



# « Après l'écoute, le temps de l'action »



**D**epuis 30 ans, les gouvernements de droite comme de gauche évitent toute réforme courageuse, se limitant à colmater les brèches d'un système de santé qui va droit dans le mur, silencieusement, sans que cela ne suscite beaucoup d'inquiétudes. Notre système, sorte d'empilement successif de couches administratives, est devenu d'une complexité sans nom, hyper administré et centralisé, et totalement déconnecté des besoins des territoires...

Ce constat sans concessions, sévère est partagé par l'ensemble des acteurs. À l'automne 2015, l'Ordre des médecins lançait une Grande et large consultation auprès des acteurs institutionnels, des patients et bien évidemment des médecins, afin de mieux comprendre leurs besoins et attentes, et recueillir leurs propositions pour faire évoluer le système actuel. Cette consultation a démontré une vraie volonté de changement : 93 % des médecins et 87 % des patients appelaient en effet de leurs vœux une réforme en profondeur de notre système de santé.

**Le diagnostic est dur mais les volontés sont là.** Alors que le système est arrivé au point mort, incapable de se réinventer, naissent dans les territoires des initiatives courageuses qui certes s'affranchissent parfois des règles, mais démontrent qu'il est possible de bouger. Présents à tous les échelons territoriaux, nous avons recueilli ces bonnes pratiques qui font leurs preuves chaque jour. Il est temps d'agir et de délivrer ces volontés.

**Le temps de l'écoute et du diagnostic est aujourd'hui terminé,** la feuille de route des médecins est claire. L'immobilisme n'est pas une alternative, et l'approche des élections présidentielles et législatives nous offre une vraie occasion pour enfin faire bouger les choses. L'Ordre des médecins, ayant écouté l'ensemble des médecins, propose une réforme globale autour de 4 grands principes : **libérer, décentraliser et simplifier** pour donner à notre système de santé les moyens de retrouver son excellence mais aussi **garantir un réel accès aux soins à tous.** Cette réforme prend le contre-pied de toutes les logiques mises en place depuis 30 ans, elle vise à totalement déconstruire le système hyper administré et centralisé actuel en renforçant la concertation et en s'appuyant sur les acteurs qui l'appliqueront sur le terrain. Elle propose de **révolutionner l'organisation de notre système de santé en s'appuyant sur les territoires.**

**Ce projet de réforme n'existe que parce que les médecins nous ont donné mandat pour le porter. C'est un projet voulu et attendu par le monde professionnel.**

**Dr Patrick Bouet,**  
Président du Conseil national  
de l'Ordre des médecins



PHILOSOPHIE  
**ET OBJECTIFS**  
DE LA  
RÉFORME



Par cette réforme, l'Ordre des médecins répond à l'urgence en proposant un programme clé en mains pour le prochain ministre de la Santé, celui des médecins, permettant à la fois d'**améliorer l'égalité** de l'accès aux soins, de **renforcer la qualité** des soins, d'**encourager la liberté** des acteurs et les initiatives et de **préserver l'équilibre** financier du système, sans générer de nouvelles dépenses.

# Repenser le système de santé en repartant des territoires



Notre pays a besoin de repenser l'organisation de son offre de soins, et de **proposer une offre cohérente adaptée aux besoins réels**

**de santé de chaque territoire.**

Les besoins de santé sont extrêmement hétérogènes d'un territoire à l'autre. Les variations se perçoivent non pas à l'échelle de la région ou du département, mais bien à celle du bassin de vie, en fonction par exemple des données démographiques ou géographiques...

**Réorganiser le système de santé en partant des territoires** ne veut donc pas dire que l'on va chercher à assurer la présence d'un médecin dans chaque village de France. Cela n'arrivera pas et nous n'en avons pas besoin pour assurer la prise en charge des populations. Il s'agit bien de **proposer l'offre la plus à même de**

**répondre aux besoins des populations.**

La seule solution est de miser sur les acteurs des territoires, sur leur connaissance des problématiques locales, en leur donnant les moyens de s'organiser afin d'améliorer les situations particulières et variées de chaque bassin de vie.

