ Il faut proposer très tôt aux étudiants un projet professionnel lié à une réalité de terrain. ”**





Antoine Oudin

## D<sup>R</sup> PATRICK ROMESTAING

Il faut sortir d'une formation exclusivement hospitalo-universitaire. À l'instar de ce qui se fait pour la médecine générale, toutes les spécialités doivent être concernées par la mise en place de stages extrahospitaliers, sous le contrôle de l'université. À partir du moment où les jeunes découvrent l'exercice de la médecine sur un territoire, le vivier de remplaçants est plus important et il y a plus de chances pour les médecins de trouver un successeur lors de leur cessation d'activité. Les élus locaux pourraient proposer en sus des mesures incitatives comme des aides pour les déplacements ou l'hébergement. Cette organisation amène par ailleurs à réfléchir au statut de maître de stage universitaire, notamment sur une revalorisation du statut et des compensations.

## P<sup>R</sup> JEAN-LUC DUBOIS-RANDÉ

Ce qui déclenche une installation, c'est une rencontre gagnante, et donc organisée en amont. Pour cela, les maîtres de stage libéraux doivent être très préparés et interagir avec les départements universitaires. L'hospitalocentrisme dans lequel vivent les étudiants et les internes ne peut pas créer des conditions optimales de sortie de l'hôpital. 100 % des étudiants doivent réaliser un stage auprès d'un médecin généraliste. Il faut aussi que les stages en libéral figurent dans les maquettes du 3<sup>e</sup> cycle dans la plupart des spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, dermatologie, gynécologie, pédiatrie, rhumatologie, etc.).

## BAPTISTE BOUKEBOUS

La formation CHU-centrée est obsolète. Il faut davantage mailler territorialement la formation en développant les stages ambulatoires. La réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales, qui sera mise en application en 2017, insiste d'ailleurs sur cet aspect. Progressivement, nous sommes en train de changer de mentalité. L'exercice mixte ville/hôpital devient d'ailleurs un leitmotiv chez les jeunes médecins.

**> L'exercice ambulatoire est particulièrement touché par les problèmes de démographie médicale. Comment rendre ce mode d'exercice plus attractif ?**

*“ On nous apprend à soigner mais pas à avoir une vision sur l'exercice professionnel à l'issue des ECN, notamment sur la pratique libérale. ”*

## P<sup>R</sup> BENOÎT SCHLEMMER

Des stage ambulatoire dans toutes les spécialités, ce n'est pas possible. Mais c'est autorisé par la loi, et en tant que responsable du projet de réforme du troisième cycle, j'y suis favorable. Aller se former là où on va trouver un exercice proche de celui qu'on aura plus tard est une bonne chose. Maintenant, il ne suffit pas de le décréter. Il faut des maîtres de stage : s'y engager, se former, y consacrer du temps, avoir des conditions matérielles d'installation qui permettent d'accueillir un jeune. Il faut donc que la médecine libérale mette en place ce qui est nécessaire à la formation et à l'encadrement des jeunes. Il en va de même pour l'hospitalisation privée qui ambitionne de répondre aux critères d'agrément des structures d'accueil des internes dans une spécialité donnée. Ces structures privées doivent s'engager dans le cadre d'un contrat pédagogique avec l'université.

## ANTOINE OUDIN

On nous apprend à soigner mais pas à avoir une vision sur l'exercice professionnel à l'issue des ECN, notamment sur la pratique libérale loin des grands centres hospitaliers. C'est pourquoi nous plaçons pour la diversification des terrains de stages, chez les médecins généralistes libéraux mais aussi dans les autres spécialités comme la pédiatrie, la gynécologie médicale et la gynécologie obstétrique dont l'exercice est très différent en ambulatoire et à l'hôpital.



Baptiste Boukebous

**“ Le décloisonnement est à faire d’emblée, dès le début des études, pour éviter une fracture entre les différents modes d’exercice. ”**

#### DR JEAN-LUC DUBOIS-RANDÉ

Les rencontres entre le monde libéral et le monde hospitalier sont encore souvent vécues sur le mode dominant-dominé. Je crois beaucoup à l’approche d’évaluation des pratiques, type DPC, de façon à ce que les libéraux soient au contact d’hospitaliers dans un environnement neutre de pratiques (ateliers, formations sur l’imagerie...). Ces dernières années, les mondes se sont cloisonnés et les hôpitaux ont fermé les portes aux libéraux, en raison notamment de l’hyperspécialisation avec des pleins-temps hospitaliers. Il faut remettre une dose d’exercice libéral dans les hôpitaux.

#### ANTOINE OUDIN

Il faut effectivement encourager les étudiants à faire des stages dans les structures de leur choix, de façon à créer les profils les plus diversifiés possibles. Les jeunes médecins sont très intéressés par les environnements de travail pluriprofessionnel : le développement des maisons de santé pluridisciplinaires en est une illustration. Pour autant, je pense que jusqu’à la 6<sup>e</sup> année, qu’il faut que nous soyons formés exclusivement à l’exercice de la médecine. Fusionner les différents cursus de santé ne me semble pas être une bonne réponse. En revanche, nous souhaitons créer des espaces d’apprentissage multiprofessionnels.

#### DR PATRICK ROMESTAING

L’Ordre prône un décloisonnement plus important des différentes formes d’exercice et ce, dès la formation. Cela passe par exemple par la réalisation de stages dans tous les types de structures de soins : publiques, privées, dans un cadre hospitalier ou libéral. Il s’agit de donner aux futurs médecins une vision plus globale de l’organisation des soins sur le territoire et une vision plus large et plus complète des modes d’exercice de la médecine. Et les étudiants ne seraient pas les seuls à profiter de ce dispositif. Pour les maîtres de stage, c’est particulièrement enrichissant et rafraîchissant de recevoir des jeunes en formation. Tout le monde a quelque chose à gagner à mixer les modes d’exercice et les générations.

#### DR BENOÎT SCHLEMMER

Je ne suis pas convaincu qu’il y ait un véritable problème de cloisonnement. Les professionnels ambulatoires de terrain coopèrent déjà beaucoup avec l’hôpital. La formation en médecine générale se fait déjà en partie en ambulatoire en lien avec des médecins libéraux. Cela donne aux étudiants une meilleure appréciation de ce qui se passe sur le terrain et notamment des coopérations professionnelles qui s’y nouent. Reste le problème de la formation des étudiants majoritairement réalisée dans le cadre de l’hôpital.

**> La coopération et les échanges entre médecins hospitaliers et ambulatoires sur un territoire sont aujourd’hui incontournables. Comment prendre en compte cette dimension dans la formation des jeunes médecins ?**

#### BAPTISTE BOUKEBOUS

Le décloisonnement est à faire d’emblée, dès le début des études, de façon à éviter de créer une fracture entre les différents modes d’exercice. Je pense qu’il est nécessaire de retrouver un vrai compagnonnage dès l’externat. Pour cela, les doyens doivent faire un travail de lobbying auprès des professionnels.



Dr Benoît Schlemmer

**“ Reste le problème de la formation des étudiants majoritairement réalisée dans le cadre de l’hôpital. ”**

# COMMENT DEVENIR MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS

— Aider l'étudiant à devenir médecin, lui transmettre ses connaissances, partager son expérience professionnelle : tel est le rôle du maître de stage des universités. Petit tour d'horizon des questions incontournables avant de se lancer...

## POURQUOI ÊTRE MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS ?

La mission du maître de stage des universités (MSU) est d'accueillir un étudiant, externe ou interne, dans son cabinet afin de lui faire découvrir et enseigner la médecine de ville. L'intérêt pour le MSU est de partager ses connaissances, transmettre ses compétences et son savoir-faire, mais également d'échanger, de mettre à jour son savoir et d'améliorer ses pratiques. Être maître de stage permet aussi de se constituer un réseau d'internes dans une perspective de remplacements ou de succession. Enfin, la maîtrise de stage est indissociable d'un travail d'équipe avec les enseignants du département de médecine générale (DMG).

## COMMENT DEVENIR MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS ?

Le médecin doit exercer son activité professionnelle en libéral depuis au moins trois ans pour accueillir un interne ou depuis un an pour recevoir un externe. Il doit aussi justifier d'une activité minimale de 2500 actes par an et maximale de 7500 actes par an, dont au moins 80 % d'activité en médecine allopathique. Le médecin ne doit pas avoir un exercice particulier exclusif (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, acupuncture).

Le médecin qui souhaite devenir MSU doit faire une demande d'agrément. Il doit rédiger une lettre de motivation sur une ordonnance avec numéro d'inscription à l'Ordre, remplir un dossier de candidature, et les envoyer au coordonnateur du département de médecine générale ainsi qu'au doyen de médecine de la faculté dont le médecin dépend géographiquement. La demande d'agrément doit obtenir un avis favorable du coordonnateur de médecine générale pour ensuite être soumise à la validation en commission d'agrément régionale. La durée de l'agrément est de cinq ans. Enfin, le praticien doit signer la charte du maître de stage.

## QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE STAGE ?

Le maître de stage peut accueillir des étudiants pour différents types de stages. Le stage de deuxième cycle concerne les externes. D'une durée de trois mois, il a pour objectif de faire découvrir aux étudiants les spécificités de la médecine générale avant les épreuves classantes nationales (ECN) et le choix de la spécialité. Le stage ambulatoire de niveau 1 concerne les internes de médecine générale. Ce stage obligatoire est généralement effectué lors du 3<sup>e</sup> ou du 4<sup>e</sup> semestre. Il peut se dérouler sur un ou plusieurs sites d'exercice. Il dure six mois, à raison de 9 demi-journées par semaine. L'interne peut être supervisé par un ou deux MSU. Le maître de stage doit bien entendu être joignable par l'interne et organiser les différentes phases du stage. Le stage de niveau 2, ou stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée (Saspas) est pour l'instant facultatif. Entre un tiers et la moitié de chaque promotion le réalise. Le maître de stage accueille l'interne qui consulte en autonomie une à plusieurs demi-journées par semaine sous sa supervision. Le stage ambulatoire validant la gynécologie et la pédiatrie est obligatoire pour valider la maquette du diplôme d'études spécialisées de tous les internes de médecine générale. Il s'étale sur six mois à raison de 8 demi-journées par semaine, et est réparti entre deux à trois MSU. Pour la maîtrise de ce stage, les médecins doivent justifier d'un pourcentage de consultation de patients de moins de 16 ans supérieur à 25%. L'un des praticiens doit également avoir une activité de gynécologie quasiment exclusive.

## LE MAÎTRE DE STAGE EST-IL RÉMUNÉRÉ (DES) ?

Le maître de stage perçoit des honoraires pédagogiques à raison de 600 euros par mois pour un interne de niveau 1 ou 2, et 300 euros pour un externe. La rémunération est à répartir entre les MSU qui interviennent lors du stage. Les consultations réalisées par l'interne sous supervision du maître de stage génèrent aussi des honoraires.

## LE MAÎTRE DE STAGE DOIT-IL SUIVRE UNE FORMATION ?

Suivre une formation est impératif pour devenir maître de stage. Le cursus peut s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Il comprend plusieurs sessions : initiation à la maîtrise de stage, encadrement des externes en médecine générale, supervision directe en maîtrise de stage, supervision indirecte, formation à l'accueil d'internes en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas). Le médecin doit ensuite se former à la certification et au tutorat. Le médecin peut néanmoins accueillir un étudiant après avoir suivi le premier programme consacré à l'initiation à la maîtrise de stage.

## COMMENT SE DÉROULE UN STAGE EN PRATIQUE ?

Le stage de niveau 1 débute pour l'étudiant par une phase d'observation de quatre à six semaines, qui lui permet de se familiariser avec l'environnement de travail et les patients. L'interne passe ensuite à une phase « semi-active » en menant la consultation sous la supervision directe du maître de stage : interrogation, auscultation, diagnostic partagé avec le MSU, prescription. Les deux derniers mois du stage permettent à l'interne d'accomplir seul la consultation, sous supervision indirecte. Attention, l'interne n'est pas un remplaçant ! Le maître de stage doit rester joignable et pouvoir se déplacer rapidement lors des consultations effectuées par l'interne. Le MSU a aussi l'obligation de faire un bilan avec l'interne après chaque consultation ou en fin de journée, afin d'échanger sur les consultations et les patients.

## QUELLES CONSÉQUENCES POUR LE CABINET MÉDICAL ?

Être MSU peut impliquer de revoir l'organisation de son cabinet. Mais cela peut aussi permettre de bénéficier d'une plus grande souplesse pour les consultations. La maîtrise de stage est également valorisante auprès de la patientèle, car elle montre la capacité du médecin à enseigner aux futurs praticiens. Enfin, l'Ordre des médecins reconnaît le droit au titre pour les MSU, qui peuvent donc indiquer cette compétence sur leur plaque et leurs ordonnances.

Texte : Aurélie Nicolas



**D<sup>r</sup> Philippe ABOUT, 49 ans**  
Médecin généraliste  
à Toulouse  
Maître de stage  
depuis 8 ans



**Reda BOUABOULA, 27 ans**  
Interne en médecine  
générale  
En stage depuis mai 2016  
pour 6 mois

## “Stimuler leur savoir-faire et leur apporter un savoir-être”



### Pourquoi avez-vous choisi cette spécialité ?

**P.A. :** Parce que c'est une des spécialités où l'on réfléchit le plus. Et aussi pour ce côté longitudinal : on suit certains patients sur toute une vie, avec l'objectif non pas de les soigner, mais de les aider à se soigner.

**R.B. :** Je ne souhaitais pas être spécialisé dans un domaine, je préfère la polyvalence et j'apprécie particulièrement le contact avec les gens. La médecine générale permet également d'organiser son temps de travail, c'est un vrai plus.

### Quelle est votre vision de la médecine générale ?

**P.A. :** C'est une spécialité très complexe, où l'être humain est au centre. On doit être capable de passer de la gynéco à la cardio, ce qui est passionnant mais pas toujours évident.

**R.B. :** C'est la médecine de proximité, de premier recours, c'est une médecine très variée et il faut savoir soigner comme prévenir ou dépister, être réactif en cas d'urgence.

### Quelles sont, selon vous, les qualités pour réussir dans cette spécialité ?

**P.A. :** L'empathie et les capacités d'adaptation : chaque consultation est une nouvelle rencontre. Il faut être capable d'atteindre les mêmes objectifs en utilisant des mots différents, spécifiques à chaque personne.

**R.B. :** Je retiendrais la patience, la curiosité et bien sûr aimer les gens, être disponible, les écouter et les accompagner. Mais aussi savoir se faire entendre et être ferme si nécessaire.

### Qu'avez-vous trouvé dans cette relation maître/stagiaire ?

**P.A. :** Un certain challenge car cela m'oblige à être toujours à la pointe, en restant en contact avec la jeune génération de médecins. J'aime les aider à utiliser leurs savoirs pour acquérir progressivement leur autonomie.

**R.B. :** Il est très enrichissant de bénéficier des conseils d'un médecin plus expérimenté. Chaque jour, j'identifie les situations dans lesquelles je suis le moins à l'aise et le soir on en discute, cela permet de s'améliorer au quotidien.

### Qu'est-ce qui est le plus dur dans cette expérience ?

**P.A. :** Se taire quand ils parlent et leur laisser pleinement leur place, pour qu'ils avancent seuls dans leur raisonnement médical.

**R.B. :** Rien ne m'a paru difficile. Il faut seulement prendre soin de respecter la pratique de son maître de stage, en exerçant une médecine en cohérence avec celle-ci, pour ne pas bousculer les habitudes des patients.

### Qu'avez-vous appris durant cette période de stage ?

**P.A. :** Que l'image de moi que me renvoient mes étudiants correspond au médecin que je veux être. Mais aussi que pour les patients, la fonction est finalement plus importante que la personne !

**R.B. :** Que la médecine est une science inexacte, qu'il faut s'adapter aux personnes en face de nous. J'ai appris à prendre mon temps, à m'organiser, et également à connaître mes limites.

MO  
POUR TRA  
ET REC

Embarqués ensemble  
de la pratique médicale  
deux maîtres de stage et  
leur ressenti sur cette  
qui laisse des traces



**D<sup>r</sup> Mirna SALLOUM, 43 ans**  
Médecin généraliste associée  
au sein de SOS médecins –  
Paris Île-de-France  
Maître de stage depuis 5 ans



**Nicolas VERRUE, 27 ans**  
Interne en médecine  
générale  
En stage depuis mai 2016  
pour 6 mois

## POURQUOI TRANSMETTRE LE DEVOIR

Le dans le quotidien  
ale pendant 6 mois,  
deux internes nous livrent  
expérience particulière  
en chacun d'eux.

### Pourquoi avez-vous choisi cette spécialité?

**M.S.** : J'ai été urgentiste pendant 10 ans avant de m'installer comme médecin généraliste au sein de la structure SOS médecins. La médecine générale, telle que je la pratique à travers les visites à domicile, est une approche à la fois très globale de la médecine, mais en même temps concentrée sur chacun des patients,

qui ont tous leur propre histoire. C'est ce qui me plaît.

**N.V.** : Tout au long de mon cursus, je n'ai jamais été attiré par une spécialité d'organe en particulier. Quant à la chirurgie, j'ai été dans quelques blocs opératoires et j'ai compris que ce n'était pas ce que je voulais faire.

