

Académie nationale de médecine - Académie nationale de chirurgie

Rapport de la Commission Mixte

Iradj GANDJBAKHCH - Jacques BAULIEUX

« Le parcours qualifiant des chirurgiens »

INTRODUCTION

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche mène une réflexion pour la réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine. La Commission 9 de l'Académie Nationale de Médecine s'est saisie de ce sujet et a souhaité la rédaction d'un rapport sur le parcours qualifiant des chirurgiens. Ce sujet intéressait également l'Académie Nationale de Chirurgie. C'est pourquoi un groupe de travail mixte comportant les membres de la commission 9 et les représentants de l'Académie de Chirurgie a été créé le 19/03/2012.

1) Composition de la Commission :

ARNE Jean-Louis ; BARBIER Jacques ; BAULIEUX Jacques ; BRUHAT Maurice Antoine ; BOUTELIER Philippe ; CARLI Pierre ; CHAPUIS Yves ; CHOULARD Claude-Henri ; CREPIN Gilles ; DUBOIS François ; DUBOUSSET Jean ; GANDJBAKHCH Iradj ; GRAPIN-DAGORNO Christine ; LACOURREYE Henri ; JUDET Henri ; LAUNOIS Bernard ; LEGENT François ; LIENHART André ; LOGEAYS Yves ; LOISANCE Daniel ; MALAFOSSE Michel ; MALVY Paul ; MANTZ Jean-Marie ; MERLE Michel ; MINE Jean ; MONERET-VAUTRIN Denise-Anne ; PHILIPPON Jacques ; POITOUT Dominique ; RICHARD François ; SAINT JULIEN (de) Jacques ; TRIBOULET Jean-Pierre ; WATTEL Francis.

NB : Nous remercions Henri JUDET, Francis WATTEL, Pascale DECAUVILLE et Elisabeth CONTE qui ont assuré le secrétariat des séances.

2) Liste des Personnalités auditionnées (20 personnes) entre le 09/05/2012 et le 16/01/2013 :

BENCHIMOL Daniel (Nice), Doyen de la Faculté de Médecine de Nice, Chef du service de Chirurgie Générale et Cancérologie Digestive du CHU de Nice -Hôpital Archet 2

BIRENBAUM Aurélie (Paris), Chef de clinique « anesthésie-réanimation »SSPI-AP Pitié

BOUILLOT Jean-Luc, Président Collège Français de Chirurgie Générale Viscérale et Digestive

CHAUVEAUX Dominique (Bordeaux), Président SOFCOT 2012, Président Collège Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

CORVOL Pierre, Administrateur du Collège de France

COURAUD François, Conseiller scientifique DGESIP

DARDEL Frédéric, Président de l'Université Paris Descartes

FARCI Patrice (Lyon), Directeur Médical des Hospices Civils de Lyon, représentant Philippe Domy, président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHR-CHU

GUTSCHOW Christian(Cologne), chef de service Hôpital Universitaire de Cologne

LASKAR Marc (Limoges), Président de la société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

LAUNOIS Bernard (Rennes), Formation initiale des chirurgiens en Australie

LEFEVRE Jérémie (Paris), Chef de Clinique Assistant, Chirurgie digestive, Saint-Antoine. Médaille d'or de chirurgie

LEVY Yves (Paris), Conseiller spécial, de la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche G FIORASO, en charge de la santé et du biomédical

MAGE Gérard (Clermont-Ferrand), responsable du service Gynécologie-Obstétrique

MARTIN Xavier (Lyon), Doyen de Faculté de Médecine Lyon, Directeur de l'Ecole de Chirurgie de Lyon

PROUST François (Rouen), Secrétaire Général Société Française de Neurochirurgie

PRUVOT François-René, (Lille) Président du CNU chirurgie Viscérale

RENARD Yohann (Reims), Interne en chirurgie, Vice-président de l'ISNIH

RIOU Bruno (Paris), Anesthésiste Urgentiste - VP Université P et M Curie

UZAN Serge (Paris), Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI)

Le Procès-Verbal de chaque contribution ainsi que certains Power-Points de présentation, sont consignés *en Annexe* de ce rapport.

