

La Réforme du 3^{ème} Cycle :

Qu'en pensent les Jeunes Chirugiens ?

Résultat d'un sondage national

Conseil National des Jeunes Chirugiens (CNJC)

Bureau du CNJC :

Président : Dr Marc-Olivier Gauci (Nice)

Secrétaire Générale : Aude Bommier (Paris)

Trésorier : Cécilia Frasconi (Marseille)

Vice-Président Réforme 3^{ème} Cycle : Frédéric Borel (Nantes)

Vice-Président Ecoles de Chirurgie : Adnan El-Bakri (Reims)

Vice-Président Communication : Alexis Kahn (Angers)

Vice-Présidente Réseau : Alizée Porto (Marseille)

Chargé Mission enseignement / Evaluation : Dr Charles-Henri David (Brest)

Introduction

La réforme du troisième cycle des études médicales est un sujet débattu depuis 2009, année de création de la CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat) (*Décret n° 2009-272 du 9 mars 2009 relatif à la Commission nationale de l'internat et du post-internat. Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2009*).

L'objectif initial de cette commission était de "moderniser" la formation dans un contexte d'augmentation rapide du *numerus clausus*.

Une lettre de cadrage ministérielle suite à la remise du rapport CNIPI 2012 a rapidement désigné la diminution de la durée de la formation comme un pivot de cette réforme.

Après de nombreux attermolements, le GT3C (Groupe de Travail pour la réforme du 3e Cycle) a vu le jour en 2013 (*Lettre de mission ministérielle 30 janvier 2013. M Touraine, G Fioraso, 2013*) avec pour mission de réformer l'organisation pédagogique de l'internat. Ce groupe de travail, sous la tutelle des Professeurs Francois-René PRUVOT (Coordonnateur de la CNIPI) et François COURAUD (DGESIP), a publié un rapport proposant une restructuration du troisième cycle des études médicales.

Le Conseil National des Jeunes Chirugiens (CNJC), instance représentative des associations de l'ensemble des spécialités de jeunes chirurgiens, a souhaité recueillir l'opinion des chirurgiens en formation par l'intermédiaire d'un sondage. Ce sondage reprenait l'ensemble des propositions issues de ce rapport.

L'objectif de cette étude était de sonder les Jeunes Chirugiens sur les différents aspects de la Réforme du 3ème Cycle et comprendre si son état actuel correspondait à leurs attentes.

Matériels & Méthodes

Ce sondage a été réalisé du 19 janvier au 19 février 2015. Il était destiné à tous les internes, Assistants Spécialistes (AS) et Chefs de Clinique (CCU-AH ou CCA) et de façon globale, tout jeune chirurgien. Sont appelés jeunes chirurgiens les internes, assistants, CCA et chirurgiens ayant une activité publique ou libérale < 5 ans.

Une première série de questions permettait de vérifier que les répondants revêtaient ces critères. Toute personne ne faisant pas partie de ces catégories était exclue de l'analyse.

Afin de s'assurer une couverture la plus exhaustive possible, plusieurs canaux de diffusion du sondage ont été utilisés :

- Associations juniors de spécialités chirurgicales membres du CNJC
 - Association Française des Jeunes Chirurgiens Maxillo-Faciaux (AFJCMF)
 - Association Française des Urologues en Formation (AFUF)
 - Association des Chirurgiens Pédiatres en Formation (ACPF)
 - Association des Jeunes Chirurgiens du Rachis (AJCR)
 - Association des Jeunes Chirurgiens Thoraciques et Cardio-Vasculaires (AJCTCV)
 - Association des Jeunes Chirurgiens Viscéraux (AJCV)
 - Collège des Jeunes Orthopédistes (CJO)
 - Société des Internes et Chefs de Clinique en Chirurgie Vasculaire
- Référent de chirurgie local
- Associations / Syndicats de villes (secrétariat/président)
- Groupe privé Facebook CNJC (réservé aux seuls Jeunes Chirurgiens)
- Information / lien via Twitter

Le sondage a été réalisé à l'aide de la solution de sondage Google® Forms fournie par Google® et était donc exclusivement numérique. Ce sondage était accessible aux destinataires du lien internet. Les destinataires ne pouvaient répondre aux questions qu'une seule fois.

Un texte explicatif et objectif, reprenant les termes officiels sur la Réforme du 3^{ème} cycle, constituait le préambule de ce sondage (cf Annexe 1). Les questions étaient ensuite posées aux destinataires du sondage (cf Annexe 2). Une dernière rubrique était destinée à des commentaires libres.

Le recueil des données se faisait par l'intermédiaire de la solution logiciel de Google® Forms permettant d'obtenir un tableau complet des réponses obtenues.