### Quelles sont les particularités de l'exercice dans le cadre de SOS médecins?

**M.S.** : Nous voyons les patients chez eux : ils se dévoilent avec une pudeur et une facilité incroyables. Cet aspect est important à montrer aux étudiants, car dans le serment d'Hippocrate, ils jurent de ne jamais révéler ce qu'ils voient ou entendent chez les patients.

**N.V.** : Contrairement à l'hôpital où les patients défilent au rythme imposé par le service, la médecine de ville permet de se sentir plus proche des gens. Avec SOS médecins, nous rentrons d'une certaine manière dans leur intimité, ce qui favorise le contact et la prise en charge globale.

### Qu'avez-vous trouvé dans cette relation maître/stagiaire?

**M.S.** : Un réel compagnonnage dans le sens le plus profond de la tradition médicale, en aidant le futur médecin à découvrir quel médecin il veut être. Je vis comme une consécration de pouvoir accompagner en tant que directrice de thèse certains de mes internes jusqu'au serment d'Hippocrate.

**N.V.** : J'ai appris progressivement à mener des consultations de manière autonome, à force d'observations et de briefings dans la voiture après chaque visite. Savoir que je peux toujours compter sur Mirna en cas de besoin est très rassurant.

### Qu'est-ce qui est le plus dur dans cette relation à deux?

**M.S.** : Notre proximité régulière lors des déplacements en voiture nous amène à nous découvrir l'un l'autre, à nous apprivoiser et à nous connaître humainement. Il est parfois difficile de concilier deux personnalités très différentes, mais avec l'expérience, on y arrive.

**N.V.** : De savoir accepter la critique. Je ne suis encore qu'étudiant et par moments, j'ai tendance à vouloir aller trop vite. Lors des consultations, on peut parfois avoir l'impression d'être décrédibilisé, alors que c'est à ce moment-là qu'on apprend.

### Qu'avez-vous retenu de cette expérience?

**M.S.** : Que même si l'on peut être amené à se livrer soi-même sur ses failles ou ses craintes de médecin, cela constitue aussi une leçon de vie pour le stagiaire, car il comprend qu'il faut connaître ses propres limites pour bien exercer son métier.

**N.V.** : Que pour être un bon médecin généraliste, il faut être patient. Prendre le temps d'écouter les malades mais aussi, étant donné l'étendue des connaissances requises, prendre le temps d'apprendre.

*“ Je ressentais  
une réelle envie  
d'accompagnement  
et de transmission  
auprès des étudiants ”*

Texte : Béatrice Jaulin

# MÉDECIN ET FORMATEUR L'INNOVATION AU SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT

Les nouvelles technologies permettent de développer des formations innovantes et originales en médecine. Illustration avec deux exemples...

## PR PHILIPPE BERTHEAU

anato-pathologiste, enseignant-chercheur à l'université Paris-Diderot, créateur d'un Mooc (Massive open online course) sur le diagnostic des cancers

**“ L'enseignement médical ne peut plus faire l'économie des nouvelles technologies ”**



**Faire de la recherche et aider les patients : voilà ce qui m'attirait dans les études de médecine. L'anatomo-pathologie a répondu à mes attentes.**

Certes, je ne suis pas au contact des patients. Mais en aidant à la pose du diagnostic par l'analyse des échantillons tissulaires ou cellulaires, ma spécialité contribue à leur prise en charge. Se trouver à la croisée du diagnostic et de la recherche, notamment sur le cancer, est passionnant. C'est un peu dans cet état d'esprit que je me suis intéressé à la pédagogie qui utilise les technologies de l'informatique. Mon goût pour ces dernières se combine très bien avec l'intérêt que je porte à la transmission des connaissances aux étudiants mais aussi au grand public. Je suis persuadé que l'enseignement médical ne peut plus faire l'économie de ces nouvelles technologies et des innovations qu'elles permettent. La génération actuelle des étudiants en médecine, et *a fortiori* celles qui vont suivre, est née avec Internet. Le concept de cours magistraux en amphithéâtre, dispen-

sés classiquement par un professeur, n'est plus une évidence pour les futurs médecins. Ils conçoivent de suivre une grande partie de l'enseignement à distance et de façon interactive. Dans ce contexte en pleine mutation et à l'occasion du lancement de la plateforme France université numérique (FUN) en janvier 2014, l'idée est née de créer un Mooc<sup>1</sup> sur le diagnostic des cancers. La création de ce Mooc, étalée sur deux ans, a nécessité la mobilisation de nombreux enseignants et ingénieurs pédagogiques. Il a fallu construire un vrai objet multimédia et scénariser le contenu. Les séquences alternent vidéos filmées dans les hôpitaux, présentations interactives, autoévaluations, etc. Comme tout ce qui est innovant, ce travail m'a passionné. Il opère une véritable révolution culturelle et pédagogique. Le concept de classe inversée prend ici tout son sens, les connaissances préalables de base étant acquises en ligne et des séances présentielles pouvant ensuite être réalisées avec les étudiants pour

remettre en scène ces connaissances. Depuis que j'enseigne, j'ai été témoin de nombreuses réformes et la méthode pédagogique idéale n'existe pas. Toutefois notre but est toujours le même : former de bons médecins. En 2016, cela passe par un renouvellement de la forme de l'enseignement et une utilisation beaucoup plus étendue des technologies de l'information.

1. Traduction littérale : « cours en ligne ouverts et massifs », ou « cours en ligne ouverts à tous ».

## PARCOURS

**\_1992**  
Thèse de doctorat en médecine (Biologie du cancer du sein).

**\_2002**  
Thèse de sciences (rôles de p53 dans la réponse aux traitements dans les cancers du sein).

**\_2005**  
Professeur d'anatomie pathologique à l'université Paris

Diderot, service de pathologie de l'hôpital Saint-Louis à Paris.

**\_2014-2016**  
Élaboration d'un Mooc « Stratégies diagnostiques des cancers », avec 25 enseignants des universités Paris-Diderot, Paris-Descartes, Paris-13 et Paris-Est-Créteil (Upec). Mise en ligne septembre-novembre 2016.



## PARCOURS

**\_1995**

Thèse de médecine  
(Ventilation non invasive  
au cours des détresses  
respiratoires aiguës chez  
les patients obèses)

**\_1996-2003**

Praticien hospitalier  
en médecine d'urgence,  
CHRU de Brest

**\_2003-2004**

Médecin dans l'unité de  
recherche clinique en soins  
respiratoires, réanimation  
médicale, hôpital Henri  
Mondor, Créteil

**\_2005-aujourd'hui**

Professeur en réanimation  
médicale et médecine  
d'urgence, CHRU de Brest

**\_2008-2010**

Université de Laval au  
Québec, professeur  
invité puis titulaire de la  
chaire de recherche en  
médecine d'urgence

### Pr ERWAN L'HER

professeur de réanimation médicale et de médecine d'urgences  
au CHRU de Brest et directeur du Centre de simulation en santé  
de l'université de Bretagne occidentale.

## “Former les futurs médecins en recourant à des mannequins simulateurs”

**En médecine, j'étais intéressé par les spécialités techniques. D'où mon choix de la pneumologie et, plus précisément, de la réanimation respiratoire.**

Au milieu des années 90, il existait beaucoup de données dans le domaine de l'assistance respiratoire invasive mais peu sur la ventilation non invasive et elle était très peu utilisée en situation aiguë. L'hôpital de Nantes, où j'ai fait mon internat en pneumologie et passé un DESC en réanimation médicale, était l'un des pre-

miers à y avoir recours. Depuis, il s'est opéré une révolution dans la prise en charge des patients en détresse respiratoire aiguë, avec 70 % de ventilation non invasive et, son corollaire, une baisse de 30 % de mortalité. Assez naturellement, je me suis ensuite tourné vers la médecine d'urgence, au point d'ailleurs de l'enseigner pendant un an et demi à l'université de Laval au Québec, puis d'être le chef du service des urgences au CHRU de Brest. Ce qui m'intéressait, c'était les soins aigus dispensés avec des techniques de plus en plus affinées. Mais cette spécialité, comme la chirurgie ou la gastro-entérologie, implique des actes techniques difficiles – endoscopie bronchique, intubation, etc. – avec des risques vitaux pour le patient. Or, les étudiants apprenaient la théorie pendant leurs cours et s'exerçaient à la pratique sur leur premier patient. C'était stressant pour eux et potentiellement risqué pour le malade. D'où une réflexion menée sur la possibilité de former les futurs médecins en recourant à des mannequins simulateurs et des outils de haute technologie, dans un environnement virtuel reproduisant au plus proche leur propre poste de travail. En 2009, le Cesim<sup>1</sup> est né de l'idée qu'il fallait offrir aux étudiants un sas de formation entre les cours théoriques et les premiers gestes sur un patient. Aujourd'hui, il forme des milliers d'étudiants en formation initiale, que ce soit pour des « petits gestes » (ponction lombaire, toucher rectal, pose de voie veineuse) ou pour des situations plus complexes, mais aussi les médecins accueillis en formation continue. Brest a été le premier hôpital à proposer un centre de simulation en santé. Le modèle se diffuse à d'autres hôpitaux. Je suis convaincu que de telles initiatives ne peuvent qu'améliorer la formation et sécuriser le processus de soins.

