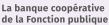
RESSOURCES HUMAINES

Dossier « Ressources humaines » réalisé en partenariat avec :







e groupe MGEN, déjà référencé par plusieurs ministères, et la CASDEN sont reconnus en tant que mutuelle et banque de la fonction publique.

Ensemble, ils accompagnent les agents de la fonction publique hospitalière pour protéger leur santé et les accompagner dans leur projet de vie.

MGEN dispose d'une parfaite connaissance des problématiques des agents hospitaliers grâce à sa proximité avec les personnels soignants des 60 établissements de santé qu'il gère. Ils représentent la moitié de ses salariés.

Particulièrement impliqué, il a lancé avec l'ANACT une plateforme de prévention pour la qualité de vie au travail des acteurs de la fonction publique. Par une couverture santé/prévoyance spécifique à leur métier, il garantit aux hospitaliers un accompagnement solide.

CASDEN Banque Populaire, banque coopérative de la fonction publique, représente plus de 1,9 million de sociétaires, dont 90000 agents issus du champ hospitalier public qui l'ont rejointe ces quatre dernières années.

Valorisation des métiers hospitaliers et de la marque employeur, tels sont les enjeux RH portés par CASDEN. Cet engagement se traduit au travers des programmes courts «Parlons Passion» sur France 5, soutien à la start-up Profil Public et à plusieurs dispositifs de la FHF tels qu'Attractive Med et un outil digital dédié à la démarche qualité auprès des professionnels de santé.

La R3C au défi de l'attractivité médicale

Situation en Nouvelle-Aquitaine

Nathalie HEULIN Directrice de la FHF Nouvelle-Aquitaine Pr Philippe MORLAT Président de la CME, CHU de Bordeaux

Réforme du troisième cycle, suppression du numérus clausus et de l'examen classant national, les études de médecine connaissent un bouleversement profond. Quelle déclinaison en Nouvelle-Aquitaine, qui regroupe trois subdivisions universitaires? Quels impacts pour les futurs professionnels et l'hôpital? Alors que s'annonce la mise en œuvre d'une phase d'«autonomie supervisée» avec l'arrivée à la rentrée 2020 des docteurs juniors, cette dernière sera-t-elle un levier d'attractivité pour l'hôpital public?

our tenter de répondre à ces interrogations, la FHF Nouvelle-Aquitaine a souhaité dresser, à mi-parcours, un bilan de la première phase de cette réforme. Un groupe expert a été constitué dès 2017 pour en suivre l'évolution. Tout au long de l'année 2019, des conférences ont été organisées dans chacune des subdivisions universitaires de la région (le 24 janvier à Bordeaux, le 3 juin à Limoges et le 15 octobre à Poitiers). Conduits à partir des données collectées au sein d'un observatoire de l'évolution de la répartition des internes par subdivision, ces échanges ont permis de recueillir l'avis de l'ensemble des acteurs concernés: doyens, internes,

DONNÉES REPÈRES NOUVELLE-AQUITAINE ENCADRÉ1

- Trois subdivisions universitaires : Bordeaux, Poitiers, Limoges
- Trois CHU, 56 centres hospitaliers
- et 27 hôpitaux de proximité (décret du 20 mai 2016)
- 2 500 internes, 164 « docteurs juniors » attendus à la rentrée 2020

coordonnateurs de diplômes d'études spécialisées (DES), présidents de CME et directeurs d'hôpital. Quelques préconisations ont aussi été formulées, de façon à mieux préparer l'intégration des docteurs juniors ainsi que les réformes d'ampleur du 1er et 2e cycles à compter du second semestre 2020.

Les limites d'un premier bilan d'étape ont été soulignées lors des débats organisés en Nouvelle-Aquitaine en 2019. Elles concernent notamment la répartition quantitative des internes: l'évolution de leur nombre a pu être impactée par un «effet report» des étudiants ayant décalé leur inscription aux épreuves classantes nationales (ECN), afin de ne pas avoir à supporter les effets de cette réforme insuffisamment préparée.

Les projets individuels (maternité, demande de disponibilité sur un semestre) ou encore les inter-CHU peuvent modifier de manière significative l'évolution des effectifs d'internes d'un semestre à un autre. C'est pourquoi il convient d'être prudent sur les données mentionnées dans le cadre de cette étude.

