

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ



N° 2015-140R1

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE



N° 2016-061

## L'organisation des stages des étudiants de deuxième cycle de médecine dans les établissements de santé

Août 2016

**Françoise BOUTET-WAÏSS**

*Inspectrice générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

**Rémy GICQUEL**

*Inspecteur général de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

**Mustapha KHENNOUF**

**Docteur Francis FELLINGER**

*Membres de l'inspection générale des affaires sociales*



## SYNTHESE

Le présent rapport porte sur l'organisation des stages des étudiants de deuxième cycle de médecine dans les établissements de santé. Il comprend quatre parties :

- le contexte particulier dans lequel s'inscrit la réforme du deuxième cycle mise en œuvre à partir de l'année universitaire 2013-2014, et ses objectifs ;
- le constat d'un degré de maturité insuffisant dans le déploiement de la réforme par l'université et l'hôpital qui se traduit par une appropriation inégale et une mise en œuvre hétérogène du cadre réglementaire ;
- l'impact de la réforme sur la gestion administrative et financière des étudiants hospitaliers, centralisée au niveau du CHU, ainsi que sur les relations contractuelles entre les structures ;
- l'identification d'évolutions structurantes en cours comme la simulation, outil pédagogique qui se développe, et de pistes de réflexion pour rapprocher les acteurs de l'enseignement supérieur et de la santé aux niveaux national et régional et accompagner les objectifs de la réforme.

La formation théorique et pratique du deuxième cycle des études médicales qui comprend trente-six mois de stages, est organisée par les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine qui relèvent des universités qui assurent cette formation. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont des établissements publics constitués par une convention entre un centre hospitalier régional (CHR), et une ou plusieurs de ces universités. Le CHU a une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

### **Le contexte particulier du deuxième cycle des études médicales et les objectifs de la réforme de 2013**

Le deuxième cycle des études médicales s'inscrit dans un contexte particulier. Les épreuves classantes nationales (ECN) pour accéder au troisième cycle et à l'internat interviennent à l'issue de la validation du deuxième cycle. Cette échéance parasite le deuxième cycle, et tout particulièrement la dernière année. Elle perturbe les enseignements ainsi que l'organisation des stages. Par ailleurs, le doublement du numérus clausus en quinze ans s'est répercuté sur le deuxième cycle qui est passé de 13 400 étudiants en 2002 à 25 600 en 2014, et sur les flux d'étudiants accueillis dans les services, entraînant des tensions au niveau du potentiel d'encadrement des stages qui n'a pas suivi cette évolution.

Autre particularité, les étudiants de deuxième cycle ont un statut ambivalent d'étudiant hospitalier. Ils sont à la fois étudiants et salariés du CHU. Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du chef du service où ils sont affectés en stage ou pour les gardes mais ils sont soumis au régime disciplinaire des étudiants.

Depuis 2009, une rénovation des études médicales vise à harmoniser cette formation avec le schéma européen en trois grades (licence, master, doctorat) des cursus de l'enseignement supérieur. L'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales détaille le contenu du diplôme approfondi en sciences médicales (DFASM) qui confère le

grade de master aux étudiants qui ont validé le deuxième cycle d'une durée de trois ans (M1, M2 et M3).

La réforme du deuxième cycle mise en œuvre à partir de la rentrée universitaire 2013 et déployée sur trois ans au fur et à mesure de la montée pédagogique jusqu'à l'année universitaire 2015-2016, porte de vraies ambitions pédagogiques pour améliorer la formation des étudiants. Deux dimensions nouvelles sont introduites avec l'acquisition de compétences génériques nécessaires d'une part à la construction du savoir-être du futur médecin, et d'autre part au rôle qui sera le sien comme acteur de santé publique.

Les trente-six mois de stages sont au cœur de ce projet pédagogique. La commission des stages et des gardes instaurée par la réforme, a pour objectif de réunir les acteurs de l'université et de l'hôpital directement impliqués dans l'organisation de la formation pratique des étudiants. L'encadrement des étudiants par des médecins référents et la formation des encadrants sont renforcés. Les épreuves théoriques du certificat de compétences cliniques positionné en M3 sont abandonnées au profit d'une mise en situation clinique qui permet d'apprécier l'acquisition des compétences génériques. Enfin les lieux de stage sont évalués par les étudiants.

### **Le constat d'un degré de maturité insuffisant dans le déploiement de la réforme qui se traduit par une mise en œuvre hétérogène**

La mission fait le constat d'un degré de maturité insuffisant dans le déploiement de la réforme par l'université et l'hôpital qui se traduit par une appropriation inégale et hétérogène du cadre réglementaire. Toutefois, ce constat doit être nuancé en raison de la très récente mise en œuvre de cette réforme.

Les instances concernées par la formation et l'accueil des étudiants peinent à réunir les acteurs de l'université et de l'hôpital. La mise en place de la commission des stages et des gardes n'est pas systématique, ou bien n'associe pas les représentants de l'hôpital directement concernés par l'accueil des étudiants. La mission recommande de mieux prendre en compte la dimension opérationnelle de cette instance.

Les UFR organisent les stages selon deux modèles pédagogiques qui présentent chacun leur intérêt. Le plus répandu, le stage à mi-temps, dit « intégré », synchronise les apprentissages sur les lieux de stage le matin, avec des enseignements correspondants l'après-midi. Le stage à temps complet offre de meilleures conditions de compagnonnage et d'intégration dans les services. Plus court, d'une durée de sept semaines, il facilite également la gestion des flux étudiants, notamment dans les services en tension comme la gynécologie obstétrique qui forme aussi les sages-femmes.

L'organisation des stages, de l'ordre d'une quinzaine sur l'ensemble du deuxième cycle, est fortement impactée par l'échéance des ECN au détriment des apprentissages. L'approche par spécialités médicales continue de privilégier le caractère théorique des items du référentiel des ECN coupé de la complexité des situations cliniques, alors que la moitié des étudiants seront médecins généralistes à l'issue des épreuves classantes. Le poids dégressif des stages au cours du deuxième cycle procède de la même préoccupation, en intégrant, dès le M2, l'échéance des ECN afin de libérer du temps pour que les étudiants se consacrent de plus en plus aux révisions. Les UFR et les étudiants participent pleinement de cet état de fait. Les UFR sont sur des schémas concurrentiels visant à obtenir les meilleurs résultats aux épreuves classantes. Les étudiants, quant à eux, exercent des

pressions pour adapter l'organisation des stages à la préparation de cette échéance qui détermine leur avenir professionnel.

La mission recentre l'organisation des stages sur les objectifs de la réforme en préconisant une répartition équilibrée du nombre de stages sur l'ensemble du deuxième cycle. Elle souligne que la nouvelle organisation des ECN sur tablettes tactiles induit des modalités d'évaluation qui pourraient à court terme valoriser les acquis des apprentissages en stage, et infléchir les comportements des UFR et des étudiants.

Les procédures de choix de stage par les étudiants varient d'une UFR à l'autre, associant mérite, affectation choisie ou aléatoire, sans prendre en compte suffisamment la construction du projet professionnel de l'étudiant. Le dernier stage obligatoire choisi à l'initiative de l'étudiant, qui pourrait mieux répondre à cet objectif, intervient trop tard. Situé après la validation du deuxième cycle et après les ECN, il focalise toutes les critiques. L'absentéisme des étudiants à ce dernier stage peut atteindre 60 %. Cette situation qui laisse démunies les UFR en l'absence de cadre vraiment coercitif, s'explique par le besoin des étudiants de décompresser après plusieurs années de travail intensif, avant de prendre leurs fonctions d'interne début novembre. Mais elle pose le problème des risques éventuels liés à l'interruption des apprentissages pendant plusieurs mois, souvent d'avril à novembre, pour la prise de fonction du futur interne. La mission préconise de réduire le nombre de mois de stages de trente-six à trente-trois mois, et d'avancer le calendrier de l'internat de novembre à septembre. Cette problématique est indissociable de l'articulation entre les deuxième et troisième cycles qu'il faudrait revoir à l'occasion de la réforme du troisième cycle qui est en cours d'élaboration.

L'arrêté du 8 avril 2013 spécifie que les étudiants en médecine sont tenus d'effectuer « vingt-cinq gardes au moins » au cours des trois années du DFASM. La garde oblige l'étudiant à prendre des initiatives, à s'adapter aux situations imprévues et à vivre l'apprentissage de la prise de décision en situation d'urgence. Ces gardes de nuit ou de dimanche s'effectuent en sus des cinq demi-journées hebdomadaires de temps de stage, hors veille d'examen, et sont rémunérées.

Globalement l'obligation minimale est respectée. Mais les modalités d'organisation suscitent quelques interrogations et la gestion des gardes est souvent confuse.

La mission relève, dans une majorité des sites visités, l'absentéisme non justifié en garde. Le suivi des gardes par l'administration hospitalière déclenche la rémunération de la garde, ce qui le rend plus fiable que le suivi par l'université, qui valide souvent avec une grande tolérance, sur des critères quantitatifs. Même si certaines UFR fixent des objectifs pédagogiques, le suivi qualitatif et l'évaluation systématique des acquis en garde sont quasi inexistantes.

Les gardes sont essentiellement réalisées au CHU et très rarement dans des structures externes, hôpitaux ou cliniques ; elles n'existent pas en pratique chez le praticien libéral. L'ouverture à ces structures ou cabinets faciliterait la réalisation par chaque étudiant de son quota. La mission propose de répartir de façon équilibrée les gardes au cours des trois années du deuxième cycle, et de conditionner la validation du deuxième cycle à leur réalisation effective.

Concernant les terrains de stages, le cadre réglementaire minimal d'agrément, de suivi et d'évaluation est généralement respecté mais les modalités d'encadrement varient en fonction du service, de sa spécificité et de son activité notamment pour les services en tension. La mise en place

effective d'un coordonnateur de l'ensemble des stages et d'un coordonnateur responsable pédagogique pour chaque lieu de stage n'est pas démontrée. La répartition des responsabilités pédagogiques varie fortement d'une structure à l'autre et parfois même à l'intérieur d'une structure, d'un service à l'autre. Aussi, la mission propose de généraliser une charte pédagogique pour l'ensemble des terrains de stage à destination des étudiants et de leurs référents et de veiller systématiquement à la vérification de la mise en œuvre effective des contrats pédagogiques passés entre la direction de l'UFR et chaque lieu de stage. Ces contrats pédagogiques doivent préciser les objectifs pédagogiques, les activités et le fonctionnement du service, les obligations des étudiants et celles des référents qui les encadrent.

La mission a observé qu'il n'existait pas de dispositif généralisé en matière de formation à l'encadrement et à la pédagogie pour les référents.

L'évaluation des terrains de stage par l'UFR et par les étudiants, l'appropriation et l'exploitation des résultats restent dans l'ensemble limitées. La mission propose de mettre en place une grille d'évaluation des terrains de stage, de rendre cette évaluation obligatoire avant tout nouveau choix de stage par les étudiants, d'en exploiter les données et de les partager en commission des stages et des gardes à des fins d'amélioration.

La majorité des établissements visités dispose d'un carnet de stage sous format papier mais celui-ci s'apparente davantage à un suivi administratif que pédagogique. C'est pourquoi la mission recommande d'harmoniser les objectifs pédagogiques associés aux stages et déclinés par spécialité. Elle préconise en outre de poursuivre et de faire aboutir les projets d'informatisation des carnets de stage en lien avec la définition des objectifs pédagogiques et les modalités d'évaluation et d'autoévaluation des stages.

Enfin, la mission a constaté des pratiques hétérogènes en matière d'évaluation des étudiants, notamment au niveau des éléments constitutifs d'appréciation de leur degré d'acquisition de connaissances et de compétences. Il est recommandé de systématiser l'entretien final prévu par les textes et d'en faire une étape administrative et pédagogique pour la validation de chaque stage.

### **L'impact de la réforme dans la gestion des étudiants hospitaliers au niveau du CHU**

Dans son analyse, la mission s'est également intéressée à l'impact de la réforme sur les modes de gestion au sein des établissements publics de santé. Pour appréhender la question dans toutes ses dimensions, elle s'est placée du point de vue de l'étudiant puis du côté de l'administration hospitalière.

La mission relève que la rénovation du dispositif constitue une indéniable avancée en termes de clarification du positionnement des étudiants et des différents acteurs qui participent de cette formation. Pour autant, elle note une grande disparité dans l'appropriation et la mise en œuvre de la réforme.

L'arsenal réglementaire est foisonnant et les structures hospitalières n'ont pas été en capacité de s'adapter de façon complète aux nouvelles dispositions. Le déploiement est certes relativement récent puisqu'il date de 2013 et s'ajuste en permanence comme en témoigne le nombre important de textes édictés de différents niveaux (décrets, circulaires, instructions explicatives). La question de la stabilisation du dispositif peut effectivement se poser et une évaluation à trois ans peut paraître

prématurée. Toutefois, la mission estime indispensable d'accompagner les UFR et les établissements de santé dans une mise en œuvre effective, complète et harmonisée nonobstant l'autonomie des universités.

Les règles qui régissent le partenariat entre le CHU et l'UFR, ainsi que le CHU de rattachement des étudiants et les établissements de santé périphériques sont globalement appliquées même s'il persiste des zones grises. Mais les relations partenariales par voie de convention sont confuses et, à ce titre, il convient de s'assurer que les conventions entre le CHU, les structures d'accueil et l'université sont bien passées en conformité avec les textes. À cet égard et dans la perspective d'un accompagnement constructif, il est nécessaire d'harmoniser les pratiques et de proposer un modèle de convention adapté et exhaustif.

Pour ce qui concerne la gestion administrative des étudiants, la mission a constaté une diversité des modalités d'information des étudiants par le CHU de rattachement. Elle est faite dans l'ensemble, mais elle reste à améliorer sensiblement tout comme la participation des étudiants dans les instances institutionnelles hospitalières. Sur cette question précise, et en s'inspirant de pratiques observées dans certains sites visités, la mission a formulé des recommandations en vue de clarifier les modalités d'accueil par le CHU et de façon pratique invite les acteurs à harmoniser et diffuser les règles d'accueil des étudiants dans les établissements de santé.

Enfin, sur la question spécifique du financement des établissements dans le cadre de la prise en charge des études des étudiants de deuxième cycle de médecine, il apparaît que la charge financière est anormalement liée à la tarification à l'activité. Dès lors, il convient de disjoindre ces deux dimensions notamment en isolant la charge « financement des études médicales » de la tarification à l'activité et de prévoir un montant dédié à ce financement dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

### **L'identification d'évolutions structurantes en cours et de pistes de réflexion pour soutenir les objectifs de la réforme**

La simulation est un outil pédagogique qui se développe, mais les constats de la mission font état d'importantes difficultés dans la plupart des sites visités, malgré quelques réussites.

La simulation est une modalité d'enseignement permettant à l'étudiant d'acquérir la gestuelle nécessaire à la réalisation des examens, de coordonner les prises en charges techniques et d'analyser son comportement relationnel sans préjudice ni inconfort pour le patient.

Les difficultés rencontrées sont plurifactorielles. Les principaux freins sont la pénurie d'enseignants formés et l'absence de financement pérenne des centres de simulation.

Peu de centres de simulation sont correctement équipés et bénéficient d'un encadrement pédagogique suffisant, ce qui ne permet pas à l'ensemble des étudiants en médecine de bénéficier systématiquement de cette modalité d'enseignement pourtant essentielle.

Sur le plan économique, aucun des centres visités ne présente un modèle équilibré avec des garanties financières pérennes. Les politiques publiques en faveur du développement du numérique constituent une piste de financement à explorer avec intérêt. Le modèle économique doit également inclure la valorisation des centres de simulation qui peuvent devenir de véritables plates-formes interprofessionnelles de formation initiale et continue.

Mais le problème majeur est celui de l'encadrement pédagogique. La valorisation des carrières universitaires des enseignants engagés dans l'enseignement par simulation doit être encouragée par les autorités académiques, et la pédagogie par simulation faire partie du socle de base des connaissances nécessaires à toute nouvelle nomination universitaire dans le domaine des disciplines cliniques.

Il semble important qu'une mission spécifique approfondisse les différents volets de ce dossier qui dépasse la seule formation des étudiants de deuxième cycle de médecine.

Plus généralement, il ressort que les responsables de l'enseignement supérieur et de la santé doivent travailler davantage ensemble dans le pilotage de la formation et de l'accueil des étudiants en médecine. La coordination doit être renforcée au niveau national entre la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), et au niveau régional entre l'université, le CHU et l'agence régionale de santé (ARS).

La mission recommande de tirer les enseignements de l'évaluation des formations de santé par le Haut conseil de l'évaluation de l'enseignement supérieur et de la recherche (HCERES), réalisée pour la première fois en 2015-2016, et de s'interroger sur le périmètre évalué qui s'arrête aux portes de l'hôpital. La Haute autorité de santé (HAS) de son côté évalue les établissements de santé. La mission préconise d'expérimenter une évaluation conjointe HCERES / HAS qui offrirait l'avantage d'une vision globale et d'une cohérence d'ensemble.

Les travaux de la Grande conférence de la santé ont débouché en février 2016 sur une série de mesures visant, entre autres, à mieux préparer les étudiants de médecine à l'exercice professionnel. De leur pilotage effectif par les deux ministères concernés dépendront les évolutions attendues.

Enfin les échanges et la diffusion des bonnes pratiques mériteraient d'être plus développés entre UFR et hôpitaux en s'appuyant sur la conférence des doyens et les assises hospitalo-universitaires.



## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1. La réforme du deuxième cycle des études de médecine : un contexte particulier et des objectifs ambitieux</b> .....	<b>4</b>
1.1. Le contexte de la réforme .....	4
1.1.1. <i>L'intégration des études médicales dans le schéma LMD</i> .....	4
1.1.2. <i>Un deuxième cycle sous haute tension</i> .....	5
1.1.3. <i>Le statut ambivalent de l'étudiant hospitalier</i> .....	9
1.2. L'esprit de la réforme donne plus de sens aux études médicales .....	9
1.2.1. <i>Un projet pédagogique ambitieux</i> .....	10
1.2.2. <i>Les stages au cœur du projet pédagogique</i> .....	11
1.2.3. <i>Les étudiants sont étroitement associés à l'organisation de leur formation</i> .....	12
<b>2. Un degré de maturité insuffisant dans le déploiement de la réforme par l'université et l'hôpital</b> .....	<b>12</b>
2.1. Une appropriation inégale et une mise en œuvre hétérogène des objectifs de la réforme ...	12
2.1.1. <i>Les instances concernées par la formation et l'accueil des étudiants peinent à réunir les acteurs de l'université et de l'hôpital</i> .....	12
2.1.2. <i>Une organisation des stages fortement impactée par l'échéance des ECN</i> .....	13
2.1.3. <i>La question spécifique des gardes</i> .....	18
2.2. L'encadrement des étudiants et la formation des encadrants .....	22
2.2.1. <i>Les lieux de stage peuvent être soumis à de fortes tensions d'encadrement</i> .....	22
2.2.2. <i>Des modalités d'encadrement variables d'un service à l'autre</i> .....	22
2.2.3. <i>Une formation des encadrants émergente</i> .....	23
2.3. Une faiblesse relative du suivi et de l'évaluation des terrains de stage et des étudiants .....	25
2.3.1. <i>L'évaluation des terrains de stage n'est pas suffisamment exploitée</i> .....	25
2.3.2. <i>Le carnet de stage s'apparente davantage à un suivi administratif que pédagogique</i> .....	28
2.3.3. <i>Des pratiques hétérogènes en matière d'évaluation des étudiants</i> .....	30
2.3.4. <i>Une attribution fantaisiste des ECTS, qui soulève manifestement l'incompréhension</i> .....	31
<b>3. L'impact de la réforme en termes d'adaptation aux modes de gestion au sein des établissements publics de santé</b> .....	<b>33</b>
3.1. Un dispositif réglementaire important et mis en œuvre de façon incomplète et variable .....	34

3.2.	Une avancée pour les étudiants en dépit de quelques difficultés persistantes .....	36
3.2.1.	<i>Les modalités d'accueil par le CHU ne sont pas homogènes.....</i>	36
3.2.2.	<i>La participation des étudiants dans les instances institutionnelles hospitalières s'améliore mais reste symbolique à certains égards .....</i>	38
3.2.3.	<i>Les aspects de protection sociale et de droits liés au statut d'agent public.....</i>	39
3.3.	Des établissements de santé qui aménagent parfois la réforme .....	39
3.3.1.	<i>Les relations partenariales par voie de convention sont confuses.....</i>	39
3.3.2.	<i>La charge financière des études des étudiants de médecine est anormalement liée à la tarification à l'activité .....</i>	42
<b>4.</b>	<b>Les évolutions structurantes en cours et à envisager .....</b>	<b>44</b>
4.1.	La simulation : un outil pédagogique qui se développe.....	44
4.1.1.	<i>La simulation comme outil de l'apprentissage des habiletés techniques et humaines.....</i>	44
4.1.2.	<i>Le double apport pédagogique de la simulation dans l'acquisition des habiletés .....</i>	44
4.1.3.	<i>L'intérêt d'exploiter les différentes modalités pédagogiques de l'apprentissage.....</i>	45
4.1.4.	<i>Mais peu de centres de simulation sont correctement équipés et bénéficient d'un encadrement pédagogique suffisant.....</i>	46
4.2.	Les pistes pour soutenir les objectifs ambitieux de la réforme .....	48
4.2.1.	<i>Tirer des enseignements des premières évaluations du HCERES .....</i>	48
4.2.2.	<i>Renforcer à l'échelon national et régional la coordination de la formation des étudiants.....</i>	49
4.2.3.	<i>Développer le partage des pratiques et dispositifs mis en œuvre.....</i>	49
	<b>Récapitulatif des recommandations .....</b>	<b>50</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>53</b>

## Introduction

Une mission portant sur l'évaluation des stages hospitaliers des étudiants en deuxième cycle de médecine a été inscrite au programme d'activité des deux inspections générales : l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Cette mission répond, d'une part, à une préoccupation exprimée par l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)<sup>1</sup>, d'autre part, à un besoin d'évaluation de la mise en œuvre des nouvelles modalités de stages en établissements de santé.