3) Les 6 questions conçues par la commission, proposées à chaque personnalité auditionnée, pour faciliter l'homogénéité du rapport final.

Question 1 : les études médicales (y compris l'ECN), sont-elles adaptées à la formation d'un futur chirurgien ?

Question 2 : La formation initiale des chirurgiens. Place des écoles de chirurgie, du compagnonnage.
(Aspect sociétal juridique, assurantiel)

Question 3 : A la fin de l'internat, le jeune chirurgien doit-il être généraliste, spécialiste, ou hyper-spécialiste ?

Question 4 : L'internat doit-il être le même, pour un futur praticien "privé", ou "public sans vocation d'enseignement ou de recherche", ou un futur "hospitalo-universitaire" ?

Question 5 : La formation des internes doit-elle se faire uniquement dans les services hospitalo-universitaires ou, pendant une période définie, contrôlée, en dehors des centres hospitalo-universitaires (hôpitaux généraux ou cliniques privés) ?

Question 6 : Comment évaluer la formation et à quel moment ?

NB : Une Réserve s'impose concernant l'adaptation de ce « Parcours qualifiant des Chirurgiens » aux disciplines médico-chirurgicales (ORL - Ophtalmologie...). La maquette actuelle de leur DES s'effectue sur 5 années, avec 7 semestres dans la spécialité et 3 semestres dans des services agréés pour d'autres spécialités. Dans l'état actuel d'évolution des cursus de formation, il faut admettre que le « Parcours qualifiant des Chirurgiens » proposé plus haut, ne correspond pas parfaitement à ces disciplines et qu'une réflexion ultérieure devra être entreprise pour ces spécialités médico-chirurgicales.

REPONSES AUX QUESTIONS

Question 1 : Les études médicales (y compris l'ECN), sont-elles adaptées à la formation d'un futur chirurgien ?

1-Pendant les études

La sélection à l'entrée des études de médecine (P1) ne sera pas abordée dans ce rapport.

Un socle commun de connaissances est indispensable par l'acquisition large d'une culture générale médicale : Le chirurgien est un médecin qui opère.

En fin de D4, les connaissances acquises par les étudiants sont insuffisantes pour débiter la carrière chirurgicale. Ils ont oublié l'anatomie enseignée en P1 et P2, la physiologie etc.... Ils n'ont pas de notion de biomécanique, ni de connaissances concernant l'étude des biomatériaux. Ils n'ont pas de formation à l'éthique, ni à la communication chirurgicale et à l'annonce d'un diagnostic (cancer).

Nous proposons une modification des études médicales pendant la période P2 à D4 : consacrer 20 % du temps à l'enseignement optionnel, dont le tiers réservé à des matières intéressant la chirurgie (anatomie, physiologie, imagerie, biomatériaux etc.). Les 2 dernières années de 2^{ème} cycle étant plus propices pour cet enseignement optionnel.

Rendre obligatoire les stages en chirurgie pendant le 2^{ème} cycle et faciliter l'accès au bloc opératoire des étudiants (30 % seulement des étudiants passent au bloc opératoire actuellement)

Enseigner aux étudiants les gestes chirurgicaux de base, soit dans les services, soit dans les laboratoires d'entraînement (notamment en utilisant la simulation). Cette période permettrait de **repérer** ceux qui ont les qualités nécessaires à la pratique de la chirurgie et les **encourager** à s'orienter vers cette discipline.

Les critères étant :

- Habilité et rapidité
- Résistance au stress
- Pragmatisme et efficacité
- Capacité au commandement
- Intégrité et honnêteté
- Aptitude à se mettre en cause et à apprendre d'autres techniques
- Capacité de résilience, par rapport aux malades et aux contraintes économiques
- Empathie et humanité

2-Pour l'Examen Classant National (ECN)

Les questions chirurgicales sont très peu nombreuses. En particulier les questions de chirurgie, susceptibles de concerner tous les médecins : Il n'y a aucune question sur les complications des interventions chirurgicales (alors que 14 questions concernent les effets indésirables des médicaments), sur les indications chirurgicales, sur les résultats de la chirurgie et les alternatives thérapeutiques.