Une réforme insuffisamment préparée...

Les apports résident dans une meilleure lisibilité de la formation et de ses attendus pédagogiques. Si la réforme du 3e cycle a fait l'objet de larges consultations nationales, les textes définis par le décret du 25 novembre 2016 et les arrêtés du mois d'avril 2017 ont été mis en application à un rythme très soutenu dès la rentrée 2017, avec l'objectif d'une plus grande efficacité dans la formation des futurs médecins pour mieux répondre:

- aux besoins de santé.
- aux évolutions de la médecine,
- aux exigences de lisibilité et de qualité de la formation,
- au souci d'un accompagnement et d'un suivi plus attentif des étudiants.

Les universités, déjà sous tension, ont dû adapter la gouvernance des études de médecine à moyens constants.

Une gouvernance régionale complexe à supporter par les coordonnateurs de DES

Pour rappel, la réforme a mis en place une gouvernance à deux niveaux encadré 2. La mobilisation pour préparer les commissions locales et régionales est intense: «L'organisation d'une commission locale nécessite plusieurs journées de travail préalables », témoigne le Pr Roblot, ancien doyen de l'université de Poitiers. L'organisation administrative prévue par les commissions régionales et locales s'en trouve complexifiée dans une région composée de trois subdivisions universitaires. Aussi, l'accompagnement des universitaires vers les nouvelles missions de coordinateurs n'a pas été suffisamment préparé alors que le rôle du coordonnateur s'est indéniablement renforcé avec l'arrêté du 12 avril 2017 qui lui confère un rôle à part entière. Cette mission nécessite une vraie connaissance de l'offre de soins et des activités exercées dans les services de sa spécialité sur l'ensemble des territoires de sa subdivision.

Pour le Pr Sibon, directeur du département 3e cycle des études médicales spécialisées de l'université de Bordeaux, «la mise en place de la réforme nécessite une grande articulation entre le doyen, les coordonnateurs et les chefs de service¹». Le Pr Nathalie Dumoitier, coordonnateur de la médecine générale pour la subdivision de Limoges, souligne par ailleurs «la nécessaire investigation pédagogique du coordonnateur sur chaque lieu de stage » et rappelle que «notamment dans les centres hospitaliers dotés de petites équipes médicales, le rôle du coordonnateur est d'être en appui des encadrants pédagogiques pour faciliter l'exercice des stages sur l'ensemble du territoire».

Le président de la CME d'un établissement partie de GHT observe que les établissements confrontés à une difficulté démographique médicale sont les plus impactés. L'enjeu consiste à maintenir les agréments en veillant à l'encadrement et aux conditions d'accueil.

UNE NOUVELLE GOUVERNANCE ENCADRÉ 2

Commission régionale de coordination de la spécialité présidée par le coordonnateur régional

- Donne des avis aux directeurs des UFR sur le déroulement des études menant à la délivrance du diplôme de DES et du diplôme d'État de docteur en médecine.
- Examine la situation en cas de différends ou de difficultés rencontrées par un étudiant au cours de sa formation.
- Donne son avis sur la délivrance du DES.

Commission locale de coordination de la spécialité présidée par le coordonnateur local (subdivision)

- S'assure du respect de la formation suivie par l'étudiant et de son accompagnement.
- Assure la coordination des enseignements et le contrôle des connaissances.
- Élabore des propositions relatives à l'organisation des enseignements et à l'évaluation de la formation de la spécialité concernée.
- Établit le contrat individuel de formation au terme de la phase socle (... FST/options).
- Vérifie que l'étudiant a acquis les connaissances et les compétences nécessaires à la validation de chaque phase et transmet son avis au directeur de l'UFR.
- Donne son avis sur la délivrance du diplôme d'études spécialisées et/ou une éventuelle réorientation.

1. Ce propos, comme l'ensemble des citations présentées dans cet article, a été tenu à l'occasion des conférences organisées en 2019 dans les subdivisions universitaires de la région (le 24 janvier à Bordeaux, le 3 juin à Limoges et le 15 octobre à Poitiers).