L'ANEMF est une association de défense et de promotion des étudiants en médecine, considérée par les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé comme un interlocuteur représentatif.

Elle a exprimé une insatisfaction quant à la qualité formatrice des stages des étudiants en deuxième cycle en médecine.

Un arrêté du 8 avril 2013 détaille le cadre de la formation théorique et pratique du deuxième cycle de médecine, complété par un arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes. Au-delà de l'adaptation des études médicales à l'architecture européenne des cursus de l'enseignement supérieur, ces textes, très détaillés, consolident, clarifient, enrichissent les dispositions concernant la formation et l'organisation des stages, contenues dans plusieurs textes antérieurs. Pourtant, il est demandé une meilleure organisation du deuxième cycle alors que sa remise à plat est récente. Le déploiement de la réforme n'a pas encore fait l'objet d'une étude exhaustive. Le Haut conseil à l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) a entrepris d'évaluer, pour la première fois en 2015-2016, la formation délivrée dans huit unités de formation et de recherche (UFR) de médecine. La politique des stages est un des points sur lesquels les experts du HCERES doivent porter une appréciation mais le Haut conseil n'a pas vocation à examiner les conditions de réalisation des stages dans les établissements de santé eux-mêmes.

La mission a été confiée à Françoise Boutet-Waiss et Rémy Gicquel, membres de l'IGAENR, et à Mustapha Khennouf et Francis Fellingner, membres de l'IGAS.

### La méthode de travail

Afin de recenser et d'analyser les pratiques existantes dans les modalités d'apprentissage des étudiants, la mission a pris le parti de mener des consultations les plus larges possibles. Elle a donc décidé de se rendre dans treize sites hospitalo-universitaires, choisis parmi ceux qui sont habilités à former les étudiants de deuxième cycle de médecine, soit un panel représentatif de 35 % des structures de formation. Dans le souci de procéder à des entretiens exploitables, elle a construit une grille de questions permettant d'apprécier les différents dispositifs concernant l'organisation, l'encadrement, le suivi et l'évaluation des stages. Elle s'est fondée également sur l'analyse de documents transmis avant chaque visite, et de carnets de stage.

---

<sup>1</sup> L'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) est une association loi 1901, membre de la Fédération des associations générales d'étudiants (FAGE), qui réunit les associations locales, représentant les étudiants des UFR de médecine en France métropolitaine et dans les DOM-TOM.

Lors des déplacements sur site, la mission s'est rendue dans les centres de simulation, puisqu'il s'agit d'une modalité reconnue d'alternative ou de complément à la formation pratique « au lit du malade ».

Outre les entretiens avec les dirigeants du centre hospitalier universitaire (CHU), directeur général, président de la commission médicale et directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine, la mission a rencontré des enseignants et encadrants, des responsables pédagogiques, des responsables administratifs universitaires et hospitaliers et des représentants élus des étudiants en médecine. L'organisation des entretiens a permis une expression libre des acteurs locaux.

Ces visites sur site ont été complétées par des entretiens au niveau national, notamment avec les cabinets ministériels (éducation nationale, enseignement supérieur et recherche, et affaires sociales et santé), les deux directions d'administration centrale concernées par la formation des étudiants, la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). La mission a rencontré les responsables, présidents et vice-présidents, de l'association nationale des étudiants en médecine de France, la conférence des doyens des facultés de médecine en séance plénière, la commission santé de la conférence des présidents d'université et la commission des directeurs d'affaires médicales de la conférence des directeurs généraux de CHU. La mission a également rencontré le HCERES.

### **La convention hospitalo-universitaire**

Les études médicales théoriques et pratiques, dont le régime réglementaire est fixé par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, sont organisées par les UFR de médecine<sup>2</sup>. Dans les villes sièges des UFR de médecine qui assurent ces formations, les universités, pour ce qui concerne ces composantes, et les centres hospitaliers régionaux organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres hospitaliers universitaires<sup>3</sup>.

Les CHU sont des établissements publics constitués par une convention<sup>4</sup> entre un centre hospitalier régional (CHR), et une ou plusieurs universités enseignant la médecine et/ou la pharmacie ; si l'université enseigne l'odontologie, le CHU comprend également un centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD). Les centres de lutte contre le cancer, établissements privés à but non lucratif présidés par des préfets, et dont la liste est déterminée par arrêté du ministre en charge de la santé<sup>5</sup>, sont associés obligatoirement au CHU.

Le CHU a une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Il peut associer, pour certaines missions d'enseignement et de recherche d'autres institutions (services médicaux de centres hospitaliers, organismes de recherche comme l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ou le centre national de la recherche scientifique (CNRS), d'autres universités...). La convention constitutive est signée entre le directeur général du CHR et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou de la composante concernée, puis approuvée par le président de l'université. Les conventions sont révisées tous les cinq ans. Elles définissent la politique de recherche biomédicale, son déploiement à l'hôpital, et la participation du CHR à l'enseignement.

---

<sup>2</sup> Article L. 632-1 du code de l'éducation et dernier arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

<sup>3</sup> Article L. 6142-3 du code de la santé publique (CSP) repris dans l'article L. 713-5 du code de l'éducation.

<sup>4</sup> Article L. 142-1 et suivants du code de la santé publique, article R. 614261 et suivants du CSP.

<sup>5</sup> Article L. 6162 du code de la santé publique.

Un règlement, annexé à la convention, précise les conditions d'accès et de circulation des personnels de l'université et de l'hôpital, les conditions d'emplois conjoints des personnels universitaires ou hospitaliers et l'autorité assurant le bon ordre à l'intérieur du CHU.

### Les sites hospitalo-universitaires visités

- **Trente centres hospitaliers et universitaires maillent le territoire**

Ils sont implantés sur tout le territoire national et notamment dans les capitales régionales.

- **Trente-sept unités de formation et de recherche de médecine sont partie prenante des CHU**

Sur les trente-sept UFR de médecine qui ont une convention avec un CHU<sup>6</sup>, trente-cinq organisent la formation théorique et pratique des étudiants de deuxième cycle des études de médecine. Les départements d'outre-mer ne l'assurent pas<sup>7</sup>. La mission s'est rendue dans les treize UFR suivantes :

**Tableau 1 : Liste des sites visités par la mission**

Centre hospitalo-universitaire	université / unité de formation et de recherche <sup>8</sup>
Besançon : centre Hospitalo-universitaire	université de Franche-Comté / UFR des Sciences médicales et pharmaceutiques
Lille : centre Hospitalo-universitaire	université du droit et de la santé - Lille 2 / faculté de médecine de Lille
Lyon : hospices Civils de Lyon	Lyon 1- Claude Bernard / faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud-Charles Mérieux
Marseille : assistance publique - hôpitaux de Marseille	Aix Marseille université / faculté de médecine université d'Aix-Marseille
Montpellier et Nîmes : centres hospitalo-universitaires (deux structures juridiques distinctes)	université de Montpellier / faculté de médecine de Montpellier-Nîmes
Nice : centre hospitalo-universitaire	université Nice-Sophia Antipolis / faculté de médecine
Paris : assistance publique - hôpitaux de Paris	université Paris 13 / UFR SMBH (santé médecine et biologie humaine)
	Pierre et Marie Curie / faculté de médecine Pierre et Marie Curie
	université Paris Est-Créteil (UPEC) / faculté de médecine de Créteil
Poitiers : centre hospitalo-universitaire	université de Poitiers / faculté de médecine et de pharmacie

<sup>6</sup> Trente-huit universités métropolitaines et d'outre-mer dispensent des formations « santé ». Les universités de Lyon 1 et de Toulouse 3 comptent chacune deux UFR de médecine. Soit un total de quarante composantes « santé » (UFR, département ou institut universitaire de santé) dont trente-sept ont une convention avec un CHU de proximité.

<sup>7</sup> Universités des Antilles et de la Réunion. Des accords de partenariat sont passés avec des universités métropolitaines pour permettre aux étudiants de suivre le deuxième cycle.

<sup>8</sup> La plupart des UFR de médecine ont conservé par tradition la dénomination de « faculté » qui a disparu du code de l'éducation.

Rennes : centre hospitalo-universitaire	université de Rennes 1 / faculté de médecine université de Rennes I
Saint-Étienne : centre hospitalo-universitaire	université Jean Monnet / faculté de médecine Jacques Lisfranc
Strasbourg : hôpitaux universitaires de Strasbourg	université de Strasbourg / faculté de médecine

## Quelques précisions sémantiques

<p><b>Terrain ou lieu de stage</b> : service d'accueil des étudiants en stage (exemple : service de pédiatrie).</p> <p><b>Structure d'accueil</b> : établissement de santé.</p> <p><b>Doyen de faculté ou d'UFR</b> : titre en usage dans la plupart des UFR de santé et repris par la conférence nationale qui les représente, malgré son remplacement officiel par celui de directeur depuis 1968.</p> <p><b>Étudiant hospitalier</b> : communément appelé « externe » dans le milieu médical, survivance du concours de l'externat supprimé en 1968.</p> <p><b>Ligne de gardes</b> : discipline (exemple cardiologie, urgences) dans laquelle sont organisées les gardes.</p>
--

## Conventions rédactionnelles et de présentation du rapport

À chaque fin de sous partie, des illustrations sont proposées, elles ne sont pas exhaustives des situations existantes. L'exemple indique la ville de façon générique mais concerne le centre hospitalier et l'UFR de rattachement.

# 1. La réforme du deuxième cycle des études de médecine : un contexte particulier et des objectifs ambitieux

## 1.1. Le contexte de la réforme

### 1.1.1. L'intégration des études médicales dans le schéma LMD

Depuis 2009, une rénovation de la formation vise à intégrer les études médicales dans le schéma européen des trois cycles de formation diplômante, licence, master et doctorat (LMD), décliné en crédits européens (ECTS<sup>9</sup>) harmonisés :

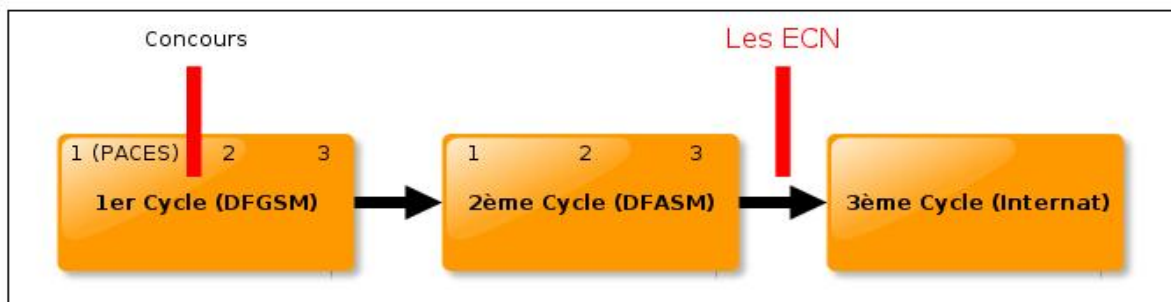
- la première année des études de santé est devenue à la rentrée 2010-2011, commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme, appelée première année commune aux études de santé (PACES) (arrêté du 28 octobre 2009) ;
- le grade de licence est conféré au diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM) qui sanctionne le premier cycle. Le premier cycle comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 ECTS, dont la PACES comptant pour deux semestres et 60 ECTS (arrêté du 22 mars 2011) ;
- le cadre de formation du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) correspond désormais au deuxième cycle et à 120 ECTS (arrêté du 8 avril 2013). L'obtention du DFASM confère le grade de master. Le deuxième cycle comprend six

<sup>9</sup> ECTS : *European credit transfer and accumulation system*.

semestres au lieu de quatre pour toutes les autres mentions de master. La réforme a été mise en œuvre au rythme des montées pédagogiques, rentrée 2013 pour la première année du DFASM (M1), rentrée 2014 pour la deuxième année (M2) et rentrée 2015 pour troisième année (M3). La formation comprend des enseignements théoriques, pratiques ainsi que l'accomplissement de trente-six mois de stages et la participation à vingt-cinq gardes minimum sur les trois années. Les modalités d'organisation des stages et des gardes sont précisées dans deux arrêtés spécifiques, l'un du 17 juin 2013 pour les stages et gardes en milieu hospitalier, l'autre du 18 novembre 2015 pour les stages chez les médecins généralistes ;

- le DFGSM et le DFASM relèvent du cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence et de master sur lequel s'appuie le HCERES pour l'évaluation des formations (arrêté du 22 janvier 2014) ;
- la réforme du troisième cycle est prévue pour la rentrée 2017.

**Graphique 1 : Déroulé des études de médecine**



*PACES : première année commune aux études de santé,  
DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales ;  
DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales ;  
ECN : épreuves classantes nationales.*

*Source : Graphique site Internet.*

### 1.1.2. Un deuxième cycle sous haute tension

- **Les ECN à l'issue de la validation du deuxième cycle**

Les épreuves classantes nationales (ECN)<sup>10</sup> qui permettent aux étudiants qui ont validé le deuxième cycle des études médicales de choisir en fonction de leur classement, leur spécialité de troisième cycle et leur subdivision (lieu de formation) en qualité d'interne, représentent un enjeu prioritaire pour leur avenir professionnel. Cette échéance parasite le deuxième cycle, et tout particulièrement la dernière année du DFASM (M3). La pression exercée par ce concours singulier « où l'on peut être reçu en ayant zéro », perturbe les enseignements, l'organisation des stages, hypothèque le dernier stage pourtant obligatoire (article R. 6153-46 du code de la santé publique) situé entre la validation

<sup>10</sup> Les épreuves classantes nationales (ECN) anonymes instituées par le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004, se sont substituées au concours de l'internat. Leur passage est obligatoire pour accéder au troisième cycle et « obtenir une affectation en qualité d'interne en médecine » (article R. 632-4 du code de l'éducation). En fonction de leur rang de classement, du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics et sous réserve d'avoir validé leur deuxième cycle, les étudiants ayant participé aux ECN choisissent depuis 2010 une subdivision (un lieu de formation - 28 subdivisions) avec non plus seulement une discipline mais aussi une spécialité (30 spécialités) correspondant au diplôme d'études spécialisées (DES) délivré en troisième cycle.

du deuxième cycle et la nomination en qualité d'interne au 1<sup>er</sup> novembre. Les ECN contribuent à développer chez les étudiants des stratégies individuelles afin de dégager du temps pour le travail personnel et des stratégies concurrentielles entre les UFR de médecine.

Le passage aux ECNi (ECN informatisées - arrêté du 20 juillet 2015) sur tablettes tactiles qui se sont déroulées en juin 2016 pour la première fois, est en soi **une révolution logistique** qui a permis de reculer de près d'un mois la date de ces épreuves. Mais c'est aussi **une révolution pédagogique** avec l'épreuve d'analyse de dossiers cliniques progressifs qui compte pour 70 % de la note finale, au lieu du tout QCM antérieur. Ces nouvelles modalités pourraient avoir des effets à court terme sur l'organisation du deuxième cycle, et sur les comportements avec une meilleure prise en compte des stages en M3.

- **Les effets de l'augmentation du numerus clausus**

Le numerus clausus a doublé en quinze ans. Il est passé de 3 850 étudiants en 2000 à 7 646 étudiants en 2016. Les effectifs cumulés sur les trois années du deuxième cycle sont passés de 13 370 en 2003 à 25 600 en 2014. Le potentiel d'encadrement constitué des hospitalo-universitaires (HU) et des praticiens hospitaliers (PH), n'a pas suivi cette évolution. La tension sur le ratio étudiants / encadrants dans les services hospitaliers qui accueillent les étudiants en stage, s'est aggravée, notamment dans certaines spécialités comme la gynécologie-obstétrique qui forme également les sages-femmes (cf. *infra* 2.2.1).

Le tableau 2 suivant donne un aperçu des moyens par université en enseignants hospitalo-universitaires et en praticiens hospitaliers dans les disciplines médicales, en regard des effectifs étudiants de deuxième cycle de médecine à former. Il appelle quelques remarques :

- les effectifs enseignants couvrent l'ensemble des trois cycles des études médicales et pas seulement les besoins du deuxième cycle ;
- **le ratio étudiants / enseignants hospitalo-universitaires fait apparaître des disparités importantes sur le territoire** : dans cinq établissements sur trente-deux, le nombre d'étudiants par enseignant est  $\geq$  à 7 ; dans onze établissements, il est compris entre 5,3 et 6,6 étudiants ; le ratio le plus favorable se situe dans les sept établissements de la région Ile-de-France avec 3 étudiants par enseignant HU ;
- **le nombre de praticiens hospitaliers qui participent à la formation des étudiants est conséquent**, plus de 3 900 pour 5 660 enseignants hospitalo-universitaires. Leur rôle est déterminant dans la formation et l'encadrement des étudiants en stage. **Leur apport ne corrige pas pour autant les disparités territoriales**<sup>11</sup> : le potentiel de formation varie presque du simple au triple selon les établissements. Il reste le plus favorable dans la région Ile-de-France et le plus tendu dans la région Hauts-de-France / Nord Pas de Calais-Picardie, suivie des sites de Poitiers, Dijon et Reims.

---

<sup>11</sup> Réserve méthodologique sur le ratio effectifs étudiants / total effectifs enseignants en 2014 en l'absence d'obligations de service horaire en matière de formation des étudiants pour les praticiens hospitaliers qui relèvent de la catégorie des personnels enseignants temporaires. Les enseignants hospitalo-universitaires relèvent de la catégorie des enseignants titulaires.