Il faut donc augmenter le nombre des questions chirurgicales à l'ECN.

Pour l'ECN, on pourrait éventuellement proposer une filiarisation en trois parties (médecine, biologie, chirurgie). Si cela n'est pas possible, ce qui est probable, il faut instituer des coefficients incitatifs à l'examen classant national en fonction de ces trois disciplines.

Question 2 : La formation initiale des chirurgiens. Place des écoles de chirurgie, du compagnonnage (Aspect sociétal, juridictionnel, assurantiel).

1- Constat actuel

-La formation académique théorique au cours des D.E.S., D.E.S.C, est faite correctement dans les inter-régions, bien qu'inégale selon les spécialités. La part réservée aux cours magistraux est en diminution, au bénéfice d'un enseignement interactif facilitant le contact plus direct « enseignant-enseigné ».

-La formation pratique indispensable est assurée par le compagnonnage qui est une des spécificités de la chirurgie « à la française », alors que dans d'autres pays, les futurs chirurgiens rentrent beaucoup plus tardivement au bloc opératoire.

Ce Compagnonnage, souhaité par les internes, présente de plus en plus de difficultés car :

- Le nombre des enseignants n'a pas été modifié depuis 12 ans, alors que le numerus clausus a été multiplié par deux...
- Les Services de chirurgie, dans les CHU, deviennent de plus en plus hyperspécialisés. L'interne ne trouve pas toujours sa place et l'apprentissage des gestes simples devient plus aléatoire. Le rôle et la place effective des internes et des chefs de clinique, ne sont pas toujours bien précisés. L'utilisation du carnet de stage reste assez aléatoire : le minimum d'interventions à pratiquer, pour devenir chirurgien, est mal précisé.

-L'enseignement des aspects juridiques, assurantiel et sociétaux est actuellement insuffisant.

2-Propositions :

-Mieux définir le contenu et les objectifs des cours théoriques interactifs

-Le Compagnonnage demeure essentiel, cependant il faut préciser :

- les gestes essentiels à acquérir.
- les interventions qui doivent être effectuées et maîtrisées.
- la place du maître de stage dont le rôle doit être clairement défini et reconnu par l'Université.
- Le maître de stage doit aider, guider et orienter le futur chirurgien. Il doit détecter les difficultés techniques ou psychologiques. Ce « tutorat » est actuellement très demandé par les plus jeunes.

-Les Laboratoires d'entraînement (ancienne Ecole de chirurgie) prennent un rôle prépondérant dans la formation des chirurgiens. On constate que leur nombre augmente dans les CHU français, mais qu'ils ne fonctionnent pas tous avec les mêmes moyens et les mêmes pratiques. L'harmonisation de leur fonctionnement est souhaitable.

Ces laboratoires d'entraînement devraient, dans l'idéal, disposer de possibilités :

- d'utiliser la simulation
- de réaliser des gestes sur les animaux (gros mammifères et petits rongeurs pour la microchirurgie) NB. Dans certaines villes universitaires, l'INRA ou les Ecoles vétérinaires offrent des possibilités intéressantes, assez facilement utilisables.
- de disposer de cadavres (voies d'abord, gestes d'orthopédie : synthèses etc...)
- d'utiliser les robots dont l'acquisition se fait progressivement.

Ces laboratoires d'entraînement doivent avoir des possibilités techniques larges allant des gestes les plus simples, aux gestes les plus compliqués :

- apprentissage des gestes de base « réalisation des nœuds, sutures, ligatures etc. »
- apprentissage des gestes complexes, sur l'animal et les simulateurs
- Apprentissage des voies « ouvertes », des techniques « mini-invasives » (coelioscopie-thoracoscopie-arthroscopie, etc..., voire du robot.