1. Centre de simulation, pour l'apprentissage et l'enseignement des sciences de la santé (groupe d'intérêt scientifique UBO/CHRU de Brest).



[+]

Verbe pronominal

↳ Acquérir de l'expérience,  
une formation.

(Larousse)

# se former

PROGRESSER  
APPRENDRE  
DÉCOUVRIR  
ÉVOLUTION  
NOUVELLES  
TECHNOLOGIES  
SE PERFECTIONNER  
ACTUALITÉ  
RECHERCHE  
INNOVATION  
CURIOSITÉ



# La formation continue : une obligation pour tous les médecins

L'article 11 du Code de déontologie médicale et le code de la santé publique (article R.4127-11) rappellent que « *tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* ». Une obligation qui se réalise aujourd'hui à travers le développement professionnel continu (DPC), alors qu'elle a été créée par une ordonnance de 1996. Son objectif ? Améliorer la qualité et la sécurité des soins. Créé en 2009 par la loi « Hôpital patients, santé et territoires », et rendu obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le DPC réunit la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Il prévoit également la mise en place de conseils nationaux professionnels de spécialités qui regroupent collègues, sociétés savantes et les différentes structures existant dans chaque spécialité. Avec la loi de modernisation de notre système de santé, le DPC demeure une obligation pour les professionnels de santé mais le dispositif de formation passe d'une obligation annuelle à triennale.

## Le saviez-vous ?

Dans le cadre de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle, de nouvelles spécialités qualifiantes ont été créées avec la création des DES de médecine vasculaire (co-DES avec la médecine cardiovasculaire), de maladies infectieuses et tropicales (co-DES avec la médecine interne), de médecine légale et expertises médicales, et de médecine d'urgence.

*“ Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. ”*

— Serment d'Hippocrate —



### Point de vue de l'Ordre

P<sup>r</sup> Robert Nicodème, président de la section Formation et compétences médicales

#### « L'Ordre prend une part active dans la formation des médecins tout au long de la vie »

L'Ordre des médecins a notamment pour mission de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles

rédigées par le code de déontologie. C'est pourquoi l'Ordre prend une part active dans l'accompagnement des médecins dans le développement de leur carrière, dans le développement professionnel continu et il gère le processus de qualification. Aujourd'hui, le DPC est insuffisant. C'est pourquoi nous avons soumis dans le livre blanc *Pour l'avenir de la Santé*, un certain nombre de propositions : une recertification tous les six ans garantie par l'Ordre, la mise en place d'un portfolio qui regroupera durant les études

du jeune médecin les attestations, les relevés de stages et les recommandations. Puis, tout au long de sa carrière professionnelle, le médecin pourra y ajouter les diplômes d'université qu'il aura validés. Enfin l'Ordre souhaite que soient facilitées les passerelles entre spécialités par la voie des commissions de qualification ordinaires et la mise en place de bonus de rémunération pour gratifier les formations et évolutions professionnelles chez les médecins libéraux.

## FORMATION, ÉVOLU

85

DES MÉDECINS  
QU'IL EST PRIORITAIRE  
DE VALORISER  
DE L'EXPÉRIENCE  
LES CARRIÈRES

46%

DES MÉDECINS SE DÉCLARENT  
INSATISFAITS DE LEURS  
POSSIBILITÉS D'ÉVOLUTION DE  
CARRIÈRE DANS LA PROFESSION



51%  
des  
généralistes

(Source : Grande consultation Cnom)

55%

DES MÉDECINS SONT  
FAVORABLES À UNE  
**RECERTIFICATION** PÉRIODIQUE  
ASSORTIE D'UNE PROMOTION  
PROFESSIONNELLE

(Source : Grande consultation Cnom)

LES PAYS EUROPÉENS OÙ LES MÉDECINS DOIVENT  
ÊTRE RECERTIFIÉS POUR EXERCER



6

dossiers de  
ont été  
(année)



4

ont été jugés

DISCIPLINES A  
L'OBJET DU PL  
NOMBRE DE D  
DE VAE

CANCÉROLOGIE OPTION

CANCÉROLOGIE OPTION

ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

140

55

(Source : Cnom)

# TION, PROMOTION...

# 3%

ESTIMENT  
RITAIRE  
**LES ACQUIS**  
CE DANS  
MÉDICALES

**11**  
VAE ordinales  
soumis  
(2015)

**36**  
recevables

**YANT FAIT  
US GRAND  
EMANDES**

TRAITEMENTS MÉDICAUX  
338

CHIRURGIE

NOLOGIE CLINIQUE

# 4525

**DEMANDES DE QUALIFICATION  
EFFECTIVEMENT EXAMINÉES  
EN COMMISSION NATIONALE  
DE PREMIÈRE INSTANCE,  
(HORS COMMISSIONS  
DÉPARTEMENTALES DE MG)  
ENTRE 2009 ET 2015**

**72%**

d'avis favorables  
(commissions nationales  
entre 2013 et 2015).

# 65%

des candidats  
exerçaient  
leur spécialité  
précédente  
depuis plus  
de 10 ans.

# 2/3

sont âgés de  
+ de 45 ans



**QUALIFICATIONS  
PRÉCÉDENTES  
DES MÉDECINS**

- Médecine générale (1496)
- Médecine interne (49)
- Chirurgie générale (38)
- Santé publique et médecine sociale (21)
- Pédiatrie (20)



**SPÉCIALITÉS VISÉES  
PAR LES MÉDECINS**

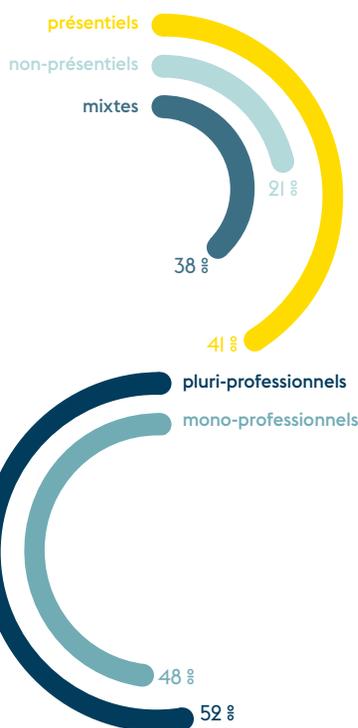
- Médecine générale (302)
- Médecine du travail (293)
- Psychiatrie (221)
- Gériatrie (195)
- Médecine physique et de réadaptation (141)

(Source : Grande consultation Cnom)

# 75864

**COMPTES PERSONNELS DPC  
DE MÉDECINS CRÉÉS  
SUR WWW.MONDPC.FR**

**FORMAT DES PROGRAMMES**



**LES ORIENTATIONS  
NATIONALES PRIORITAIRES  
2016-2018 LES PLUS  
PROPOSÉES**

- 1/ Amélioration de la pertinence des soins
- 2/ Coordination des équipes de soins primaires pour contribuer à la structuration des parcours de santé du patient, notamment à l'échelle d'un territoire de santé
- 3/ Coordination des soins entre médecin traitant et médecin correspondant

(Source : ANDPC)

## DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU : **les nouvelles modalités**

**À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017**, l'obligation de développement professionnel continu (DPC) devient triennale. Le point sur les nouvelles modalités du DPC qui concernent l'ensemble des médecins : libéraux, hospitaliers et salariés.

**L**a loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a modifié les modalités du DPC. Elle a également réformé sa gouvernance en créant l'Agence nationale du DPC (ANDPC). Le principal changement concerne l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux, salariés ou hospitaliers.



### UNE OBLIGATION TRIENNALE

Jusqu'à présent, l'obligation de DPC était annuelle. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, elle devient triennale. Concrètement, les médecins devront suivre un « parcours de DPC » sur trois ans. Il doit être défini par le Conseil national professionnel (CNP) des médecins. Le suivi de l'intégralité d'un programme de DPC en 2016 participe à l'obligation triennale, mais le parcours de DPC défini par la profession pourra comprendre d'autres formations complémentaires pour satisfaire pleinement à l'obligation triennale. Il faut donc attendre la publication du parcours de DPC pour les médecins.