Les nouvelles fonctions de coordonnateurs confèrent ici une dimension territoriale assez inédite pour les universitaires, sans que cette nouvelle mission ait été valorisée par l'université. Pour autant, cette articulation fondamentale entre le coordonnateur de DES et les encadrants pédagogiques est gage d'un suivi personnalisé de l'interne tout au long de sa formation et d'une répartition des ressources médicales sur le territoire.

L'amélioration globale du suivi personnalisé et de la qualité de la formation : quelques ajustements

La réforme a permis de gagner en lisibilité avec quarante-quatre DES qui viennent remplacer des chevauchements complexes entre diplômes d'études spécialisées (DES) et diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC). Le DES est dorénavant nécessaire est suffisant pour acquérir la spécialité. Quelle que soit sa spécialité, l'étudiant a la possibilité de suivre une option ou une formation spécialisée transversale (FST). Une option permet l'acquisition des compétences particulières au sein de la spécialité suivie et ouvre droit à un exercice complémentaire de cette surspécialité. Une FST est quant à elle une option commune à plusieurs spécialités. Elle ouvre droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité.

La qualité pédagogique et d'accueil est devenue très clairement un préalable pour l'ensemble des acteurs dans le cadre de cette réforme: un critère important dans un contexte d'attractivité médicale qu'il convient de renforcer.

L'évolution du rôle des internes est notable, considère Michel Glanes, directeur du centre hospitalier de Bayonne: «Il ne constitue plus une variable d'ajustement dans l'organisation des gardes. » La formation pédagogique devient le curseur principal pour accueillir des internes. Thibault Fenni, représentant des internes de médecine générale pour la subdivision du Limousin, mentionne la qualité de l'accompagnement sur sa subdivision. Il souligne combien le temps dédié par l'encadrant pédagogique à l'interne est important.

Le programme national et des enseignements régionaux ont permis de mieux structurer les attendus pédagogiques tout en innovant dans la manière d'enseigner, notamment via le développement de l'enseignement par outils numériques. Si l'amélioration de la qualité pédagogique est unanimement partagée, il n'en demeure pas

moins que les modalités de passerelles entre spécialités gagneraient à être assouplies. En effet, la majorité des internes fait le choix de la spécialité en fonction des résultats obtenus aux ECN. Or, la surspécialité crée un système en tuyaux d'orgue qui ne permet pas de passer facilement d'une spécialité à une autre.

Les internes évoquent aussi des difficultés à choisir dès la première année, à l'issue de la phase socle, un sujet de thèse et un tuteur. Le choix du tuteur intervient très tôt dans la formation alors que les internes n'ont qu'une connaissance partielle des acteurs et de la spécialité. Pour le Pr Pierre-Yves Robert, doyen de la faculté de Limoges, « les étudiants n'ont pas accès à d'autres spécialités pendant leur première année. Il s'agit là d'une conséquence de l'éclatement des spécialités par maquette ».

Quant au choix de la thèse, une autre problématique émerge puisque la loi Jardé impose un certain nombre d'étapes réglementaires (demande d'autorisation du comité de protection des personnes, de la Cnil ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), notamment pour des recherches interventionnelles. De ce fait, les délais d'autorisation ne pouvant être tenus, le champ de la recherche se limite dans bien des cas aux catégories 3 (observationnelles).

Des ajustements de la réforme seront à prévoir pour permettre plus de souplesse dans le parcours de formation et éviter une surspécialisation pour des internes qui ne pourraient en sortir. Et ce alors même que les besoins de santé s'orientent vers davantage de polyvalence en raison de l'essor des pathologies chroniques et du vieillissement de la population.

Une réforme qui appelle la transformation des modalités d'exercice

Des organisations territoriales impactées par la réforme des études médicales

La mise en œuvre de maquettes plus prescriptives, qui répondent aux besoins de formation de futurs professionnels médicaux en vue d'une plus grande offre de soins ambulatoire, se traduit en Nouvelle-Aquitaine par plusieurs impacts:

 une répartition des internes concentrée sur les métropoles (Bordeaux, Limoges, Poitiers) ou les villes reconnues pour leur qualité de vie (Bayonne, Pau, La Rochelle);

- des difficultés concentrées sur les taux de vacance, notamment en établissements dits «périphériques»;
- le taux global de répartition des postes offerts entre les services universitaires et les autres structures: affectation plus importante des internes de médecine générale en ville et des internes de spécialité hors médecine générale en phase socle dans les CHU. ENCADRÉS ET GRAPHIQUE

Nous appelons à ce que les établissements soient mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques en région. Ce suivi abordera les aspects aussi bien pédagogiques, organisationnels que budgétaires.