Cette logique constitue **le socle fondamental sur lequel l'ensemble des éléments d'une réforme du système de santé pourra se déployer. Elle représente en ce sens un véritable projet politique en proposant une nouvelle structuration de l'offre de soins, plus souple, plus évolutive, plus mobile, plus démocratique.**

**“Une réforme assumée et ambitieuse, un électrochoc dans les territoires”**

Partir des territoires ne veut pas dire que l'on s'affranchit des grandes règles économiques ou sociales **et des réalités locales.**





**LA**  
**RÉFORME**  
EN 10  
PROPOSITIONS



## 1<sup>RE</sup> PRIORITÉ

# Simplifier l'organisation territoriale des soins avec une gouvernance partagée

- 1 Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins
- 2 Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux
- 3 Créer un portail d'information unique entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité santé

## 2<sup>E</sup> PRIORITÉ

# Alléger et décloisonner l'exercice professionnel des médecins

- 4 Redonner du temps médical aux médecins
- 5 Mettre en place un système social plus protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous
- 6 Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra professionnelles
- 7 Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires

## 3<sup>E</sup> PRIORITÉ

# Ouvrir et professionnaliser la formation des médecins

- 8 Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires
- 9 Transformer l'Épreuve classante nationale en Épreuve classante interrégionale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle jusqu'à l'internat
- 10 Renforcer la formation continue : recertification dans la discipline et passerelles entre spécialités

1<sup>RE</sup> PRIORITÉ

# Simplifier l'organisation territoriale des soins avec une gouvernance partagée

**Le constat est désormais établi, l'organisation des soins souffre d'une gestion trop centralisatrice, totalement déconnectée des besoins des territoires.**

On constate un empilement des instances territoriales, organisées en silos (exemple des zones de micro-territoires que représentent les maisons de santé pluri-professionnelles, de l'échelon des conférences de territoires, ou des GHT...) et un total manque de coordination entre hôpital et médecine de ville. Autant d'obstacles à une bonne prise en charge des patients.

Partant de ce constat partagé, l'Ordre des médecins a réfléchi aux moyens de mettre en œuvre une organisation décentralisée et totalement coordonnée, capable de simplifier le mille-feuille actuel, tout en représentant un coût zéro.

Nous préconisons la mise en place d'un nouvel échelon de coordination des soins local, simple, efficace, au plus près des usagers, construit sur l'existant, ancré sur le terrain, et non imposé qui permettrait à la fois d'assurer à n'importe quel patient, sur un territoire donné, une prise en charge fluide et coordonnée de ses problèmes de santé (entre la ville et l'hôpital, les généralistes et les spécialistes), mais également aux professionnels de santé de travailler ensemble et de sortir de l'isolement.

La force de ce nouvel échelon, que nous avons appelé **le Bassin de proximité santé (BPS)**, réside dans son pragmatisme : il est conçu en partant des besoins des populations sur un bassin de vie, et basé sur les moyens et compétences disponibles, à l'inverse des organisations pyramidales et déconnectées des réalités du terrain qui ont trop souvent cours.

**37 %**  
des médecins  
seulement  
estiment que  
l'offre de soins  
est adaptée aux  
besoins.

**85 %**  
jugent important  
de structurer le  
parcours ville-  
hôpital.

Loin d'un échelon supplémentaire, la proposition du Bassin de proximité santé permet de rationaliser profondément l'organisation territoriale des soins, dans le cadre d'une gouvernance réellement partagée, afin de faire émerger un projet global de santé au service de la population de chaque territoire, en utilisant toutes les ressources existantes et en simplifiant leur articulation ; répondre à des critères de proximité et d'efficacité, en incluant la prévention et le médico-social aux côtés des soins, tant de premier que de second recours ; assurer une bonne coordination des soins, alors que tous les acteurs déplorent de façon récurrente les ratés du système et garantir une véritable concertation et une co-construction à travers **un comité opérationnel du BPS** regroupant professionnels et usagers sous la responsabilité des élus locaux.



pourront y trouver un réel soutien. Il est également la « petite structure » capable de **prendre en charge la problématique globale d'un patient**. Nouvel échelon territorial, le BPS rassemblera les structures d'exercice regroupé, les médecins en cabinet isolé et les structure(s) hospitalière(s) publiques et privées de proximité et disposera de toute capacité d'autonomie dans la prise en charge ambulatoire de sa population en soins de premier et de deuxième recours, y compris en ce qui concerne les actions de prévention et le médico-social. Ces bassins seront **regroupés autour d'une structure hospitalière fournissant un plateau technique lourd et un service d'urgences**.