Résultats

476 réponses ont été enregistrées, 75% des répondants étaient des internes, 25% étaient soit CCA, AS ou praticiens de moins de 5 ans. Les résultats sont rassemblés en Annexe 3.

Les 3 spécialités ayant le plus grand nombre de réponses étaient dans l'ordre : Les chirurgiens viscéraux et digestifs (27%, n=130), les urologues (22%, n=106) et les orthopédistes (13%, n=62).

La majorité des répondants est attachée à la durée actuelle de formation (59%) en 5 ans d'internat + 2 ans de post-internat et ne réduirait cette formation à 6 ans que si les sauts statutaires (accessibilité au secteur 2) et pécuniaires sont conservés avec une amélioration conjointe de la formation (67%).

Soixante-treize pour cent (n=349) des interrogés sont favorables à la mise en place d'un livret de l'interne ("Logbook" des anglosaxons) permettant un suivi de la formation pratique et 77% (n=371) souhaiteraient une évaluation anonymisée des terrains de stages de chirurgie.

L'évaluation par d'autres centres paraît intéressante à la moitié des jeunes chirurgiens.

Concernant l'actuel statut de CCU-AH, deux tiers (n=317) des répondants trouvent qu'il est le mieux adapté pour valider le post-internat. Concernant les arguments sous-tendant cette réponse, près de la moitié des répondants (47%, n=227) mettent en avant l'importance de la valence universitaire liée à ce poste. La rémunération de ce poste apparaît importante dans 45% (n=217) des cas et 42% (n=202) considèrent que le poste de CCA est important dans la mesure où il permet l'accès au secteur 2.

Concernant la maquette du Jeune Chirurgien, 78% (n=375) considèrent qu'il y a un risque que le coordonnateur ait un pouvoir trop grand et n'impose le choix des stages.

Une majorité (55%, n=262) des répondants est opposée à la réforme après lecture du préambule la décrivant selon les termes officiels.

La quasi totalité des répondants (92%, n=440) est très favorable à la mise en place d'une pré-rentrée sous le modèle proposé à savoir 2 semaines précédant le début du DES, dans le cadre du développement d'Ecoles de Chirurgie avec une organisation inter-régionale permettant la mutualisation des moyens de simulation disponibles.

Enfin, 78% (n=375) des répondants souhaitent l'avènement d'un diplôme national remplaçant le système actuel : Une validation inter-régionale et en parallèle un diplôme provenant du Collège ou de la société savante.

Douze pour cent (n=59) des répondants ont laissé un commentaire (Annexe 4).

Discussion

La Réforme du 3^{ème} Cycle intéresse et mobilise de façon importante les jeunes chirurgiens, en témoigne le taux de participation très important d'une population qui s'exprime habituellement assez peu. Ce d'autant plus que cette réforme ne portera que sur la génération suivante.

Une majorité de répondants s'est exprimée contre la réforme. La plupart des spécialités ne veulent pas d'une diminution de la durée globale de formation, ni de celle du post-internat, en particulier dans les spécialités où un post-internat long (3-4 ans) est actuellement fréquent.

Ces réponses, peuvent être affinées par les commentaires libres qui insistent sur la nécessaire réforme pédagogique assortie d'une définition d'objectifs précis de formation, d'un suivi régulier et la mise en place d'évaluations à la fois théoriques et pratiques. Plusieurs sondés émettent des réserves quant à la volonté de nos enseignants de s'impliquer dans une telle démarche. Cette réforme est perçue négativement car considérée comme n'ayant qu'une finalité économique.

La diversité d'accès aux différents terrains de stage et l'originalité des parcours sont aussi une priorité pour les jeunes chirurgiens. Ces parcours ne sauraient donc être organisés en tuyau d'orgues et les parcours originaux doivent être encouragés. Le choix de stage se doit de rester celui de l'interne en formation en accord avec ses aspirations personnelles.

Le coordonnateur ne peut en aucun cas imposer un choix de stage à un interne. Il semble néanmoins pertinent de s'orienter vers une filiarisation plus précoce de la chirurgie et d'organiser le parcours de formation autour d'une spécialisation.

