

COMPTE-RENDU DU SEMINAIRE BOARD DU 23 MAI 2019

« Les réformes de la formation des professionnels de santé en lien avec l'évolution du système de santé »

Ouverture du séminaire board par Pascal Maurel et Dominique Maigne

L'objectif du séminaire board est d'analyser les réformes de la formation des professionnels de santé en lien avec l'évolution du système de santé.

En effet, le thème le plus complexe et le plus structurant de la réforme « Ma Santé 2022 » est bien celui de l'Université et de la formation des soignants. Ce thème concerne les lycéens, l'organisation de la médecine territoriale, l'organisation de l'inter-professionnalité, et la coopération entre les professions.

Cette réforme présente une ingénierie complexe et touche à de gros enjeux. On peut donc se demander quels seront ses impacts.

Pour tenter d'apporter des réponses à toutes ces questions, seront donc étudiées la réforme des études médicales et la réforme des études soignantes à travers trois tables-rondes :

Table-ronde 1 : Objectifs et mises en œuvre des réformes médicales

Table ronde 2 : Les professionnels face aux nouvelles pratiques de soins

Table ronde 3 : A nouvelles pratiques, nouveaux besoins

1- Table ronde 1 : Objectifs et mises en œuvre des réformes médicales

Coordinateurs : Professeur Jean-Michel Chabot et Professeur Pierre Marès

Intervenants : Hugo-Bernard Pouillaude (Avocat associé, Cabinet Houdart, Maître de conférences Paris XII), et Professeur Jean Sibilia (Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine)

Introduction du Professeur Jean-Michel Chabot :

Le Professeur Jean-Michel Chabot explique que l'un des points forts de la réforme « Ma santé 2022 » est celui **d'associer des propositions de réforme du système de santé et des transformations profondes du système de formation initiale.**

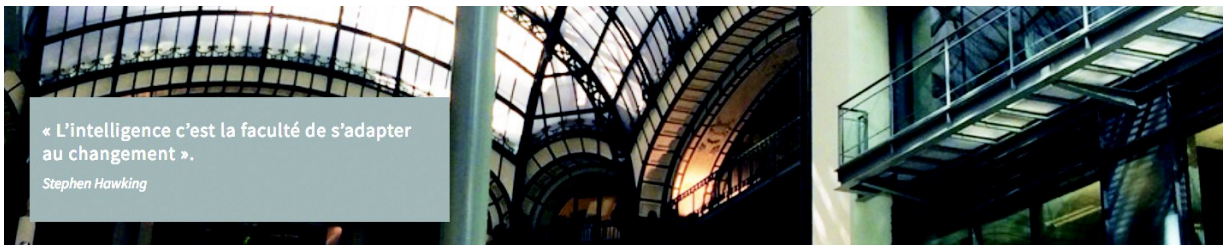
Le processus de Bologne a conduit à une « universitarisation » de l'ensemble des professions de santé. Avant ce processus, la moitié de ces professions étaient historiquement sous administration du ministère de la santé, et l'autre moitié était sous tutelle du ministère de l'enseignement supérieur. Le passage de l'ensemble des professions de santé sous le contrôle du ministère de l'enseignement supérieur a été un combat qui a duré plus de 20 ans. Et ce processus a également eu de lourdes conséquences et créé des déséquilibres économiques. Par exemple, le passage des infirmiers dans le système universitaire a transformé le système de retraite des cadres infirmiers.

Dans le cadre de la réforme « **Ma Santé 2022** », on a donc décidé de modifier simultanément le système de santé et le système de formation qui conduit au système. C'est complètement novateur.

Nous nous posons les questions suivantes :

- Pourquoi l'ensemble des professions vont vers les facultés de santé ?
- Quel contenu des formations ?
- Comment va se dérouler la sortie si on supprime le concours national et qu'on envisage une procédure avec un face à face examinateurs-étudiants ? Cela ne va-t-il pas entraîner des risques de népotisme ?
- On passe de l'exercice individuel isolé à un exercice coordonné en équipe : comment se passe la responsabilité de cet exercice en équipe ? L'émergence potentielle d'une responsabilité non plus personnelle mais d'équipe est envisageable ou de l'ordre de la chimère juridiquement parlant ?

Intervention du Professeur Jean Sibilia :



Le Professeur Jean Sibilis revient sur **le contexte dans lequel est menée cette réforme** dont on parle depuis 30 ans.

Il rappelle qu'il existe un mouvement international qui a poussé à mettre les métiers de la santé à l'université. Cela constitue en effet un élément de compétition et d'homogénéité internationale.

Mais, de cette vague de fond émergent des petits « tsunami » :

- L'incapacité à prévoir l'effondrement de la démographie médicale par rapport aux besoins des patients, des citoyens, de la société ;
- L'émergence des nouveaux outils du numérique ;
- La modification profonde de la vision du patient de demain, qui est désormais plus vieux, plus chronique et plus isolé. Cela modifie radicalement les besoins de et nous n'avons pas agi pour anticiper ces nouveaux besoins ;
- L'ubérisation de la société, même en santé : les soignants et le système vont devoir s'adapter à de nouveaux *providers* qui vont aller toucher le patient directement, tous les jours ;
- Les nouveaux comportements du patient qui a compris qu'il peut obtenir facilement et directement les informations qu'il cherche. L'exemple de l'affaire Lambert nous montre que le patient-citoyen ne veut plus l'intermédiaire d'un expert/sachant. Il préfère avoir l'avis de la justice, et souhaite une démocratie ouverte et directe au niveau de la santé.

Nous devons donc faire attention à notre système, car cela va devenir compliqué de rendre les services qu'on rend aujourd'hui.

Nous devons également prendre en compte les éléments suivants :

- Les professionnels de santé ont changé. Ainsi, les jeunes ne veulent plus le sacerdoce des anciens : ils souhaitent travailler en groupe, avec d'autres horaires et une autre organisation. Ils recherchent aussi une vie plus équilibrée. C'est une bonne chose, encore faut-il basculer rapidement et mettre en place ce nouveau mode de travail.
- Des éléments exogènes conditionnent également tout ce qu'on met en place : notre système de solidarité, construit comme il est, a-t-il la capacité d'offrir et d'assurer ce que souhaitent les soignants et les patients ? Pourra-t-il également financer et adopter les nouveaux outils numériques qui apportent une amélioration mais sont onéreux ?