**Tableau 2 : Évolution effectifs étudiants 2ème cycle - Effectifs enseignants hospitalo-universitaires (HU) et praticiens hospitaliers (PH) année 2014**  
**Ratio étudiants 2<sup>ème</sup> cycle 2014 / HU et ratio étudiants / total enseignants HU + PH en 2014**

université	2ème cycle 2002-2003	2ème cycle 2014	Effectifs enseignants hospitalo- universitaires (HU) 2014 (2)			Ratio étudiants 2 <sup>ème</sup> cycle / HU en 2014	Effectifs enseignants praticiens hospitaliers (PH) 2014 (2)	Ratio étudiants 2 <sup>ème</sup> cycle / total effectifs HU+PH en 2014
			PU-PH	MCU-PH	Total			
AIX-MARSEILLE	708	<b>1093</b>	244	96	340	<b>3,21</b>	185	<b>2,08</b>
AMIENS	259	<b>764</b>	81	19	100	<b>7,64</b>	66	<b>4,60</b>
ANGERS	262	<b>592</b>	76	33	109	<b>5,43</b>	65	<b>3,40</b>
BESANCON	245	<b>530</b>	76	21	97	<b>5,46</b>	64	<b>3,29</b>
BORDEAUX	739	<b>1416</b>	184	66	250	<b>5,66</b>	184	<b>3,26</b>
BREST	215	<b>546</b>	66	24	90	<b>6,07</b>	59	<b>3,66</b>
CAEN	289	<b>639</b>	72	25	97	<b>6,59</b>	63	<b>3,99</b>
CLERMONT 1	264	<b>584</b>	91	28	119	<b>4,91</b>	74	<b>3,03</b>
DIJON	274	<b>722</b>	80	21	101	<b>7,15</b>	75	<b>4,10</b>
GRENOBLE 1	303	<b>544</b>	111	39	150	<b>3,63</b>	85	<b>2,31</b>
LILLE 2	740	<b>1803</b>	167	65	232	<b>7,77</b>	175	<b>4,43</b>
LIMOGES	239	<b>422</b>	73	14	87	<b>4,85</b>	60	<b>2,87</b>
LORRAINE	(1)900	<b>1075</b>	134	42	176	<b>6,11</b>	134	<b>3,47</b>
LYON 1	912	<b>1827</b>	240	86	326	<b>5,60</b>	252	<b>3,16</b>
MONTPELLIER	473	<b>733</b>	162	54	216	<b>3,39</b>	163	<b>1,93</b>

NANTES	324	<b>738</b>	103	35	138	<b>5,35</b>	184	<b>2,29</b>
NICE	268	<b>449</b>	85	22	107	<b>4,20</b>	59	<b>2,70</b>
PARIS 5	607	<b>1240</b>	333	123	456	<b>2,72</b>	319	<b>1,60</b>
PARIS 6	943	<b>1130</b>	296	135	431	<b>2,62</b>	259	<b>1,64</b>
PARIS 7	720	<b>1188</b>	264	92	356	<b>3,34</b>	283	<b>1,86</b>
PARIS 11	244	<b>440</b>	121	41	162	<b>2,72</b>	112	<b>1,61</b>
PARIS 12	325	<b>522</b>	108	41	149	<b>3,50</b>	93	<b>2,16</b>
PARIS 13	212	<b>497</b>	74	31	105	<b>4,73</b>	64	<b>2,94</b>
POITIERS	252	<b>673</b>	72	20	92	<b>7,35</b>	63	<b>4,34</b>
REIMS	270	<b>707</b>	78	23	101	<b>7,00</b>	74	<b>4,04</b>
RENNES 1	319	<b>702</b>	99	34	133	<b>5,28</b>	75	<b>3,38</b>
ROUEN	311	<b>702</b>	93	22	115	<b>6,10</b>	85	<b>3,51</b>
ST ETIENNE	212	<b>465</b>	74	22	96	<b>4,84</b>	175	<b>1,72</b>
STRASBOURG	489	<b>871</b>	145	75	220	<b>3,96</b>	60	<b>3,11</b>
TOULOUSE 3	514	<b>797</b>	172	87	259	<b>3,08</b>	139	<b>2,00</b>
TOURS	295	<b>797</b>	101	28	129	<b>6,18</b>	79	<b>3,83</b>
VERSAILLES ST- QUENT.	244	<b>399</b>	90	32	122	<b>3,27</b>	83	<b>1,95</b>
TOTAL	13 371	<b>25 607</b>	4 165	1 496	<b>5 661</b>		<b>3 910</b>	

Source : MENESR : DGESIP (effectifs étudiants) et DGRH A1-1(effectifs enseignants) - mission.

(1) Effectif estimé.

(2) Enseignants HU (titulaires) et PH (personnels temporaires) : il s'agit des effectifs et non des ETP. Pas d'obligations de service pour les PH (personnels temporaires), donc pas de minimum ou de volume horaire.

Praticiens hospitaliers (PH) : assistant hospitalo-universitaire (AHU), chef de clinique universitaire - assistant hospitalier (CCU-AH), praticiens hospitaliers universitaires (PHU).

### 1.1.3. Le statut ambivalent de l'étudiant hospitalier

La question du temps de présence à l'hôpital et à l'université crée, sinon une confusion, du moins une ambivalence.

À partir du deuxième cycle des études médicales, les étudiants participent à l'activité hospitalière et ambulatoire dans le cadre des stages et des gardes. Ils deviennent « étudiants hospitaliers ». Ils ont le statut d'agent public, statut qui est encadré par plusieurs textes. Une section y est consacrée dans le code de la santé publique : « fonctions hospitalières des étudiants en médecine », articles R. 6153-46 à R. 6153-62-1, qui a été actualisée en 2014. L'arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine, et une instruction détaillée de la direction générale de l'offre de soins du 10 décembre 2014, précisent les règles applicables aux étudiants hospitaliers et clarifient certaines dispositions réglementaires sur leurs conditions de travail (cf. *infra* partie 3).

Ils sont à la fois étudiants et salariés du CHU qui gère leur situation administrative : absences, congés annuels (un mois par an), congés de maladie, de maternité. Ils sont rémunérés : 1 536 € brut annuel en M1, 2 980 € en M2, 3 330 € en M3, et les gardes sont indemnisées. Comme étudiant de l'enseignement supérieur, ils peuvent bénéficier des aides sur critères sociaux. De par leur statut de salarié, ils ne sont plus affiliés au régime de la sécurité sociale étudiante mais au régime général de la sécurité sociale et chaque mois, les cotisations sociales sont prélevées sur leur salaire.

Les étudiants hospitaliers sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du chef du service où ils sont affectés en stage ou pour les gardes. Ils respectent le règlement intérieur de l'hôpital mais ils sont soumis au régime disciplinaire des étudiants pour des faits incriminés à l'occasion de leur participation à l'activité hospitalière.

L'article R. 6153-57 du code de la santé publique, apporte une clarification sur le régime disciplinaire puisqu'il en détaille la procédure :

*« Les étudiants hospitaliers en médecine sont soumis au régime disciplinaire applicable aux étudiants... Le directeur de l'établissement peut exclure de son établissement tout étudiant dont le comportement est de nature à compromettre le bon fonctionnement du service. Il en informe immédiatement le directeur de l'unité de formation et de recherche en vue d'un examen conjoint de la situation. Le directeur de l'établissement de santé est informé de toute sanction disciplinaire prononcée à l'encontre d'un étudiant affecté à son établissement ».*

La mission n'a pas eu à connaître de situation complexe à gérer au sein des hôpitaux et des CHU sinon des rappels à la règle sur le port du voile qui est autorisé à l'université mais interdit à l'hôpital eu égard à l'obligation de neutralité des agents publics.

## 1.2. L'esprit de la réforme donne plus de sens aux études médicales

L'arrêté du 8 avril 2013<sup>12</sup> relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, et l'annexe volumineuse qui l'accompagne, constituent un appui précieux pour les

---

<sup>12</sup> L'arrêté du 8 avril 2013 a abrogé à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015 l'ensemble des dispositions de l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

UFR chargées d'organiser la formation théorique et pratique des étudiants. Il consolide, éclaire et enrichit des objectifs traduits de façon inégale dans plusieurs textes datant d'une vingtaine d'années. Il formalise l'encadrement sur les lieux de stage, instaure l'évaluation de la formation par les étudiants, et par le HCERES dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements d'enseignement supérieur et de recherche. « *Les textes de 2013 donnent du sens aux études médicales* » selon un responsable pédagogique d'une UFR de médecine. À côté de la somme des connaissances à acquérir, l'accent est mis sur les compétences attendues, sur cette construction exigeante du savoir-faire et du savoir-être du futur médecin, et cela dès le premier cycle.

L'arrêté du 17 juin 2013, modifié par l'arrêté du 6 août 2015 (revalorisation de l'indemnité de garde), vient compléter utilement le cadre de la réforme et « toiletter » plusieurs textes anciens eux aussi, en rassemblant sous une seule et même rédaction les modalités d'organisation et les objectifs des stages et gardes hospitaliers. Dernier maillon réglementaire, l'arrêté du 18 novembre 2015 réactualise les conditions d'agrément des médecins généralistes, agréés maîtres de stage des universités, ainsi que les honoraires et indemnités forfaitaires dont ils bénéficient pour encadrer les étudiants et suivre la formation dispensée par l'université. Le code de la santé publique a intégré, de son côté, les modifications apportées par le décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 concernant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement (CME)<sup>13</sup> : la composition de la CME est dorénavant élargie aux étudiants hospitaliers dont un étudiant en médecine, et elle est théoriquement consultée sur la politique de formation des étudiants et des internes (cf. *infra* §3.2.2).

### 1.2.1. Un projet pédagogique ambitieux

- **Recherche de cohérence entre les enseignements et les stages pour l'acquisition des compétences**

Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques, de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions d'interne en troisième cycle. « *L'acquisition de ces compétences repose, dans toute la mesure du possible, sur l'intégration et la cohérence des enseignements théoriques et des stages en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire* » (annexe de l'arrêté du 8 avril 2013).

**Deux dimensions nouvelles sont introduites dans le référentiel de compétences** joint en annexe de l'arrêté du 8 avril 2013, avec l'acquisition de compétences génériques nécessaires **d'une part à la construction du savoir-être du futur médecin, et d'autre part au rôle qui sera le sien comme acteur de santé publique.**

Treize unités d'enseignement (UE) forment le tronc commun de la formation qui représente 80 à 90 % du total des enseignements :

- onze UE d'enseignements transdisciplinaires regroupant 362 items à acquérir. Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement de l'auto-apprentissage contrôlé et de l'interdisciplinarité ;

---

<sup>13</sup> La commission médicale d'établissement (CME) est l'instance représentative dans chaque établissement de santé de la communauté médicale (médecins, sages-femmes, dentistes et pharmaciens). Élu par ses pairs, le président de la CME est le premier vice-président du directoire de l'hôpital, chargé des affaires médicales.

- l'UE 12 de formation générale à la recherche. Elle porte sur la lecture critique d'enseignements scientifiques choisis dans tous les domaines de la recherche biomédicale, complétée si possible par un stage de courte durée dans un laboratoire de recherche ;
- l'UE 13 regroupe l'ensemble des trente-six mois de stages et des gardes.

- **Un parcours personnalisé qui ouvre des horizons**

À côté du tronc commun, les UFR proposent des UE librement choisies pour approfondir certaines connaissances et compétences transversales comme l'éthique, ou bien transdisciplinaires avec de futurs professionnels de santé. Elles portent aussi sur la formation à la recherche et s'inscrivent dans des parcours de masters habilités en permettant l'accès à un master 2 à orientation recherche. Elles peuvent également concerner des disciplines non strictement médicales comme le droit de la santé, le management, la philosophie, l'informatique, etc.

### 1.2.2. Les stages au cœur du projet pédagogique

Les textes de 2013 visent à renforcer l'implication des acteurs, UFR, CHU, étudiants, dans la définition des objectifs pédagogiques des stages et gardes, **avec la création d'une instance spécifique, la commission des stages et des gardes**, au sein de la commission pédagogique de l'UFR, ouverte à des représentants de l'hôpital. Elle est chargée de faire des propositions sur les lieux de stage et les modalités de leur évaluation, sur l'organisation, le contenu du carnet de stage, la formation des encadrants. Elle vérifie l'adéquation avec les objectifs de la formation, les projets pédagogiques de chaque lieu de stage lui sont soumis avant agrément.

L'UE 13 regroupe l'ensemble des stages et gardes du deuxième cycle, **associée à l'obtention de 12 à 24 ECTS**. La progression de l'étudiant est évaluée à chaque stage. **L'arrêté du 8 avril 2013 n'impose plus de stages obligatoires dans certaines spécialités**<sup>14</sup>. Il laisse plus de latitude en préconisant un stage en chirurgie et un stage dans une unité d'accueil des urgences, ou de réanimation. Par ailleurs **la volonté politique d'accompagner la médecine générale** qui concernera la moitié des étudiants à l'issue des ECN, **est clairement réaffirmée**. C'est un élément important de la réforme : **les médecins généralistes sont désormais partie prenante du projet pédagogique universitaire** monté par le département de médecine générale des UFR. Ils deviennent « praticiens agréés maîtres de stage des universités » au lieu de « maîtres de stage agréés ». Pour l'agrément des médecins généralistes, la condition d'installation en cabinet est ramenée de trois ans à un an afin d'élargir le vivier et les possibilités d'accueil des étudiants.

- **Une épreuve pratique en M3 qui mobilise l'ensemble des connaissances et compétences lors d'une mise en situation clinique**

L'annexe de l'arrêté du 8 avril 2013 redéfinit les modalités du certificat de compétence clinique qui remplace le certificat de synthèse clinique et thérapeutique dont le format n'avait pas été revu depuis 1995<sup>15</sup>. Il est organisé la dernière année du deuxième cycle **sous la forme d'une épreuve de mise en situation clinique ; les épreuves théoriques ont disparu**. L'objectif est de vérifier les

<sup>14</sup> Plusieurs stages obligatoires dans l'arrêté du 4 mars 1997 abrogé.

<sup>15</sup> Article 1<sup>er</sup> du décret n° 95-1050 du 20 septembre 1995 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.

compétences acquises par l'étudiant et sa capacité à synthétiser ses connaissances depuis le premier cycle. L'attention est portée sur les compétences génériques.

- **L'encadrement des étudiants est renforcé**

L'encadrement des étudiants en stage est mieux identifié. Un responsable pédagogique, chef de clinique ou praticien hospitalo-universitaire, coordonne les activités des étudiants sur chaque lieu de stage. **Fait nouveau, il désigne des médecins référents, chargés d'accueillir et d'encadrer l'étudiant dans le service, qui sont formés à l'encadrement et à la pédagogie lors de sessions organisées par les UFR.**

### **1.2.3. Les étudiants sont étroitement associés à l'organisation de leur formation**

La représentation des étudiants en médecine est également renforcée au sein de l'UFR et du CHU. **Deux représentants étudiants font partie de la commission des stages et des gardes instaurée par l'arrêté du 8 avril 2013, un étudiant en médecine participe à la commission médicale d'établissement du CHU depuis 2013 également.**

L'implication des étudiants dans l'organisation de leur formation est une tradition forte en médecine. La très influente association nationale des étudiants en médecine a un rôle important d'information auprès des étudiants, et va jusqu'à développer des applications comme la plateforme d'évaluation en ligne des stages, GELULES<sup>16</sup>, adoptée par plusieurs UFR.

Enfin l'arrêté du 8 avril 2013 a instauré **l'évaluation des lieux de stage par les étudiants.**

## **2. Un degré de maturité insuffisant dans le déploiement de la réforme par l'université et l'hôpital**

### **2.1. Une appropriation inégale et une mise en œuvre hétérogène des objectifs de la réforme**

Le calendrier de mise en œuvre de la réforme s'est déroulé au fur et à mesure de la montée pédagogique du M1 au M3. Il vient à peine de se terminer en 2015-2016. Les constats de la mission lors de ses visites sont à nuancer en raison de la mise en œuvre récente de la réforme. Cependant certaines UFR l'avaient anticipée, ce qui explique aussi le niveau inégal d'appropriation.

#### **2.1.1. Les instances concernées par la formation et l'accueil des étudiants peinent à réunir les acteurs de l'université et de l'hôpital**

La multiplicité des instances hospitalières et universitaires auxquelles participent des formateurs qui relèvent eux-mêmes d'une double appartenance à l'université et à l'hôpital, ne favorise pas l'instauration de cadre supplémentaire dédié à la formation et à l'accueil des étudiants.

---

<sup>16</sup> GELULES : guide en ligne unifiant les évaluations de stage, est une application associative proposée par l'association pour l'évaluation autonome des stages et des études de médecine (APEASEM) qui a adhéré à l'ANEMF. Elle permet aux étudiants et internes en médecine d'évaluer leurs stages cliniques. Les évaluations collectées sont traitées de manière anonyme pour constituer un guide des stages, qui peut être consulté par les étudiants. Le site est réservé aux étudiants et internes en médecine.

La composition de la commission des stages et des gardes, comprend, en plus de la direction de l'UFR et de ses responsables pédagogiques, « *des personnalités extérieures, désignées, en raison de leur participation à l'organisation des stages* » : le président de la commission médicale d'établissement du CHU, un représentant des présidents de commission médicale des centres hospitaliers, le responsable des affaires médicales du CHU. **L'objectif de cette instance est de faire travailler ensemble les acteurs de l'UFR et de l'hôpital concernés par l'organisation des stages et des gardes**, à savoir le corps médical dans ses fonctions hospitalières et non plus universitaires, et la direction des affaires médicales chargée de la gestion administrative et financière des étudiants hospitaliers.

Sur les treize UFR visitées par la mission, plusieurs ne l'ont pas mise en place ne voyant pas son intérêt par rapport à la commission pédagogique, ou n'y ont pas intégré la représentation de l'hôpital. Dans ce dernier cas, la participation de l'hôpital est perçue comme inadaptée à une UFR de taille modeste, ou bien redondante, et donc inutile, en raison des liens étroits qui unissent déjà les deux structures à travers la convention hospitalo-universitaire, leurs relations permanentes et la participation du directeur de l'hôpital au conseil de l'UFR. L'objectif d'améliorer la formation pratique des étudiants grâce à une coordination renforcée, échappe aux acteurs tant de l'UFR que de l'hôpital. **La formation pratique des étudiants et ses modalités restent l'affaire de l'université.**

Depuis septembre 2013, la CME dont la composition a été élargie aux étudiants, donne son avis sur « *la politique de formation des étudiants et des internes* » (article R. 6144-1.1 du code de la santé publique), qui va déterminer leurs conditions d'accueil et d'intégration à l'hôpital. Si la représentation des étudiants en médecine a bien été mise en œuvre, les présidents de CME rencontrés par la mission, ne se sont pas encore emparés de cette question (cf. § 3.2.2).

### **Recommandation n° 1**

Quelles que soient ses modalités pratiques (hors, au sein de ou à la suite de la commission de la pédagogie), mieux prendre en compte, conformément aux textes, la dimension opérationnelle de la commission des gardes et des stages en associant des représentants de l'hôpital et de l'UFR qui sont directement impliqués dans l'organisation des stages et l'accueil des étudiants de deuxième cycle dans les établissements de santé.

#### **2.1.2. Une organisation des stages fortement impactée par l'échéance des ECN**

- **Une approche par spécialités médicales pour répondre aux exigences du référentiel dans la perspective des ECN**

Les spécialités médicales et chirurgicales recouvrent un champ extrêmement vaste correspondant en grande partie aux 362 items du référentiel annexé à l'arrêté du 8 avril 2013. Le texte préconise d'effectuer « *en particulier un stage en chirurgie et un stage dans une unité d'accueil des urgences, ou de réanimation, ou de soins intensifs* ». L'arrêté du 4 mars 1997, plus directif, imposait quatre stages en pédiatrie, gynécologie - obstétrique, chirurgie, médecine interne ou gériatrie. L'importance accordée au stage chez un médecin généraliste, déjà obligatoire en 1997, est réaffirmée et accentuée dans l'arrêté de 2013.

Cette évolution entre les deux rédactions n'est pas neutre sur la définition des besoins en termes de santé publique. Il est surprenant que certaines spécialités qui font référence au quotidien de l'exercice d'un médecin généraliste, comme la pédiatrie, la gynécologie, la gériatrie, ne soient plus

obligatoires. À moins que cette évolution n'ait été guidée par un principe de réalité qui tient au potentiel d'encadrement notoirement insuffisant dans ces spécialités. Conscientes de l'enjeu majeur de cette problématique, les UFR de l'échantillon ont maintenu et parfois rendu obligatoires ces spécialités.

Elles ont en effet l'initiative pour construire leur projet pédagogique validé par leurs instances, (commission pédagogique), couvrir les 362 items du référentiel du deuxième cycle, et organiser une quinzaine de stages sur trois ans. Elles scindent le deuxième cycle en plusieurs modules d'enseignements disciplinaires, en cohérence avec les pôles hospitaliers. Les responsables de ces modules sont les correspondants universitaires des chefs de pôles hospitaliers.

**Cette approche par spécialité, qui est le modèle dominant, répond à la somme de connaissances du programme des ECN.** Mais elle tend à faire passer au second plan l'objectif de la réforme sur l'élargissement aux sciences humaines, à l'éthique, aux relations interprofessionnelles ; elle privilégie le caractère théorique des ECN coupé de la complexité des situations cliniques, **alors que la moitié des étudiants deviendront médecins généralistes et seront à ce titre, d'abord des coordonnateurs de soins dans le cadre d'un parcours de santé.** Le stage obligatoire chez un médecin généraliste répond bien à cette réalité mais peine à atteindre l'objectif recherché, tant de nombreuses UFR rencontrent des difficultés pour couvrir les besoins quantitatifs de ce stage.

- **Le poids dégressif des stages au cours du deuxième cycle privilégie les ECN au détriment des apprentissages**

Les étudiants effectuent en moyenne une quinzaine de stages pendant le deuxième cycle. Le nombre de stages par année varie d'une UFR à l'autre selon deux modèles : le même nombre par année, quatre ou six, ou différent et **dans ce cas, le plus répandu, le nombre de stages est dégressif sur l'ensemble du cycle, six, cinq et trois en M3**, par exemple. Cette activité différenciée vise à accentuer les apprentissages en début de cycle, **puis à dégager du temps pour les étudiants au fur et à mesure que l'échéance des ECN approche.** Le calendrier de plusieurs UFR visitées libère les étudiants de présence à l'hôpital, du mois d'avril jusqu'aux épreuves qui se déroulent au mois de juin.