### CRÉER UN COMPTE PERSONNEL

Les médecins libéraux et salariés dans des centres de santé

conventionnés doivent ouvrir un compte personnel sur le site Internet « [mondpc.fr](http://mondpc.fr) ». Ils doivent renseigner tous les champs d'informations personnelles, ainsi que leur numéro de RPPS et leurs coordonnées bancaires pour prétendre à une prise en charge financière dans le cadre du DPC. Les indemnités sont versées directement sur le compte bancaire du professionnel de santé. Les comptes personnels déjà créés sont conservés avec toutes les informations personnelles. Les conseils départementaux de l'Ordre peuvent informer les médecins sur le DPC et les accompagner dans leurs démarches.



### S'INSCRIRE À UNE FORMATION

Les programmes et les actions de DPC sont dispensés par des organismes de formation ou structures appelés « organismes de DPC » ou « ODPC ». Il peut s'agir d'associations, d'entreprises, d'universités ou d'établissements de santé. Le compte personnel sur « [mondpc.fr](http://mondpc.fr) » permet de chercher une formation de DPC et de s'y inscrire directement en ligne. La rubrique « Recherche programme » permet d'accéder à une liste de formations correspondant à la profession

et aux critères renseignés. Des fiches détaillées en livrent toutes les informations. Une fois la formation de DPC choisie, il suffit de valider son inscription. La demande d'inscription est envoyée à l'organisme qui confirmera par courriel. Le professionnel de santé doit alors suivre l'intégralité du programme de formation.



### ÊTRE PRIS EN CHARGE FINANCIÈREMENT

L'Agence nationale du DPC participe à la prise en charge du DPC pour les professionnels de santé libéraux et salariés des centres de santé conventionnés, qui exercent à au moins 50 % de leur activité sous ce statut. Le montant de l'indemnisation dépend de la durée du programme suivi, dans la limite de 7 demi-journées par programme de DPC. En 2016, le plafond de prise en charge s'élevait à 3 700 euros par médecin et par an dans la limite de l'enveloppe budgétaire de la profession. Pour percevoir son indemnisation, le médecin n'a aucune démarche à effectuer. L'organisme de DPC transmet directement le dossier à l'agence. Après avoir vérifié qu'il est complet, l'ANDPC procède au règlement des indemnités par virement.



## RÉFORME DU DPC

# Les propositions de l'Ordre

Dans son livre blanc *Pour l'avenir de la santé*, l'Ordre des médecins consacre sa 10<sup>e</sup> proposition à la formation continue. Le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Cnom, nous explique pourquoi et nous en livre les détails...

À noter que le montant de la prise en charge est indiqué lors de l'inscription en ligne au programme de DPC. Le médecin peut également consulter son compte personnel sur « monDPC.fr » afin de connaître le montant de l'enveloppe annuelle personnelle, le budget déjà consommé avec le détail de la consommation ainsi que l'état de l'indemnisation. Il faut aussi savoir que les « programmes spécifiques », c'est-à-dire les programmes de DPC de maîtrise de stage et pluriprofessionnels, sont pris en charge en supplément de l'enveloppe annuelle personnelle.

### ATTESTER DE SA PARTICIPATION

L'attestation de participation à un DPC est remise au médecin par l'organisme de DPC qui a dispensé la formation, lorsque le professionnel de santé a assisté à l'ensemble des étapes. L'attestation de participation remise en fin de session permet au médecin de justifier de sa participation à un DPC et, par conséquent, de son obligation en cas de contrôle. L'attestation doit être communiquée à l'autorité en charge du contrôle. Pour les médecins, il s'agit de l'Ordre des médecins.

#### QUE REPROCHE L'ORDRE AU DISPOSITIF ACTUEL DE DPC ?

Aujourd'hui, le DPC ne correspond pas aux attentes des médecins. Il est déconnecté du parcours professionnel du médecin, de l'objectif d'acquisition et du maintien des compétences, mais aussi d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Il n'a aucun rôle dans l'évolution des carrières ni dans la mise en place de passerelles. Pourtant, 83 % des médecins qui ont participé à la Grande consultation que nous avons organisée fin 2015, estiment qu'il est important voire prioritaire de valoriser les acquis de l'expérience dans les carrières médicales. Enfin, la formation médicale continue demeure à l'initiative du professionnel, elle n'est adossée à aucune organisation pour chaque discipline.

#### L'ORDRE PROPOSE DEUX ACTIONS CONCRÈTES POUR RÉFORMER LE DPC, À COMMENCER PAR LA MISE EN PLACE D'UNE RECERTIFICATION TOUTS LES 6 ANS, PILOTÉE PAR L'ORDRE. QUELS EN SERAIENT LES CONTOURS ?

L'objectif de ce dispositif serait de valider les acquis de l'expérience et d'assurer le maintien des connaissances avec comme préoccupation principale la sécurité des usagers. L'organisation et l'administration de la recertification des médecins relèveraient du Conseil national de l'Ordre des médecins. Le Cnom compte en effet parmi ses missions de veiller à la compétence des médecins. Le contenu, le calendrier, les maquettes des enseignements

permettant le maintien des compétences par le DPC relèveraient quant à eux des collèges nationaux de spécialités, des sociétés savantes, sur un financement pérenne par contribution professionnelle des médecins.

#### SUR QUELS ÉLÉMENTS SE BASERAIT LA RECERTIFICATION ?

La recertification serait basée sur quatre principes : le DPC du médecin qui resterait géré par l'ANDPC, l'analyse de l'activité du médecin (au regard des spécifications définies pour chaque spécialité par les collèges de spécialité), la répartition des activités du médecin (son temps et son mode d'activité dans sa spécialité), et enfin le portfolio du médecin (actions de formation médicale continue, congrès, diplômes universitaires ou interuniversitaires), géré par l'Ordre des médecins en partenariat avec les acteurs de la formation initiale, de la formation continue et des collèges de spécialités.

#### VOUS PROPOSEZ ÉGALEMENT DE MODIFIER COMPLÈTEMENT LA STRUCTURE MÊME DU DPC...

Oui, nous souhaitons que le DPC s'inscrive dans les réalités de chaque spécialité et soit transversal au niveau des modes d'exercice de la spécialité. Au final, ce nouveau système d'évolution des compétences s'inspirant du modèle néerlandais permettrait des évolutions de carrière plus rapides pour les médecins salariés ou hospitaliers et pour les médecins libéraux des bonus de rémunération.

# MÉDECINS : QUELLES ÉVOLUTIONS DE CARRIÈRE

— Les médecins peuvent faire évoluer leur carrière par le biais de la VAE ordinale, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015, ou en demandant un changement de spécialité. Foire aux questions sur ces dispositifs...

## Le changement de spécialité ↘

### QUI PEUT DEMANDER À CHANGER DE SPÉCIALITÉ ?

Tous les médecins inscrits au Tableau peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de leur qualification initiale. L'obtention de cette qualification relève de la compétence de l'Ordre des médecins, via des commissions nationales de qualification, de première instance et d'appel, instituées dans chacune des spécialités. Pour obtenir une nouvelle qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation théorique et d'une expérience pratique lui assurant des compétences équivalentes à celles requises pour l'obtention du diplôme de la spécialité sollicitée (DES ou Desc 2).

### COMMENT MONTER SON DOSSIER DE DEMANDE ?

Le médecin doit déposer sa demande auprès de son conseil départemental qui doit statuer dans le délai maximal d'un an. Le dossier est constitué d'un formulaire précisant la dénomination exacte en vigueur de la spécialité demandée. Le dossier doit contenir les attestations faisant preuve des formations théoriques et pratiques (DIU, DU, Capacités, FMC, Stages, CRO, Snir...) requises pour la spécialité. Le médecin doit enfin rédiger une lettre de motivation dans laquelle il relate dans le détail son cursus et ses expériences (notamment en lien avec sa demande). Il y motive aussi les raisons de sa demande de changement de spécialité. Les conseillers départementaux peuvent apporter leur aide lors de la constitution du dossier. Les médecins doivent s'acquitter d'un chèque de 200 euros pour les frais de dossiers en première instance et de 100 euros en appel.

### QUELLES EXIGENCES REQUIERT UNE TELLE DÉMARCHÉ ?

Le médecin doit la plupart du temps non seulement reprendre une formation mais aussi acquérir la pratique dans tous les champs de la spécialité demandée. L'ensemble des connaissances théoriques et pratiques à maîtriser est recensé dans les maquettes des formations (arrêtés du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine et des diplômes d'études spécialisées complémentaires) et les référentiels métiers adoptés par le Cnom (<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/49/tous>). Changer de spécialité est donc une démarche lourde de sens qui demande une véritable motivation ainsi qu'un fort investissement personnel.