Dans « Ma santé 2022 », il manque peut-être un élément : une simulation du point de sortie. Ainsi, **il n'y pas eu de débat politique et citoyen pour comprendre quelle santé nous voulons dans la société de demain**. Quels éléments de solidarité souhaitons-nous : faut-il continuer à rembourser tous les médicaments et toutes les consultations ? L'absence de réponse à ces questions empêche de simuler le système que nous voulons. Au final, nous réformons pour quoi ?

Il convient maintenant d'expliquer la réforme :

La réforme transforme **la manière d'entrer dans le système**. Jusqu'ici, il y avait un mode d'entrée unique, la PACES, et un mode de sortie unique, dont on ne connaissait d'ailleurs pas toujours bien les mécanismes de définition.

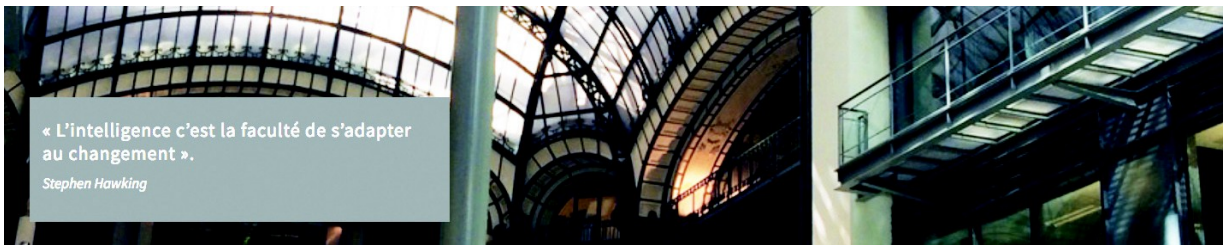
Avec la réforme, **nous passons d'un fonctionnement très simple à un système plus souple**, plus bienveillant et plus régulé sur les bases des vrais besoins et des vraies capacités. Et ce à travers deux éléments :

- **Nous changeons les modes d'entrée** et nous passons d'un système unique à un système ouvert. Nous permettons ainsi à des étudiants d'entrer en 2^e année de médecine, de maïeutique, d'odontologie ou de pharmacie par la voie directe en une année (qui peut ressembler à la PACES), ou par des voies d'ouverture. Ces voies d'ouverture permettent à des étudiants qui ont fait une formation de deux ou trois ans en « sciences dures » (mathématiques, physique-chimie) ou en sciences « molles » de rejoindre les métiers médicaux (avec un quota d'accès qui permettra au système de se diversifier). La condition à cela est qu'on ait pu introduire dans leurs voies initiales des éléments mineurs en santé. Ces entrées multiples vont pouvoir **décongestionner l'entrée unique** et donner la possibilité à des profils différents d'accéder au système. Nous espérons que cette diversification va être un **ascenseur social**.
- **Nous faisons disparaître le numerus clausus**. Nous aurons désormais un mécanisme de réflexion et de calcul double : nous définirons ce chiffre localement en fonction des capacités de formation et des besoins de soins de la région. Les besoins de soins (projetés à 10-15 ans), seront bien sûr plus difficiles à définir.

Intervention du Professeur Pierre Marès :

Le Professeur Pierre Marès soulève les points suivants :

- Réformons-nous pour des raisons politiques, économiques ou pour un objectif de professionnel (celui de former de bons professionnels) ?
- Comment apprend-on à apprendre ? N'oublions pas que la meilleure formation initiale du monde ne permettra pas de maintenir un haut niveau de techniciens professionnels.
- Le manque de médecins était programmé, puisqu'on a réduit le nombre de médecins pour réduire les dépenses de santé.



- Comment fait-on le recrutement des enseignants ?
- Toutes les contraintes que l'on met en place ne vont-elles pas produire des médecins inhibés?

Intervention de Hugo-Bernard Pouillaude :

D'un point de vue d'ingénierie parlementaire, Hugo-Bernard Pouillaude explique que **la loi suit une procédure assez classique** qui a donné lieu à une adoption en première lecture du texte à l'Assemblée nationale après 1700 amendements présentés.

Le texte a été proposé en février par le gouvernement et a été adopté en première lecture le 26 mars dernier par l'Assemblée nationale. Il est actuellement en examen en commission au sénat (depuis cette date, le texte a été adopté en commission), et un amendement sur l'organisation des échanges internationaux a notamment été adopté.

Entre le Sénat et l'Assemblée nationale, le texte est donc un peu différent, et nous allons entrer dans une procédure de commission mixte parlementaire et d'allers-retours entre les deux chambres. Il existe encore des incertitudes sur le contenu du véhicule législatif lui-même.

D'habitude, le véhicule législatif est pourtant celui sur lequel on s'entend le mieux. C'est ensuite, quand on rentre dans le détail, dans les décrets d'application, dans les arrêtés ministériels et à chaque niveau d'université, qu'on rencontre beaucoup de difficultés :

- Au titre des décrets on va devoir **articuler la loi avec le code de l'éducation**, et au titre des arrêtés on va avoir un certain nombre d'arbitrages à prendre, par exemple en matière budgétaire.
- Ensuite, université par université, beaucoup de choses vont être abordées. Par exemple, aujourd'hui, la licence est organisée par discipline et chaque discipline tient à sa spécificité. Dans chaque université, les unités de formation et de recherche ont leur diplôme accrédité (et les accréditations sont des procédures longues et contraintes). Quand on parle de la réforme de la PACES avec l'introduction de mineures et de majeures, cela veut dire qu'il va falloir **modifier le cursus des licences autres que médicales** (biologie, chimie, écoles d'ingénieurs, etc.) et y introduire des matières médicales accréditées par des médecins pour permettre aux étudiants de revenir en 2e ou 3e année en médecine s'ils le souhaitent. Il faut donc modifier les plaquettes, ce qui est très contraint car on a **un système européen des ECTS** qui permet dans l'espace européen de reconnaître nos diplômes par État et par formation (c'est essentiel pour avoir une recherche et un budget européen en commun). Il ne faut donc pas seulement modifier un texte législatif et un code de l'éducation. On peut bien sûr plaider pour des passerelles, mais il faut savoir comment le faire, et cela va donner lieu à des débats compliqués université par université et UFR par UFR.