Le poste de CCA reste un poste choisi pour sa rémunération et l'accessibilité au secteur 2 qu'il confère mais la valence universitaire attire aussi, même chez les jeunes chirurgiens n'ayant pas vocation à une carrière universitaire. Il en ressort donc une diversité qu'il convient de respecter. Les postes de CCA doivent donc être conservés, le secteur 2 garanti et la rémunération adaptée aux responsabilités qui incomberont aux futurs CCA et AS. Il apparaît néanmoins nécessaire et logique de rappeler que le post-internat doit revêtir deux objectifs, à la fois celui d'une qualification professionnelle que la période de l'internat actuelle ne permet pas, mais aussi celui d'assurer une mission d'enseignement et de recherche. Nous tenons à souligner que parallèlement à l'augmentation du numerus clausus qui a vu passer le nombre d'étudiants en médecine de 17 881 en 1998-1999 à 33 000 en 2008-2009 (*Rapport IGAS et estimation MESR*), le nombre de praticiens hospitalo-universitaires n'a pas augmenté. Ceci a eu pour effet pervers un encadrement de moins bonne qualité que par le passé nécessitant de repenser l'enseignement dans son ensemble. Le rôle des CCA est donc indispensable à l'équipe d'encadrement des étudiants en médecine et des internes. Réduire ces postes voire même ne pas les augmenter reviendrait à appauvrir les capacités d'action de l'équipe enseignante. L'autre valence du CCA est une mission de recherche qui est un argument d'orientation vers ce type de post-internat pour près de la moitié des sondés.

Une étude de l'ISNCCA (Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants) portant sur un tiers des effectifs de CCA et AHU en France, prouve que 43,6% d'entre eux ont 1 à 4 articles indexés dans Pubmed avec un facteur d'impact en 1^{er} auteur en moyenne de 4,61. Ils contribuent donc, par leur travail scientifique, au rayonnement de leurs CHU et Universités et assurent aussi un mode de rémunération des Hôpitaux par le biais des MERRI.

Nous insistons enfin sur le fait que ces postes universitaires de post-internat constituent le vivier des personnes qui deviendront des MCU et PU-PH titulaires. Ne pas prendre en compte ces éléments serait une grave erreur (*R. GAILLARD; Rapport : Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire; 2011*).

Alors que la formation chirurgicale, en particulier pour les filières issues de l'actuel DES de chirurgie générale, est actuellement peu plébiscitée par les internes (*Les jeunes médecins sont-ils bien formés ? Résultats de la grande enquête nationale de l'InterSyndicat National des Internes. ISNI, 2013*), les avancées en terme de formation semblent faire consensus auprès des Jeunes Chirurgiens :

- L'organisation d'une préentréee des futurs internes dans le cadre des écoles de chirurgie est unanimement reconnue par les Jeunes Chirurgiens comme indispensable. Il semble donc indispensable de mettre en place un programme de formation pratique.
- La simulation chirurgicale doit devenir un élément incontournable du paysage pédagogique du jeune chirurgien. Cette méthode d'apprentissage doit être intégrée aux parcours de formation et sa pertinence doit être évaluée dans l'objectif notamment de tendre vers une meilleure homogénéisation inter-régionale. A partir de là, il paraît donc important aujourd'hui de reprendre en main l'organisation concrète des laboratoires d'anatomie délaissés par nos universités afin de les réinsérer au sein d'un parcours logique d'un futur chirurgien qui apprend un métier pratique.
- Le carnet de l'interne ou "Logbook", qui a déjà fait ses preuves dans les pays anglo-saxons, permettrait une validation objective et un suivi régulier de la progression du jeune chirurgien. Il lui permet de situer son niveau de formation et constitue une preuve de ses compétences pratiques. C'est un outil indispensable qui doit servir à la fois l'apprenant et le formateur. Avec l'augmentation du numerus clausus, ce carnet doit permettre de retrouver ce compagnonnage qui fait défaut.
- L'évaluation des terrains de stage est obligatoire et nécessaire, à condition qu'elle soit anonyme. Ces évaluations devront être obligatoirement présentées et prises en compte lors des commissions d'agrément. Il est de plus nécessaire d'harmoniser les critères de jugement de la qualité d'un stage pratique au niveau national.
- En corollaire, un diplôme national de la spécialité est réclamé par la majorité des Jeunes Chirurgiens.

D'autres éléments portant sur la formation n'ont pas été évoqués dans ce sondage mais méritent d'être soulevés. Il apparaît clair que le manque de confiance des Jeunes Chirurgiens provient d'un manque de mise en conditions réelles d'exercice. Ceci a donné naissance à cette troisième phase, dite de "mise en responsabilité", que nous préférons appeler Résidanat, mais qui a le mérite de dire ce qu'elle est. Ce manque de confiance en leur formation est probablement multifactoriel (diversité et évolution rapide des techniques) mais il est évident que nous constatons au quotidien un glissement des responsabilités du chef de clinique, de l'interne, de l'externe et même de l'étudiant en médecine. La faute peut être rejetée sur l'augmentation du numerus clausus mais dès lors, les Jeunes Chirurgiens sont-ils condamnés à être de moins en moins bien formés ?