La diminution du nombre d'internes en centres hospitaliers a un impact direct sur l'attractivité médicale à l'hôpital, tant auprès des internes qu'auprès des seniors, avec notamment un accroissement de la charge de travail et du nombre de gardes pour les deux catégories. Le Pr Morlat, président de la CME du CHU de Bordeaux, estime que si la contrainte des maquettes s'impose pour certaines spécialités, le CHU a également ce rôle de « tête de pont » sur l'affectation des ressources

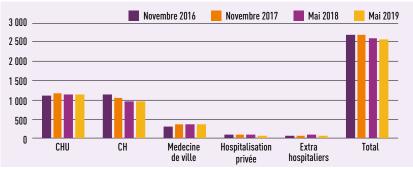
IMPACT DE LA RÉFORME SUR LES STAGES CHIFFRES CLÉS NOUVELLE-AQUITAINE ENCADRÉS

n novembre 2019, soit deux ans après la mise en place de la réforme :

- moins 18 % de stages en centres hospitaliers (-186 stages),
- une diminution des stages de médecine générale plus prononcée en centres hospitaliers (-81) qu'en CHU (-35),
- + 11% de stages chez le praticien (+ 41 stages).

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'INTERNES

RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE GRAPHIQUE



médicales dans le cadre d'une politique territoriale. Celle-ci s'exprime de fait via la convention des CHU avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) de sa subdivision, qui confère un rôle d'épine dorsale de la démographie médicale. Ce partenariat prévoit que la répartition des stages d'internes réponde à la fois aux exigences pédagogiques et à la nécessité, pour les établissements membres des GHT de la subdivision, de disposer

d'un maillage territorial gradué et permanent en futurs professionnels. Le maintien des agréments au sein des centres hospitaliers du territoire est primordial pour maintenir le lien avec le CHU, estime François-Jérôme Aubert, directeur des affaires médicales au CHU de Limoges. Un enjeu important, alors que nombre d'équipes médicales se trouvent en

situation de fragilité dans le Limousin. Les pôles interétablissements ou la mise en place des équipes territoriales, largement soutenues par l'agence régionale de santé (ARS), constituent un levier en matière d'attractivité pour les praticiens.

Une ouverture ville/hôpital indéniable et un exercice territorial favorisé

Les stages mixtes ville/hôpital constituent un critère d'attractivité pour les internes. Le doyen de la subdivision de Bordeaux entend d'ailleurs développer cette typologie d'exercice pour ceux qui partagent leur temps entre différents terrains de stage ambulatoire et hospitalier (stage de niveau) de la phase socle chez le praticien, stage de niveau 2 (stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé - SASPAS) et stage de gynéco-pédiatrie de la phase d'approfondissement.

Dans ces trois cas de figure, le temps hospitalier est de deux demi-journées puisque la réforme vise à développer les stages ambulatoires. La formule aide toutefois l'interne de médecine générale à compléter ses connaissances et à développer ses compétences dans d'autres domaines: par exemple entre une maison de santé universitaire et un centre hospitalier ou en hospitalisation à domicile (psychiatrie, douleur...). Il s'agit d'étendre les terrains de stage sur les soins palliatifs, la prise en charge des plaies.

La réforme ouvre aussi la possibilité de stages couplés entre deux spécialités ou encore d'agréments partagés entre plusieurs établissements d'un GHT, à la condition qu'il s'inscrive dans le cadre d'une fédération médicale interhospitalière (FMIH) ou d'un pôle interétablissement, et que

les modalités d'encadrement pédagogique soient bien définies.