On notera qu'il y a l'**ambition de créer des passerelles et de diversifier les profils des étudiants** en médecine, mais il n'y a pas eu de débat politique pour comprendre ce qu'on entend par là : doit-on proposer de la philosophie aux étudiants de médecine, par exemple ?

Nous devons aussi réfléchir à **comment réorienter les étudiants qui sont bons mais qui échouent en 1ere année de médecine** : comment leur offrir un avenir ? Comment les réorienter ?

Il existe deux solutions :

- Les **réorienter vers une filière biologie/physique avec une mineure santé**, avec l'objectif de rejoindre le cursus médical par la suite ;
- Les **réorienter complètement** et leur proposer d'autres métiers du secteur de la santé : économistes, inspecteurs, directeurs d'hôpital, juristes, etc.

Enfin, se posent les questions juridiques :

- Comment souhaite-on responsabiliser le médecin et les équipes ?
- Comment on trouve l'adéquation entre responsabilisation et inhibition ?

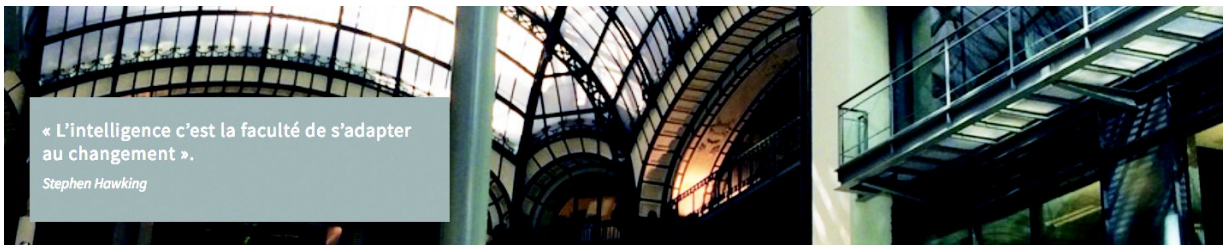
Le droit ne règle pas ces questions. On essaie de trouver des mécanismes d'équilibre, mais on le fait mal, puisqu'on a des textes qui prévoient des principes mais que dans la pratique on a des procès. Les procès sont toujours mal vécus et l'enjeu n'est pas seulement la responsabilisation mais de savoir si on soumet le médecin au procès.

Aujourd'hui, le médecin qui exerce dans un établissement public de santé a un régime juridique un peu plus favorable, « **la faute de service** » : c'est la possibilité pour le médecin de ne pas voir sa responsabilité civile ou pénale engagée, puisqu'on impute la faute à l'établissement qui va répondre du procès.

Ce régime n'existe pas quand le médecin exerce en libéral ou dans d'autres structures. Pourtant, cela devrait être généralisé, car le médecin intervient en tant que médecin et également en tant qu'agent du service public. Il devrait donc y avoir d'abord la responsabilité de l'établissement et ensuite - si la faute est grave ou intentionnée - on pourrait engager la responsabilité du médecin. Mais cela doit être marginal.

Il faut garder en tête qu'en médecine la responsabilité est celle de l'acte lui-même. Donc, qui prend la responsabilité de l'acte ?

En droit, **il y a deux types de responsabilité** : la responsabilité civile et la responsabilité pénale :



- **La responsabilité pénale** est par principe individuelle, ainsi la faute médicale qui peut revêtir une qualification pénale restera individuelle. En effet, la responsabilité pénale collective n'existe pas ;
- **En matière de responsabilité civile**, il est insuffisant de remonter à l'échelon collectif la faute simple qui a engendré un préjudice : il faut remonter à l'échelon de l'établissement.

Ainsi, si la faute est pénale (donc dans les cas les plus graves), la responsabilité est individuelle.

Mais, si la faute relève du civil ou de l'administratif, il faut imputer la responsabilité à l'établissement. Ce dernier pourra ensuite éventuellement se retourner contre l'équipe pour des questions disciplinaires.

Session de questions :

- Le citoyen aujourd'hui ne reçoit pas une formation suffisante sur le vivant et sa complexité : tout citoyen ne devrait-il pas avoir une culture de ce qui se passe dans une cellule ?
Réponse : Il faut enseigner la capacité de s'émerveiller du vivant au sens le plus intégratif du terme. Les sciences dures et les sciences molles sont liées. Tout est un tout. Et dans l'élaboration des régimes juridiques et des politiques publiques également il y a une méconnaissance des enjeux humains. Nous n'avons pas de réflexion assez nourrie sur ces questions-là dans les formations en droit, dans les IEP...
- La détermination du nombre d'étudiants sera donc faite en fonction des capacités et des besoins localement. Mais quid de la mobilité ensuite, puisque certains étudiants quittent la région où ils ont été formés ?
Réponse : Aujourd'hui, on peut parfaitement bouger sur le territoire et on assure même des mobilités en Europe, avec un quota de 10%. Mais nous n'avons pas la culture de la mobilité, et tant que le point de sortie ne sera pas organisé autrement nous aurons des médecins formés à Lille qui partiront pour le sud, etc.
- On maîtrise l'évolution de la démographie et des pathologies à 15 ans. Pourquoi serait-il donc compliqué de prévoir les besoins de démographie médicale ?
Réponse : Il est compliqué de prévoir les besoins de démographie médicale, car nous n'avons pas tous les éléments de l'équation. Un territoire, ce n'est pas seulement le docteur, c'est aussi l'ensemble de l'écosystème du territoire. Ainsi, si on nous n'équipe pas certaines zones sous-denses (déserts médicaux) de services publics, de services techniques, de transports... nous n'allons pas forcer les médecins à aller s'y installer et à affronter seuls la situation.