**Le dernier stage obligatoire choisi à l'initiative de l'étudiant, dit « stage d'été », se situe entre la validation du deuxième cycle des études médicales, et la nomination en qualité d'interne au 1<sup>er</sup> novembre. Il focalise toutes les critiques :**

- absence de concordance et de cohérence entre l'obligation de réaliser trente-six mois de stages<sup>17</sup> pour valider le deuxième cycle des études médicales, et l'obligation de valider le deuxième cycle au plus tard à la date de la délibération du jury des ECN<sup>18</sup> qui se déroulent au trente-quatrième mois du cycle. Le deuxième cycle étant déjà validé, ce dernier stage obligatoire ne représente plus aucun enjeu pour les étudiants ;
- après plusieurs années de travail qui redouble d'intensité avec la préparation des ECN en sixième année, les étudiants aspirent à décompresser avant de prendre leur fonction d'interne. **Le taux d'absentéisme à ce dernier stage peut être très important, jusqu'à 60 %. Or, rien n'est prévu réglementairement si les étudiants ne l'accomplissent pas.** La

---

<sup>17</sup> Les trente-six mois de stages incluent les congés annuels.

<sup>18</sup> Article R. 632-10 du code de l'éducation.



seule sanction, peu dissuasive, et lorsqu'elle est appliquée, est la suppression de la rémunération de l'ordre de 277 € par mois ;

- l'absentéisme des étudiants à ce dernier stage les éloigne pendant plusieurs mois de la pratique médicale, ce qui nuit aux objectifs de la formation. En effet, un étudiant en M3 qui termine son dernier stage fin avril, ne renoue avec les gestes techniques et la fréquentation des patients que début novembre, en qualité d'interne, **soit, dans la majeure partie des cas, après six mois d'interruption des apprentissages.**

**Les UFR sont démunies face à cette situation**, en l'absence de cadre vraiment coercitif. Certaines s'emploient à capter les étudiants en avançant le calendrier du deuxième cycle du 1<sup>er</sup> septembre au 1<sup>er</sup> août. À Saint-Étienne comme à Rennes, le dernier stage se termine fin juillet. D'autres, comme Paris 13 ou Besançon essaient de développer des stratégies sous forme de stage à la carte en pré-responsabilité, préparatoire à l'internat.

Une alternative incitative existe **sous réserve de financement par l'hôpital de postes de faisant-fonction d'interne (FFI)** et de disponibilité des chefs de service pour encadrer les étudiants en période estivale, en particulier dans les centres hospitaliers périphériques. La rémunération peut atteindre 3 000 € mensuel<sup>19</sup>. À Créteil, des postes de FFI pour une durée d'un mois sont proposés. Mais ces opportunités restent limitées à quelques postes, lorsqu'elles existent. Lille fait figure d'exception avec la moitié des étudiants qui bénéficient d'un poste de FFI pendant deux mois. Le taux d'absentéisme au stage d'été tombe à 15 %.

Ces critiques mettent en évidence la responsabilité des ECN qui parasitent *crescendo* le deuxième cycle. Dans le cadre de la Grande conférence de la santé qui s'est terminée en février 2016, le groupe de travail « formation » a mené une réflexion sur les conséquences en termes de pédagogie et d'apprentissage, de l'examen classant national. La mesure n° 7 vise à mieux organiser les études autour de la préparation du projet professionnel et à faire évoluer les modalités d'entrée dans le troisième cycle<sup>20</sup>.

La mission ne préconise pas de mesure coercitive qui resterait inefficace. Elle ne recommande pas non plus de ne valider le deuxième cycle qu'à l'issue du dernier stage, indépendamment des ECN, ou de faire de la validation de ce dernier stage situé après les ECN, une condition suspensive pour entrer effectivement en troisième cycle. Ces modalités pourraient être instrumentalisées par les étudiants pas satisfaits de leur classement aux ECN afin de redoubler le M3 et retenter leur chance. Par ailleurs, ce besoin de respiration des étudiants en médecine dont le cursus de formation est particulièrement long et exigeant, est compréhensible.

La mission **préconise de réduire le nombre de mois de stage, en supprimant le stage d'été**. La question demeure de l'interruption trop longue des apprentissages, ce qui est de toute façon le cas aujourd'hui au vu de l'absentéisme constaté à ce dernier stage. Cette interruption peut être un facteur de risques dans l'exercice professionnel de l'interne qui devient acteur de soins<sup>21</sup>, tout au moins au début de sa prise de fonction. Deux scénarios sont envisageables. **Soit les responsabilités sont confiées progressivement aux internes, le temps qu'ils se réapproprient l'environnement**

---

<sup>19</sup> Rémunération de base : 1 266 € plus indemnités spécifiques et indemnisation des gardes.

<sup>20</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11\\_02\\_2016\\_grande\\_conference\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_feuille\\_de\\_route.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf)

<sup>21</sup> Article R. 6153-3 du code de la santé publique : « L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ».

**hospitalier et les gestes cliniques, soit l'internat est avancé de novembre à septembre.** Cette problématique dépasse le cadre de la mission. Elle est étroitement liée à la réforme du troisième cycle qui est en cours d'élaboration et qui devrait s'en saisir.

### **Recommandation n° 2**

Répartir le nombre de stages de façon équilibrée sur les trois années du deuxième cycle (même recommandation pour les gardes).

### **Recommandation n° 3**

Supprimer le stage librement choisi qui intervient après la validation du deuxième cycle : passer de trente-six mois de stage à trente-trois mois et modifier en même temps le calendrier de l'internat qui pourrait débuter en septembre. Revoir l'articulation entre le deuxième cycle et le troisième cycle dans le cadre de la réforme du troisième cycle qui est en cours d'élaboration.

- **Deux modèles d'organisation avec chacun un intérêt pédagogique mais aussi des limites pratiques**

Les textes relatifs aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine précisent le temps de présence hospitalière des étudiants. Il est fixé à cinq demi-journées par semaine en moyenne sur douze mois. Les stages organisés à mi-temps ont une durée de douze à seize semaines et de six à huit semaines à temps complet.

La mission a rencontré tous les cas de figure. La grande majorité des UFR a opté pour une organisation à mi-temps avec stage le matin, enseignements l'après-midi, dit « stage intégré » pour les projets pédagogiques les plus aboutis, à l'exception du stage chez un généraliste qui est le plus souvent à temps complet. Mais des UFR ont choisi une organisation en journées entières, ou l'expérimentent, avec des arguments fondés. Les étudiants interrogés sont divisés sur la question.

#### **Les stages à mi-temps**

L'organisation à mi-temps en « stage intégré », semble la plus adaptée pour répondre aux objectifs de la réforme relatifs à la cohérence entre la formation théorique et pratique, car selon un interlocuteur de la mission : *« un groupe d'étudiants suit un stage le matin, et l'après-midi il a un enseignement sur les disciplines correspondantes à son stage. Cette synchronisation a changé le regard de l'étudiant en stage, il a besoin de voir pour croire ».*

**L'organisation à mi-temps présente peu d'intérêt lorsque les enseignements sont transversaux, non corrélés aux spécialités découvertes par les étudiants en stage.** Dans ce cas, on note une démotivation des enseignants et des étudiants, et l'absentéisme aux cours est important.

Elle n'est possible que parce que les deux structures, UFR et CHU sont à proximité l'une de l'autre, en milieu urbain, sans difficulté de transport. Les centres hospitaliers situés dans un rayon raisonnable des lieux d'enseignement, accueillent également des étudiants.

**Elle trouve cependant ses limites lorsque les lieux de stage sont saturés.** C'est le cas par exemple des services de gynécologie - obstétrique où les conditions d'encadrement peuvent être en tension pour faire face aux flux massifs d'étudiants.

C'est une organisation fine et complexe qui demande de prendre en compte plusieurs paramètres : les effectifs d'étudiants par niveau pour éviter une arrivée simultanée dans les services, le potentiel d'encadrement pour garantir des conditions de stage satisfaisantes, et la coordination avec les enseignements théoriques.

### **Les stages à temps complet**

Les stages à temps complet d'une durée de sept semaines **permettent une meilleure intégration des étudiants**. Ils connaissent mieux les patients et appréhendent mieux l'activité dans les services, de nature différente le matin et l'après-midi. Le compagnonnage s'en trouve renforcé, l'étudiant prend le temps d'apprendre et s'intègre dans une équipe soignante.

Des UFR ont fait ce choix, ou l'expérimentent dans certaines spécialités, pour résoudre la question de l'encadrement des étudiants. **L'organisation à temps complet permet en effet de diviser par deux les effectifs en stage au même moment pendant l'année universitaire**. L'expérimentation, lorsqu'elle est conduite dans des services en tension (gynécologie - obstétrique, pédiatrie) est intéressante car elle permet de comparer les deux modalités pédagogiques appliquées aux étudiants d'une même promotion. Elle débouche sur des retours plutôt positifs après quelques ajustements : meilleur encadrement par les tuteurs, possibilité d'impliquer les internes dans l'encadrement des étudiants l'après-midi, meilleure intégration.

Les stages chez les médecins généralistes sont organisés en général à temps complet. Au-delà du bien-fondé de cette organisation, la difficulté rencontrée par plusieurs UFR pour trouver des terrains de stage en nombre suffisant en médecine générale, les obligent à élargir leurs zones géographiques de recrutement de maîtres de stage. La distance ne permet plus de gérer dans la même journée, stage pratique et présence aux cours.

**Certains responsables pédagogiques seraient favorables à l'organisation des stages à temps complet, mais ils se heurtent à l'opposition des étudiants.**

**Les étudiants sont partagés sur l'organisation des stages qui serait la plus pertinente pour leurs apprentissages**. Les cours dispensés l'après-midi leur permettent de travailler les cas cliniques et de s'exercer au geste technique. **Mais ils ont souvent une approche très pragmatique, guidée par le seul objectif des ECN**, pour rejeter par exemple le modèle à temps complet en objectant de longues journées à l'hôpital qui ne laissent plus de temps pour le travail personnel, un rythme des enseignements trop discontinu. Mais leur intérêt peut aussi converger avec celui des chefs de service pour privilégier une organisation à temps complet qui leur assure un meilleur encadrement.

**La pression des étudiants de sixième année est forte pour bénéficier d'une organisation adaptée, moins de stages, moins longs, pour réduire leur temps de présence à l'hôpital afin de pouvoir réviser les items des ECN**. D'après un PU-PH « *Il existe un marchandage des étudiants de DAFSM3 en stage pour réduire leur temps de présence à l'hôpital pour pouvoir réviser l'ECN. Ils n'hésitent pas à comparer les stages entre eux, illustrant une disparité des cahiers de charge entre les services* » (extrait d'un compte-rendu de commission des stages et gardes). À Besançon où l'organisation à temps complet ne fait pas débat, les stages se déroulent une semaine sur deux en sixième année.

**Les épreuves sur tablettes tactiles depuis 2016, avec l'introduction d'éléments vidéo, pourraient bien modifier en profondeur les comportements des étudiants et l'approche pédagogique des UFR.**

Avec l'ECNi et le changement de méthode d'évaluation induit, il devient possible de mieux évaluer un diagnostic rendu par l'étudiant à partir d'une photo ou d'une vidéo, et l'inciter par conséquent à s'impliquer davantage dans les stages et les gardes, notamment l'année des épreuves.

- **Des procédures empiriques dans le choix des stages sans lien avec la construction du projet professionnel de l'étudiant et les résultats des ECN**

Les procédures de choix des stages qui rythment le deuxième cycle sont très variables : au choix de l'étudiant associé au mérite, au choix par tirage au sort d'une lettre de l'alphabet, aléatoire, aléatoire inversé ou modalités combinées. Les affectations se déroulent soit en présentiel, en amphithéâtre par promotion, soit en ligne.

L'affectation au mérite tend à disparaître si l'on considère que tous les étudiants découvriront de toute façon les mêmes spécialités ou groupes de spécialités. Mais certaines UFR restent attachées à la valeur travail et défendent une part des affectations au mérite à laquelle une partie des étudiants continue également d'adhérer.

L'organisation des stages autour de la construction du projet professionnel qui amènerait progressivement l'étudiant à privilégier certaines spécialités, la recherche, ou des spécialités non médicales, n'est jamais vraiment posée, malgré les ouvertures autorisées par l'offre de formation (cf. *supra*). Par ailleurs les résultats des ECN à l'issue desquels la moitié des étudiants deviendront médecins généralistes, la volonté politique de développer les soins ambulatoires, n'ont aucun effet sur l'organisation des stages qui fait des étudiants de deuxième cycle « *des mini spécialistes en tout* ». Les ECN restent, en dépit de la réforme, en dépit d'un déterminisme sociologique immuable, le moteur essentiel de l'organisation du deuxième cycle. Il faut mettre à leur crédit cependant le résultat de ce bachotage qui permet « *d'acquérir une encyclopédie médicale qu'on garde toute sa vie professionnelle, d'assurer une culture générale à tout le monde* », mais « *on fait des études d'ECN et non plus des études de médecine* » comme l'a déclaré un interlocuteur à la mission.

### 2.1.3. La question spécifique des gardes

- **Une gestion confuse des gardes**

L'arrêté du 8 avril 2013 spécifie que les étudiants en médecine sont tenus, au cours de leurs stages hospitaliers, de participer à la permanence des soins. Cette participation s'effectue par des gardes sur place. **L'arrêté fixe cette participation à « vingt-cinq gardes au moins »** et laisse les UFR de médecine libres de fixer les modalités de réalisation de cette obligation. La commission des stages et des gardes est chargée de proposer les lieux de gardes et leur organisation, ainsi que les modalités d'évaluation.

L'arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine et l'instruction DGOS 2014-340 du 10 décembre 2014 en précisent le cadre. Elles s'effectuent en sus des cinq demi-journées hebdomadaires de temps de stage. Elles ne peuvent être réalisées que de nuit, ou de jour le dimanche et les jours fériés. Le temps de présence à l'hôpital ne peut excéder vingt-quatre heures (deux gardes le dimanche, en journée suivie d'une nuit par exemple), et « *donne lieu à un repos de sécurité obligatoire de 11 heures minimum intervenant à l'issue de la garde de nuit et entraînant l'interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire* ». Il s'agit d'une obligation, sans dérogation possible. **La réglementation**

**prévoit également que l'étudiant ne peut réaliser de garde la veille d'un examen**, disposition qui n'est pas respectée systématiquement dans certaines UFR.

Les différences d'organisation constatées lors des visites sur site portent sur les disciplines proposées pour les gardes, leur répartition par année universitaire, les modalités de contrôle de leur réalisation effective. Elles concernent également l'explicitation des objectifs assignés et leur évaluation, l'encadrement et les sanctions éventuelles en cas de non-respect des obligations réglementaires.

Globalement l'obligation minimale est respectée. Mais les modalités d'organisation suscitent quelques interrogations.

La mission relève, dans une majorité des sites visités, **l'absentéisme non justifié en garde**. De nombreux responsables enseignants et administratifs des CHU ont signalé que des étudiants dûment informés des tableaux de gardes ne se présentaient pas pour « prendre leur garde ». Certaines UFR ont prévu des sanctions, par exemple une prolongation de stage d'un mois, voire le refus de validation de l'année en cas de manquements répétés, ce qui témoigne de l'ampleur du problème. Cet absentéisme s'ajoute à celui constaté mais jamais sanctionné des stages en M3. Même si le phénomène ne concerne qu'une minorité d'étudiants, il interroge sur le comportement déontologique de ces étudiants et sur leur sélection exclusivement axée sur le savoir académique sans évaluation des motivations et du savoir-être.

Plus grave, certains arrangements entre étudiants pour se remplacer entre eux de façon informelle sur une garde, pourraient être source de contentieux en cas de dysfonctionnement.

Le second étonnement concerne **l'impuissance des responsables universitaires à imposer la réalisation systématique par tout étudiant de son quota de vingt-cinq gardes pendant les trois années du cycle**. L'arrêté de 2013 a réduit ce quota, fixé auparavant à trente-six gardes, mais les difficultés, plurifactorielles, persistent dans plusieurs UFR même si la majorité des étudiants remplissent leurs obligations. L'absence de suivi annuel des gardes entraîne pour certains étudiants qui reportent leur participation, un effet d'accumulation des gardes à réaliser, non rattrapable en fin de cycle. *A contrario*, la participation aux gardes est facilitée dans certaines universités sur la base du volontariat ; des étudiants rencontrés par la mission ont effectué plus de cinquante gardes en trois ans.

#### **Recommandations n° 4**

Répartir de façon équilibrée le nombre de gardes sur les trois années du deuxième cycle. Faire de la validation des vingt-cinq gardes, une condition suspensive de la validation du deuxième cycle.

- **Des modalités d'organisation très variables**

Les modalités d'organisation des gardes varient selon les UFR de médecine. Quand celle-ci existe, la commission des stages et des gardes se prononce, ou à défaut la commission pédagogique. Certains CHU informent également la commission d'organisation de la permanence des soins du CHR, normalement compétente pour l'organisation de la permanence des soins de l'établissement public de santé. Le choix des disciplines et le nombre de lignes de gardes n'est pas homogène : ainsi certains CHU ne proposent que les disciplines de médecine d'urgence ou de réanimation et soins critiques, d'autres toutes les disciplines médicales, chirurgicales ou obstétricales disposant d'une garde avec un praticien senior effectivement présent donc capable d'encadrer les étudiants.

Le nombre de lignes de gardes proposées par les CHU est variable, de dix-sept à deux. Ceci limite, quand le nombre est faible, les possibilités de choix des étudiants. Ces choix organisationnels, souvent historiques, influent sur la réalisation du quota obligatoire de vingt-cinq gardes. Dans la majorité de l'échantillon de la mission, elles sont essentiellement réalisées au CHU, très rarement dans des structures externes (autres établissements hospitaliers publics ou privés) hormis dans les centres de lutte contre le cancer, et les gardes chez le praticien libéral sont inexistantes. L'ouverture à ces structures permettrait de faciliter la réalisation par chaque étudiant de son quota, ce qui est difficile dans certains CHU qui ont un ratio élevé d'étudiants par rapport aux lignes de gardes ouvertes.

Certains CHU préparent les étudiants à leur prise de garde. Ainsi Lille utilise l'enseignement par la simulation, au cours d'un module spécifique intitulé « en garde » pour tous ses étudiants ; d'autres pratiques de simulation concernent des gestes comme la réalisation de plâtres ou plus communément la pratique des sutures.

- **Le suivi et la rémunération des gardes**

- Le suivi hospitalier est assuré

Le suivi des gardes par l'administration hospitalière entraîne leur rémunération, ce qui le rend systématique et plus fiable que le suivi par l'UFR.

Ce suivi est réalisé par les tableaux de service, validés après service fait par les chefs de service ou de pôle. Les conséquences sur le déclenchement de la rémunération des étudiants fiabilise ces chiffres ; la connexion entre la direction des affaires médicales du CHU et le service de scolarité de l'UFR permet à cette dernière de vérifier le nombre de gardes effectué par chaque étudiant. Il existe encore des CHU où cette transmission n'est pas systématique ou qui utilisent un support papier, ce qui rend le contrôle difficile par les autorités universitaires.

- L'organisation des gardes et leur suivi par les UFR sont approximatifs

La réglementation laisse une grande liberté aux UFR pour répartir les gardes au cours des trois années du cycle. La mission a constaté des différences significatives dans la répartition par année; certaines UFR imposent la réalisation du quota au cours des deux premières années du DFASM, partant du principe que lors de la troisième année du cycle, la préparation des ECN empêchera l'étudiant de participer réellement aux gardes. D'autres ont fixé un quota minimal annuel assorti de sanctions éventuelles en cas de non réalisation. Toutefois la plupart laissent une grande marge de manœuvre aux étudiants, et certaines tolèrent tout en le déplorant la non réalisation du quota de vingt-cinq gardes.

Même si certaines UFR fixent des objectifs pédagogiques, **le suivi qualitatif et l'évaluation des acquis en garde est quasi inexistant**. Le suivi est essentiellement quantitatif, avec comme cible la réalisation du quota prescrit. Certaines UFR font toutefois remplir un carnet de stage indiquant les gestes réalisés, cosigné par l'étudiant et l'encadrant à l'issue de chaque garde. Ce carnet valide la garde.

- La rémunération de la garde n'est pas automatique

La garde est rémunérée 39 € brut<sup>22</sup>. À de rares exceptions près, l'ensemble des CHU rémunère les étudiants pour les gardes effectuées au tarif réglementaire. Un CHU paie une double garde. Un autre considère que le temps de garde est intégré dans le temps de présence et ne paie pas les gardes réalisées lors d'un stage, ce qui méconnaît les obligations réglementaires et l'esprit des textes, les émoluments de la garde compensant la pénibilité du travail de nuit ou le dimanche.