Alors qu'aujourd'hui, les GHT donnent tout pouvoir aux CHU au détriment de la médecine de ville, le BPS permettra ainsi d'**intégrer enfin la médecine de ville dans l'organisation des soins sur le territoire**.

**LE PRINCIPE.** Le BPS a été défini comme **une « unité fonctionnelle »**. Il doit ainsi disposer de l'autonomie fonctionnelle dans son périmètre, selon les ressources qui lui auront été allouées par la région. Le pouvoir décisionnaire du BPS serait donc bien limité à la fonctionnalité des soins dans le cadre de ressources et équipements octroyés par l'échelon régional. L'objectif du BPS est ainsi de parvenir à une réussite fonctionnelle.

Le BPS devra être adapté aux spécificités locales, **son périmètre sera donc à géométrie**

**variable, car il dépendra des besoins spécifiques du territoire.** D'une façon schématique, la bonne échelle territoriale pour le BPS sera celle de la communauté de communes. Le BPS ne devra pas être contraint par le découpage administratif. Son échelon correspond à une approche territoriale pragmatique, partant des besoins des populations, et basée sur les moyens et compétences disponibles. Ainsi plusieurs communautés de communes pourront appartenir à un même BPS et un BPS pourra s'étendre à plusieurs départements, ou être à cheval sur deux régions.

**“Concrètement, le BPS coordonnera les moyens et l'organisation entre les différents sites”**

Concrètement, le BPS coordonnera les moyens et l'organisation entre les différents sites et aura notamment **pour mission d'assurer la coordination entre** les médecins de soins de premier recours, généralistes et autres spécialistes (salariés de centres de soins ou libéraux); les médecins de soins de second recours intervenant hors plateaux techniques hospitaliers (publics ou privés); les médecins intervenant sur les plateaux techniques hospitaliers (publics ou privés); les autres médecins et autres professionnels de santé.

**“Fort de ce nouvel échelon territorial, nous pourrons faire émerger un projet global de santé au service de la population de chaque territoire”**

Fort de ce nouvel échelon territorial, nous pourrons faire émerger un projet global de santé au service de la population de chaque territoire, en utilisant toutes les ressources existantes et en simplifiant leur articulation, avec un bénéfice immédiat sur le parcours de soins.



**3<sup>e</sup> PROPOSITION**

# Créer un portail d'information unique entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité santé

**● La situation actuelle**

Les différents portails existants n'ont pas réussi à s'installer auprès des usagers. Se situant sur le périmètre trop vaste des régions et ne regroupant pas tous les acteurs, ils ne permettent pas de cartographier de manière pertinente l'offre de soins d'un territoire. Ce manque d'information à destination du public concourt à compartimenter la médecine, entre l'hôpital, la médecine ambulatoire et le médico-social, complexifiant ainsi le parcours de soin et les passerelles dans la prise en charge.

**“Nous proposons de mettre en place un portail d'information unique”**

**● Notre proposition d'évolution**

Dans le cadre du projet gouvernemental de mise en place d'un service public d'information

en santé, nous proposons de mettre en place un portail d'information unique entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque Bassin de proximité santé. Si l'État est légitime pour assurer la cohérence de la nomenclature de l'offre de soins, il est impératif de disposer d'un échelon local pour répertorier les soins opérationnels délivrés sur le territoire.

Cette compétence doit être assurée par le BPS, échelon le plus légitime pour répertorier l'offre de soins opérationnelle d'un territoire, étant donné son rôle fonctionnel. En mesure d'identifier les besoins et attentes de la population, il peut anticiper la formation des déserts médicaux, recenser les solutions territoriales d'accès aux soins et informer les acteurs et la population.