Je pense également qu'il faut augmenter le nombre d'étudiants, mais je ne sais pas de combien. Nous avons déjà presque triplé le nombre d'étudiants entre 2008 et 2019, mais cela ne suffit pas. Selon le rapport de l'OCDE, nous avons 3,3 médecins pour 1000 habitants (nous sommes en-dessous de la moyenne qui à 3,4). Nous devons donc former plus de médecins, même si l'organisation pluri-professionnelle des métiers de la santé et le parcours patient transforment le médecin : ce dernier ne fera plus la même chose dans 10-15 ans. Mais personne ne sait dire ce que sera son travail au quotidien.

- Derrière le processus de Bologne, il y a la philosophie d'une formation généraliste en licence, qui se verrouille en master, et qui ensuite va vers les doctorats de professionnalisation. Comment gérer ce système avec le système des écoles professionnelles de très haut niveau dans lequel les étudiants débent très tôt en situation professionnelle ? Comment gérer cette ouverture nécessaire et cette mobilité avec la culture de la professionnalisation ?

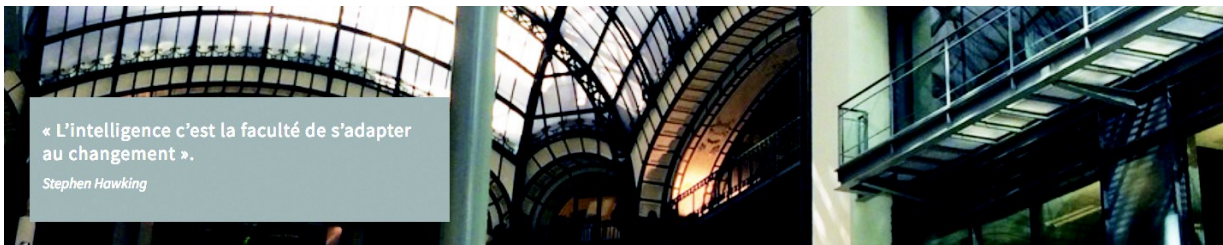
- On pense souvent qu'il y a deux options à la sortie des études médicales : l'exercice de la médecine générale ou bien la spécialité en exercice en ville ou à l'hôpital. En réalité, le champ est beaucoup plus vaste : il y a la santé publique, la médecine du travail, etc. Mais ces possibilités ne sont pas présentées aux étudiants en médecine. Allez-vous élargir le champ de vision ? Et, demain, qui participera à la formation en alternance ?

Réponse : 8/10 des étudiants en souhaitent être médecins de famille quand ils débent leurs études. A l'issue de la fin du 2e cycle, ils ont tous changé trois fois d'avis, bien souvent ils déclarent : « *je veux être professeur dans ma faculté* ». Comment éliminer ce parasitage lié à la projection qu'on fait de son maître qui nous enseigne ? Il faut bien sûr diversifier les terrains de stage, pour ne plus être seulement à l'hôpital (même si cela reste le cœur du réacteur) et aller dans les cabinets libéraux avec des enseignants de terrain. Mais ceci a un coût humain, organisationnel et financier sur lequel il faut se pencher. Nous avons des solutions, mais il n'est pas simple de les mettre en œuvre.

- Les universités reçoivent des injonctions un peu contradictoires. D'une part on leur demande de se spécialiser dans la recherche pour obtenir des crédits, et d'autre part on leur demande d'élargir les cursus et les débouchés.

- Pourrait-on un peu repousser le début de l'alternance dans les sites d'activité (comme en Allemagne) ?

Réponse : si on repousse, on allonge. Notons que les américains nous envient la formation professionnalisante précoce que nous proposons : le fait que nos étudiants aillent sur le terrain au contact des patients est une qualité du système. Nous souhaitons donc défendre l'homogénéisation des systèmes avec la valorisation des ECTS pour avoir un dialogue commun avec tous les partenaires, et dans le même temps nous voulons garder les spécificités de notre système. N'oublions pas une chose : nos études sont trop dures, avec trop peu de libertés et trop de concours... mais dans le même temps nous formons en France d'excellents médecins.



- La brique essentielle de tout ceci est l'ECTS, qui appelle une reconnaissance internationale, et nourrit Erasmus et les programmes d'échange.
- La phase de formation (2^e cycle) est aussi dans une grande réforme : le bachotage des 365 questions de l'ECN n'est pas suffisant, nous voulons donc reformater les items de connaissance qui ont un peu vieilli et mettre de l'évaluation de la compétence réelle. De plus, les enseignants doivent se reformater et travailler réellement leur pédagogie. Nous souhaitons aussi donner un petit bonus aux projets professionnels des étudiants. Enfin, un élément fondamental est la certification des jeunes qui va répondre à un *benchmarking* privé organisé.
- La réforme se fait aussi parce qu'il y avait un vrai mal être des jeunes et parce qu'il y a un vrai besoin de s'adapter aux sciences qui évoluent.
- La politique du numerus clausus a aussi été faite avec les syndicats de médecins qui voulaient limiter la concurrence. Jusqu'en 1995, c'était terrifiant de s'installer en ville.

2- Table ronde 2 : Les professionnels face aux nouvelles pratiques de soins

Coordinateurs : Dominique Jakovenko et Virginie Brière

Intervenants : Tatiana Henriot (Présidente de l'UNIPA, Union nationale des infirmiers en pratiques avancées), et Jean-François Thébaut (Président du Haut conseil du développement professionnel continu)

Introduction de Virginie Brière et Dominique Jakovenko :

L'objectif de cette table-ronde est d'explorer le sujet de la poursuite de la formation tout au fil de la carrière. Sont donc abordés les thèmes suivants :

- La nouvelle profession des infirmiers de pratique avancée (IPA), qui apporte également une nouvelle pédagogie universitaire ;
- L'adaptation du développement professionnel continu en lien avec l'évolution des nouvelles pratiques de soin.

Intervention de Tatiana Henriot :

Tatiana Henriot revient dans un premier temps sur la définition du métier d'infirmier de pratique avancée :

« L'infirmier de pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaire aux prises de décision complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette profession sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. Un diplôme de type master est recommandé » (Conseil international infirmier, 2009).

La pratique avancée existe au niveau international dans 70 pays. Aux États-Unis, cette profession existe depuis les années 1960-1970.

La pratique avancée intègre la recherche, l'éducation, la pratique et l'organisation. Elle implique un haut niveau d'autonomie, elle repose sur le suivi individuel des patients, et elle fait appel à des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, de l'application du jugement et du raisonnement cliniques par rapport à la formation initiale. L'infirmier de pratique avancée a donc une vision et une prise en charge globales des patients.