- **La question de la volumétrie**

Pour beaucoup d'enseignants et quelques étudiants rencontrés par la mission, le nombre de vingt-cinq gardes est faible, insuffisant sur le plan pédagogique. La garde, en effet, oblige l'étudiant à prendre des initiatives, à s'adapter aux situations imprévues et à vivre l'apprentissage de la prise de décision en situation d'urgence. **Elle acculture également l'étudiant à la réalité et à la nécessité de la permanence des soins.** La réduction du nombre de gardes de trente-six à vingt-cinq en 2013 est essentiellement liée aux difficultés d'accueil et d'encadrement du fait de l'augmentation du numerus clausus. Sur la base des visites de terrain, il ne paraît pas réaliste à la mission de modifier le plancher actuel qui n'est déjà pas systématiquement atteint.

**Encadré 1 : Quelques illustrations sur l'organisation des stages et les modalités de choix de stages**

**Stage à mi-temps**

À **Créteil**, le projet pédagogique repose sur l'articulation entre le stage réalisé dans une spécialité et l'enseignement dispensé de cette même spécialité. Des enseignements spécifiques sur place, à l'hôpital, une ou deux fois par semaine, sont évalués par les étudiants. À **Saint-Étienne**, le stage avec enseignement intégré sur le lieu de stage dès 2008, a amélioré les résultats aux ECN. À **Aix-Marseille**, la formation a été réorganisée pour les étudiants de DFASM1 à la rentrée 2015, sous forme d'« enseignements thématiques intégrés ». L'année universitaire est organisée en cinq périodes. Les stages effectués le matin sont suivis par un enseignement l'après-midi dans le même domaine en combinant des domaines complémentaires pour traiter le référentiel des ECN. Le nombre de demi-journées d'enseignement est dégressif au cours du deuxième cycle.

**Stage à temps complet**

**Besançon** a abandonné l'organisation des stages à mi-temps en 2011, et intégré l'organisation à temps complet dans son projet pédagogique. Ce choix est le résultat d'une réflexion approfondie sur l'ensemble du cursus de formation de l'étudiant en médecine dans un contexte d'augmentation du numerus clausus.

**Modalités de choix des stages**

À **Saint-Étienne**, la combinaison des modalités de choix des stages « *permettent d'allier deux valeurs importantes, le travail et la solidarité* ». Ainsi, l'étudiant choisit son bloc, ses stages 1 et 3 en fonction du classement au mérite, et selon un classement aléatoire pour les stages 2 et 4. Les étudiants ont été questionnés : 25 % souhaitent conserver le classement au mérite, 60 % n'ont pas de préférence, et les 15 % restant souhaitent une dose d'aléatoire dans le choix des stages en insistant sur la nécessité d'améliorer l'apport pédagogique des stages.

<sup>22</sup> L'arrêté du 6 août 2015 modifie l'arrêté du 17 juin 2013, sur le montant de l'indemnité de garde. L'indemnité est portée à 52 € brut à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016.

## 2.2. L'encadrement des étudiants et la formation des encadrants

### 2.2.1. Les lieux de stage peuvent être soumis à de fortes tensions d'encadrement

Les lieux de stage font l'objet d'un agrément et d'un suivi par l'UFR, et sont évalués par les étudiants. Les projets pédagogiques de chaque lieu de stage doivent être soumis à la commission des stages et des gardes. Un contrat pédagogique est signé entre le directeur de l'UFR et chaque entité agréée.

Dans l'ensemble, ce cadre est respecté. L'évaluation par les étudiants, lorsqu'elle est exploitée, est un levier de progrès pour leur formation pratique (cf. *infra*). Les chefs de service, les directeurs d'UFR, sont attentifs aux retours des étudiants.

Le nombre de stagiaires accueillis varie selon les services, de dix à quinze, mais parfois beaucoup plus. Une difficulté pointée par la plupart des UFR concerne les services en tension qui n'ont pas le potentiel d'encadrement suffisant pour accueillir les flux étudiants dans de bonnes conditions : ce sont notamment les services de pédiatrie, de gynécologie - obstétrique qui accueillent en plus des médecins en formation, les sages-femmes. Dans une UFR, un chef de service en gynécologie - obstétrique fait état en commission des stages et des gardes de la situation de son service qui « *a quatre-vingt étudiants en stage en permanence, ce qui engendre pour son service une organisation infernale. Il est urgent de trouver une solution* ». Il préconise d'élargir les lieux de stage aux cliniques.

Mais les équipes pédagogiques ont affirmé dans l'ensemble qu'elles ne rencontraient pas de difficultés majeures pour encadrer les flux d'étudiants car le compagnonnage se fait « par corps de métiers », ce qui permet de gérer la transmission pédagogique.

### 2.2.2. Des modalités d'encadrement variables d'un service à l'autre

L'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales indiquait que les enseignants étaient chargés d'encadrer les étudiants par groupes de quatre à six pendant les stages.

L'arrêté du 8 avril 2013 qui l'a remplacé précise les modalités d'encadrement et introduit explicitement **la notion de référent**. Un responsable pédagogique coordonne les activités des étudiants durant les stages sur chaque lieu de stage.

**Cette coordination doit se faire à deux niveaux** : un coordonnateur de **l'ensemble des stages** et un coordonnateur responsable pédagogique **pour chaque lieu de stage**. Ce responsable pédagogique désigne les médecins référents qui sont formés à l'encadrement et à la pédagogie lors de sessions organisées par les UFR. Le référent doit accueillir et encadrer l'étudiant sur le lieu de stage.

La plupart des interlocuteurs de la mission ont eu des difficultés à démontrer la mise en place effective de cette coordination pédagogique des stages.

La répartition des responsabilités pédagogiques varie fortement d'une structure à l'autre et parfois même à l'intérieur d'une structure, d'un service à l'autre. Les responsables pédagogiques identifiés sont souvent « sur le papier » ; les référents pédagogiques sont des chefs de service hospitalier, ou des chefs de clinique (assistants hospitalo-universitaires), ainsi que les maîtres de stage praticiens



libéraux. Dans les faits, de nombreux praticiens hospitaliers participent également à l'encadrement des étudiants.

Souvent, un chef de service ou un référent délégué est désigné comme responsable pédagogique. Toutefois, le référent nommément désigné n'est pas forcément le responsable pédagogique et parfois le responsable pédagogique et le médecin référent sont la même personne.

La plupart du temps, c'est un binôme composé d'un chef de clinique et d'un praticien, pour bénéficier d'un apport d'expérience. Un praticien est référent par secteur géographique ou pôle thématique, mais ce n'est pas systématique. Les encadrants sont souvent des internes. La notion de référent est largement fondée sur le compagnonnage avec les internes qui, à ce titre, encadrent des étudiants mais ne participent pas à leur évaluation.

Sauf exceptions locales, les étudiants ont indiqué voir leur médecin référent au moins une fois par semaine. La principale difficulté évoquée est l'hétérogénéité de l'accueil d'un service à l'autre avec une attention et une qualité variables portées à la formation de l'étudiant.

Deux problèmes sont évoqués de façon récurrente : **l'absence parfois de contrat pédagogique formalisé entre l'UFR et le responsable pédagogique** même si son expérience pédagogique est prise en compte pour l'affectation de stagiaires, **et le fait qu'il n'y a pas de reconnaissance spécifique pour des praticiens hospitaliers particulièrement investis** dans cette fonction pédagogique de transmission et de formation.

Enfin, même s'il existe des procédures variables mais généralisées d'habilitation des terrains de stages, il est matériellement difficile aux comités de suivi et commissions *ad hoc* de se rendre sur les différents terrains de stage pour s'assurer de l'encadrement effectif des étudiants et porter une appréciation qualitative sur son organisation. (cf. *infra* 2.3.1 sur l'évaluation des terrains de stage par les UFR).

#### **Recommandation n° 5**

Généraliser une charte pédagogique pour l'ensemble des terrains de stage, à destination des étudiants et de leurs référents, validée par la commission des stages et des gardes, déclinée le cas échéant en fonction de certaines spécificités.

#### **Recommandation n° 6**

Systématiser le contrat pédagogique prévu par les textes entre la direction de l'UFR et chaque service d'accueil de stagiaires. Il doit préciser les objectifs pédagogiques des stages, les activités et le fonctionnement du service, les obligations des étudiants et celles des référents de stage. Prévoir les modalités de vérification de la mise en œuvre effective du contrat pédagogique.

### **2.2.3. Une formation des encadrants émergente**

À l'exception des chefs de clinique pour lesquels il existe en général, mais pas systématiquement, une formation plus ou moins longue et plus ou moins ciblée, les référents sont rarement formés à l'encadrement et à la pédagogie par les UFR. Ce qui n'exclue en rien leur capacité souvent avérée à assumer cette mission et parfois de façon pérenne.

Dans la plupart des universités, il existe un diplôme d'université (DU) de pédagogie médicale, mais pas de dispositif généralisé de sessions de formation à l'encadrement et à la pédagogie pour les référents.

Les interlocuteurs de la mission ont signalé que les enseignants hospitalo-universitaires (PU-PH et MCU-PH) n'ont souvent aucune formation particulière à la pédagogie. Les chefs de clinique représentent de fait l'échelon pertinent de transmission pédagogique sur le terrain. Des sessions de formation ou de sensibilisation spécifiques sont mises en place lors de journées de regroupements thématiques. Ils ont une présentation et une formation d'une ou de plusieurs demi-journées. Cela va parfois jusqu'à une formation à l'animation type « focus groupe » lors de journées pédagogiques (par exemple apprendre à animer la méthode ARC)<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Outil pédagogique qui apprend à l'étudiant à imiter le comportement de l'expert : les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC). Il s'agit d'un jeu de rôle où un petit groupe d'étudiants tente de résoudre un problème médical en simulant le déroulement de la rencontre médecin - malade.

## Encadré 2 : Quelques illustrations sur l'encadrement des étudiants et la formation des encadrants

### Sur l'encadrement des étudiants

À **Strasbourg** : le service urgence réanimation accueille huit à douze étudiants sur chacun de ses deux sites. Un tuteur, chef de clinique ou praticien hospitalier, est affecté à l'étudiant qui fait partie d'un trinôme composé d'un sénior, d'un interne et d'un étudiant.

À **Créteil** : les tuteurs sont recrutés sur la base du volontariat parmi les hospitalo-universitaires, investis dans la pédagogie, qui ont une proximité d'âge avec les étudiants : il y a trente-cinq à quarante tuteurs, une petite moitié sont des hospitalo-universitaires titulaires, les autres des chefs de clinique. Ils s'engagent à assurer un tutorat de deux ans minimum : ils accompagnent les étudiants sur leur projet professionnel, la méthodologie, l'équilibre entre le stage et le travail personnel. Il est prévu deux réunions par an des tuteurs et une enquête annuelle sur le tutorat.

### Sur la formation des encadrants

À **Saint-Étienne** : les chefs de clinique sont reçus individuellement par la direction de l'UFR pour leur rappeler leur mission d'encadrement auprès des étudiants. Ils suivent une formation pédagogique qui comprend un enseignement sur la communication. Tous les chefs de clinique doivent participer à la plate-forme locale d'évaluation informatisée SIDES<sup>24</sup> (trois jours de formation). L'idée du doyen est de former aussi les internes à l'enseignement, ce qui permettrait de développer les stages en médecine générale par exemple.

**Lille** organise deux sessions de formation pour les tuteurs de stage et des formations spécifiques pour les encadrants en médecine générale et ambulatoire.

À **Besançon** : la formation des chefs de clinique existe depuis au moins quatre ans : une journée de séminaire d'accueil pour les nouveaux, suivie d'une deuxième session. L'UFR mène une réflexion pédagogique sur la création d'une cellule d'accompagnement pédagogique à destination des titulaires.

**Lyon-sud** a mis en place des sessions de formation à l'attention des chefs de clinique depuis dix-huit mois. Elle consiste en une formation théorique et pratique dans les six semaines de leur arrivée : sur les évolutions réglementaires et le programme du DAFSM, sur l'organisation de la faculté. Tous les enseignants sont formés. Il existe également depuis longtemps un DU de pédagogie médicale qui compte pour un tiers dans l'évaluation des hospitalo-universitaires et est exigé par le CNU.

## 2.3. Une faiblesse relative du suivi et de l'évaluation des terrains de stage et des étudiants

### 2.3.1. L'évaluation des terrains de stage n'est pas suffisamment exploitée

- **Au niveau de l'UFR**

La mission fait le constat d'une mise en œuvre très inégale en termes de pratiques, de mise en œuvre et d'exploitation des résultats quant aux modalités de suivi et d'évaluation des stages hospitaliers.

---

<sup>24</sup> SIDES : système informatisé distribué d'évaluation en santé. Il est mis à disposition de chaque université qui assure la formation aux études médicales, via un site WEB, une plate-forme locale d'évaluation informatisée pour préparer les étudiants aux ECNi à partir de dossiers et de questions préparés par les enseignants.

L'évaluation des terrains de stages comprend un périmètre plus important que la simple vérification des conditions d'accueil et des modalités de validation des stages. Elle comporte des questions relatives à la qualité de l'accueil des étudiants nécessaire à l'acquisition de compétences, aux dispositifs d'agrément et surtout le retour fait, le cas échéant, aux équipes médicales d'accueil sur la manière dont ils assurent leur mission pédagogique de formation.

Un nombre important d'interlocuteurs a indiqué à la mission que la théorie peut être facilement assimilée par un étudiant mais que le stage, c'est à dire l'observation, la confrontation et la discussion sont le cœur de métier. Il faut donc avoir une bonne visibilité des terrains de stages formateurs et faire en sorte que ceux qui sont moins formateurs ne soit pas habilités.

Cet objectif qui guide les pratiques de la majorité des UFR connaît parfois des assouplissements en fonction des réalités de l'offre de terrains de stage. En d'autres termes, pour quelques terrains de stages ou spécialités saturés en regard des besoins d'accueil, il peut arriver que des terrains de stages qui offrent des conditions non optimum d'apprentissage soient néanmoins proposés de nouveau.

Certaines UFR font tout de même de la commission des stages et des gardes l'endroit privilégié d'échanges autour de l'évaluation de chaque terrain de stages allant pour certaines jusqu'à formaliser systématiquement leur évaluation et envoyer un récapitulatif aux services d'accueil, quelle que soit la tonalité de leurs appréciations, positive ou négative.

D'une manière générale, l'évaluation des terrains de stage ne fait pas l'objet d'une restitution régulière lors de la commission des stages et des gardes ou du conseil pédagogique de l'UFR.

La raison principale tient aux difficultés rencontrées pour exploiter ces évaluations afin de remédier aux dysfonctionnements constatés et objectivés. La plupart du temps, au mieux, cela passe par un échange informel, téléphonique ou interpersonnel, entre le représentant du directeur de l'UFR en charge de la pédagogie et le chef du service d'accueil des stagiaires. Les interlocuteurs de la mission précisent que la régulation par les pairs reste néanmoins efficace.

Certains directeurs d'UFR ont indiqué que le seul levier à leur disposition réside dans l'affectation des chefs de clinique qui ont une fonction aussi d'enseignement. C'est ainsi qu'il peut être décidé d'octroyer plus de moyens à des services qui se sont investis dans leur mission de formation pédagogique. L'attribution de moyens supplémentaires à des terrains de stage qui rencontrent des difficultés pourrait aussi être envisagée, sous réserve d'une évaluation de la plus-value d'une telle mesure.

L'autre raison reste la quasi absence d'information des étudiants non élus sur le résultat des évaluations des terrains de stage qui donnent lieu à des « palmarès informels » parfois non entièrement fondés. Le travail de certaines UFR autour de l'objectivisation de l'évaluation ne fait pas l'objet d'une diffusion large ou à tout le moins d'une réflexion sur les médias pertinents pour toucher les étudiants. La mise en ligne des évaluations des stages sur l'ENT des étudiants n'est pas forcément le moyen le plus efficace pour faire une promotion efficace des résultats de l'évaluation.

- **Au niveau des étudiants**

Une des grandes innovations de l'arrêté du 8 avril 2013 consiste à indiquer explicitement que **les lieux de stage font l'objet d'une évaluation par les étudiants**. « Le retour d'expérience de la part du stagiaire sur le déroulement de son stage (accueil, suivi, intérêt...) » est bien prévu dans le cadre

national des formations arrêté en 2014<sup>25</sup>, mais **la prédominance des stages au niveau du DFASM donne tout son sens à leur évaluation par les étudiants de deuxième cycle de médecine.**

Les modalités d'évaluation des stages par les étudiants sont très diverses et plusieurs situations existent :

- des UFR ont fait le choix de travailler uniquement sur la base de produits nationaux développés par des étudiants et pour des étudiants, de type GELULES ;
- le guide d'évaluation et les résultats des évaluations à disposition des étudiants sur GELULES ne sont plus valides si au bout de quatre-vingt-dix jours aucune évaluation n'est faite par l'étudiant ;
- on trouve également des produits développés par les UFR de médecine de type DIOSEL<sup>26</sup> ou PEPS à Besançon (plateforme d'évaluation des pratiques en stage, cf. encadré suivant).

Enfin, d'une manière plus souple, l'évaluation s'appuie sur des produits du marché de type sondage en ligne (SurveyMonkey à Paris 6) ou d'icônes de satisfaction à partir d'un questionnaire simple (par exemple smileys à Aix-Marseille université) ou via l'observatoire de la vie étudiante de l'université comme à Paris 13.

La majorité des évaluations par les étudiants des terrains de stage se fait sur la base du volontariat avec des retours à 25 à 30 %. Pour nombre d'UFR se pose le problème de la faiblesse des réponses, de l'utilisation des évaluations, des décisions à prendre au regard de ces évaluations et des enseignements à en tirer. Certains interlocuteurs de la mission insistent sur la nécessité de garder la partie libre des commentaires. Pour eux les « poussées » favorables et défavorables veulent dire quelque chose. Il est toujours intéressant que les autres encadrants connaissent aussi l'évaluation du terrain de stage par les étudiants.

Parfois, l'évaluation par les étudiants revêt un caractère obligatoire comme à Saint-Étienne ou Paris 6 où le taux de réponses de 100 % est lié à une stratégie « coercitive » qui consiste à renseigner l'évaluation pour pouvoir accéder au choix des stages suivants.

La mission constate une relative faiblesse d'exploitation des résultats des évaluations. Certaines UFR les conçoivent presque comme un mal nécessaire, une obligation réglementaire à maîtriser ou à déléguer et d'autres en font un élément véritablement structurant de leur politique de formation.

D'une manière générale, les UFR ne se sont pas approprié la question de l'évaluation. Elle n'est pas suffisamment considérée comme une opportunité de croiser des objectifs pédagogiques avec une évaluation objectivée des terrains de stage, qui vise à améliorer les conditions de formation de tous les étudiants et dans chaque service, dans le cadre d'un processus interrogé en continu.

C'est aussi la responsabilité des étudiants élus d'être plus engagés sur ce sujet. Même si les représentants élus participent aux travaux de la commission des stages et des gardes ainsi qu'à ceux

---

<sup>25</sup> Arrêté du 22 janvier 2014 fixant le cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence, de licence professionnelle et de master. Cf. Annexe de l'arrêté sur le cahier des charges des stages, partie « Évaluation / validation (modalités) ».

<sup>26</sup> DIOSEL : plateforme informatisée de gestion des stages conçue pour l'UFR de médecine Paris-Créteil et bientôt utilisée par une dizaine d'UFR de médecine.

de la commission pédagogique de l'UFR et s'ils sont parfois à l'origine du signalement de dysfonctionnements, les conclusions des évaluations font rarement l'objet de leur part d'une information massive et commentée à destination des étudiants.

La mission a pu avoir de nombreux échanges fructueux avec les étudiants élus sur ce qui fonde leur choix de stage (hors stages obligatoires) au regard d'éventuels éléments d'aide à la décision constitués par ces évaluations. Le constat est qu'en l'état actuel des évaluations, l'intérêt est assez limité à les utiliser, quand elles existent, pour déterminer son terrain de stage.

Du point de vue des étudiants, les difficultés pratiques dans l'offre de stages résident principalement dans les modalités de choix des stages (cf. *supra* 2.1.2).

Le choix du terrain de stage, quand l'étudiant peut en avoir l'initiative, se fait selon des critères qui lui sont propres, qu'il classe et discrimine. Ces stratégies de choix relèvent de la somme des stratégies individuelles, chacun faisant ses choix par rapport à ses centres d'intérêt immédiats ou projetés. Il peut y avoir des critères liés à la géographie, à des envies de future carrière. L'avis pris auprès des anciens et ensuite la localisation sont déterminants. Cela peut être parfois la réputation du service ou de l'établissement d'accueil.

Tous les étudiants rencontrés confirment qu'en sixième année les ECN sont la priorité. Majoritairement, ils vont rechercher le stage qui va le plus « rapporter » par rapport aux ECN. Le stage intéressant est celui qui est le plus « rentable » dans une appréciation coût - avantage.