Nous espérons que cette réforme ne sera pas la réforme qui paupérisera encore plus notre formation et trois piliers doivent soutenir une réforme en profondeur du système : 1) Un diplôme national avec des objectifs nationaux, 2) Une formation optimisée par des outils modernisés et 3) une évaluation réciproque (*Chirurgie en 2025 - Quelle formation et quel avenir pour les Jeunes Chirurgiens ? MO. Gauci, 2014*) ; seules ces garanties pourront être la pierre angulaire d'une réforme solide et pérenne.

Le rapport 2014 de l'Académie Nationale de Chirurgie sur « La Chirurgie en 2025 » soulève les 3 axes qui paraissent incontournables à savoir : 1) La formation chirurgicale par l'intermédiaire d'une action volontariste et coordonnée avec les Jeunes Chirurgiens, 2) La réorganisation graduée des structures chirurgicales sur le territoire et 3) L'évaluation des pratiques et des nouvelles technologies en soutenant l'innovation chirurgicale.

L'Académie dans ce rapport nous rappelle que cette formation des futurs chirurgiens doit être optimisée de façon urgente et qu'on ne peut imaginer qu'en 2025 un futur chirurgien n'ait pas une formation complète pour la spécialité qu'il a choisie et qu'il débute sa formation pratique uniquement au bloc opératoire. Ce rapport souligne également que nous ne pouvons envisager un fonctionnement correct des structures chirurgicales sans un plateau technique performant, un recrutement suffisant et une équipe médicale et paramédicale suffisamment étoffée.

Ce rapport de l'Académie paraît en harmonie avec les résultats de notre sondage.

Enfin ce système actuel est largement perfectible mais cette réforme se trouve à la croisée des chemins, soit elle recadrera le système de formation des chirurgiens pour l'optimiser afin de maintenir à un niveau d'excellence la Chirurgie Française dans son contexte européen, soit elle aboutira à une standardisation médiocre des compétences du chirurgien avec son nivellement par le bas.

Conclusion

Ce sondage permet de définir les aspirations des Jeunes Chirurgiens en formation. La Réforme du 3^{ème} Cycle des études médicales ne saurait être acceptée et acceptable que si les mesures principales gravitent autour de la formation.

Les Jeunes Chirurgiens se méfient des modifications statutaires et des mesures amputant la qualité de leur formation. Celles-ci pourraient constituer un véritable casus belli à l'encontre des artisans de la réforme.

A défaut d'apporter de véritables et sincères transformations dans leur formation (avènement des Ecoles de Chirurgie, diplôme national, suivi de la formation, évaluation), et ceci au dépend de considérations purement économiques et politiques, une telle réforme serait rejetée en bloc par les Jeunes Chirurgiens.

Références :

- *Décret n° 2009-272 du 9 mars 2009 relatif à la Commission nationale de l'internat et du post-internat. Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2009*
- *Lettre de mission ministérielle 30 janvier 2013. M Touraine, G Fioraso, 2013*
- *R. GAILLARD; Rapport : Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire; 2011*
- *Les jeunes médecins sont-ils bien formés ? Résultats de la grande enquête nationale de l'InterSyndicat National des Internes. ISNI, 2013*
- *Chirurgie en 2025 - Quelle formation et quel avenir pour les jeunes chirurgiens ? MO. Gauci, Académie Nationale de Chirurgie, 2014*
- *La Chirurgie en 2025 – Rapport de l'Académie Nationale de Chirurgie 2014 F. Richard, J. Baulieux, D. Jaeck, H. Judet*

Annexe 1

Chers co-internes et CCA ou assistants en chirurgie, comme vous l'avez sans doute appris, une importante réforme du 3^{ème} cycle est en cours de préparation. Son application est prévue pour novembre 2016. A l'heure actuelle elle n'a fait l'objet que de propositions de la part des différents participants à cette réforme dont les collèges de spécialité et le CNJC.

Principes de la réforme :

1) Le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) est le diplôme nécessaire et suffisant sanctionnant le troisième cycle

Conséquences :

- Les DESC (Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire) sont supprimés
- L'accès aux DES (et en particulier aux 13 DES de spécialités chirurgicales) est d'emblée filiarisé
- Les DU/DIU ne doivent pas faire partie du programme officiel des DES

2) Le DES se répartit en trois phases successives (socle, intermédiaire, mise en responsabilité)

- La phase socle dont le but est l'apprentissage des bases chirurgicales a la fois théoriques et pratiques
- La phase intermédiaire dans laquelle l'apprentissage de la spécialité est au cœur de la formation
- Une phase de mise en responsabilité, qui remplacerait l'assistantat actuel, d'une durée de 2 ans

Conséquences :