Cette profession repositionne le personnel infirmier comme une ressource de première ligne pour les usagers.

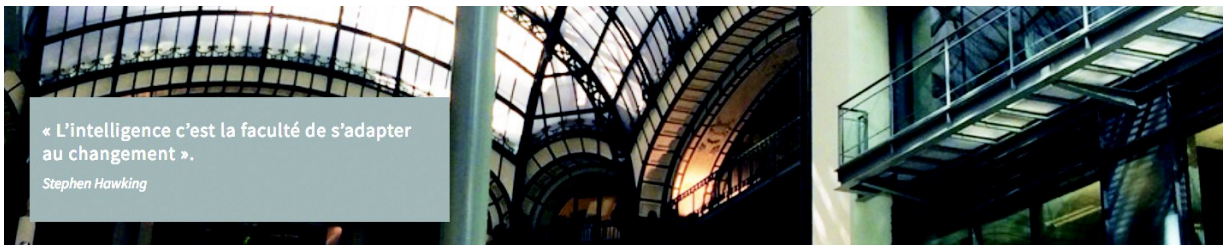
Quel contexte ?

Le métier d'infirmier en pratique avancée se développe dans le contexte suivant : la population est vieillissante, les pathologies chroniques augmentent, l'accès aux soins est hétérogène et peut favoriser le renoncement au soin, la démographie médicale est en tension, et nous connaissons des nouvelles organisations de travail.

Dans ce contexte, l'article 119 de la loi santé 2016 introduit la notion de pratique avancée. Elle n'est pas spécifique aux infirmiers mais elle est spécifique aux questions de santé ou auxiliaires médicaux.

Quels enjeux pour ce nouveau métier :

- Le maintien à domicile ;
- Le virage ambulatoire ;
- La multiplication des intervenants dans les parcours de santé des usagers ;
- La reconnaissance des droits des usagers ;



- Les inégalités de répartition de certaines professions libérales.

Où va s'exercer ce nouveau métier ?

- Au sein d'équipes de soins primaires coordonnées par le médecin traitant ;
- Au sein d'une équipe de soins en établissement de santé ;
- Dans les établissements médicaux sociaux coordonnés par un médecin en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires ;
- En pratique ambulatoire.

Quelles actions pour l'infirmier de pratique avancée ?

- Actions de prévention, d'éducation, de dépistage, d'orientation ;
- Actes d'évaluation et de conclusion clinique avec des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- Prescription de produits de santé non soumis aux prescriptions médicales obligatoires ;
- Prescriptions d'examen complémentaires et de renouvellement et d'adaptation de prescriptions médicales.

Dans quels domaines ?

- Pathologies chroniques (artériopathie chronique, cardiopathie maladie coronaire, diabète type 1 et 2) ;
- Oncologie et maladies rénales chroniques ;
- Santé mentale et psychiatrique (à venir en septembre 2019).

Quelle plus-value pour les soins ?

- L'infirmier de pratique avancée a l'expertise pour prendre en charge des situations complexes ou spécifiques (exemples : douleur, oncologie, soins palliatifs) ;
- Cette pratique est basée sur les preuves médicales avec un haut niveau d'autonomie (niveau maîtrise universitaire) et un fort leadership qui vise la transformation des systèmes de soins ;
- La prévention des risques et le suivi du patient sont améliorés.

Les points à retenir :

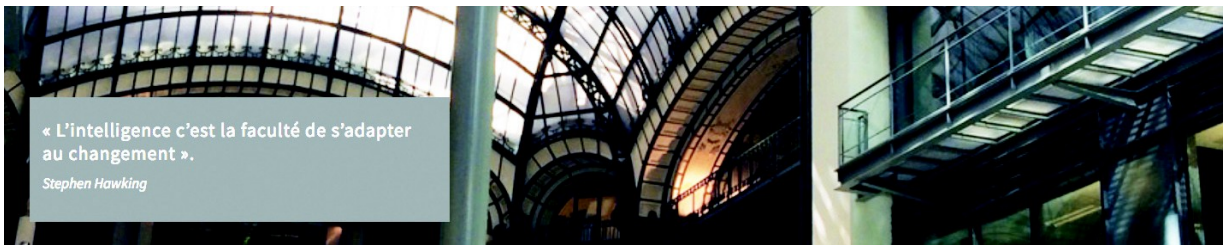
- S'inscrire dans une logique de parcours de soins, de santé et de vie ;
- Privilégier l'approche par mission ;
- Développer un haut niveau de raisonnement clinique fondé sur les données probantes ;
- Innover dans les pratiques et le leadership ;
- Autonomie collaborative pluri-professionnelle et co-construction des projets de soin et de santé.

Intervention de Jean-François Thébaut:

Jean-François Thébaut souligne le fait que les professionnels actuellement en place sont encore là pour 15-20-30 ans. Il faut donc les impliquer dans les nouvelles dynamiques de changement, car nous ne pouvons pas attendre que les nouvelles générations arrivent pour initier des changements.

Les questions que nous devons nous poser :

- Quelles sont les nouvelles pratiques ?
- Sont-elles réellement nouvelles ?



- Comment les choses se passent à l'étranger ?
- Comment peut-on les accompagner et comment peut-on inciter à s'engager dans ces nouvelles pratiques ?
- Comment évaluer ce changement et la qualité des process mis en place pour accompagner le changement ?

Les pratiques de soins évoluent pour :

- Assurer au patient un soin sûr, de qualité, certifié ;
- Respecter les préférences des patients, avec une efficience qui garantisse l'égal accès au soin.

Pratiques de soins, quelles nouveautés ?

- L'éruption du numérique ;
- Le travail pluri professionnel qui a émergé il y a déjà quelques années et qui commence à s'organiser ;
- La territorialité ;
- Le virage ambulatoire ;
- Des relations d'engagements avec les patients ;
- L'évaluation et la régularisation (date d'avril 1996 avec les ARS et d'août 2004 avec la HAS) ;
- Le retour à l'EBM qui semble être une nouvelle pratique ;
- Les nouvelles technologies qui ont modifié les relations entre les acteurs ;
- La prise en charge de la parole du patient, de son expérience patient ;
- La nécessité de transparence des procédures qui fait aussi irruption aussi et à laquelle les médecins ont du mal à s'adapter : les citoyens veulent avoir connaissance des informations ;

- Le transfert d'une obligation de moyens à une obligation de résultat ;
- La demande d'accès aux soins partout.