Ces laboratoires, doivent permettre l'évaluation, l'apprentissage et la maîtrise :

- de toutes les techniques, en particulier les techniques d'usage rare et les techniques spécialisées.
- d'un savoir-faire non cognitif, comportemental.

La formation de trois ans comporte :

La première année «Socle de Base (Basic skill) », la deuxième année : «Socle de Base Supérieur (advanced skill) », la troisième année, les gestes de spécialité.

Cette formation de 3 ans est sanctionnée par une évaluation et une attestation de pratique, délivrée par l'Université.

Il est souhaitable que ces Laboratoires d'entraînement soient rattachés à l'Université, qui utilisera tous les moyens réglementaires afin d'en assurer le financement et le fonctionnement. Dans l'éventualité où un Laboratoire, dépendant d'une Institution publique, voir indépendante, a joué et joue encore un rôle déterminant dans la formation des chirurgiens, il conviendrait qu'un contrat soit passé avec l'Université à laquelle il serait rattaché, dans les conditions établies par les deux parties.

Il est possible d'envisager des formations croisées avec d'autres spécialités (anesthésie-réanimation, radiologie, techniques interventionnelles, etc.) permettant des échanges pluridisciplinaires enrichissants.

-L'enseignement de la chirurgie doit réserver une part importante au comportement éthique, à la gestion du stress, au relationnel avec l'équipe, les malades et les autres intervenants de santé. Il faut un apprentissage spécifique à la communication et à l'information des patients et de leur famille. Elle doit être complétée par une formation juridique et économique.

La formation ne peut se limiter au « savoir-faire ». Elle doit donner aussi une large part au « savoir être ».

Question 3 : A la fin de l'internat, le jeune chirurgien doit-il être généraliste, spécialiste, ou hyper-spécialiste ?

La chirurgie générale a disparu (sauf peut-être pour la chirurgie de guerre). Cependant il faut conserver un tronc commun minimum dont la longueur doit être d'un à deux ans.

À la fin de l'internat, l'interne doit être « généraliste dans sa spécialité » (ne serait-ce que pour la sécurité des gardes). Il faut éviter une hyperspécialisation trop précoce (dite aussi « sous-spécialité »). L'hyperspécialisation interviendra durant la période du post - internat.

Les responsabilités sont différentes, pendant l'internat et le post-internat.

La durée optimale de l'internat de chirurgie est de quatre ans, suivi d'un post-internat minimum et obligatoire, de deux ans. Pendant cette période de post-internat, le chirurgien exerce en pleine responsabilité.

Chacune de ces étapes, depuis le début de la formation, donne lieu à l'acquisition de points. Un seuil minimum de points (à fixer) est nécessaire, pour l'obtention de l'autorisation d'exercer.

Question 4 : L'internat doit-il être le même,

- **pour un futur praticien "privé",**
- **ou "public sans vocation d'enseignement, de recherche"**
- **pour un futur "hospitalo-universitaire" ?**

Pourquoi cette question se pose-t-elle ?

On peut estimer que seuls 10% des chirurgiens en formation accéderont à une carrière hospitalo-universitaire. Il existe une quasi-obligation de passer par l'article 1 pour y accéder, ce qui oblige à un parcours long et exigeant (thèses de sciences, habilitation à diriger la recherche, mobilité).

Doit-on imposer le même parcours à tous les chirurgiens, en particulier pour ceux qui désirent s'orienter vers des formations spécifiques, plus utiles à leurs pratiques ultérieures non-universitaires ?

La réalisation de publications, la formation à la pédagogie et à la recherche sont utiles pour **tous** les chirurgiens. Néanmoins il faut déceler ceux qui souhaitent s'orienter vers une carrière hospitalo-universitaire et les encourager à s'investir plus avant pour la recherche et l'enseignement.