- A chaque phase doit correspondre des objectifs de connaissances et de compétences
- Des terrains de stage adaptés à ces objectifs doivent être identifiés pour chacune de ces trois phases
- L'essentiel des connaissances doit être acquis avant la phase de mise en responsabilité

3) La durée de la formation initiale doit être limitée (en règle 6 ans pour les DES de chirurgie)

Conséquences :

- L'enseignement doit correspondre à un contrat de formation et l'exigence pédagogique peut prendre le pas sur le rang de classement à l'ECN lors du choix de certains stages
- La formation par le DES n'a pas pour vocation d'être exhaustive et doit s'articuler avec la formation continue
- La diversification de la formation se fait par l'intermédiaire d'options (au sein d'un même DES) et la pluridisciplinarité

Il est important que les jeunes chirurgiens s'expriment sur certains points revêtant une importance toute particulière en chirurgie. Le CNJC doit se saisir de la question pour relayer au mieux vos avis et trouver ainsi sa légitimité.

Réforme du 3^{ème} Cycle, Sondage CNJC 2015

A la fin du mois d'octobre, tous les collèges de spécialité, avec ou sans l'aide de leurs associations jeunes, ont rendu leur cahier des charges concernant cette réforme. Le CNJC, comme vous l'avez lu dans les précédents mails, a rédigé un rapport dans l'hypothèse où cette réforme serait appliquée. Ce rapport expose les conditions indispensables à l'approbation de ce texte par les jeunes chirurgiens. Mais vous seuls êtes à même de décider de votre avenir, le CNJC n'étant que votre porte-parole.

La qualité de la formation doit être le « fil rouge » de ce texte. Le post-internat actuel (Clinicat ou Assistanat) permet le compagnonnage, la responsabilisation et l'accessibilité au secteur 2 sans lesquels il serait impossible d'exercer.

Les postes d'Assistants Spécialistes ont pourtant été créés comme des outils d'ajustement de l'offre territoriale de soin en occultant la fonction première du « post-internat ». Nous souhaitons donc que cette réforme soit l'occasion de rendre à ce temps de formation sa véritable vocation.

Le CNJC fait donc appel à votre vote sur la conduite à tenir face aux différents points grâce au sondage suivant.

Merci de votre participation

NOTEZ QUE LES DONNEES ISSUES DE CE SONDEGE RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.

Le Bureau du CNJC

Annexe 2

QUESTIONS =

1. Etes vous interne OU Assistant / CCA /Jeune Chirurgien (pratique <5 ans) ?
→ menu déroulant
2. Quelle est votre spécialité ?
→ menu déroulant
3. Quelle est votre ville de rattachement
→ menu déroulant
4. Pensez vous qu'il soit indispensable de conserver la durée actuelle de formation (5+2 ans) quelles que soient les modifications apportées à la formation?
→ OUI / NON
5. Etes vous favorable au passage à une formation complète en 6 ans si elle permet un statut et un salaire équivalent sur les 2 dernières années de "mise en responsabilité" à ceux d'un actuel assistant ainsi que l'accès au secteur 2?
→ OUI / NON
6. Pensez-vous que le modèle suivant de certification des connaissances soient bon : validation **pratique** par semestre par un logbook (0 = n'a jamais vu l'opération, 1 = a assisté au diagnostic/ à l'opération, 2 = a accompli le diagnostic/l'opération avec assistance, 3 = a accompli le diagnostic/l'opération sans aide mais avec une assistance disponible (si complication), 4 = autonomie complète) **ET** validation **théorique de base** (hors hyper spécialité) régulière par cours et évaluation sur plateforme informatique.
→ OUI / NON
7. Souhaitez vous un modèle national d'évaluation anonymisée des terrains de stages de chirurgie ?
→ OUI / NON
8. Estimez-vous qu'il est indispensable d'être évalué sur votre technique chirurgicale par des experts d'autres centres ?
→ OUI / NON
9. Pensez vous que le statut de CCA actuel soit le mieux adapté pour valider le post-internat?
→ OUI / NON

10. Si vous pensez que le statut de CCA actuel est le mieux adapté pour valider le post-internat, dites nous pourquoi :

- Valence universitaire : j'aime faire de l'enseignement et de la recherche
- Statut plus prestigieux en vue d'une installation en privé
- Accès au S2
- Statut plus rémunérateur que celui d'assistant surtout pour ce qui concerne les gardes
- Le poste de CCA actuel n'est pas le mieux adapté pour valider le post-internat

→ Question à choix multiples

11. Craignez vous qu'un pouvoir trop grand soit accordé aux coordonnateurs en vous laissant peu le choix de vos stages dans ces maquettes « optimisées » ?