### QUELLE EST LA PROCÉDURE ?

Le dossier de demande de qualification est adressé au Conseil national qui le fera parvenir à la Commission de première instance. Celle-ci va choisir un rapporteur pour le dossier du candidat et une date d'examen du dossier. Une convocation sera envoyée au candidat, les commissions recommandant la présence du médecin pour audition. L'avis de la commission de première instance est ensuite adressé par l'intermédiaire du Conseil national au conseil départemental qui statuera en séance plénière. En cas d'avis défavorable, le candidat et/ou le conseil départemental ont la possibilité de faire appel dans un délai de deux mois auprès de la commission nationale d'appel de spécialité. Après examen, elle transmet son avis au Conseil national de l'Ordre des médecins qui prend une décision de qualification ou de rejet. Il n'y a pas de limitation en termes de nombre de demandes déposées à l'issue de la procédure initiale.

## QUEL EST L'OBJECTIF DE LA VAE ?

L'objectif est de permettre aux médecins spécialistes qui n'ont pas eu l'occasion ou la possibilité d'obtenir un Desc du groupe I d'en obtenir l'équivalence par un droit d'exercice complémentaire. Ce droit est uniquement ouvert aux disciplines dites « non qualifiantes du groupe I », qui n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste (exemples : nutrition, addictologie, allergologie et immunologie clinique...). Les médecins doivent alors justifier d'une formation et d'une expérience qui leur assurent tout ou partie des compétences requises pour l'exercice des disciplines correspondantes.

## ← La validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinale

### QUELLES SONT LES CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ?

Tout médecin inscrit au Tableau de l'Ordre, initialement qualifié comme spécialiste, peut déposer un dossier de demande de VAE ordinale compatible, sous réserve qu'il n'ait pas déjà présenté sa candidature à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe I dans le cadre de la procédure de la VAE universitaire, dans les trois années qui précèdent sa demande.

### QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE VAE UNIVERSITAIRE ET VAE ORDINALE ?

La VAE universitaire délivre un Desc du groupe I (un diplôme), l'Ordre des médecins délivre un droit d'exercice complémentaire à la spécialité. Les deux dispositifs ont des conséquences similaires. Cependant, la VAE universitaire ne laisse pas de possibilité d'appel contrairement à la VAE ordinale qui laisse au candidat la possibilité d'interjeter l'appel devant une commission nationale d'appel.

### QUELLE EST LA PROCÉDURE POUR FAIRE UNE DEMANDE DE VAE ORDINALE ?

Les médecins spécialistes souhaitant bénéficier de ce dispositif doivent déposer un dossier de demande d'exercice complémentaire auprès du conseil départemental de l'Ordre dont ils relèvent. Les médecins peuvent déposer une demande dans plusieurs disciplines ou options équivalentes du Desc I de manière concomitante. Ce dossier doit être adressé avant le 15 février de chaque année et dûment complété. La composition de ce dossier est établie par le Conseil national de l'Ordre, disponible sur le site internet du Cnom à la rubrique « Médecin/Faire évoluer sa carrière ». Il doit comporter le questionnaire à l'appui d'une demande d'extension du droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante,

mentionnant la spécialité de qualification dans laquelle un droit d'exercice complémentaire est sollicité et, le cas échéant, l'option de ce diplôme mais aussi sans être limitatif, les copies des certificats et attestations correspondant à la formation et à l'activité du médecin demandeur. Les médecins doivent également s'acquitter d'un chèque de 200 euros afférent aux frais de dossiers en première instance et 100 euros en appel. Au 1<sup>er</sup> mars de chaque année, les conseils départementaux de l'Ordre transmettent les demandes à la Commission nationale de première instance compétente (Cnom – section Formation et compétences médicales). Pour chaque médecin, la Commission nationale examine

les qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation, ainsi que l'expérience professionnelle dont se prévaut l'intéressé dans la discipline du Desc du groupe I demandée. La Commission nationale rend alors un avis qu'elle transmet au conseil départemental qui prend une décision et la notifie au médecin. Cette décision est susceptible d'appel devant le Conseil national qui statue après avis d'une commission nationale d'appel constituée par discipline (Desc du groupe I). Un arrêté ministériel fixe, par région et pour une spécialité donnée, le nombre maximum de médecins pouvant bénéficier d'une extension de droit d'exercice au titre de l'année suivante.

Texte : Isabelle Diquéro

## REPENSER LA FORMATION CONTINUE GRÂCE À LA RECERTIFICATION

**À l'occasion de la publication du livre blanc *Pour l'avenir de la santé*, l'Ordre propose la mise en place d'un système destiné à renforcer la formation continue : la recertification. Un dispositif qui soulève tout autant l'enthousiasme que les interrogations...**

Quarante-six pour cent des médecins se disent insatisfaits de leurs possibilités d'évolution de carrière. Une déclaration à laquelle l'Ordre répond en proposant de renforcer la formation continue par la recertification. Un système supposé palier les limites du développement professionnel continu (DPC), dispositif né de la loi HPST et dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en associant formation continue et analyse des pratiques professionnelles. Périodique (tous les 6 ans), la recertification serait basée sur quatre principes : le DPC du médecin, l'analyse de son activité au regard des spécifications définies pour chaque spécialité par les collègues de spécialité, la répartition des activités du médecin, le portfolio du médecin (actions de formation médicale continue, congrès, diplômes universitaires ou interuniversitaires) garanti par l'Ordre des médecins. La non

recertification entraînerait une mise à niveau immédiate.

Inspiré du modèle néerlandais, ce système devrait, à terme, permettre une évolution de carrière accélérée pour les médecins salariés et hospitaliers et une revalorisation de la rémunération des médecins libéraux. Alors comment mettre en place ce dispositif ? Quelles sont les craintes qu'il soulève ? Nos quatre invités nous livrent leur point de vue et leurs réflexions sur la mise en œuvre d'un tel système...

1. Grande consultation du Cnom, Elabe, 2015.

le chiffre

55 %

des médecins interrogés se disent favorables à une recertification périodique assortie d'une promotion



**DR DOMINIQUE  
BERTRAND**

Conseiller ordinal, membre de la section Formation et compétences médicales



**DR FRANCIS BONNET**

Président de la Société française des anesthésistes-réanimateurs



**DR PIERRE-LOUIS DRUAIS**

Président du Collège de la médecine générale



**DR OLIVIER GOËAU-  
BRISSONNIÈRE**

de la Fédération des spécialités médicales

#### DR DOMINIQUE BERTRAND

Le DPC est une démarche personnelle et obligatoire devant permettre l'entretien de ses connaissances et de sa pratique, mais actuellement assez libre dans le choix des thèmes. Il peut donc être déconnecté de la pratique professionnelle. La recertification s'assure que la compétence du médecin est conservée sur le champ d'activité, parfois partiel, qu'il exerce. Le DPC peut donc être considéré comme l'un des moyens de parvenir à la recertification.

#### DR FRANCIS BONNET

Je pense que la recertification vient s'inscrire dans un système où règne la confusion. Il faudrait envisager une refonte globale du système de formation continue. Actuellement, nous avons un sentiment d'empilement des dispositifs. Les règles du jeu sont changeantes, complexes et les interlocuteurs multiples. Or, ce dont les médecins ont besoin, c'est d'une définition claire et adaptée des objectifs de formation et d'un système simple, élaboré en dehors de toute influence.

#### DR PIERRE-LOUIS DRUAIS

Dans le cadre du DPC, c'est le professionnel qui définit son champ de formation alors qu'à aucun moment il n'est question de bilan de compétence. Pourtant, ce que l'on veut certifier demain, c'est la compétence. Or, la formation n'assure en aucun cas le fait que le médecin change sa pratique. Le DPC ne peut pas être un outil de recertification. La recertification, elle, est une finalité. Il y a un certain nombre de briques à aller chercher en termes de savoir et de pratique pour construire un mur de compétences. Mais nous ne pouvons pas penser recertification sans parler au préalable de certification. Il faut avant tout revoir la formation initiale en y associant connaissances et compétences. Ce sont à la fois les instances professionnelles, l'Ordre et l'Université qui doivent certifier et établir un guide d'acquisition de compétences pour le temps d'exercice du médecin. C'est à cette condition que la recertification peut s'envisager.

## > Comment, selon vous, doivent s'articuler DPC et recertification ?

#### DR OLIVIER GOËAU- BRISSONNIÈRE

La recertification n'est ni un outil de remplacement ni un complément pour le DPC. C'est un dispositif en soi dont le DPC n'est qu'un élément. À l'image de ce qui existe pour les pilotes d'avion, la recertification a pour but de garantir le maintien des compétences des médecins, elle garantit leur qualité interventionnelle. Elle utilise les acquis du DPC tout en lui donnant de la souplesse. Mais il ne faut pas confondre recertification et « rediplomation ». Il n'est pas question de faire passer un examen. C'est une validation multifactorielle. Avec la recertification, nous quittons le concept du « je sors de l'université diplômé une fois pour toutes ». Nous nous plaçons dans l'idée d'une formation permanente, tout au long de la vie.