On retrouve ces préoccupations à peu près dans tous les pays : au Canada l'autonomie est plus grande, tandis qu'en Angleterre on a mis un item dans la re-certification des médecins sur la parole des patients.

A l'international, on retrouve également toujours deux préoccupations :

- Le problème de la démographie (inadéquation entre les ressources humaines prévisibles compte-tenu de la durée de vie et de l'augmentation des pathologies chroniques) ;
- La soutenabilité des dépenses, même aux États-Unis (du fait de l'augmentation constante du coût des thérapies et de l'innovation).

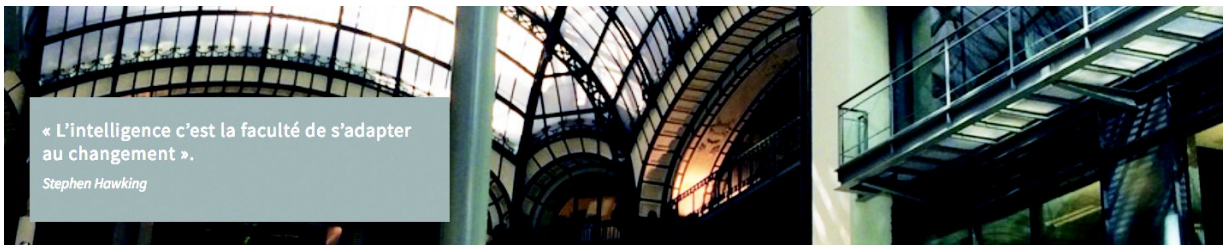
Comment peut-on accompagner ce changement ?

Malheureusement les régulateurs abordent toujours la question d'abord par la régulation financière, et ils partent toujours de l'offre plutôt que des besoins.

Il existe également un problème d'adéquation entre les méthodes de formation, les méthodes d'évaluation de la formation et les méthodes d'évaluation de la compétence.

En février 2019, l'ABMS a publié un rapport pour le futur avec 14 recommandations, parmi lesquelles :

- Avoir des stratégies d'évaluation tout au long de la vie ;
- Les QCM représentent davantage une identification des lacunes qu'une satisfaction d'avoir participé à une formation intellectuelle ;
- Tout ce qui a été fait dans le domaine du paiement à la performance ne doit pas être jeté, on peut y trouver du positif ;
- Trois critères de motivation font réellement avancer les pratiques des médecins : le désir des médecins de fournir le meilleur soin, le désir de se former dans les activités les plus



valorisantes en termes de profil de carrière ou financier, les processus de formation et d'évaluation en équipe.

En France, comment nos dispositifs peuvent accompagner le changement ?

L'activité de formation a commencé à s'industrialiser dans les années 1990, avec la formation conventionnelle. A partir de ce moment, nous avons assisté à une course en avant réglementaire.

Premièrement, nous avons voulu en faire une formation médicale obligatoire pour les médecins libéraux, puis pour tous les médecins. Ensuite, nous avons déclaré qu'il fallait aussi une évaluation des pratiques, pour les libéraux, puis pour tous les médecins, et enfin pour tous les personnels.

A chaque fois, nous avons rajouté un élément, sans qu'aucun dispositif n'aille vraiment à son terme.

Comme partout dans le monde, nous sommes passés d'une formation axée sur les connaissances, à une formation sur les compétences, puis sur les pratiques, puis sur la gestion des risques, et aujourd'hui sur la gestion des équipes.

Dans tous les pays, à côté de l'université il y a toujours eu une forte implication des organisations professionnelles (les sociétés savantes, les syndicats, les ordres). En parallèle, la puissance publique a essayé de contraindre les dispositifs. Mais cette contrainte est de plus en plus limitée car il manque la capacité de financement.

Les professionnels savent qu'il faut maintenir ces connaissances, ils utilisent donc d'autres moyens : la formation classique, l'accréditation des équipes à risque, la « protocolisation » (privée) au sein des équipes.

Qu'est-ce que l'Agence DPC est capable de mettre en place ?

L'obligation de formation est limitée à **la capacité de financement**, ce qui mène à deux actions tous les 3 ans, et à 21h de droit de tirage des médecins par an (sous réserve que tous ne tirent pas).

Les professionnels ont aussi une grande part de responsabilité, puisque la majorité des actions qu'ils choisissent sont de type cognitif et principalement en congrès (avec moins de valeur ajoutée en termes d'accompagnement du changement).

Ajoutons que le dispositif actuel profite à **des organismes prédateurs** qui font des formations cognitives et lucratives à un grand nombre de professionnels à la fois.

Or la capacité de régulation de l'agence est limitée à ce qu'elle finance, donc aux libéraux.

Pour améliorer la situation, nous avons donc privilégié 4/5 axes de développement :

- Privilégier les formations autour des actions pluri-professionnelles : faire des appels d'offre auprès des organismes et sanctuariser des budgets pour inciter les gens à faire du vrai pluri-professionnel ;
- Intégrer l'engagement des patients dans les programmes ;
- Développer les programmes innovants et, si possible, la formation à l'innovation ;
- Mesurer les impacts du DPC : qu'est-ce qu'il faut évaluer ?