Plus largement, le bénéfice d'un tel portail, unique, renseigné au niveau local, est d'accroître la connaissance de l'offre de soins effective en répertoriant non plus les soins déclarés mais

**“Ce portail doit permettre d'accroître la connaissance de l'offre de soins dans les territoires”**

« les soins opérationnels » (soit les soins proposés par les professionnels à la population, et non simplement les qualifications ou spécialités des professionnels de santé).

# Alléger et décloisonner l'exercice professionnel des médecins

**Le métier de médecin est en complète évolution. Les grandes évolutions sociétales (vieillessement de la population, aspirations de la nouvelle génération...) comme l'arrivée des nouvelles technologies et du numérique dans le monde de la santé ont transformé la pratique médicale.**

Par manque d'anticipation de ces évolutions, de nombreuses problématiques apparaissent aujourd'hui, et notamment celles de l'accès aux soins dans les territoires.

Le manque de médecins et les délais d'attente avant d'obtenir un rendez-vous médical s'accroissent, tandis que les médecins restent surchargés de tâches administratives et comptables qui obèrent leur temps médical. Avant de chercher à mettre à tout prix des médecins dans les territoires, il faut d'abord être capable d'exploiter au mieux les compétences médicales des médecins en les déchargeant des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés.

Exploiter au mieux les compétences des médecins, c'est aussi leur permettre d'exercer facilement à plusieurs endroits à la fois, à changer de lieu, de mode d'exercice ou de statut au cours de leur carrière. Pour permettre cette mobilité, les médecins ont besoin d'un système social protecteur et équitable, capable de les accompagner dans l'ensemble de leurs activités et mouvements.

Enfin, il faut être capable de stimuler au mieux les coopérations entre les professions de santé.

**98 %**  
**des médecins jugent important de retrouver du temps médical destiné aux soins.**

Il est aujourd'hui primordial de poser les fondations d'une nouvelle pratique médicale, plus souple, plus mobile, plus évolutive et plus protectrice, pour permettre aux médecins de mieux travailler et de mieux répondre aux besoins de leurs patients, notamment avec l'appui des technologies numériques.

4<sup>e</sup> PROPOSITION

# Redonner du temps médical aux médecins

● **La situation actuelle**

Les médecins sont formés à soigner la population. Pourtant une part de plus en plus importante de leur temps d'exercice est consacrée à d'autres tâches, administratives ou comptables. Rarement préparés à la lourdeur de ces tâches, beaucoup de jeunes médecins, découragés, évitent de s'installer en libéral. Cette aberration d'une mauvaise utilisation de la compétence médicale est dénoncée par l'ensemble des professionnels.

● **Notre proposition d'évolution**

Libérer la profession du poids administratif et comptable ne pourra se faire par de simples aides ponctuelles et partielles mais bien en envisageant autrement l'exercice du métier de médecin. Plutôt que de chercher à installer à tout prix des médecins partout dans les territoires, il faut leur permettre de travail-

ler plus efficacement en leur permettant de sortir de l'isolement, en leur apportant les moyens administratifs et humains nécessaires leur permettant de dégager du temps médical au service de la population.

**Cinq mesures seront mises en place pour accompagner les médecins et leur permettre de gagner du temps médical :**

assurer la promotion de l'exercice regroupé et des économies de frais qu'il représente ; déployer le haut-débit sur l'ensemble du territoire ; mutualiser les moyens numériques et développer la pratique de la télé-médecine ; sensibiliser et promouvoir de nouveaux comportements dans l'exercice médical (usage numérique, nouveaux outils de gestion des rendez-vous...) ; mutualiser les moyens administratifs.

Très concrètement, cela permettra, **pour les médecins libéraux**, de mettre à disposition une aide administrative pouvant prendre des formes diverses et adaptées (plateforme, assistance administrative, télé-secrétariat ou secrétariat mutualisé), soutenus notamment par des financements conventionnels ; **pour les praticiens hospitaliers, les médecins du travail**

**et les médecins scolaires**, de mettre en place une réduction du temps administratif par un allègement des procédures et la mise à disposition de personnels administratifs dédiés à ces travaux.