→ OUI / NON

12. Etes vous opposé à cette Réforme ?

→ OUI / NON

13. Etes vous favorable à la généralisation et à la formalisation d'une prérentrée sur les 2 semaines précédents le début officiel de l'internat pour apprendre les gestes (noeuds..) et connaissances de base (utilisation d'un bistouri électrique, codage, check list..) dans le cadre des Ecoles de Chirurgie, avec mutualisation des moyens de simulation disponibles pour une meilleure homogénéisation inter-régionale?

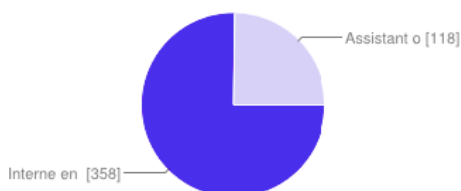
→ OUI / NON

14. Etes vous favorable à un diplôme unique national répondant à des objectifs nationaux vs un diplôme de votre université/interrégion +/- un diplôme de vos sociétés savantes/collège?

→ OUI / NON

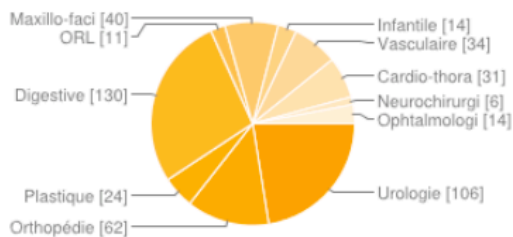
Annexe 3

1) Etes vous interne ou assistant / CCA ?



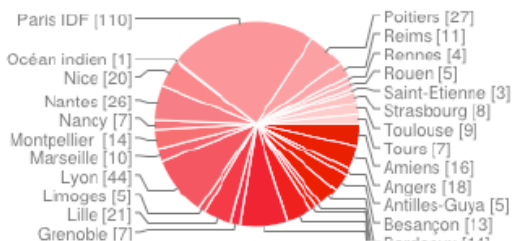
Interne en chirurgie	358	75 %
Assistant ou CCA en chirurgie	118	25 %

2) Quelle est votre spécialité ?



Urologie	106	22 %
Orthopédie	62	13 %
Plastique	24	5 %
Digestive	130	27 %
ORL	11	2 %
Maxillo-faciale	40	8 %
Infantile	14	3 %
Vasculaire	34	7 %
Cardio-thoracique	31	6 %
Neurochirurgie	6	1 %
Ophthalmologie	14	3 %

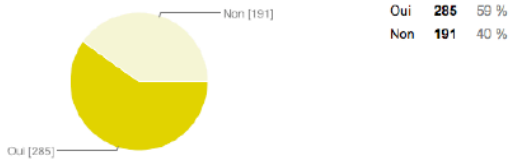
3) Quel est votre ville de rattachement ?



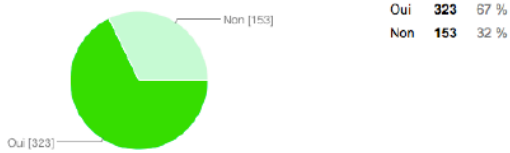
Amiens	16	3 %
Angers	18	4 %
Antilles-Guyane	5	1 %
Besançon	13	3 %
Bordeaux	14	3 %
Brest	4	1 %
Caen	5	1 %
Clermont-Ferrand	19	4 %
Dijon	35	7 %
Grenoble	7	1 %
Lille	21	4 %
Limoges	5	1 %
Lyon	44	9 %
Marseille	10	2 %
Montpellier - Nimes	14	3 %
Nancy	7	1 %
Nantes	26	5 %
Nice	20	4 %
Océan indien	1	0 %
Paris IDF	110	23 %
Poitiers	27	6 %
Reims	11	2 %
Rennes	4	1 %
Rouen	5	1 %
Saint-Etienne	3	1 %
Strasbourg	8	2 %
Toulouse	9	2 %
Tours	7	1 %

Réforme du 3^{ème} Cycle, Sondage CNJC 2015

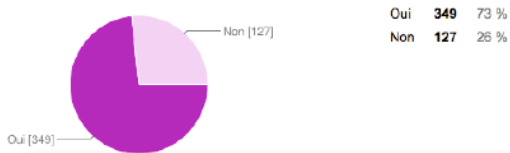
4) Pensez vous qu'il soit indispensable de conserver la durée actuelle de formation (5+2 ans) quelles que soient les modifications apportées à la formation ?