Les situations sont diverses et contrastées d'une UFR à l'autre, d'un pôle d'activité ou d'un service à l'autre. Les étudiants expriment que les séniors sont plus ou moins impliqués dans l'activité de formation et qu'il existe des stages parfois très formateurs ou parfois réducteurs comme l'électrocardiographie systématiquement dévolue aux « externes ». Ils signalent également que bien souvent faute de temps, le chef de service ne fait plus d'évaluation des stagiaires, mais que ce sont les tuteurs qui s'en chargent.

Il peut y avoir à la marge des chefs de service et des référents pédagogiques qui ne remplissent pas leur rôle. Tous les étudiants concluent que cela est très « service dépendant » et dépend de ce que l'étudiant attend et de son degré d'implication dans le stage. En fait, la question du compagnonnage avec les internes est déterminante pour avoir une représentation positive ou non du futur stage et de son environnement, sachant que les internes changent tous les six mois et qu'un interne débutant, ce n'est pas pareil qu'un interne qui a une petite ancienneté dans le service.

### **Recommandation n° 7**

Mettre en place une grille d'évaluation des terrains de stage par l'UFR et les étudiants, validée par la commission des stages et des gardes. Rendre obligatoire cette évaluation avant tout nouveau choix de stage par les étudiants. Exploiter les données et les partager en commission des stages et des gardes à des fins d'amélioration.

#### **2.3.2. Le carnet de stage s'apparente davantage à un suivi administratif que pédagogique**

La mise en place du carnet de stage remonte à une vingtaine d'années ; il devait contenir les objectifs pédagogiques associés aux stages, sur lesquels s'appuyaient les enseignants pour valider les connaissances acquises.

L'arrêté du 8 avril 2013 est plus précis sur la formalisation pédagogique puisque non seulement il indique que le projet pédagogique est élaboré au sein de la commission pédagogique de l'UFR mais que la commission des stages et des gardes est chargée de faire des propositions sur le contenu du carnet de stage.

La majorité des établissements rencontrés dispose d'**un carnet de stage sous format papier**.

Soit celui-ci résulte du carnet de stage mis en place avant la réforme de 2013 et le cas échéant revisité à l'échelle de l'UFR, soit il a été partiellement modifié à l'initiative et pour les besoins spécifiques d'un ou de plusieurs pôles d'activités particuliers.

Dans des cas plus rares, le carnet de stage a fait l'objet depuis 2013 de travaux et d'une validation au niveau de l'UFR.

**La formalisation pédagogique des objectifs attendus est très hétérogène d'une UFR à l'autre** : ils ont fait l'objet ou non de discussions, d'appropriation et de formalisation lors de la commission des stages et des gardes, voire lors du conseil pédagogique de l'UFR. Ils ne sont pas tous formalisés ou bien formalisés partiellement au niveau d'un pôle d'activité ou d'un service ; certains sont « figés » depuis de nombreuses années, et d'autres font l'objet de réactualisations en cours de validation ou selon des rythmes réguliers et des modalités renouvelées.

Les situations observées le plus fréquemment font apparaître des objectifs au mieux déclinés dans quelques services spécifiques, soit parce que cela relève de pratiques habituelles du service, soit sous l'impulsion d'un chef de service. Mais il n'y a pas, sauf exceptions, d'harmonisation à l'échelle de l'UFR. Ce constat est confirmé par des **étudiants rencontrés qui regrettent d'une part l'absence d'homogénéisation de la formation pratique** dont l'approche par rapport au référentiel du DAFSM est laissée à l'initiative de chaque chef de service, d'autre part que **cette approche par référentiel ne prene pas suffisamment en compte la dimension « compétence »**.

La validation des stages se concrétise parfois sous la forme la plus simple consistant en un ensemble de feuilles attachées aux différents terrains de stage, ou plus rarement sous la forme d'un carnet de stage informatisé.

D'une manière générale, **le carnet de stage n'a qu'une vocation de suivi administratif et d'attestation du service fait sans réelle plus-value** sur l'appropriation des compétences par les étudiants. On y trouve des informations à caractère administratif sur le service, la période de stage, la qualité et signature des référents de validation et surtout sur la validation ou non du stage.

Le dossier d'évaluation du HCERES comprend une fiche d'expertise relative à l'information donnée aux étudiants sur les connaissances et compétences attendues à l'issue de la formation. Les étudiants rencontrés par la mission<sup>27</sup> indiquent ne pas toujours disposer des attendus des objectifs pédagogiques, même quand ceux-ci sont formalisés. La validation du stage sert parfois *de facto* de validation générique des connaissances et des compétences acquises. Des travaux sont initiés dans quelques UFR sur des projets de portfolio où figurerait l'ensemble des travaux de l'étudiant et ferait

---

<sup>27</sup> La qualité des échanges et le nombre d'étudiants auditionnés a permis à la mission de disposer d'un périmètre d'observation pertinent. Toutefois il s'agit d'étudiants élus, considérés par nature comme plus impliqués et mieux renseignés.

état de ses compétences en gardant une traçabilité de ses apprentissages. Ce portfolio serait un outil de communication entre étudiants et enseignants, accessible via le web.

La mission a constaté la quasi absence de formalisation d'attendus pédagogiques entre les UFR et les services accueillant des étudiants stagiaires (cf. *supra* § 2.2.2 sur le contrat pédagogique).

#### **Recommandation n° 8**

Mettre en place une harmonisation des objectifs pédagogiques associés aux stages et déclinés par spécialité.

#### **Recommandation n° 9**

Poursuivre et faire aboutir les projets d'informatisation des carnets de stage en lien avec la définition des objectifs pédagogiques et les modalités d'évaluation et d'autoévaluation des stages.

### **2.3.3. Des pratiques hétérogènes en matière d'évaluation des étudiants**

L'arrêté 8 avril 2013 précise que le carnet de stage contient les objectifs pédagogiques et le suivi de la progression de l'étudiant évaluée par le référent du stage, l'étudiant étant informé des connaissances et compétences à acquérir au cours du stage. Il décline précisément les items des évaluations qualitatives et quantitatives et pose enfin le principe pour l'évaluation finale du stage d'un entretien entre le référent et l'étudiant, en accord avec le responsable pédagogique.

Si les informations brutes sur la validation (validé / non validé) figurent parmi les champs à renseigner obligatoirement, les éléments constitutifs du degré d'acquisition de connaissances et de compétences sont souvent pas ou peu renseignés et ce d'autant que généralement n'ont pas été déclinés des objectifs et des compétences associés. De plus, si la validation par la signature du chef de service est systématique, ce n'est pas toujours le cas pour le référent pédagogique. Dans quelques situations l'étudiant n'a connaissance que du statut validé ou non de son stage, sans même connaître l'appréciation générale portée sur son stage.

Le contreseing de l'étudiant n'est pas systématiquement recueilli au moment de l'appréciation et du bilan formalisé du stage. La rencontre avec son référent pédagogique à l'issue du stage n'est pas toujours formalisée et organisée, même si certaines UFR ont systématisé un entretien à la fin du stage, considéré comme un moment privilégié d'échanges.

Les étudiants rencontrés souhaiteraient avoir accès systématiquement à leur évaluation, notamment aux commentaires, avoir un retour sur ce qu'ils doivent améliorer.

Des dispositifs spécifiques ont été mis en place dans le cadre de l'invalidation d'un stage. Ils peuvent faire l'objet d'une formalisation à l'aide de fiches ou de rapports connus des étudiants et contresignés par eux (justification de l'invalidation et de ses motifs) et aller jusqu'à une rencontre individualisée avec le directeur de l'UFR ou le responsable de la pédagogie.

Les interlocuteurs rencontrés par la mission insistent sur le fait que l'évaluation d'un stage est un processus continu qui se fait tout au long du stage et qu'il est très rare qu'un stage ne soit pas validé. Certaines UFR avouent une difficulté pour faire repasser les stages aux étudiants défaillants. Le



redoublement de stage entame les marges de manœuvre souvent faibles en termes de possibilité d'accueil et entraîne des difficultés importantes de gestion administrative et pédagogique.

Des UFR ont engagé une réflexion plus large sur les attendus de l'évaluation des compétences des étudiants et le moment le plus approprié pour la faire. Les compétences relationnelles et plus généralement le savoir-être sont évalués lors du certificat de compétence clinique.

Enfin, les interlocuteurs de la mission ont tous insisté sur la difficulté, voire l'absence de pertinence de l'évaluation pour les stages courts (un mois).

### **Recommandation n° 10**

Systematiser l'entretien final prévu par les textes portant sur l'évaluation du stage et en faire une étape administrative et pédagogique pour la validation.

#### **2.3.4. Une attribution fantaisiste des ECTS, qui soulève manifestement l'incompréhension**

L'attribution de 12 à 24 ECTS fixée par l'arrêté du 8 avril 2013 à l'UE 13 qui regroupe l'ensemble des stages et des gardes est très rarement vérifiée. Certaines UFR n'en attribuent tout simplement pas, d'autres affectent 48 ou bien 5 ECTS, ou bien encore des ECTS en DAFSM1 et DAFSM2 et aucun en DAFSM3. Une minorité d'UFR respecte la fourchette réglementaire.

Les responsables pédagogiques comme les étudiants dénoncent une mécanique artificielle pour adapter les études de médecine au schéma LMD, qui n'a guère de sens. Elle en a encore moins pour la gestion de l'UE 13, celle des stages, au point de devenir un non sujet dans plusieurs UFR, sinon une source de complication technique supplémentaire pour capitaliser les ECTS en cas de redoublement. Les arguments ne manquent pas :

- le DAFSM qui confère le grade de master, est validé par l'obtention de 120 crédits européens alors qu'il dure trois ans au lieu de deux pour les autres mentions ;
- comment quantifier le temps passé en stage et le corréliser dans une maquette, à des ECTS par semestre ?
- comment faire rentrer l'UE 13 dans le cadre réglementaire de l'arrêté du 22 janvier 2014 fixant le cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence, de licence professionnelle et de master ?

Quelques voix s'élèvent pour trouver malgré tout un intérêt à ce système. Il faciliterait la mobilité étudiante sortante comme entrante ainsi que les passerelles éventuelles vers d'autres domaines de formation. Mais elles concernent très peu d'étudiants.

### **Recommandation n° 11**

Laisser les UFR fixer librement les ECTS attribués à l'UE 13 qui recouvre les stages et les gardes. Valider les stages au fur et à mesure de leur réalisation mais attribuer les ECTS de l'UE 13 globalement en fin de M3.

### Encadré 3 : Quelques illustrations sur l'évaluation des terrains de stage par les UFR et les étudiants, le carnet et le contenu des stages, l'évaluation des étudiants

#### L'évaluation des terrains de stage par les UFR

À **Saint-Étienne**, la majorité des services a été visitée par le comité de suivi (doyen, chargé de mission des stages, assesseur à la pédagogie et coordinateur du département de médecine générale, en fonction des services) de manière inopinée pour s'assurer de l'encadrement des étudiants.

#### Évaluation des terrains de stage par les étudiants

À **Nice** l'évaluation est réalisée avec la plateforme **GELULES**. Les étudiants peuvent consulter les évaluations pour leur choix de stage. Une restitution des résultats est faite aux enseignants lors de la journée de la pédagogie organisée par l'UFR en fin d'année ainsi que sur demande par mail des services du CHU.

**De même Lille** a lancé ce processus à la fin des années 70 avec l'**ACEML** (association corporative des étudiants en médecine de Lille) qui produit un supplément « guide des stages » à son journal médecine information lillois, le **MIL**, qui paraît à chaque rentrée.

À **Créteil**, l'application **DIOSEL** permet entre autres l'évaluation anonyme des terrains de stage par les étudiants dont la synthèse est consultable, ainsi que l'évaluation des étudiants par les maîtres de stage qui est couplé avec **DIOTIME** qui est une plate-forme pédagogique de l'UFR de médecine qui présente les objectifs de stage affichés par de nombreux services.

À **Besançon**, l'évaluation est faite avec l'outil **PEPS**, accessible pour l'étudiant via son ENT, depuis septembre 2015. Cet outil a été réalisé en collaboration avec l'université de Lausanne à l'initiative des étudiants. **Il permet à la fois l'évaluation des étudiants hospitaliers en ligne, et l'évaluation des stages par les étudiants.** Les items évaluatifs comprennent des questions relatives à l'accueil, aux objectifs pédagogiques, à l'enseignement et à la pédagogie, aux spécificités du stage et de l'encadrement, à la progression de l'autonomie de l'étudiant.

#### Carnet et contenu des stages

À **Marseille**, les carnets de stage indiquent quatre objectifs : l'apprentissage de la séméiologie clinique de la spécialité, l'apprentissage de l'interprétation de la paraclinique courante de la spécialité, la présentation d'exposés cliniques en lien avec les items de la spécialité à l'ENC, et l'épreuve clinique de fin de stage.

À **Strasbourg**, en gériatrie, il est demandé aux étudiants de faire une présentation d'un dossier devant un chef de service extérieur au leur, pour discuter de la démarche diagnostique et thérapeutique. La moitié des étudiants confectionne un dossier clinique sur le modèle de l'ECN, l'autre moitié le corrige. En chirurgie thoracique, **il existe un carnet de stage décliné en « avoir vu », « fait », « compris ».** Le niveau d'acquisition par l'étudiant à l'issue du stage est noté et validé par un sénior. Le carnet est calqué sur les connaissances théoriques à acquérir : items sur la chirurgie thoracique et correspondances avec les plateaux techniques.

#### L'évaluation des étudiants

À **Besançon**, l'outil **PEPS** prévoit une traçabilité de l'évaluation (l'enseignant voit les évaluations des stages précédents) sur différents items, et l'autoévaluation de l'étudiant sur ces mêmes items : dix items spécifiques à une discipline basés sur l'ECN ; cinq items transversaux communs à l'ensemble des

stages et cinq items techniques. Il est possible pour l'étudiant et les référents pédagogiques de voir les deux fiches d'évaluation simultanément.

**Paris 6** considère qu'il est trop tard à la fin du stage pour faire une évaluation, que cela n'est pas très pertinent. C'est pourquoi a été généralisé le bilan à mi-stage, sur la manière dont l'étudiant vit son stage. L'intérêt est que l'étudiant ait progressé à la fin du stage.

À **Rennes** l'évaluation du stage est l'occasion de détecter les éventuels problèmes de comportement, d'addiction et/ou de difficultés psychologiques de quelques étudiants pour lesquels est alors mise en place une prise en charge particulière.

À **Lyon-sud**, l'évaluation du stage est réalisée par deux enseignants : le chef de service et un praticien, autour de différents items, l'atteinte des objectifs déclinés dans le carnet de stage et l'évaluation clinique. Les objectifs peuvent être différents d'un service à l'autre en fonction des objectifs du service.

À **Créteil**, l'étudiant est évalué à l'entrée et à la sortie du stage par un QCM. Environ dix redoublants par an bénéficient d'un contrat pédagogique avec un choix de stages ciblés en fonction des lacunes identifiées (dispositif pédagogique très apprécié des redoublants).

### 3. L'impact de la réforme en termes d'adaptation aux modes de gestion au sein des établissements publics de santé

Le dispositif rénové encadrant les études de médecine pour les étudiants de deuxième cycle constitue indéniablement une avancée en termes de clarification du positionnement des étudiants et des différents acteurs qui participent de cette formation. Les règles qui régissent le partenariat entre le CHU et l'UFR, ainsi que le CHU de rattachement des étudiants et les établissements de santé périphériques sont globalement appliquées même s'il persiste des zones grises. Le déploiement est relativement récent puisqu'il date de 2013 et s'ajuste en permanence comme en témoigne le nombre important de textes édictés.

Dans un premier temps et pour apprécier finement la situation, la mission s'est placée du point de vue de l'étudiant puis du côté de l'administration hospitalière. Pour appréhender la question, outre les entretiens réalisés sur site en particulier sur ce point avec les représentants des étudiants, un questionnaire spécifique a été adressé à l'ensemble des CHU via la conférence des directeurs généraux de CHU<sup>28</sup>, commission des directeurs des affaires médicales.

Pour ce qui concerne la gestion administrative des étudiants, un bilan du dispositif règlementaire est présenté et deux axes d'analyse ont été privilégiés :

- l'appréhension par les étudiants du dispositif de gestion administrative et les modalités de présentation qui leur a été faite par le CHU de rattachement ;
- la participation des étudiants dans les instances institutionnelles hospitalières.

Enfin, la mission s'est attachée à formuler des recommandations à l'aune des difficultés rencontrées et des leviers identifiés notamment au travers de pratiques observées dans certains sites visités.

---

<sup>28</sup> Onze retours de la part des CHU de Angers, Besançon, Lyon, Grenoble, Montpellier, Nancy, Nantes, Nîmes, Saint-Étienne, Toulouse et Tours ont permis d'analyser la situation.

Dans un second temps et afin de mesurer une autre dimension de la réforme en particulier l'impact sur l'organisation et fonctionnement hospitalier, la mission s'est intéressée aux relations conventionnelles entre le CHU et les structures hospitalières d'accueil des étudiants, ainsi que dans les cabinets médicaux de ville (hors mission) et a analysé le financement des établissements dans le cadre de la prise en charge des études des étudiants en deuxième cycle de médecine.

La mission formule également des recommandations afin de clarifier une situation qui reste floue.

### **3.1. Un dispositif réglementaire important et mis en œuvre de façon incomplète et variable**

La réforme engagée en 2013 s'est traduite par l'édition de règles importantes et pléthoriques sans véritablement ôter toutes les ambiguïtés nées d'un dispositif parfois insuffisamment clair. À titre d'illustration, une confusion est maintenue dans les relations entre l'université et une de ses composantes : l'UFR de médecine. De même, le financement de la formation « réputée couverte par la tarification à l'activité (T2A) » est de nature à maintenir une zone grise.

La mission est répartie de deux textes qui organisaient les modalités pratiques d'encadrement des étudiants en médecine : le décret du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine et l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

C'est dans un souci d'améliorer les conditions de travail des étudiants et des internes que le dispositif réglementaire a été déployé avec la réforme de 2013. Un focus forcément réducteur sur les dispositions introduites, révèle un nombre important de textes (trois décrets, trois arrêtés, deux circulaires et une instruction) impactant directement l'organisation et le fonctionnement des études (hors textes régissant la participation des étudiants à la vie institutionnelle (cf. *infra*)).

#### Encadré 4 : Le dispositif réglementaire depuis la réforme de 2013

- Décret n° 2013-73 du 23 janvier 2013 modifiant le statut des internes et relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie.
- Décret n° 2014-319 du 11 mars 2014 portant création d'une indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie.
- Décret n° 2014-674 du 24 juin 2014 modifiant les dispositions du code de la santé publique relatives aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, odontologie et en pharmacie.
- Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
- Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine, modifié par l'arrêté du 6 août 2015 concernant le montant de l'indemnité de garde.
- Arrêté du 11 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie accomplissant un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement pris en application du décret n°2014-319 du 11 mars 2014.
- Circulaire n° DGOS/RH4/2013/272 du 8 juillet 2013 rappelant les dispositions réglementaires relatives à la prise en charge de frais de transport domicile/lieu de travail des étudiants hospitaliers et des internes.
- Circulaire n° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé.
- Instruction DGOS/RH4/2014/340 du 10 décembre 2014 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie.

La mission a constaté que ce lourd dispositif n'était pas appliqué de façon homogène sur le territoire. En dépit d'une instruction en vue de clarifier les modalités d'application, la mise en œuvre reste très disparate.

Si les dispositions concernant la centralisation de la rémunération des étudiants hospitaliers en médecine par le CHU de rattachement sont respectées, il apparaît que de nombreux éléments ne sont pas appréhendés de la même façon par toutes les structures hospitalières et universitaires.

En rappelant les règles, pourtant définies, la mission a réalisé une analyse des différences de traitement et pointé les dérives constatées, le cas échéant.

- **Concernant la rémunération des stages hospitaliers**

Les textes disposent qu'à partir du deuxième cycle de médecine et jusqu'à la nomination en qualité d'interne, les étudiants hospitaliers en médecine participent à l'activité hospitalière et ambulatoire et perçoivent, après service fait, une rémunération versée par le CHU de rattachement lié par convention à l'UFR dans laquelle ils sont inscrits. Le montant est fixé par arrêté ministériel. Elle est versée mensuellement. Cette rémunération est versée de la même façon à tous les étudiants hospitaliers quelle que soit l'organisation des stages (temps plein ou mi-temps).

Cette centralisation de la rémunération des étudiants par les CHU est appliquée depuis l'année universitaire 2014-2015.

- **Sur la rémunération du stage de médecine générale**

Le montant de la rémunération de l'étudiant hospitalier est calculé sur une durée moyenne de six semaines de stage à temps plein. Le financement de cette mesure se fait sur justification transmise à l'Agence régionale de santé (ARS).