**“Cela permettra de mettre en place une réduction du temps administratif par un allègement des procédures et la mise à disposition de personnels administratifs dédiés à ces travaux”**

**97%**

**des médecins estiment qu'ils subissent trop de contraintes réglementaires, économiques ou administratives.**

# Mettre en place un système social plus protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous

## • La situation actuelle

De nombreux médecins font aujourd'hui le constat d'une difficile évolution de carrière dans la profession liée notamment à de fortes disparités en matière de droits sociaux. Un médecin souhaitant passer d'un mode d'exercice à un autre doit pouvoir bénéficier de conditions équitables de protection, sans rupture de couverture. Car favoriser la mobilité des médecins, c'est accroître les soins dans les territoires. Par ailleurs, les rémunérations des médecins sont aujourd'hui univoques et inadaptées aux missions qu'ils remplissent. Il n'existe enfin aucun système de revalorisation dans les parcours professionnels des médecins.

## • Notre proposition d'évolution

Nous souhaitons que soit mis en place un mode de rémunération différencié, un système social protecteur, équitable et valorisant pour tous : évolution de la couverture sociale unique obtenue par voie législative, préservation des droits sociaux

**60%** des médecins sont insatisfaits du niveau de leur rémunération.

lors d'un changement d'exercice, diversification des modes de rémunération pour reconnaître la mission de service public des médecins, et reconnaissance des acquis de l'expérience dans leur rémunération.

**“Nous souhaitons que soit mis en place un mode de rémunération différencié et un système social protecteur”**

6<sup>e</sup> PROPOSITION

# Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra professionnelles

● **La situation actuelle**

La profession médicale souffre d'un manque de coordination entre spécialités et entre la médecine de ville et l'hôpital. Plus encore, les médecins attendent que l'on favorise les coopérations avec les autres professions de santé. Les médecins sont en effet conscients que la question de l'accès aux soins ne peut se résumer au simple accès à un médecin. Il s'agit plus globalement de donner accès aux compétences médicales, aux compétences complémentaires, assurées par différents professionnels, en mesure de guider le patient dans sa prise en charge. L'embouteillage actuel des urgences est un parfait exemple de ce défaut de coopération, entre les services d'urgence, les hôpitaux et la médecine de ville.

**79%**

**des professionnels souhaitent des coopérations plus étroites entre la médecine de ville et l'hôpital.**

● **Notre proposition d'évolution**

**L'OBJECTIF.** Si pour les soins programmés, le médecin traitant doit rester le pivot du parcours de soins (l'hôpital étant recentré sur ses missions spécifiques), il faut, pour les soins non programmés renforcer très fortement les coopérations.

Les coopérations doivent se mettre en place sur la base des besoins exprimés par les territoires et de leurs priorités en matière de santé (incidences de certaines pathologies, addictions particulières...) afin de **construire un maillage en réseau de coopération autour de trois objectifs** : décroïsonner la médecine de l'hôpital et la médecine de ville ; favoriser la mobilité de la profession et promouvoir les échanges entre les professionnels de santé.

**LE PRINCIPE.** Nous proposons de **mettre en place une meilleure coordination des soins avec le médecin traitant comme pivot** par le biais de protocoles de coopération entre médecin et autres professionnels de santé, la généralisation d'un numéro d'appel entre médecins et hô-

**“Nous proposons de favoriser la mobilité entre la médecine de ville et l'hôpital”**

pital pour permettre l'hospitalisation directe des patients sans passage par les urgences, des messageries sécurisées pour les échanges entre médecins et autres professionnels de santé des compte-rendus et résultats d'examen, un dossier du patient pouvant être informatiquement partagé au sein de l'équipe de soins qui le prend en charge, le développement de la télémédecine et des technologies numériques en général.

**Nous proposons de favoriser la mobilité entre la médecine de ville et l'hôpital** (utilisation par les médecins libéraux des plateaux techniques hospitaliers et possibilité pour les hospitaliers d'assurer des remplacements dans leurs territoires).

# Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires

## • La situation actuelle

En matière de financement, il est impératif que le système de santé demeure solidaire. Les organismes complémentaires ne doivent en aucun cas se substituer à l'Assurance-maladie obligatoire dans la gestion du système de santé. Il convient ainsi de réaffirmer la solidarité comme fondement de la prise en charge. Cela implique de conserver le rôle de l'Assurance maladie obligatoire dans la prise en charge des soins, pour les patients comme pour les médecins.