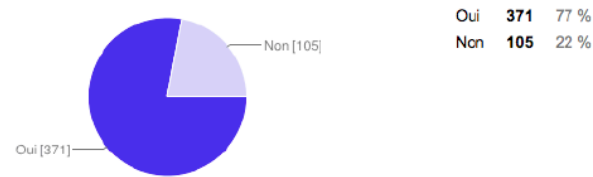
5) Etes vous favorable au passage à une formation complète en 6 ans si et seulement si elle permet un statut et un salaire au moins équivalents sur les 2 dernières années de "mise en responsabilité" à ceux d'un actuel assistant ainsi que l'accès au secteur 2 et que la formation est par ailleurs optimisée ?



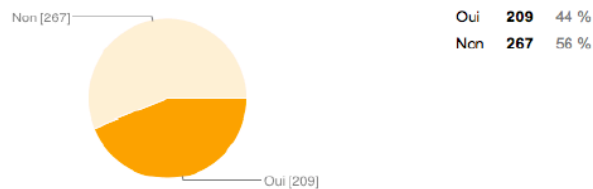
6) Pensez-vous que le modèle suivant de certification des connaissances soient bon : validation pratique par semestre par un logbook (0 = n'a jamais vu l'opération, 1 = a assisté au diagnostic/l'opération, 2 = a accompli le diagnostic/l'opération avec assistance, 3 = a accompli le diagnostic/l'opération sans aide mais avec une assistance disponible (si complication), 4 = autonomie complète) ET validation théorique de base (hors hyper spécialité) régulière par cours et évaluation sur plateforme informatique ?



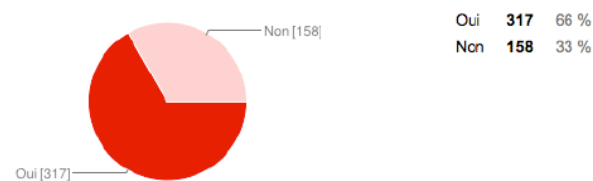
7) Souhaitez-vous un modèle national d'évaluation anonymisée des terrains de stage de chirurgie ?



8) Estimez-vous qu'il est indispensable d'être évalué sur votre technique chirurgicale par des experts d'autres centres ?

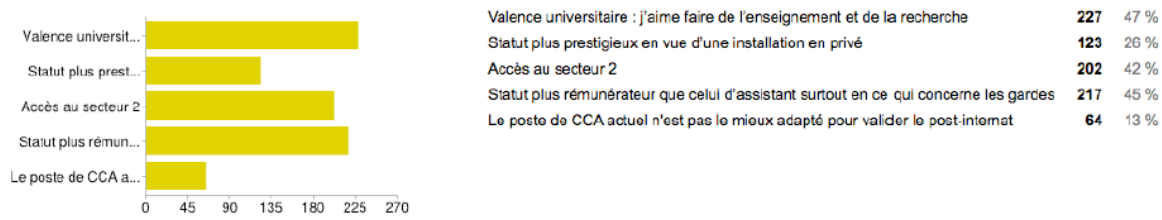


9) Pensez vous que le statut de CCA actuel soit le mieux adapté pour valider le post-internat ?

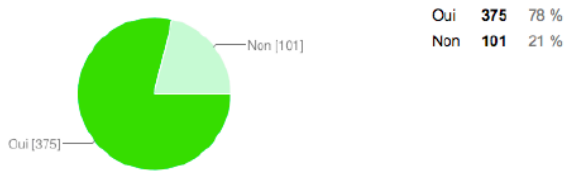


Réforme du 3^{ème} Cycle, Sondage CNJC 2015

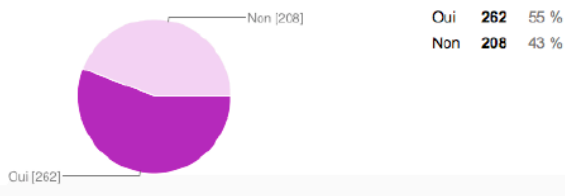
10) Si vous pensez que le statut de CCA actuel est le mieux adapté pour valider le post-internat, dites-nous pourquoi ?



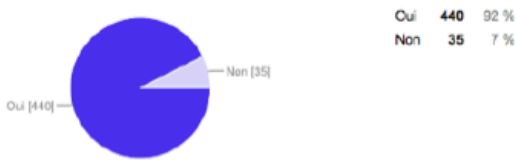
11) Craignez vous qu'un pouvoir trop grand soit accordé aux coordonnateurs en vous laissant peu le choix de vos stages dans ces maquettes « optimisées » ?



12) Etes vous opposé à cette réforme ?



13) Etes vous favorable à la généralisation et à la formalisation d'une prérentree sur les 2 semaines précédant le début officiel de l'internat pour apprendre les gestes (noeuds...) connaissances de base (utilisation du bistouri électrique, codage, check-list...) dans le cadre des Ecoles de Chirurgie, avec mutualisation des moyens de simulation disponibles pour une meilleure homogénéisation inter-régionale ?