Dr Olivier Goëau-Brissonnière

**“La recertification n'est ni un outil de remplacement ni un complément pour le DPC.”**



Pr Dominique Bertrand

*“Au préalable, ce serait au médecin de s’autoévaluer et ainsi de trouver les points à améliorer, en fonction de sa pratique.”*

#### Pr FRANCIS BONNET

Aujourd’hui, la politique de formation est plutôt incitative et dénuée de contraintes si ce n’est pour l’exercice libéral où la sanction peut être financière en raison de l’augmentation des primes d’assurance. Or, la recertification n’a de sens que si elle est accomplie par tous, notamment dans des spécialités comme la miéne. Donc avant toute chose, il faut se positionner pour savoir si la recertification est obligatoire ou non. Mais, si l’on croit à ce que l’on fait, on ne doit pas se contenter de volontariat. Une fois ce principe d’obligation posé, les thèmes de formation doivent être clairement définis. Enfin, il faut s’assurer de la conformité au système mis en place et faire en sorte de trouver des modes de financement adaptés.

#### Pr DOMINIQUE BERTRAND

Au préalable, ce serait au médecin de s’autoévaluer et ainsi de trouver les points à améliorer, en fonction de sa pratique. Tous les éléments attestant d’une actualisation des compétences et de la pratique participent à la recertification (formations, diplômes universitaires, évaluations, travaux démontrant des connaissances actualisées, groupes de pairs, accréditations ou certifications, etc.). Ceux-ci seraient rassemblés dans un portfolio conçu et conservé par l’Ordre. C’est ce dernier qui doit garantir le maintien des compétences mais aussi conseiller le médecin si nécessaire.

#### Pr PIERRE-LOUIS DRUAI

Chaque discipline doit établir un « référentiel métier-compétences ». L’Ordre, lui, est là pour attester de la recertification ou pour intervenir en cas d’insuffisance professionnelle. Mais c’est le professionnel qui est l’acteur de sa formation. Grâce à des outils de traçabilité qui permettent de reconstituer son activité, ses formations, ses publications... le médecin peut constituer un portfolio professionnel qui dépasse le stade du simple registre notarial. À échéance régulière, l’analyse de ce portfolio permettrait d’accorder ou non une recertification. Nous pouvons ainsi imaginer que le manque de pratique dans un domaine, pendant une période donnée, puisse faire perdre la certification relative à cette compétence. Le CV doit devenir un réflexe dès la période de formation initiale. Il faut entrer dans la culture de la traçabilité de sa formation et de ses bilans personnels. Le collège peut accompagner ces processus.

### > Quels outils mettre en place pour assurer son efficacité ?

#### Pr OLIVIER GOËAU-BRISSONNIÈRE

Le Conseil national professionnel (CNP), en harmonie avec l’Université et l’Ordre des médecins, pourrait avoir pour rôle de définir le parcours de formation recommandé pour le maintien optimum des compétences. Clé de voûte de la recertification, le CNP peut proposer un menu. Le médecin, lui, fait une autoévaluation de ses besoins selon sa pratique. En fonction d’étapes à fixer, l’Ordre, garant de l’ensemble du dispositif, valide ou recertifie le médecin à échéance fixe. La durée de 6 ans me paraît cohérente avec l’idée d’un maintien des compétences au fil de l’eau. Nous aboutirions ainsi à une autorégulation des pratiques à l’image de ce qui se passe au Canada. Le contrôle est exercé en permanence par la profession et elle seule.

P<sup>r</sup> Pierre-Louis Druais

*“La recertification n’est pas pour demain même si le principe est conceptuellement bien avancé. Cependant, nous pouvons penser que la certification, elle, se fera bientôt.”*

#### P<sup>r</sup> OLIVIER GOËAU-BRISSONNIÈRE

Il faut battre le fer tant qu’il est chaud ! Les médecins sont prêts à relever le défi et je pense que le plus tôt sera le mieux. La recertification est une réelle opportunité tant pour les médecins que pour les patients. Il est nécessaire que ce principe soit imposé à tous les médecins. Nous pouvons imaginer que les jeunes médecins y soient soumis de façon obligatoire, dès la fin de leurs études, et prévoir un régime plus progressif pour les médecins en exercice. Leur appétit pour ce système sera d’autant plus important que la recertification aura été conçue par les médecins et pour les médecins.

#### P<sup>r</sup> FRANCIS BONNET

Sur le principe, nous ne pouvons qu’être d’accord avec la mise en place d’un principe de recertification, à condition que sa mise en œuvre soit le plus simple possible. Il faut prendre le temps de ne pas reproduire les erreurs du DPC pour lequel il n’a jamais été expliqué que l’objectif était d’améliorer et d’uniformiser les pratiques. En attendant l’éventuelle mise en place d’un tel système, nous pourrions déjà exiger que tout médecin soit membre d’une société savante. Cela garantirait, au minimum, qu’il reçoive une information.

#### P<sup>r</sup> DOMINIQUE BERTRAND

Avant d’envisager la recertification, il est nécessaire que le DPC soit opérationnel, ce qui devrait être le cas en 2017. La mise en place du dispositif a été bien trop longue. Il fallait commencer par une procédure souple que l’on aurait fait évoluer avec le temps. Dès que le DPC aura pris sa pleine ampleur et que l’adhésion complète sera réalisée, la recertification se profilera ; elle nécessite que les médecins y soient favorables. La Grande consultation lancée en 2015 par l’Ordre laisse d’ailleurs présager une adhésion plus rapide que prévu.

## › La mise en place d’un tel système est-elle envisageable rapidement ?

#### P<sup>r</sup> PIERRE-LOUIS DRUAIS

Il faut se féliciter du fait que l’Ordre s’interroge sur la question. Mais la recertification n’est pas pour demain même si le principe est conceptuellement bien avancé. Cependant, nous pouvons penser que la certification, elle, se fera bientôt. Une fois que nous aurons intégré le fait que la thèse n’est pas un outil de la compétence, le temps de la recertification viendra. De toute façon, c’est un dispositif qui sera mis en place quoi qu’il arrive puisque la jeune génération veut être capable tout au long de sa vie professionnelle de répondre à la question : « Au nom de quoi nous a-t-on autorisé à l’exercice de cette profession ? ».

P<sup>r</sup> Francis Bonnet

*“Il faut prendre le temps de ne pas reproduire les erreurs du DPC.”*

Texte : Béatrice Jaulin

# SE FORMER POUR ÉLARGIR SON HORIZON PROFESSIONNEL

Les médecins ont à leur disposition de multiples possibilités pour se former, avec à la clé pour certains, un véritable changement dans leur vie professionnelle et/ou dans leur spécialité. Voici trois exemples de médecins qui n'ont jamais perdu le goût d'apprendre et d'évoluer.

**DR ISABELLE KAHN**, praticien hospitalier contractuel à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart)

**“ J'aime étudier, retourner sur les bancs de la faculté, sortir du quotidien hospitalier ”**

**Avec des parents et un frère médecins, la médecine était pour moi une évidence!** J'ai choisi d'être médecin généraliste et tout de suite, j'ai aimé suivre des formations. Pendant mon internat, j'ai passé un DU de gynécologie médicale et d'endocrinologie de la reproduction puis une capacité en médecine d'urgence. J'avais fait une série de stages aux urgences et en réanimation et j'ai été séduite par le côté « vitaminé », varié et en même temps très technique de cette médecine. Le travail en équipe, et plus particulièrement avec les infirmières, a achevé de me convaincre que c'était là que je voulais travailler. Ce sont aussi des infirmières, à l'hôpital de Longjumeau où j'ai fait des stages aux urgences pédiatriques, qui m'ont fait aimer la pédiatrie. Elles avaient de l'expérience et m'ont beaucoup appris. Au terme de ces deux semestres de stage, j'ai pris un poste d'assistante généraliste aux urgences pédiatriques et j'y suis restée quatre ans... sans jamais cesser de me former! D'abord parce que j'aime étudier, retourner sur les bancs de la faculté, sortir un peu du quotidien hospitalier

et rencontrer de nouvelles têtes. Ensuite, c'est enrichissant sur le plan personnel et professionnel. On améliore ses compétences, on croise des professeurs de grande qualité que l'on sait qu'on pourra, un jour ou l'autre, être amené à appeler en cas de problème de diagnostic. J'ai poursuivi les formations en pédiatrie d'urgence pour apprendre à maîtriser les situations extrêmes mais aussi en pédiatrie de maternité, domaine que je ne connaissais pas, et en médecine de catastrophe. Sans oublier un DU de santé et développement de l'enfant car, à terme, j'aimerais exercer à la fois à l'hôpital et en ville. D'où l'importance de connaître l'enfant dans sa globalité. En 2015, j'ai demandé et obtenu la qualification en pédiatrie auprès de l'Ordre des médecins. C'est l'aboutissement de mon expérience et de mes nombreuses formations... et un vrai sujet de fierté !