## • Notre proposition d'évolution

Nous proposons de simplifier les relations des médecins avec les organismes gestionnaires en désignant un unique interlocuteur pour les médecins et les usagers, et permettre ainsi un système lisible et opérationnel pour tous. L'expertise de chaque territoire dans la définition de ses besoins de santé, partagée avec l'Assurance-maladie, permettra de développer des solutions adaptées à la réalité du terrain et ciblées, simplifiant ainsi les échanges entre professionnels et Assurance maladie.

**86%** des médecins estiment prioritaire ou important de définir la place respective de l'Assurance maladie et des assurances complémentaires.

En complément, l'Ordre tient à rappeler qu'il reste particulièrement vigilant sur les difficultés ou dérives possibles liées à la généralisation du tiers-payant et demande qu'une évaluation objective de cette mesure soit réalisée avec les représentants des médecins avant sa généralisation éventuelle.

3<sup>E</sup> PRIORITÉ

# Ouvrir et professionnaliser la formation des médecins

**Le modèle actuel de formation à la profession de médecin ne répond plus aux enjeux actuels en raison de son incapacité de mettre en adéquation les compétences délivrées aux médecins avec les besoins des territoires.**

Le problème se pose dès la phase de sélection aux concours d'entrée en PACES. Comment être sûr que le système actuel permet de sélectionner les bons profils ? Une fois en PACES, la formation des médecins pâtit d'une très forte priorité donnée à l'acquisition de connaissances et de techniques, et non à l'acquisition de compétences. Au moment des ECN, il est regrettable que le système ne tienne pas compte des besoins effectifs des territoires.

Enfin, alors que l'exercice du métier de médecin est appelé à se transformer, que les techniques médicales évoluent chaque jour, le système actuel de formation continue des médecins

ne permet ni de les accompagner dans ces nouvelles pratiques, ni de tenir compte de leur acquisition de compétences, ni de garantir leur compétence tout au long de leur vie.

Plutôt que de partir des besoins en internes des centres hospitaliers, il convient de former les médecins dont ont besoin les territoires. L'Ordre des médecins préconise ainsi de repartir des attentes identifiées sur le terrain.

Partant des données exprimées par les territoires en termes de besoins de prise en charge médicale, ou de dépistage, par exemple, il serait possible de définir le nombre de médecins qu'il est nécessaire de former, dans quelle spécialité et exercice.

En ce sens, l'approche territoriale constitue la base de la réforme du système de formation des médecins.

**93 %**  
des médecins estiment important voire prioritaire de mettre en adéquation la formation initiale avec la réalité des exercices professionnels.

# Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires

## • La situation actuelle

Le numerus clausus (nombre d'admis en seconde année) a fait la preuve de son inefficacité. Il ne régule pas la démographie médicale, il est contourné (les médecins européens ou extra-européens ainsi que les étudiants français formés à l'étranger représentent actuellement une part croissante des nouveaux médecins), il est inadapté aux besoins. Augmenter le numerus clausus reste donc une mesure très parcellaire face à la complexité des problématiques d'accès aux soins dans les territoires. Ce mode de sélection entraîne un gâchis humain.

Quant au système de sélection pour l'accès à la PACES (le 1<sup>er</sup> cycle d'études médicales), il est aujourd'hui fondé sur des connaissances exclusivement scientifiques et techniques, et ne tient pas compte, par exemple, de la motivation ou de qualités d'empathie pourtant utiles à l'exercice futur de la profession.

Enfin, après le concours, la formation ne ménage pas de temps de professionnalisation permettant de mieux comprendre les réalités de l'exercice médical en dehors de l'hôpital et de mieux connaître les autres professions de santé...

## • Notre proposition d'évolution

L'Ordre propose de créer un numerus clausus régionalisé, à partir des capacités de formation des établissements universitaires et des possibilités d'organisation de stages durant la scolarité sur les territoires, selon les données qui auront été remontées par les BPS. En parallèle, l'Ordre préconise de réfléchir à un système de pré-sélection avant l'année de PACES élargie afin de limiter les taux d'échec.