La mission encourage l'examen de tous **les facteurs de nature à favoriser le stage en médecine générale : logement notamment, déplacements, aménagements de continuité de la participation aux enseignements, etc.**

- **Les indemnités liées aux services de garde et/ou l'indemnité forfaitaire de transport**

Elles ne sont pas versées systématiquement aux étudiants, alors qu'elles le devraient depuis la rentrée universitaire 2014-2015.

- **Sur l'indemnisation des gardes de l'étudiant en médecine**

Les étudiants en médecine perçoivent 39 € pour une période de garde (jour, nuit, dimanche ou jours fériés) et 78 € pour une garde de 24 h. Les indemnités liées aux services de garde sont versées directement par l'établissement d'accueil.

- **Sur l'indemnité forfaitaire de transport**

Lorsqu'un étudiant accomplit un stage en dehors du CHU de rattachement (stage ambulatoire ou hôpitaux périphériques) et si le lieu de stage est situé à une distance supérieure à 15 km de l'UFR dans laquelle est inscrit l'étudiant, il a droit à cette indemnité. Lorsque le stage est organisé à temps plein, il doit être situé à une distance de plus de 15 km tant de l'UFR que de son domicile. Il appartient à l'étudiant d'en formuler la demande auprès de son CHU de rattachement.

**Les textes prévoient enfin que la charge de la rémunération des stages hospitaliers, du stage de médecine générale, de l'indemnité forfaitaire de transport, est réputée couverte par la tarification à l'activité<sup>29</sup>.**

## **3.2. Une avancée pour les étudiants en dépit de quelques difficultés persistantes**

### **3.2.1. Les modalités d'accueil par le CHU ne sont pas homogènes**

La mission a constaté une diversité de modalités de présentation du dispositif de gestion administrative des étudiants. L'accompagnement des étudiants en médecine qui ont un statut mixte d'agent public et d'étudiant, justifie une information détaillée quant à leurs droits et devoirs. De surcroît, pour permettre une mobilité des étudiants hospitaliers sur les divers terrains de stage de la région, les établissements (CHU, université et structure d'accueil) doivent se coordonner pour délivrer une information fiable sur laquelle l'étudiant peut organiser le mieux possible sa scolarité.

---

<sup>29</sup> Terminologie retrouvée régulièrement dans les circulaires et instructions ministérielles relatives au financement hospitalier.

Cet accompagnement prend une forme dématérialisée ou sur support papier. La mission constate que le niveau et la nature des informations données sont très variables, d'une réunion d'information au livret remis à l'étudiant.

L'instruction n° DGOS du 10 décembre 2014 explicite les dispositions réglementaires relatives aux étudiants en médecine ; elle est claire, détaillée et recense l'ensemble des informations utiles aux étudiants. Il est regrettable qu'elle ne soit pas complètement et fidèlement appliquée par l'ensemble des établissements d'accueil des étudiants : CHU de rattachement et structure d'accueil (établissements périphériques).

La mission a effectivement relevé que les gardes n'étaient pas toujours payées<sup>30</sup>, que les frais de déplacement n'étaient pas toujours remboursés faute de demande de l'intéressé. Paradoxalement les étudiants concernés et interrogés par la mission ne se plaignent pas de cette situation anormale. Il convient d'ajouter qu'ils n'ont pas une connaissance précise et exhaustive des règles qui leur sont applicables.

Par ailleurs, la mission a constaté un défaut d'information des étudiants. Il n'est ni possible ni souhaitable de pointer une quelconque responsabilité mais d'alerter sur la nécessité de permettre aux étudiants d'accéder à leur droits. Certaines UFR organisent des réunions d'information qui rencontrent un succès limité. C'est pourquoi, la mission estime indispensable de réfléchir à la meilleure modalité d'information afin de faciliter la vie des étudiants tout en les responsabilisant. En effet et pour illustrer les situations complexes, les étudiants hospitaliers doivent choisir le dispositif dont ils souhaitent bénéficier : s'ils souhaitent bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport, ils doivent renoncer temporairement aux autres indemnités de transport qu'ils perçoivent de la part du CHU. Le versement de ces indemnités est suspendu tant que l'étudiant est éligible à l'indemnité forfaitaire de transport. Ce droit d'option est concrètement compliqué à gérer pour les étudiants tout comme pour les établissements puisque l'indemnité forfaitaire de transport est assujettie aux cotisations et contributions sociales salariales et patronales aux taux de droit commun applicables aux rémunérations des étudiants hospitaliers<sup>31</sup>.

Depuis la rentrée universitaire 2014-2015, la centralisation de la rémunération des étudiants hospitaliers est assurée par les centres hospitaliers universitaires de rattachement qui doivent verser la rémunération principale et, le cas échéant, l'indemnité forfaitaire de transport des étudiants hospitaliers. Des arrêtés, relatifs aux conventions permettant l'accueil des étudiants effectuant des stages en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement, prévoient les modalités de versement de la rémunération des étudiants hospitaliers.

## **Recommandation n° 12**

**Harmoniser et diffuser les règles d'accueil des étudiants dans les établissements de santé.**

---

<sup>30</sup> Il ne s'agit pas d'une erreur ou d'un oubli mais d'une organisation du temps de travail qui fait perdre artificiellement le statut de gardes pourtant sur un poste de travail avec une amplitude horaire de 24 h.

<sup>31</sup> Cotisations de sécurité sociale - famille, maladie, vieillesse de base, accident du travail et maladie professionnelle -, la CSG et la CRDS, les cotisations de retraite complémentaire dues à l'IRCANTEC, la cotisation de solidarité au taux de 1 %, la taxe sur les salaires et les autres prélèvements d'origine légale et conventionnelle - FNAL, le versement de transport.

### 3.2.2. La participation des étudiants dans les instances institutionnelles hospitalières s'améliore mais reste symbolique à certains égards

Le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement (CME) et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé, a intégré un représentant des étudiants en médecine à la composition de la CME. L'objectif est d'associer les étudiants hospitaliers<sup>32</sup> aux compétences de la CME qui les concernent.

De façon générale, il est prévu que la commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement l'est également. Dans ce cadre, on retrouve « les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ». Il est par ailleurs prévu que la CME est consultée sur « *la politique de formation des étudiants et internes* ».

La mission a constaté que ces dispositions sont très inégalement appliquées, lorsqu'elles sont connues. Pour les modalités d'accueil, d'intégration de professionnels et d'étudiants, on trouve parfois des plaquettes d'explications d'accueil (cf. § précédent). En revanche, la politique de formation des étudiants n'est que très rarement, voire jamais, discutée au sein de la CME.

La mission ne peut pas soutenir que cette disposition n'est pas appliquée en raison de l'absence d'exhaustivité du retour des questionnaires et de l'échantillon d'établissements visités. Toutefois, aucun interlocuteur n'a été en mesure d'affirmer formellement qu'elle était appliquée dans son ensemble et dans son esprit. La question est parfois évoquée au détour d'une discussion mais l'absence de formalisation ne permet pas de considérer cette façon de faire comme satisfaisante.

Il est souhaitable que les CME s'emparent de cette récente attribution sur l'accueil et la formation des étudiants dans le cadre de leur mandat de quatre ans et de celui de leurs présidents, à la suite des élections qui se sont déroulées fin 2015, début 2016. **Le décret du 20 septembre 2013 est paru en effet à mi-mandat des CME, ce qui n'a pas favorisé la mise en œuvre des inflexions attendues.** La mission a relevé que ce point a été inscrit dans la feuille de route d'un président de CME nouvellement élu, et elle encourage cette appropriation.

Si la place des étudiants n'est pas très affirmée dans les faits au sein de la CME, en revanche dans les commissions pédagogiques et des stages, les étudiants expriment leur intérêt mais également leur participation active.

Pour la mission, ces deux points ne sont pas du même ordre. En effet la question de la politique de formation des étudiants et internes est laissée à l'appréciation exclusive de l'UFR de médecine. Il y a une sorte de ligne de partage avec d'un côté la question de la formation qui reste du ressort exclusif de l'UFR et une vie hospitalière appréhendée sous un angle administratif et qui relève de la gestion par les directions des affaires médicales.

Ce déficit d'intérêt dans les instances hospitalières pour la formation et la participation des étudiants, nuit au renforcement des imbrications entre l'enseignement théorique et le stage hospitalier avec sa dimension d'apprentissage clinique.

---

<sup>32</sup> Le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 a élargi la composition de la CME aux étudiants hospitaliers, représentation qui était jusqu'alors limitée à celle des internes.



### 3.2.3. Les aspects de protection sociale et de droits liés au statut d'agent public

- **Affiliation des étudiants en médecine au régime général de la sécurité sociale**

Un guide de protection sociale des étudiants élaboré par la DGOS reprend les dispositions législatives et réglementaires du régime général et du code de la santé publique et clarifie leur régime de protection sociale et la prise en charge de leur rémunération en cas de maladie. Il est disponible en ligne dans une version actualisée au 4 juin 2015 (cf. encadré suivant).

La qualité d'agent public emporte pour conséquence une affiliation au régime général de la sécurité sociale et à l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC). Le supplément familial de traitement est dû.

- **Activité accessoire des étudiants en médecine**

La qualité d'agent public travaillant à temps incomplet permet aux étudiants hospitaliers en médecine de se prévaloir des dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 qui prévoit que :

*« les fonctionnaires, les agents non titulaires de droit public (...) occupant un emploi à temps non complet ou exerçant des fonctions à temps incomplet pour lesquels la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail des agents publics à temps complet peuvent exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative dans les limites et conditions fixées par décret en Conseil d'État ».*

Cette activité accessoire est autorisée dans le respect des dispositions de l'article 15 du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 qui prévoit que ces personnes :

*« peuvent exercer, outre les activités accessoires mentionnées aux articles 2 et 3 du présent décret, une ou plusieurs activités privées lucratives, dans des conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve que ces activités ne portent pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service ».*

L'article 16 de ce décret ajoute que « l'intéressé informe par écrit l'autorité dont il relève préalablement, au cumul d'activités envisagé » et que « l'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des obligations de service de l'intéressé ».

Sur la base des déclarations faites par les directions des affaires médicales, la mission a constaté que très peu d'étudiants étaient concernés par ce cumul d'activité ou, du moins le sollicitaient.

### 3.3. Des établissements de santé qui aménagent parfois la réforme

#### 3.3.1. Les relations partenariales par voie de convention sont confuses

Les relations institutionnelles entre les partenaires en charge de la formation des étudiants sont, en principe, organisées autour de conventions.

La mission distingue deux types de conventions qui lient :

- le CHU, la structure d'accueil et l'université ;
- le CHU et l'UFR qui verse les indemnités pédagogiques et de formation des maîtres de stage.

- **La convention tripartite entre le CHU de rattachement, la structure d'accueil et l'université**

Introduite par l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, une ambiguïté persiste quant aux compétences des différentes institutions.

En effet, l'UFR n'apparaît plus comme signataire *a contrario* des dispositions antérieures. Si ce point n'emporte pas de conséquences pratiques, il révèle les incertitudes sur la place et le rôle de chacun dans le dispositif. L'article 13 de l'arrêté du 8 avril 2013 dispose que :

*« les stages organisés en application du présent arrêté font l'objet d'une convention signée entre le centre hospitalier universitaire, la structure d'accueil et l'université où l'étudiant est inscrit. Cette convention précise notamment les modalités d'organisation et de déroulement du stage. Le ou les projets pédagogiques correspondant aux stages organisés dans cette structure sont annexés à la convention ».*

L'article L. 713-4 du code de l'éducation dispose au contraire que l'UFR peut signer des conventions avec le CHU mais que ces dernières doivent être approuvées par le président de l'université et votées par le conseil d'administration de l'université.

Au moment de la visite de sites par la mission, les conventions disponibles ont été consultées. Tous les cas de figure existent.

Certains établissements n'avaient toujours pas passé de convention avec les établissements périphériques, au motif que le nombre peu important d'étudiants ne justifiait pas selon eux de conventionnement.

Pour d'autres, les conventions consultées apparaissent incomplètes notamment en matière de remboursement qui incombe à la structure périphérique envers le CHU.

Enfin, on trouve des conventions complètes où le CHU facture également des frais de gestion administrative.

Certains hôpitaux périphériques conscients des difficultés de cette prise en charge financière renoncent à prendre des étudiants. Enfin, certaines structures d'accueil refusent de payer ce qu'elles estiment être une charge induite car pour elles, il s'agit d'un rôle dévolu aux CHU.

La mission ne peut se référer qu'aux textes en vigueur ; pour les stages hospitaliers, les conventions sont conclues dans le respect des dispositions de l'article R. 6153-60 du code de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur propose les modèles de convention. Ces modèles sont toujours en cours d'élaboration. Les établissements de santé visités

ont élaboré des conventions qui couvrent de façon plus ou moins exhaustive toutes les dimensions de ce partenariat.

- **La convention entre le CHU et l'UFR qui verse les indemnités pédagogiques et de formation des maîtres de stage est complexe dans son circuit financier**

Ce point est hors périmètre de la mission. Toutefois par souci de cohérence, la mission estime nécessaire d'évoquer cette situation. En effet, la stratégie nationale de santé promeut l'installation dans les cabinets médicaux des futurs médecins, dès lors il apparaît utile d'explorer davantage ce point de façon à ne pas créer de freins à l'accueil des étudiants au sein des cabinets médicaux. Le métier de médecin généraliste doit être appréhendé précocement par les étudiants afin de faire connaître ce métier et, le cas échéant, susciter des vocations.

- L'indemnité pédagogique de maître de stage des universités est versée sous forme d'honoraires pédagogiques. Son montant forfaitaire est de 600 € bruts par mois de stage et par étudiant encadré et financé par les crédits alloués au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Ces crédits transitent par le CHU rattachement.
- Des indemnités forfaitaires spécifiques peuvent être versées aux maîtres de stage exerçant une activité libérale durant la formation qu'ils reçoivent sous l'égide de l'université, afin de compenser la perte de ressources professionnelles.

Ces indemnités sont égales à quinze fois la valeur de la consultation de médecine générale (23 €) par jour dans la limite de deux jours de formation soit 690 € par maître de stage formé pour l'accueil des étudiants de deuxième cycle des études médicales.

Dans ces deux cas, il s'agit d'honoraires qui ne comprennent donc pas de charges sociales. Il est prévu que les CHU passent convention avec les UFR qui règlent directement les indemnités pédagogiques ou de formation aux praticiens.

Depuis 2015, l'ARS délègue un montant au CHU qui est reversé à l'UFR au titre des honoraires versés aux praticiens agréés maîtres de stage. **Ce circuit complexe nuit grandement à la fluidité de leur gestion.**

La mission a constaté que ces conventions n'existent que rarement. Le CHU joue un rôle de caisse de transit entre l'ARS et l'UFR. Les difficultés naissent d'un défaut de crédits qui parfois sont avancés par l'université qui se subroge au CHU qui est en attente de la délégation de crédits de la part de l'ARS. La mission a constaté des retards de paiements de l'ordre de dix-huit mois. Cette situation, certes peu fréquente, n'est pas satisfaisante et peut décourager des médecins à rester maîtres de stages, alors que certaines régions ont du mal à en recruter. Ce point mérite une attention particulière dans la perspective de la promotion de la fonction de maître de stage.

### **Recommandation n° 13**

**S'assurer que les conventions entre le CHU, les structures d'accueil et l'université sont bien passées en conformité avec les textes et, le cas échéant, harmoniser les conventions.**

### 3.3.2. La charge financière des études des étudiants de médecine est anormalement liée à la tarification à l'activité

- **Un mode de financement qui a récemment évolué**

Pour la mission, la question du financement des études médicales (interne, étudiants hospitaliers et praticiens agréés - maîtres de stage) est inachevée.

Dans le droit fil de la réforme de 2013, la loi de financement de la sécurité sociale 2015 a introduit des modifications importantes quant à ce financement, qui se sont traduites par un transfert de crédits État (programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ») vers des crédits d'assurance maladie<sup>33</sup> accompagné d'un élargissement du périmètre des mesures financées sur les crédits MERRI.

Outre la rémunération des internes en stage hospitalier, la dotation MERRI a intégré des crédits pour le financement des étudiants en stage extrahospitalier et les indemnités versées aux praticiens agréés - maîtres de stages. Par ailleurs, le financement des années de recherche imputée en 2014 à parts égales sur des crédits État et des crédits ONDAM a basculé sur ces crédits MERRI exclusivement.

Depuis 2015, la dotation MERRI prend en compte également :

- l'indemnité forfaitaire de transport versée aux internes effectuant des stages ambulatoires à plus de 15 km du CHU de rattachement ;
- la revalorisation de l'indemnité de sujétion des internes de première année ;
- la prime de responsabilité des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) ;

- **La nécessaire clarification du financement de la formation des étudiants et des relations conventionnelles**

La charge financière de la formation des étudiants dans quasiment tous ses aspects est réputée couverte par les tarifs. L'enveloppe dédiée aux paiements des honoraires des praticiens agréés ne fait que transiter par les caisses du CHU.

Les dotations versées aux CHU au titre des parts fixe et modulable des MERRI, sont destinées à financer un effort global d'enseignement, de recherche, d'activités de référence, et d'innovation.

La mission estime satisfaisante la centralisation de la gestion administrative auprès d'une seule structure (hors gardes réalisées dans une structure d'accueil autre). En revanche, le mode de financement et les voies conventionnelles méritent d'être améliorés.

Le financement « MERRI modulable enseignement » a vocation à compenser la perte d'exploitation générée par la distraction du temps médical mobilisé pour assurer la prise en charge de l'encadrement des étudiants, au détriment de l'activité rémunérée au titre de la « tarification à l'activité ». Aujourd'hui, faute d'informations fiables, il est difficile d'évaluer le coût total direct

---

<sup>33</sup> Crédits qui relèvent du périmètre de l'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie).

correspondant à la charge de rémunération des étudiants par les CHU (rémunérations des stages, gardes, transports) et la dotation MERRI allouée pour le financement des surcoûts d'exploitation générés par les charges indirectes engagées par les CHU pour la réalisation de leur mission d'enseignement.

Il est indéniable que la formation des étudiants du deuxième cycle des études de médecine justifie un encadrement pédagogique important. Le temps consacré à la formation n'est ni mesuré ni mis en regard d'une perte d'exploitation potentielle. Par conséquent, une étude fine est nécessaire pour **évaluer les coûts liés à la formation, l'enseignement et l'encadrement des étudiants** : valorisation financière des maquettes d'organisation du temps médical, du temps paramédical et autres charges dédiées ainsi que **la perte d'exploitation valorisée en fonction du temps médical non passé à de l'activité tarifée, à calculer pour chaque secteur d'activité**. Cela est vrai pour les CHU mais également pour les structures d'accueil des étudiants de deuxième cycle des études de médecine.

Dès lors, pour la mission, il n'est pas judicieux de considérer les étudiants de deuxième cycle de médecine comme leurs aînés de troisième cycle, les internes de médecine, qui participent à la production de soins.

La mission estime qu'une des raisons de la confusion est née d'un financement mal déterminé, des conventions floues quand elles existent. En effet, la formule consacrée selon laquelle la charge de la formation des étudiants « *est réputée couverte par la tarification à l'activité* » porte en soi une iniquité dans ce mode de financement et expose ces financements aux évolutions de la tarification à l'activité.

Ainsi, **le financement des stages extrahospitaliers ainsi que la rémunération et la formation des maîtres de stages méritent d'être isolés** et la dotation évaluée selon les critères objectifs.

#### **Recommandation n° 14**

Isoler la charge « financement des études médicales » de la tarification à l'activité. Fixer dans le cadre de l'ONDAM le montant dédié à ce financement.

#### **Quelques illustrations sur l'information et l'accompagnement des étudiants de deuxième cycle**

**La DGOS** : un guide de protection sociale des étudiants explique le régime de protection sociale et la prise en charge des rémunérations en cas de maladie.

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_protection\\_sociale\\_des\\_etudiants\\_en\\_medecine\\_en\\_odontologie\\_et\\_en\\_pharmacie.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_protection_sociale_des_etudiants_en_medecine_en_odontologie_et_en_pharmacie.pdf)

**À Créteil** : une lettre d'information pour les étudiants de Créteil AP-HP simple et concise permet d'orienter les étudiants.

**À Besançon** : un guide pratique à destination des « externes » est en cours d'élaboration. Il est réalisé par les étudiants en collaboration avec le service de la scolarité de l'UFR et l'administration de l'hôpital. La version finale devrait être disponible à la rentrée 2016-2017.

## 4. Les évolutions structurantes en cours et à envisager

### 4.1. La simulation : un outil pédagogique qui se développe

#### 4.1.1. La simulation comme outil de l'apprentissage des habiletés techniques et humaines

La simulation est un outil pédagogique qui se développe, mais les constats de la mission, dans les treize sites visités, montrent d'importantes difficultés dans la plupart des CHU, malgré une situation très hétérogène et quelques réussites. Ces constats confirment un retard français, déjà relevé par la Haute autorité de santé (HAS) en 2012.