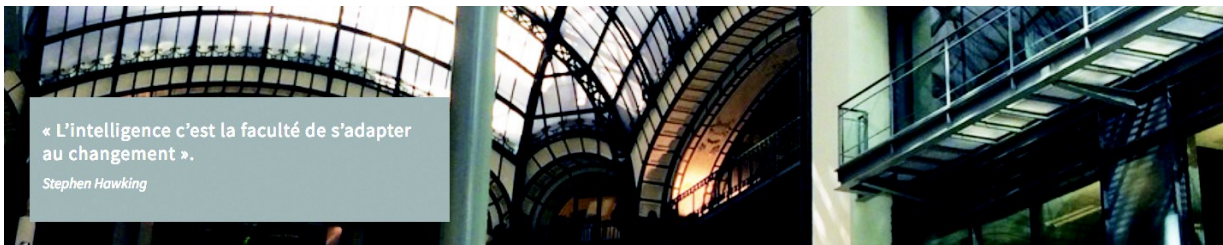
Session de questions :

- Combien d'IPA aura-t-on à terme ?
Réponse : On parle de 5000 IPA avant la fin du quinquennat, ce qui représentera 3 à 5% de la population des infirmiers.
- Les IPA vont-ils changer l'ensemble de la profession ?
Réponse : Cette profession va faire monter en compétence toute la profession, car on va développer nos savoirs propres.
- Où seront-ils ? A l'hôpital ? Dans les cabinets de médecins spécialistes ? Dans les cabinets d'infirmiers ?
Réponse : Partout. Idéalement, nous sommes dans la transversalité donc nous allons répondre aux besoins. Aujourd'hui, nous sommes surtout dans les maisons de santé. Mais cela pourra bientôt être en réanimation, en oncologie. Cela va être dépendant de ceux qui se forment actuellement. Il y a encore tout à faire.
- L'infirmière en pratique avancée apporte une plus-value à la prise en charge par le développement de ses savoirs propres. L'IPA n'est donc pas un « presque médecin » : c'est un infirmier qui développe ses compétences dans le cadre de sa discipline. Ce n'est pas un métier intermédiaire.

3- Table ronde 3 : Nouvelles pratiques, nouveaux besoins

Coordination : David Autissier

Intervenants : Dimitri Allemand (Fnesi), Clara Bonnavion (Présidente ANEMF), Antoine Dugast (Président FNEK), Antoine Reydellat (ISNI) et Robin Tocqueville-Perrier (ANEPF).



Introduction de David Autisser :

Cette table-ronde réunit cinq jeunes étudiants et professionnels qui feront la santé de demain, pour répondre aux questions suivantes :

- Comment voient-ils leur propre formation ?
- Comment se voient-ils demain ?

Dans les écoles de commerce, on développe la notion de *leadership* et la notion de *followship*, ce qui signifie donner aux gens des hyper compétences techniques et en même temps des compétences de compréhension des autres, pour pouvoir travailler ensemble. Ce n'est pas facile d'être à la fois *leader* et *suiveur*.

Pour se former il crucial d'aller sur terrain et de se confronter à la réalité.

Intervention de Robin Tocqueville-Perrier (ANEPF) :

Robin Tocequeville-Perrier déclare que **sur l'ensemble des étudiants en pharmacie, un sur deux ne voulait pas étudier la pharmacie en premier choix** après la PACES. Et cet état de fait se ressent un peu sur durant les études de pharmacie, avec un certain nombre d'étudiants démotivés.

En pharmacie, plusieurs voies sont possibles :

- Officine ;
- Industrie ;
- Internat (qui ouvre les carrières hospitalières).

Jusqu'ici 50% des étudiants allaient vers l'officine. Désormais, c'est un tiers en officine, un tiers dans l'industrie et un tiers en internat. Il existe **un engouement plus certain pour l'internat** qui permet de se rapprocher de l'hôpital et de ce que font les médecins.

La réforme des études de santé arrive à pic pour sélectionner de manière raisonnée et intelligente des étudiants qui sont motivés pour aller en pharmacie. Aujourd'hui, le mode de sélection par l'apprentissage par cœur n'est pas assez humain.

La réforme va toucher le 1^{er} cycle des études : actuellement, le cycle d'études court dure 6 ans et le cycle d'études long (internat) dure 9 ans. La spécialisation se fait en milieu de 4^e année. Avec la réforme, les maquettes – qui n'ont pas évolué depuis un certain temps - vont pouvoir être réaménagées pour répondre à ce qu'on attend du pharmacien sur le terrain, vis-à-vis des patients, en industrie, par rapport aux nouvelles technologies.

Aujourd'hui, certains enseignements font défaut : cours de management, compatibilité, etc.

Intervention d'Antoine Dugast (FNEK) :

Antoine Dugast explique que la réforme arrive dans un contexte particulier :

- La maquette de formation des études de kinésithérapie a été récemment réformée (modèle d'études passé de 3 à 5 ans), avec notamment l'introduction de la première année commune avec les autres formations santé ;
- Un processus d'intégration universitaire de la filière a été entamé.

La kinésithérapie est en train de se transformer, avec la création de la filière de recherche et l'introduction de l'EBP qui prend une place de plus en plus importante dans la filière. Aujourd'hui, les kinésithérapeutes souhaitent sortir du paradigme du « cabinet libéral usine ».

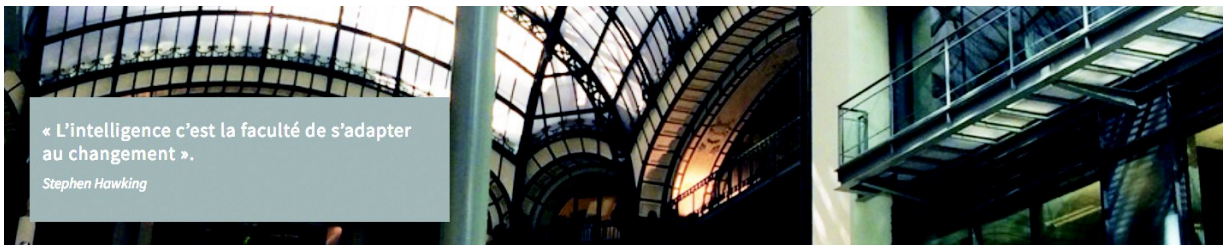
De plus, il existe **un réel enjeu de l'inter-professionnalité**. Désormais, dans les instituts de formation on insiste de plus en plus sur le travail en commun avec les autres filières et professions. Pour les kinésithérapeutes, l'intégration universitaire est donc un enjeu majeur car c'est un vecteur énorme d'inter-professionnalité.

L'inter-professionnalité signifie aussi être formé avec les autres filières et avoir des enseignements en commun.