Parce que les futurs médecins devront être capables de travailler, dans le périmètre de leur BPS, en collaboration avec les autres professions de santé, il est important de profiter de leurs premières années de formation pour leur apporter

une meilleure connaissance de ces autres professions. L'Ordre propose de mettre en place un socle commun pour toutes les professions de santé (PACES élargie) lors de la première année d'études avec des stages inter-professionnels dès la deuxième année. Cela permettra également de faciliter les débouchés et les passerelles précoces vers les autres professions de santé pour les étudiants.

En parallèle, l'Ordre préconise d'accorder aux étudiants en médecine des équivalences vers d'autres filières universitaires sur le principe du système LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat) tout au long de leurs études.

L'Ordre accompagne la création d'un « portfolio » étudiant dès la deuxième année d'études pour recenser résultats, stages, acquisitions de compétences tout au long des études avec l'objectif de la certification finale par l'Université jusqu'à l'obtention du Diplôme d'études spécialisées (DES). Ce portfolio serait mis à jour tout au long de la carrière du médecin (recertification).

**80%**  
d'échec au concours.

9<sup>e</sup> PROPOSITION

# Transformer l'Épreuve classante nationale en Épreuve classante interrégionale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle jusqu'à l'internat

● **La situation actuelle**

Le second cycle des études médicales pâtit d'un manque de professionnalisation en dehors de l'hôpital. L'enseignement théorique prend une part de plus en plus importante dans les emplois du temps.

La fin du deuxième cycle est marquée par les épreuves classantes nationales (ECN), qui ont remplacé depuis 2004 le concours de l'internat. En fonction de leur classement, les étudiants choisissent leur centre hospitalier universitaire d'affectation, leur filière de spécialité et les services où ils effectueront leurs stages de six mois.

Ce système pose aujourd'hui un certain nombre de problèmes : une année de préparation consacrée quasi-exclu-

**“L'enseignement théorique prend une part de plus en plus importante dans les emplois du temps”**

sivement aux révisions ; pas de vision exhaustive de la discipline ; un examen classant, sans note éliminatoire ; un choix géographique et de spécialité qui se fait souvent par défaut, avec peu de possibilités de changement de décision ; une mobilité des étudiants qui n'a aucun impact sur la densité médicale dans les territoires.

C'est pourtant bien au moment de l'internat que l'on a une chance de permettre de fixer les futurs médecins dans les régions où ils ont fait leurs études.

● **Notre proposition d'évolution**

**Transformer les ECN en Épreuves classantes interrégionales (ECIR) sur 5 grandes inter-régions** : les places disponibles seraient définies pour chaque grande inter-région et pour chaque spécialité, en fonction des besoins démographiques régionaux, tels que remontés par les BPS.

Ces nouvelles épreuves seront une réelle avancée pour

les jeunes internes qui, au lieu de jouer leur affectation future sur un examen unique organisé sur 3,5 jours, auront désormais 6 chances de réussite. Il sera en effet possible de concourir sur plusieurs inter-régions (avec un maximum de 3 concours par année) sur deux années. Une note éliminatoire sera instaurée, avec possibilité de doublement. L'épreuve continuera d'être organisée de manière dématérialisée, avec les mêmes garanties d'équité que pour le concours national actuel.

**Renforcer la professionnalisation du deuxième cycle jusqu'à l'internat.**

L'université doit poursuivre cette évolution déjà enclenchée en mettant la priorité sur l'acquisition de compétences tout au long du cursus. L'objectif est d'amener à l'internat des étudiants qui ont eu le temps de faire l'analyse de leur environnement, peuvent choisir en toute connaissance de cause leur métier et leur lieu d'exercice souhaités.