14) Etes vous favorable à un diplôme unique national répondant à des objectifs nationaux versus un diplôme de votre université/interrégion +/- un diplôme de vos sociétés savantes/collèges ?



Annexe 4 : Extraits des commentaires libres laissés par 12% (n=59) des répondants

Impressions générales

- *Les dérives pour nous payer moins et nous laisser encore moins de liberté de choix paraissent évidentes*
- *Cela apparaît assez intelligent de "recadrer" l'internat de chirurgie*
- *Pour une réforme: oui car le changement peut apporter de bonnes choses, mais pas pour n'importe quelle réforme.*
- *L'INTERNE BAC + 7 EST UNE SERPILLIÈRE SOLVABLE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE*
- *Par ailleurs, cette réforme est une réforme économique et non pédagogique, mais cela tout le monde l'a compris, et elle aura lieu. Il est important, dans cette réforme, qui est néfaste, que nous arrivions à en tirer le meilleur parti.*
- *J'imagine mal certains patrons jouer le jeu...*
- *LA FILIARISATION de la CHIRURGIE SVP !!!!*
- *Enfin l'internat est réformé.*
- *Oui à une réflexion sur la pédagogie de notre formation et à notre évaluation, non à cette réforme qui n'a comme but que de faire des économies sur notre dos !*
- *Si au lieu de réformer on mettait en application ce qui fait déjà loi, on pourrait débattre (cf repos de garde, cf temps dédié à la formation personnelle, cf les 50% du temps de travail d'un CCA censé être universitaire versus 0% pour un assistant...)*
- *Faire les "petites mains" pendant 5 ans et se faire jeter comme une merde ne doit plus exister !*
- *Je ne souhaite pas à mes futurs confrères de faire le cursus que j'ai fait. J'espère mieux pour vous.*
- *Il faut faire attention, cette réforme va permettre à d'autres spécialités de "redessiner" leur contours, et d'empiéter encore plus sur notre terrain*

Formation

- *Réduire la formation chirurgicale à 6 ans quand elle est déjà réduite par les repos de garde obligatoire récent ne serait que délétère pour notre formation.*
- *Il semble difficilement envisageable de réduire la durée de formation des internes.*
- *Durée de formation raccourcie, malgré une formation ralentie... Pour moi, il reste une question à élucider : veulent-ils faire une génération d'incompétents?*
- *L'accès au repos de sécurité pour tous est en contrepartie un frein à notre formation donc elle doit rester longue.*
- *Laisser opérer les internes tôt, beaucoup plus tôt... Désacraliser le geste chirurgical, il n'est pas nécessaire d'être interne de 9^{ème} semestre pour pouvoir commencer à faire des temps opératoires d'une colectomie.*
- *Cette réforme est ambitieuse, mais elle nécessite un véritable investissement de la part de nos patrons au niveau de l'enseignement notamment, ce qui est loin d'être le cas pour l'instant*
- *Remettre la formation au cœur du rôle de l'interne et du praticien en post internat plutôt que cela de faire tourner le service et de préparer toutes les réunions*
- *Pour la formation théorique : on est obligé de faire des DU pour se former théoriquement.*
- *Sept ans c'est déjà beaucoup trop court*
- *Le logbook très bonne idée*
- *L'apprentissage théorique est compressible, pas l'apprentissage pratique. Cela est d'autant plus réel compte tenu de la séniorisation progressive de la chirurgie et du repos de garde obligatoire, supprimant le temps réel passé au bloc opératoire à opérer.*

Evaluation

- *Le contrôle des connaissances régulier ça ne fait peur a aucun jeune chirurgien.*
- *La pratique chirurgicale à mon sens est différente entre Paris avec des hyperspécialistes, et les Provinces où on fait un peu plus de chirurgie générale et où on forme des chirurgiens qui pourront aller dans des hôpitaux périphériques qui doivent avoir des compétences générales. Comment peut on alors proposer une évaluation homogène nationale.*
- *Un diplôme national avec des objectifs et des cours communs aux universités limiterait peut être les inégalités sur l'enseignement*

Statut

- *A part la paye et le petit prestige qui va avec il n'y a aucune différence entre un CCA et un assistant*
- *Il faudrait conserver [...] des salaires convenables, équivalents à celui d'assistant lors de la mise en responsabilité, avec possibilité d'accès au secteur 2*
- *Si [le statut de l'interne durant la dernière phase du future internat] remplace l'assistantat l'interne doit ABSOLUMENT être rémunéré comme un assistant, avoir sa consultation, au moins un plage op etc...*
- *Tout nouveau statut de post-internat doit être équivalent au salaire de CCA, part universitaire et gardes incluses.*