Antoine Dugast précise que, malgré les 5 ans d'études, **ces études n'ont toujours pas le grade master**, ce qui est une source de **mal être pour la profession** et se traduit par une désertification du secteur hospitalier (80% en libéral). Ce métier n'attire plus, et c'est problématique pour les patients.

Il ajoute qu'un tiers des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre sont issus de diplômes communautaires, c'est énorme. Ceci est lié à plusieurs facteurs :

- Le système français est très sélectif et peut en démotiver certains ;
- Le coût de la formation est très élevé dans certains instituts (instituts publics et instituts privés délivrent le même diplôme d'État, ce qui rompt le principe d'égalité des chances).



Il y a donc un vrai problème d'attractivité de la formation en France.

Intervention de Clara Bonnavion (ANEMF):

Clara Bonnavion explique qu'il existe un vrai problème de bien-être et d'attractivité au sein de la formation en médecine :

- Plus de 66 % des étudiants ressentent des symptômes d'anxiété ;
- Plus de 30 % des étudiants ressentent des symptômes de dépression.

Ce mal-être peut être imputé aux études et à **l'organisation des études qui est un parcours d'obstacles** fait de concours.

Clara Bonnavion espère que cette réforme va **rendre les études plus saines** et permettre aux étudiants de s'épanouir. Cette réforme va permettre d'arriver par des parcours différents, tandis que la réforme du 2^e cycle va permettre de se diversifier, de suivre de nouveaux enseignements, de sortir du CHU et d'aller faire des stages en CH et en libéral. Voir tous les exercices qui existent va permettre aux étudiants de mieux construire leur projet professionnel. Aujourd'hui, les étudiants ne voient que l'hôpital.

Il y a également une vraie volonté des étudiants d'exercer en **inter-professionnalité**. L'inter-professionnalité signifie faire stage et des simulations ensemble, apprendre à travailler ensemble.

Clara Bonnavion ajoute que 70 % des internes souhaiteraient exercer en libéral mais, 3 ans après l'obtention de leur diplôme, seulement 35 % d'entre eux sont installés. En effet, **leurs études ne les préparent pas à l'exercice en libéral** : ils ne suivent aucun cours de comptabilité, etc.

Enfin, **l'enjeu pour la profession est de s'adapter aux besoins santé actuels et futurs** (santé et environnement, antibio-résistance, nouvelles technologies) et d'avoir des médecins capables de toucher à l'ingénierie, à l'informatique.

Intervention de Dimitri Allemand (Fnes) :

Dimitri Allemand explique que les études d'infirmier durent 3 ans et sont régies par un référentiel de compétences (datant de 2009) qui parle d'intégration universitaire : cette intégration est toujours en attente.

Le mode de sélection à l'entrée des études a récemment changé. Jusqu'il y a encore un an, il y avait un concours d'entrée dans chaque institut de formation (écrit et oral). Désormais, les bacheliers s'inscrivent via **Parcoursup**. C'est une grande avancée positive

Dimitri Allemand précise que la Fnesi a mené une étude sur **le mal être des étudiants en soins infirmiers**, et les résultats sont alarmants. La profession espère donc que la réforme permettra d'améliorer la situation et remettra de l'humain dans la formation.

Concernant **l'inter-professionnalité**, il est impératif que les professionnels de santé se connaissent et connaissent leurs champs de compétences. Ils doivent donc se connaître pendant leur formation.

Enfin, les étudiants en soins infirmiers souhaitent être pleinement intégrés dans la réforme et demandent **une réforme du référentiel** qui n'est plus adapté au système de soins actuel, aux nouvelles technologies, aux nouvelles méthodes de soin, à l'ambulatoire.

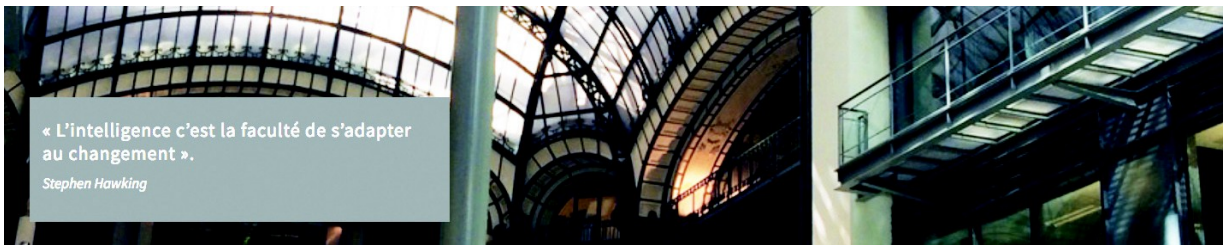
Intervention d'Antoine Reydelle (ISNI) :

Antoine Reydelle insiste sur le fait qu'il est temps de **changer la formation en médecine** : entre la 1ère année et la sortie de l'internat, 20% d'étudiants disparaissent. Il faut donc s'interroger sur les profils qui rentrent dans la formation et sur la formation en elle-même.

Il soulève trois points :

- Il faut mieux former pour assurer un meilleur exercice des médecins et une plus grande longévité (des chefs de service partent de plus en plus tôt) ;
- Les médecins doivent se former, mais ils doivent avoir le temps de le faire. C'est notamment l'exercice regroupé qui va leur permettre de le faire ;
- L'exercice isolé disparaît car les jeunes ont peur de ne pas avoir un confrère à qui demander de l'aide. Se regrouper permet aussi de préserver sa vie personnelle.

Session de questions :



- Les établissements de demain qui vont vous accueillir seront-ils à la hauteur de vos ambitions ? Les structures vont en effet devoir se ré-adapter dans le même temps que les études médicales.
Réponse : Les établissements de santé doivent comprendre que l'interne n'est pas du personnel soignant à disposition pour boucher les trous médicaux. Nous devons avoir une nouvelle vision pédagogique de la formation. Les établissements doivent s'adapter et s'organiser par une séniorisation des soins : les internes viennent apprendre.
- Quel enseignement des langues ?
Réponse : Dans les enseignements d'ouverture l'anglais apparaîtra, c'est une nouveauté.
- Un point important pour l'université est savoir déceler chez chacun des moteurs : ce vers quoi ce vers quoi chacun veut et peut aller.

Avec le soutien de nos partenaires



Avec les partenariats institutionnels de :



cegape