Ainsi, après la première année d'acquisition des sciences médicales fondamentales, le cursus doit permettre aux étudiants de mieux connaître l'organisation du système de santé et les divers modes d'exercices médicaux dans les territoires, moyennant :

- au cours du deuxième cycle, un enseignement théorique des pathologies, complété par plusieurs stages et variés, hospitaliers, dans les territoires, dans des services et cabinets agréés... Ces stages doivent permettre à l'étudiant d'avoir été en contact avec tous les exercices dans les territoires afin de mieux se représenter la variété des exercices (du médecin en zone rurale au spécialiste en ville, du chirurgien en clinique privée au médecin conseil, par exemple). L'université saura ainsi tirer parti d'un vivier de formateurs externes contribuant à une professionnalisation précoce des étudiants ;

- au cours du troisième cycle, quatre années d'internat au sein de toutes les structures de soins publiques et privées (cabinets médicaux, dispensaires, services hospitaliers publics non universitaires ou privés), avec le développement de stages ambulatoires pour toutes les spécialités. Un stage de fin de cursus obligatoire serait organisé dans les centres hospitaliers de territoire ;

- cette professionnalisation s'effectuerait sous forme de liens conventionnels et/ou contractuels, sous le contrôle du directeur général de l'ARS, des doyens, des conseils régionaux

## “Un stage de fin de cursus obligatoire serait organisé dans les centres hospitaliers de territoire”

de l'Ordre des médecins, des URPS et des commissions médicales d'établissements, sous forme de contrats d'objectifs de professionnalisation.

**Inciter les jeunes diplômés à un exercice volontaire dans les territoires sous-médicalisés** via la création d'un nouveau « post-DES de territoire ». En contrepartie d'un exercice de trois ans dans une zone en tension, ces médecins bénéficieraient de compensations : avantages sociaux ou fiscaux, progression de carrière plus rapide, avantages conventionnels, etc.

**10<sup>e</sup> PROPOSITION**

# Renforcer la formation continue : recertification dans la discipline et passerelles entre spécialités

**79%** des médecins souhaiteraient davantage de passerelles entre les spécialités.

**• La situation actuelle**

Depuis la loi HPST, les médecins, comme l'ensemble des professionnels de santé, doivent suivre des programmes de formation dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC), un dispositif dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, en associant formation continue et analyse des pratiques professionnelles.

Coercitif, déconnecté du parcours professionnel du médecin, ne permettant aucune passerelle ni évolution de carrière, ce système a démontré aujourd'hui qu'il ne répondait pas aux besoins d'une profession dont les techniques évoluent vite, et dont les pratiques sont appelées à s'adapter aux problématiques spécifiques des lieux et conditions d'exercice...

**• Notre proposition d'évolution**

Renforcer la formation continue des médecins, c'est garantir les compétences professionnelles

des médecins tout au long de leur vie au service de la population, c'est aussi accompagner les médecins tout au long de leur carrière et leur permettre une meilleure prise en compte de

**“Garantir les compétences professionnelles des médecins tout au long de leur vie au service de la population”**

leur niveau de connaissances, de leurs acquis d'expérience, et de leur niveau de compétences.

C'est pourquoi l'Ordre des médecins propose de renforcer la formation continue par une recertification des médecins tous les six ans réalisée par les pairs et donc en rapport direct avec l'exercice de son métier dans son territoire. Ce dispositif indépendant, garanti par l'Ordre des médecins, accompagnerait le médecin

tout au long de sa carrière dans son maintien de compétences tout comme dans l'acquisition de compétences nouvelles, par l'évaluation de son parcours par des pairs, sans examen.

Cette recertification devra avoir pour corollaire la prise en compte des compétences et de l'expérience du médecin dans la définition de son statut social et de sa rémunération (avec une évolution possible de la valeur du C remboursé par l'Assurance maladie en fonction des qualifications du médecin...)

La recertification n'est donc en aucun cas une contrainte mais bien une avancée pour les médecins, garantissant leur indépendance.

La mise en œuvre d'un système de Développement personnel et continu (DPC) fondé sur des modules de compétences transversaux, communs à plusieurs spécialités, ouvrira par ailleurs des passerelles vers d'autres spécialités afin de permettre de vraies évolutions de carrières.

Source des chiffres clés :  
**La Grande consultation**, Cnom, 2015

**Conseil national  
de l'Ordre des médecins**

180, boulevard Haussmann

75008 Paris

Tél. : 01 53 89 32 00

Fax : 01 53 89 32 01

conseil-national@cn.medecin.fr

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

[@ordre\\_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

• [lagrandeconsultation.medecin.fr](http://lagrandeconsultation.medecin.fr)



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
Conseil National de l'Ordre