## PARCOURS

**\_2005**

Thèse en médecine générale (Infection des cathéters fémoraux en réanimation)

**\_2005-2009**

Assistante généraliste au service d'urgences pédiatriques de l'hôpital de Longjumeau

**\_2010**

Praticien hospitalier contractuel à l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart)

**\_2015**

Qualification en pédiatrie via la commission de qualification de l'Ordre des médecins

**D<sup>r</sup> SYLVIE BOULANGER**, médecin généraliste, gériatre et nutritionniste par VAE ordinaire, à Saintes (17)

## “C’est un nouvel investissement personnel, qui sanctionne plusieurs années d’engagement”

**Mon goût pour la médecine, c’est une histoire qui remonte à l’enfance.** D’aussi loin que je me souviens, j’ai toujours voulu être médecin avec le rêve de guérir un jour tous les gens du cancer ! J’ai découvert la gériatrie lors d’un stage en psychogériatrie à l’hôpital de Nice. Tout de suite, j’ai aimé cette discipline qui aborde le patient dans sa globalité de façon très humaine. Certes la dimension médicale reste essentielle, mais nous prenons aussi en compte l’environnement psycho-social, ce qui permettait de proposer des projets de vie aux patients. Quand, pour des raisons familiales, je suis arrivée à l’hôpital de Saintes, en 1999, j’ai travaillé en gastro-entérologie, puis en pneumologie. La gériatrie n’était pas encore une spécialité mais au quotidien, je m’occupais des personnes âgées de ces services. Très

vite, j’ai compris l’importance de l’intégration de la nutrition en tant que soin chez les patients. En 2008, j’ai accepté la présidence du comité de liaison en alimentation et nutrition (Clan). Puis, j’ai passé des diplômes universitaires en nutrition clinique et artificielle, j’ai assisté à des congrès, lu des ouvrages. Bref, je n’ai jamais cessé de me former. En 2013, avec le soutien de la direction et de la communauté médicale, il a été décidé de monter une équipe transversale de nutrition. Un projet pionnier dans notre région ! Deux ans après, j’ai décidé de franchir un nouveau pas en demandant la reconnaissance d’un Desc de nutrition par VAE ordinaire. J’ai suivi tout le parcours – montage du dossier, présentation du projet devant le Conseil de l’Ordre, etc. – et j’ai obtenu cette nouvelle compétence. Je fais désormais partie



de l’équipe de nutrition. C’est un nouvel investissement personnel, qui sanctionne plusieurs années d’engagement. J’en suis heureuse même s’il m’a été très difficile de quitter le service de gériatrie. Je n’ai d’ailleurs pas coupé le lien ! Et je passe régulièrement voir les résidents et les soignants pour prendre des nouvelles.

### PARCOURS

**\_1995**

Thèse en médecine générale (Qualité de vie dans la prise en charge au long cours des BPCO de patients traités par ventilation non invasive)

**\_2008**

Nommée présidente du comité de liaison en alimentation et nutrition

(Clan) à l’hôpital de Saintes

**\_2010 et 2014**

DU de nutrition clinique (Poitiers) et DIU de nutrition artificielle (Paris)

**\_2015**

Obtention de la VAE ordinaire de nutrition

**D<sup>r</sup> NICOLAS LONGEAUX**, médecin urgentiste, Saint-Gaudens (31)

## “Je n’ai jamais cessé de me former”

**J’ai toujours voulu être médecin. J’ai fait plusieurs stages d’externe au Samu et j’ai découvert que j’adorais ça !** Quand on arrive le matin dans le service, on ne sait jamais ce qui va se passer. Bien sûr, on ne suit pas nos patients. Cela peut être parfois frustrant mais, en même temps, je trouve passionnant de voir les effets immédiats des actions thérapeutiques décidées. À cette époque, la médecine d’urgence n’était pas une spécialité. Il fallait faire médecine générale et une capacité. Finalement, je n’ai jamais arrêté de me former et je crois que je totalise vingt et une cartes d’étudiant obtenues depuis le bac. J’ai continué à passer



### PARCOURS

**\_1999**

Thèse de médecine (Prise en charge de la douleur en traumatologie adulte aux urgences et au SMUR)

**\_2007**

Président de la CME du centre hospitalier Comminges-Pyrénées. Vice-président depuis 2015

**\_2009**

Membre du bureau de la FHF Midi-Pyrénées et administrateur FHF nationale

**\_2012 à 2014**

Directeur de l’observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées

des diplômes, comme celui de médecin pompier, de médecin de secours en montagne et en spéléologie, ou de médecine de catastrophe. Autant par goût – j’ai toujours aimé les courses en montagne, les situations extrêmes, etc. – que par désir d’être un maillon de la chaîne des sauveteurs sur les lieux des catastrophes. Bien sûr, il y a du stress, beaucoup d’entraînement... mais je vis des choses exceptionnelles. Puis, il y a bientôt dix ans, j’ai été élu président de la Commission médicale d’établissement (CME) du centre hospitalier de Saint-Gaudens. J’avais envie de m’investir différemment, de faire bouger les lignes. Donc, nouvelle formation : un master en management cette fois, à l’école supérieure de commerce de Paris (ESCP). Depuis, j’ai aussi des responsabilités à la Fédération hospitalière de France et je suis toujours à la CME en tant que vice-président. Pour autant, je n’ai pas cessé de prendre des gardes comme médecin urgentiste. C’est indispensable de garder le contact avec le terrain pour être crédible comme administrateur.

## LIVRES



P<sup>r</sup> Patrick Berche  
Éditions Docis, 34 euros.

### LE SAVOIR VAGABOND : HISTOIRE DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

Au début, l'enseignement de l'art de guérir s'est transmis exclusivement par compagnonnage, sans livres... Avec Hippocrate de Cos naissent les premières écoles de médecine. Dès lors, le savoir médical va vagabonder selon les vicissitudes des temps... Comment sont nés les CHU ? D'où vient l'idée que la recherche est intimement liée à la pédagogie ? Comment se sont développés les différents systèmes pédagogiques en Occident depuis le Moyen-Âge, en France, en Angleterre, en Allemagne, aux Pays-Bas, aux États-Unis ? Partant du principe que pour prétendre réformer l'enseignement, il faut connaître le passé, le P<sup>r</sup> Patrick Berche, aujourd'hui directeur de l'Institut Pasteur de Lille, s'est appliqué à remonter le fil du temps dans cet ouvrage historique. Il en ressort quelques idées visant à faire progresser l'enseignement de la médecine en cherchant à faire connaître, plus qu'à convaincre.



David Saint-Marc  
Éditions L'Harmattan

### LA FORMATION DES MÉDECINS, SOCIOLOGIE DES ÉTUDES MÉDICALES

Comment devient-on médecin ? Des solutions pour réussir les partiels de fin d'année aux stratégies de formation à la pratique en passant par l'affiliation aux deux institutions qui chapeautent la formation et la construction de leur identité professionnelle, l'auteur propose une analyse fine et sous un angle sociologique des mécanismes qui mènent un étudiant à devenir peu à peu médecin. Un travail qui permet de comprendre comment de jeunes étudiants prompts à animer un chahut deviennent seulement quelques années après des professionnels compétents, capables de faire un diagnostic, de prescrire un traitement adéquat, d'annoncer de bonnes et de mauvaises nouvelles à leurs patients voire de prendre des décisions de fin de vie.



Le Guide pratique du MSU ECA, Vol. 1, 2, 3, dirigé par Claude Attali, rédigé par le CNGE  
Éditions scientifiques L&C

### GUIDE PRATIQUE DU MSU ECA

Cet ouvrage répond, en trois volumes, à toutes les questions des médecins qui sont ou souhaitent devenir maître de stage universitaire-enseignant clinicien ambulatoire (MSU ECA). Pourquoi devenir MSU ECA ? Qu'est-ce que cela implique ? Comment accueillir les étudiants ? Comment se déroule le stage ? Et comment évaluer les compétences des internes accueillis ? Tous les sujets sont traités de façon claire et exhaustive. Le 2<sup>e</sup> volume est consacré au stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (Saspas).

## ET LES PUBLICATIONS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS



*Étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales, édition 2015*



*Enquête sur l'impact du stage en médecine générale sur le choix de la spécialité, Atlas de la démographie médicale, 2016*



*Livre blanc Pour l'avenir de la Santé : de la grande consultation aux propositions, janvier 2016*



Retrouvez l'Ordre des médecins :

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)