Ces orientations semblent répondre aux attentes des internes qui expriment le souhait de diversifier les modes d'exercice et de gagner en lisibilité sur les opportunités post-internat pour définir leur projet professionnel. ENCADRÉ4

Le défi de l'attractivité médicale : préconisations de la FHF Nouvelle-Aquitaine

La mise en place d'un comité de suivi de la réforme réunissant l'ensemble des acteurs

Ce comité de suivi réunit ARS, université, coordonnateurs, internes, fédérations. Il anticipera et accompagnera notamment la mise en œuvre de la phase de consolidation dite de «docteur junior», à partir du 1^{er} novembre 2020.

Le décret a défini en juillet 2018 le statut de « docteur junior » pour les étudiants de 3e cycle des études de médecine. L'arrêté du 19 janvier 2020 spécifie le référentiel de mise en situation et d'actes que le docteur junior peut réaliser en autonomie supervisée. Le calendrier établi par la DGOS ne permettra pas, cependant, de déployer la procédure de demande d'agrément en cette première année. Une première rencontre, à l'initiative de l'ARS, s'est traduite par une procédure allégée et un calendrier dérogatoire.

Une nécessaire attention a été portée sur l'importance de réaliser un stage en périphérie en vue de préparer un post-internat. C'est en effet à l'occasion de la phase de consolidation que la construction du projet professionnel devient prégnante.

La mise en place d'un comité régional permettrait également d'anticiper la réforme des 1^{er} et 2^e cycles des études médicales.

Nous appelons à ce que les établissements soient mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques en région. Ce suivi abordera les aspects pédagogiques, organisationnels et budgétaires.

>> Big matching: accorder une priorité à la subdivision de rattachement des internes

La procédure de candidature, de sélection et d'affectation des étudiants en stage dans la phase de consolidation ne relève pas de la procédure de choix par ancienneté et rang de classement des phases 1 et 2. Elle consiste à mettre en relation les vœux d'affectation exprimés par les étudiants,

classés par ordre de préférence, et les vœux des terrains de stage agréés qui classent également les étudiants par ordre de préférence. Une priorité accordée à la subdivision permet de poursuivre la cohérence régionale dans la politique d'ouverture des postes à adéquation zéro.

>> Maintien de l'adéquation zéro

Depuis mai 2017, cette adéquation est rendue possible sur l'ensemble des subdivisions de Nouvelle-Aquitaine grâce à un consensus partenarial entre l'ARS, l'université, la FHF régionale et les représentants des internes. La finalité de l'adéquation zéro est de contribuer à réguler la démographie médicale. Ce levier de régulation promeut l'offre de soins dans les territoires en tension et suscite l'envie de continuer à exercer sur les lieux de formation. Objectif attendu: que chaque interne réalise au moins un stage dans sa spécialité en établissement périphérique.

>> Mieux accompagner les trajectoires étudiantes sur les territoires

- En poursuivant sur les territoires les efforts entrepris pour favoriser l'accueil des internes.
- En rendant lisibles aux étudiants les opportunités post-internat (disposer pour chaque DES de parcours individuels prévisionnels pour chaque étudiant). Il s'agira de faire vivre la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales lancée en novembre 2019 par la FHF Nouvelle-Aquitaine. Pour ce faire, il sera pris appui sur des conférences hospitalo-universitaires réunissant les coordonnateurs de diplômes, les chefs de service d'une même spécialité et les représentants des établissements. Leur objectif consistera à développer,

DES SOLUTIONS À L'ENJEU DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE SUBDIVISION DU LIMOUSIN ENCADRÉ 4

Une convention université de lettres/université de médecine

70% des internes sont issus de l'externat d'une autre subdivision. Beaucoup d'entre eux ne restent pas à l'issue de l'internat alors que 15% des postes d'internes sont non pourvus.

Selon l'Insee, un tiers des Limousins aura plus de 65 ans en 2040, alors que pour le reste du pays, ce ratio sera atteint en 2050. L'ancienne région, dont la population âgée nécessite de plus en plus de soins, a été l'une des premières à innover pour maintenir une offre de soins.