La difficulté vient du fait que « l'année recherche » impose le temps plein pour libérer le jeune chirurgien de ses contraintes hospitalières. Par ailleurs en France, il n'existe que très peu de centres de recherche dévolus à la recherche chirurgicale. Cette année de recherche doit être anticipée et planifiée pour définir le sujet et optimiser les conditions matérielles de sa réalisation.

La formation à la pédagogie est peu valorisée en France. Il existe pourtant des diplômes universitaires spécifiques, souvent mal pris en compte par les CNU.

Propositions :

Il faut envisager un socle commun de formation, pendant lequel les bases fondamentales de formation seraient communes à tous les internes (Bases de la pédagogie et de la recherche clinique - écriture de 1 ou 2 articles).

Puis orientation le plus rapidement possible, de ceux qui se dirigeront vers une carrière hospitalo-universitaire, avec acquisition des prérequis nécessaires.

Les autres auront alors tout le temps voulu pour l'acquisition de formations spécifiques souhaitées pour leur pratique ultérieure (DU - formation extra-muros- et autres...)

Question 5 : La formation des internes doit-elle se faire uniquement dans les services hospitalo-universitaires ou, pendant une période définie et contrôlée, en dehors des centres hospitalo-universitaires (hôpitaux généraux ou cliniques privés) ?

La loi HPST autorise la formation en dehors des Centres hospitalo-universitaires. Les ARS y sont favorables, car cela permet un élargissement de l'éventail des possibilités des choix de postes d'internes.

1-le constat actuel : les stages sont autorisés dans :

- les CHU
- les hôpitaux généraux, dans leurs services agréés
- les « hôpitaux privés à but non lucratif » agréés

NB : L'accréditation des Services agréés ne doit pas être systématique. Elle doit faire l'objet d'une réflexion au niveau des Universités et des Collèges sur la base de critères soigneusement évalués.

2-la question se pose pour les « cliniques privées à but lucratif ».

L'agrément ne peut être accordé que sous des conditions strictes :

- existence d'une activité chirurgicale qui le justifie.
- prise en charge financière par l'Etablissement privé.
- agrément par la Faculté (le Doyen, le rôle éventuel du Collège...).
- évaluations régulières de la formation, en particulier en vue du renouvellement de l'agrément.

Question 6 : Comment évaluer la formation et à quel moment ?

Le constat :

L'évaluation de la formation théorique existe. Elle doit être plus stricte et uniformisée entre les divers CHU. La validation finale des D.E.S. et des D.E.S.C est organisée par un contrôle écrit et oral. Dans certains CHU, on demande en complément, un mémoire ou un article, complété par un cas clinique.

-L'évaluation pratique est rudimentaire, voire absente, sauf chez les militaires. Il faut l'instituer, bien qu'elle soit souvent subjective et forcément évolutive.

-L'évaluation du comportement n'existe pas. Rien n'est prévu sur ce plan.

-L'évaluation des maîtres et des enseignants n'est pas pratiquée.

PROPOSITIONS :

1. La validation continue théorique et pratique doit être annuelle, placée sous l'autorité du Coordonnateur. Elle doit utiliser le carnet de stage de l'interne, établi selon les dispositions énoncées plus haut. C'est à ce stade qu'il est intéressant de préciser le rôle d'un tuteur, qui doit suivre l'interne, tout au long de son cursus (à titre de guide, de conseil, de contrôle). Il doit donner son avis au moment de la validation.
2. L'autorisation de continuer le cursus en chirurgie doit intervenir en fin de deuxième année, reposant sur la capacité de l'étudiant, son comportement et sa motivation. À ce stade, il n'est pas trop tard pour envisager une orientation vers une autre spécialité médicale.
3. Une évaluation pratique doit être instaurée au Laboratoire d'entraînement, après la troisième année, selon les modalités énoncées plus haut.
4. La validation finale, ouvrant droit à la pratique définitive et autonome de la chirurgie, doit intervenir en fin de cursus, une fois le seuil de points requis, atteint.

NB : L'écueil principal à éviter, serait d'entrer dans un formalisme administratif trop ambitieux, et impossible à appliquer...

En complément de cette approche en six points du « parcours qualifiant du chirurgien », deux questions complémentaires méritent d'être abordées :

1-La durée de l'exercice

Il est probable qu'on ne pourra plus concevoir dans un avenir proche, un permis d'exercer durant toute la vie professionnelle. Il faut envisager l'institution d'une autorisation d'exercer à durée limitée (10 ans est une proposition acceptable) NB. Cette période est de 5ans dans les pays anglo-saxons.

Cette notion impose donc un renouvellement, qui exige « la formation médicale continue », appelé actuellement « développement professionnel continu - DPC » avec

- Possibilité d'évaluation dans un Laboratoire d'entraînement.
- Bilan par l'intéressé de son activité avec les preuves d'une évaluation de cette activité.
- participation active à des réunions scientifiques, des congrès...

2-La possibilité de changement de spécialité, au cours de la carrière, doit être désormais envisagée, devant la rapidité d'évolution et les progrès de la médecine.

Les connaissances acquises dans la spécialité initiale donnent lieu à un certain nombre de points (acquis professionnel, qui sera complété par l'acquisition des points complémentaires spécifiques à la deuxième spécialité, pour atteindre le seuil exigé).

Cela devrait aboutir à la possibilité de changer de spécialité, au cours du parcours professionnel.

RECOMMANDATIONS :

1. Consacrer 20% d'heures d'enseignement entre P2 et D4 à des matières optionnelles et consacrer 1/3 d'heures de matières optionnelles à des matières en rapport avec la chirurgie (anatomie, physiologie, imagerie, interventionnelle).
2. Rendre obligatoire le stage en chirurgie pendant le 2^{ème} cycle.
3. Aménager l'ECN en réservant un 1/3 des sujets d'examen en rapport avec la chirurgie et l'introduction de coefficients en fonction de choix (médecine, chirurgie, biologie).
4. Aménager la formation chirurgicale par l'organisation de :
 - Cours théoriques
 - Compagnonnage (en précisant le contenu de l'acquis par ce procédé)
 - L'obligation d'apprentissage dans les laboratoires d'entraînement
 - Mise en place d'un tutorat
 - Evaluation annuelle de l'acquis théorique, technique et comportemental
 - Autorisation de continuer le cursus en chirurgie, en fin de deuxième année.
 - Validation de la formation pratique dans le Laboratoire d'entraînement en fin de 3^{ème} année
 - La durée optimale de l'internat de chirurgie est de 4 ans, avec un socle de base de 18 mois, de préférence hors spécialité choisie. La durée minimale du post-internat est de 2 ans, période où le jeune chirurgien se trouve en pleine responsabilité.
5. Organiser la formation chirurgicale permanente en instituant :
 - le permis d'exercice de la chirurgie à durée déterminée (10 ans)
 - le renouvellement par l'acquisition des points au niveau de Laboratoires d'entraînement et la participation à des réunions scientifiques.
6. La création de « passerelles » permettant le changement de spécialité en cours de carrière.

TEXTES REGLEMENTAIRES :

- Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles
- Décret N° 99-930 du 10 novembre 1999 relatif au statut des internes
- Décret N° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales
- Décret 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales
- Arrêté du 22 septembre 2004 modifié, fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine
- Arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine
- L.HOLLENDER La chirurgie en France. Recommandations des Académies de Médecine et de Chirurgie. Bull.Acad.Natle.Med., 2005,(189),1289-1304
- D. LOISANCE Réflexions sur la formation initiale du chirurgien en 2010 : l'acquisition des fondamentaux. Bull.Acad.Natle.Med., 2011,(1),131-149
- D. LOISANCE, M. MALAFOSSE La formation initiale des chirurgiens. Présentation à l'Académie Nationale de Médecine, le 8 janvier 2013. A paraître Bull.Acad.Natle.Med.