De nombreux étudiants étrangers aux diplômes européens sont intéressés par la subdivision dans l'objectif de se former. Beaucoup ne disposant pas d'un niveau suffisant en langue, une convention entre l'université de lettres et l'université de médecine permet aux internes et jeunes praticiens étrangers d'acquérir un niveau satisfaisant en français.

avec une approche territoriale, une plus grande adéquation entre les besoins de soins de la population et la formation des futurs médecins. Pour débuter, une projection de la démographie médicale sera présentée à l'ensemble des acteurs d'ici à l'été 2020. Et dès cet hiver 2020, nous expérimenterons l'organisation d'une journée « Parcours professionnel en psychiatrie » dédiée aux internes. L'objectif est double : présenter la stratégie de groupe publique en psychiatrie sur le territoire

Il devient indispensable que la formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente puisse voir le jour, afin de prendre du Pr Philippe Morlat, relative à la en charge les patients en provenance, en majorité, d'une filière gériatrique.

(pôle d'excellences, partenariats) et permettre aux futurs professionnels d'appréhender l'ensemble des opportunités territoriales. ENCADRÉ 5

- >> Favoriser l'exercice territorial en lien avec l'université, la ville et l'hôpital
- En développant les stages mixtes ville/hôpital et/ ou au sein des communautés professionnelles, ce qui permet d'appréhender deux modes d'exercice d'une même spécialité.
- En développant les possibilités « d'agrément partagé » entre établissements d'un même GHT, ou au sein d'une FMI, pour favoriser le travail en équipe territoriale sous réserve que l'organisation et les modalités d'encadrement soient définies dans le projet pédagogique.
- En développant les stages couplés sur deux spécialités, ce qui permet de réaliser des stages dans deux spécialités mais aussi d'appréhender deux typologies d'activité d'une même spécialité.
- En encourageant le décloisonnement des organisations hospitalières par spécialité : révision de son organisation interne (place de la médecine

FOCUS PSYCHIATRIF ENCADRÉS

a discipline connaît une diminution très nette de la ressource médicale, notamment en pédopsychiatrie (-50% en dix ans). La difficulté actuelle réside dans le fait qu'il n'existe pas d'obligation à réaliser des stages en pédopsychiatrie. Il s'agit là d'une spécialité optionnelle : psychiatrie de l'enfant ou psychiatrie de l'adolescent. La prise en charge pédopsychiatrique constitue pourtant une priorité sur la feuille de route nationale de la psychiatrie et de la santé mentale.

polyvalente d'autant plus importante dans les hôpitaux de proximité labellisés), exercice médical favorisé en hôpital de jour, en ambulatoire, en consultations avancées...

>> L'évolution des besoins de santé et les orientations de « Ma santé 2022 » confirment la nécessité de développer une médecine polyvalente en centre hospitalier

> Au premier semestre 2018, la FHF a publié un rapport et des recommandations, issus de la réflexion d'un groupe d'experts, sous la présidence médecine polyvalente à l'hôpital. La médecine dite « polyvalente » n'est pas une discipline d'exercice reconnue par les autorités ordinales. Elle

n'est pas identifiée par une formation diplômante universitaire spécifique et les praticiens l'exerçant ne sont pas reconnus comme médecins spécialistes. Or, compte tenu de l'évolution démographique de la population française et des modifications de l'exercice de la médecine ambulatoire, la médecine polyvalente hospitalière s'est beaucoup développée ces dernières années et le besoin de santé auquel elle répond est croissant.

La labellisation des hôpitaux de proximité conforte l'exercice de cette médecine. Il devient indispensable que la formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente puisse voir le jour, afin de prendre en charge les patients en provenance, majoritairement, d'une filière gériatrique.

ri la réforme du 3e cycle des études de médecine peut constituer un facteur d'attractivité par l'amélioration du suivi pédagogique, elle n'est pas suffisante pour susciter des vocations à l'hôpital public. L'exercice médical et les conditions de travail, avec une permanence des soins 24 h/24, ne permettent plus de répondre aux souhaits formulés par les jeunes professionnels. C'est pourquoi les instances de la FHF Nouvelle-Aquitaine ont décidé, cette année, de faire de l'attractivité médicale et paramédicale leur «fil rouge » 2020, en s'engageant sur plusieurs terrains: développer une meilleure appréhension des opportunités professionnelles (travaux GPMC), accompagner le management médical et paramédical, déployer un dispositif de solidarité pour faciliter les remplacements entre centres hospitaliers (bourse à l'emploi) et valoriser les métiers du grand âge.