Les difficultés, qui interdisent l'accès à un véritable enseignement par la simulation à tous les étudiants de deuxième cycle sont plurifactorielles. Les trois freins principaux sont la pénurie d'enseignants formés, l'absence de financement pérenne des centres de simulation, et l'absence d'inscription claire de cette modalité pédagogique dans le cursus, laissé à l'appréciation des responsables universitaires.

La simulation est une modalité d'enseignement permettant à l'étudiant d'acquérir la gestuelle nécessaire à la réalisation des examens, de coordonner les prises en charges techniques et d'analyser son comportement relationnel face à un ou une patiente lors de la réalisation d'un acte médical ou d'une consultation. Compte tenu de l'augmentation massive du nombre d'étudiants en raison du doublement du *numerus clausus* en quinze ans, sans augmentation parallèle du potentiel de formation et des terrains de stage, se pose la possibilité pour l'étudiant de réaliser certains examens dont la maîtrise est pourtant indispensable pour son exercice professionnel ultérieur. À titre d'exemple la mission a relevé des services de gynécologie accueillant trente à quarante étudiants à chaque période de stage, ce qui limite *de facto* la possibilité de se former à des gestes nécessaires à l'exercice de la médecine générale de premier recours.

La simulation, qui permet de répéter le geste sans préjudice ni inconfort pour le patient, avec des situations cliniques variées dans le cadre d'une réalité virtuelle, est dorénavant incontournable pour former et évaluer les acquis.

Un répertoire des centres de simulation en France a été réalisé par la société savante française, il liste trente-sept centres français dans une mise à jour du 8 février 2016. Certains de ces centres sont rattachés à des universités, d'autres à des établissements de santé. Parmi les centres universitaires de cette liste visités par la mission, existent des centres qui n'interviennent pas dans la formation en deuxième cycle faute de moyens ou de ressources humaines en encadrants ; d'autres ne sont qu'en cours de constitution.

#### 4.1.2. Le double apport pédagogique de la simulation dans l'acquisition des habiletés

La simulation connaît un renouveau depuis une vingtaine d'années, grâce à l'évolution des sciences de l'éducation et au développement des technologies et des logiciels, permettant la mise au point de « mannequins - patients artificiels » permettant de reproduire des situations physiologiques ou pathologiques complexes.

Dans le cadre de l'acquisition des gestes cliniques et de son encadrement déontologique et éthique, la simulation a un double apport pédagogique, d'une part pour l'acquisition des gestes, d'autre part pour l'acquisition d'un comportement et d'une relation au patient adaptés.

Elle vise à faciliter l'acquisition de savoir-faire gestuel, en utilisant des moyens technologiques permettant de répéter les gestes cliniques ou techniques, pour en maîtriser les bases avant de les réaliser sur un patient. Le principe retenu est « *jamais la première fois sur un patient* ».

La simulation vise également, par l'utilisation du patient standardisé, des jeux de rôle ou « *serious games* », à une formation comportementale et à la communication interpersonnelle. Ce domaine de la simulation ne nécessite pas le recours à des moyens technologiques lourds mais à des locaux adaptés et équipés, avec un encadrement suffisant et formé. Il s'agit d'un domaine en développement et qui pour l'apprentissage d'une relation éthique au patient est d'un apport certain, puisqu'il va mettre l'étudiant en situation et lui permettre d'analyser son savoir-être.

Actuellement, la simulation repose sur trois modalités principales : utilisation de matériels simples, comme des blocs de mousse pour sutures, utilisation de matériels « haute-fidélité », et mise en situation par des jeux de rôle filmés ou observés. Les mannequins haute-fidélité, très élaborés reproduisent des situations cliniques, par exemple arrêt cardiaque, insuffisance respiratoire ou accouchement normal ou pathologique, plus proches de la réalité, avec ses différentes variantes anatomiques et pathologiques. Ce type de matériel n'existe pas dans chaque CHU, et la disponibilité des équipements ne permet qu'à une minorité d'étudiants de deuxième et troisième cycle d'en bénéficier.

Si les praticiens rencontrés par la mission s'accordent à reconnaître l'utilité de la simulation, ils restent toutefois partagés sur le type de matériel à utiliser. Ainsi, en est-il des mannequins haute-fidélité qui ne conviendraient pas forcément en formation initiale, pour les apprentissages de base. En revanche, ils trouveraient toute leur pertinence pour la formation continue des praticiens. Cette position n'est toutefois pas unanime, y compris parmi les enseignants formateurs en simulation. En somme, il est essentiel de définir le type de mannequin adapté tant pour la spécialité que pour le niveau de compétences à acquérir.

#### **4.1.3. L'intérêt d'exploiter les différentes modalités pédagogiques de l'apprentissage**

Nombre d'enseignants des disciplines concernées ont souligné les limites de la formation exclusive sur simulateur. En effet malgré les progrès, les mannequins ne permettent pas de reproduire toutes les variantes anatomiques et pathologiques ; le stress du clinicien est différent en situation virtuelle ou réelle. En situation virtuelle, préparée par un protocole expérimental d'apprentissage, existe un « droit à l'erreur » ; en situation réelle, face à un patient ou une patiente qui va réagir de manière non prévisible, et générer des réactions émotionnelles modifiant le comportement du médecin, ce droit à l'erreur du praticien n'existe plus.

La mission souligne toutefois que compte tenu des faiblesses en équipements dans de nombreuses universités, l'expérience réelle de l'apport de la simulation pour nombre d'enseignants est de ce fait limitée, ce qui entraîne un biais de jugement. Les enseignants engagés et formés à la simulation dans les quelques centres bien équipés sont convaincus des avantages de cette méthode qui pour eux, complète de façon indispensable les modalités pédagogiques de la formation des étudiants en médecine.

Il ressort l'intérêt d'exploiter en formation initiale des modalités pédagogiques associant simulation gestuelle, simulation comportementale, puis réalisation des actes en situation réelle sur des patients consentants.

#### **4.1.4. Mais peu de centres de simulation sont correctement équipés et bénéficient d'un encadrement pédagogique suffisant**

Le constat de la mission confirme en 2016 celui établi par la Haute autorité de santé en 2012. La situation est hétérogène, avec un nombre significatif d'universités peu équipées, ce qui ne permet pas à l'ensemble des étudiants en médecine de bénéficier systématiquement de cette modalité d'enseignement pourtant essentielle.

Dans beaucoup de sites, les centres de simulation existants ou embryonnaires, quand ils ne sont pas en projet, occupent des locaux exigus, peu adaptés et sous équipés, sans salle de *debriefing*, avec des mannequins ne permettant pas l'acquisition des formations dans chacune des principales disciplines concernées par l'apprentissage par simulation. Certains centres, comme le centre PRESAGE de Lille, sont par contre très opérationnels, sur une surface de plus de 2 200 m<sup>2</sup>, avec un budget d'investissement de 10 M€ sur la période 2012-2017. L'ensemble des étudiants lillois a accès aux 450 mannequins procéduraux simples et aux huit chambres d'hôpital équipées de dix mannequins haute-fidélité. Ce centre organise l'examen de compétence clinique des étudiants de fin de DFASM.

Sur le plan économique, aucun des centres visités ne présente un modèle équilibré avec des garanties financières pérennes. Les financements sont souvent multiples et rarement pérennes. L'acquisition du matériel repose sur des financements ponctuels, incluant parfois une maintenance initiale, mais sans garantie à moyen terme. Le financement des consommables (perfusions, sondes etc.) pose problème dans plusieurs centres. Les locaux, soit universitaires, soit hospitaliers, sont rarement valorisés ; il n'existe pas systématiquement de salle de *debriefing* des enregistrements vidéo réalisés, ou de salle avec glace sans tain pour analyser les jeux de rôle. Le personnel technique indispensable est de qualification variable, lorsqu'il est identifié. Ainsi pour les six CHU de l'ouest regroupés dans le groupement de coopérations sanitaires HUGO<sup>34</sup>, 14,7 ETP non médicaux sont dédiés, pour un total de onze sites, regroupant vingt-six mannequins « haute-fidélité ». La formation post universitaire qui représente en moyenne les deux tiers de la formation dispensée, laisse peu de place à la formation initiale.

Mais le problème majeur est celui de l'encadrement pédagogique. Il repose la plupart du temps sur l'engagement personnel, voire militant, de quelques enseignants. Les centres disposent rarement de l'encadrement indispensable à la prise en charge des cohortes nombreuses d'étudiants. Comme pour la pédagogie inversée, la simulation ne se conçoit qu'en petit groupe d'étudiants, avec des encadrants formés. Or actuellement la plupart des centres fonctionnent avec des encadrants volontaires, en nombre limité, et n'autorisant pas un passage répété de l'ensemble des étudiants en médecine. Ces difficultés ont incité les promoteurs à développer des méthodes innovantes ; ainsi le CHU de Nice forme à la simulation, en lien avec l'association des étudiants, des étudiants de deuxième cycle volontaires pour encadrer les étudiants de premier cycle qui ont ainsi tous accès à la simulation, ce qui n'est plus le cas en deuxième cycle.

---

<sup>34</sup> Les CHU regroupés dans HUGO sont Rennes, Brest, Tours, Nantes, Poitiers et Angers, où se situe le siège du groupement.



Quelques centres font exception en raison d'une antériorité et d'une volonté forte d'acteurs hospitalo-universitaires locaux. Ces exceptions comme par exemple les centres lillois ou strasbourgeois, bientôt Montpellier qui a intégré ce modèle dans le cadre du nouveau bâtiment de médecine, ne peuvent masquer l'indigence d'autres structures rencontrées lors des visites. Cette fragilité des centres de simulation français explique sans doute que l'ouverture d'un nouveau centre est souvent fortement médiatisée dans la presse professionnelle ou régionale, car cette méthode d'enseignement n'est pas encore banalisée comme c'est le cas dans d'autres pays.

Enfin à l'exception de certains centres (Rennes par exemple), la mission a constaté une absence de formalisation juridique relative au fonctionnement des centres de simulation (régime de responsabilité ou d'assurance par exemple), au statut d'occupation des locaux (gracieux ou non), au mode de gouvernance, etc.

La mission mesure **la complexité du dossier de la simulation dans ses différentes composantes : pédagogique, contexte de numerus clausus soutenu, modèle économique, gestion des ressources humaines. À cet égard, les travaux conduits par la Haute autorité de santé portant sur l'évaluation des infrastructures de simulation en santé, constitueront un apport intéressant pour le développement de cette modalité d'apprentissage<sup>35</sup>.**

**Les politiques publiques en faveur du développement du numérique** constituent une piste de financement à explorer avec intérêt. **Le modèle économique doit également inclure la valorisation des centres de simulation qui peuvent devenir de véritables plates-formes de formation pour l'ensemble des personnels de santé**, du secteur public comme privé, dans le cadre de la formation initiale ou tout au long de la vie.

En gestion des ressources humaines, afin d'améliorer l'encadrement pédagogique des apprentissages par la simulation, les deux employeurs que sont l'université et l'hôpital sont concernés pour assurer les enjeux liés à la formation des étudiants et des internes. La multiplication des encadrants formés **passé aussi par le développement du tutorat étudiant, qui doit être encouragé pour absorber les cohortes d'étudiants.**

La valorisation des carrières universitaires des enseignants engagés dans l'enseignement par simulation doit être encouragée par les autorités académiques, et la pédagogie par simulation faire partie du socle de base des connaissances nécessaires à toute nouvelle nomination universitaire dans le domaine des disciplines cliniques. C'est à ce prix que l'on disposera d'un nombre suffisant d'encadrants pour que chaque étudiant en santé accède à cette modalité pédagogique de manière récurrente et adaptée dans son cursus.

### **Recommandation n° 15**

Définir le rôle et la place de la simulation dans la formation des étudiants. Il semble important qu'une mission spécifique approfondisse les différents volets de ce dossier qui dépasse la seule formation des étudiants de deuxième cycle de médecine : adéquation avec la progression pédagogique de la formation initiale des étudiants et des internes, approche interprofessionnelle, modèle économique, prise en compte dans la carrière des encadrants.

---

<sup>35</sup>[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2626164/fr/evaluation-des-infrastructures-de-simulation-en-sante?cid=c\\_1770169](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2626164/fr/evaluation-des-infrastructures-de-simulation-en-sante?cid=c_1770169)

## 4.2. Les pistes pour soutenir les objectifs ambitieux de la réforme

### 4.2.1. Tirer des enseignements des premières évaluations du HCERES

**La formation dispensée par les UFR de santé des universités n'a jamais été évaluée. Elle l'est pour la première fois dans le cadre de l'évaluation des universités de la vague B (2015-2016)<sup>36</sup>.**

Le dossier « formation » de l'évaluation par le HCERES comporte, entre autres, des éléments attendus sur l'organisation des enseignements et la politique mise en place concernant les stages (durée, crédits européens, organisation, conventions, suivi, encadrement académique et professionnel, évaluation, etc.).

L'évaluation par le HCERES s'appuie sur l'arrêté du 22 janvier 2014 qui fixe le cadre national des formations conduisant à la délivrance des diplômes nationaux de licence, de licence professionnelle et de master ; il comporte en annexe le cahier des charges des stages.

En théorie, la réforme des premier et deuxième cycles des études médicales portée par l'arrêté du 8 avril 2013 s'inscrit bien dans le cadre national des formations. Mais comme l'a indiqué le HCERES à la mission, l'évaluation du Haut conseil « s'arrête à la porte de l'hôpital ». Ensuite l'échéance des ECN qui guide en grande partie sur le terrain l'organisation du deuxième cycle, est une donnée majeure qui déroge aux autres cursus universitaires.

De son côté, entre autres missions, la HAS est chargée d'évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville.

Elle y contribue d'une part en accréditant les praticiens de certaines disciplines médicales et d'autre part en certifiant les établissements de santé. À cet égard, et compte tenu de l'importance de l'apprentissage clinique des étudiants, un travail conjoint HAS - HCERES mériterait d'être mené afin d'appréhender toute la chaîne d'apprentissage : de la conception du programme, à l'évaluation de la pratique professionnelle en passant par la construction des objectifs de stage.

Les enseignements de cette première vague d'évaluation sur le volet de la formation des étudiants en deuxième cycle de médecine, peuvent présenter une opportunité d'enrichir le cadre d'expertise pour mieux prendre en compte la part occupée par les stages dans cette formation, qui est bien plus importante que dans n'importe quel autre cursus, hors cursus professionnels en alternance.

#### Recommandation n° 16

**Expérimenter une évaluation conjointe HCERES-HAS des activités de formation et d'apprentissage menées par l'UFR et le CHU.**

---

<sup>36</sup> Les établissements de recherche et d'enseignement supérieur signent un contrat de cinq ans avec l'État. Plus de 200 établissements étant engagés dans cette démarche contractuelle, le ministère en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche les a répartis en cinq vagues géographiques. Celles-ci sont désignées par la lettre « A », « B », « C », « D » ou « E » associée à l'année de début et de fin du contrat. Le HCERES a défini un cycle de campagnes d'évaluation calqué sur cette répartition. Tous les ans, il évalue les établissements d'une même vague, l'année précédant leur négociation contractuelle avec leur ministère de tutelle (évaluation des établissements, des entités de recherche et des formations).

#### 4.2.2. Renforcer à l'échelon national et régional la coordination de la formation des étudiants

Il ressort là aussi, que les responsables en charge de l'enseignement supérieur et de la santé doivent travailler davantage ensemble. À l'échelon national, il est nécessaire de renforcer la coordination entre les directions des deux ministères concernées par la formation des étudiants en médecine, qui sont la DGEIP et la DGOS. Au niveau régional, le même effort de coordination est attendu entre l'université / UFR de médecine, le CHU et l'ARS. La Grande conférence de la santé a offert cette opportunité ; le groupe de travail « formation » s'est longuement penché sur ces deux déterminismes que sont la PACES et les ECN. Elle a émis en février 2016 une série de vingt-deux mesures « formation » qui visent à mieux accompagner l'accès aux études de santé, mieux préparer les étudiants à l'exercice professionnel, et mieux encadrer les étudiants tout au long de leur formation. **Du pilotage conjoint de ces mesures par les deux ministères impliqués**, dépendront les évolutions structurantes.

#### Recommandation n° 17

Renforcer la coordination de la formation des étudiants en médecine au niveau ministériel entre la DGEIP et la DGOS et au niveau régional entre l'université, le CHU et l'ARS.

#### 4.2.3. Développer le partage des pratiques et dispositifs mis en œuvre

Lors des déplacements sur sites, la mission a relevé de nombreuses idées innovantes ou intéressantes dans la mise en œuvre des textes réglementaires. Elle a également constaté le peu d'échanges interinstitutionnels universitaires concernant ces pratiques pédagogiques, peu valorisées, souvent pragmatiques mais qui améliorent et dépassent la stricte application de la réglementation au bénéfice de la formation des étudiants. **Il est par conséquent utile de favoriser les échanges entre pairs afin de diffuser ces « bonnes pratiques »**, ce qui peut se faire **sous l'égide de la conférence des doyens ou lors des assises hospitalo-universitaires**, sous l'impulsion des ministères de tutelle.

**Françoise BOUTET-WAÏSS**

*Inspectrice générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

**Rémy GICQUEL**

*Inspecteur général de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche*

**Mustapha KHENNOUF**

**Docteur Francis FELLINGER**

*Membres de l'inspection générale des affaires sociales*

## Récapitulatif des recommandations

### Recommandation n° 1

Quelles que soient ses modalités pratiques (hors, au sein de ou à la suite de la commission de la pédagogie), mieux prendre en compte, conformément aux textes, la dimension opérationnelle de la commission des gardes et des stages en associant des représentants de l'hôpital et de l'UFR qui sont directement impliqués dans l'organisation des stages et l'accueil des étudiants de deuxième cycle dans les établissements de santé.

### Recommandation n° 2

Répartir le nombre de stages de façon équilibrée sur les trois années du deuxième cycle (même recommandation pour les gardes).

### Recommandation n° 3

Supprimer le stage librement choisi qui intervient après la validation du deuxième cycle : passer de trente-six mois de stage à trente-trois mois et modifier en même temps le calendrier de l'internat qui pourrait débuter en septembre. Revoir l'articulation entre le deuxième cycle et le troisième cycle dans le cadre de la réforme du troisième cycle qui est en cours d'élaboration.

### Recommandations n° 4

Répartir de façon équilibrée le nombre de gardes sur les trois années du deuxième cycle. Faire de la validation des vingt-cinq gardes, une condition suspensive de la validation du deuxième cycle.

### Recommandation n° 5

Généraliser une charte pédagogique pour l'ensemble des terrains de stage, à destination des étudiants et de leurs référents, validée par la commission des stages et des gardes, déclinée le cas échéant en fonction de certaines spécificités.

### Recommandation n° 6

Systématiser le contrat pédagogique prévu par les textes entre la direction de l'UFR et chaque service d'accueil de stagiaires. Il doit préciser les objectifs pédagogiques des stages, les activités et le fonctionnement du service, les obligations des étudiants et celles des référents de stage. Prévoir les modalités de vérification de la mise en œuvre effective du contrat pédagogique.

#### **Recommandation n° 7**

Mettre en place une grille d'évaluation des terrains de stage par l'UFR et les étudiants, validée par la commission des stages et des gardes. Rendre obligatoire cette évaluation avant tout nouveau choix de stage par les étudiants. Exploiter les données et les partager en commission des stages et des gardes à des fins d'amélioration.

#### **Recommandation n° 8**

Mettre en place une harmonisation des objectifs pédagogiques associés aux stages et déclinés par spécialité.

#### **Recommandation n° 9**

Poursuivre et faire aboutir les projets d'informatisation des carnets de stage en lien avec la définition des objectifs pédagogiques et les modalités d'évaluation et d'autoévaluation des stages.

#### **Recommandation n° 10**

Systématiser l'entretien final prévu par les textes portant sur l'évaluation du stage et en faire une étape administrative et pédagogique pour la validation.

#### **Recommandation n° 11**

Laisser les UFR fixer librement les ECTS attribués à l'UE 13 qui recouvre les stages et les gardes. Valider les stages au fur et à mesure de leur réalisation mais attribuer les ECTS de l'UE 13 globalement en fin de M3.

#### **Recommandation n° 12**

Harmoniser et diffuser les règles d'accueil des étudiants dans les établissements de santé.

#### **Recommandation n° 13**

S'assurer que les conventions entre le CHU, les structures d'accueil et l'université sont bien passées en conformité avec les textes et, le cas échéant, harmoniser les conventions.

**Recommandation n° 14**

Isoler la charge « financement des études médicales » de la tarification à l'activité. Fixer dans le cadre de l'ONDAM le montant dédié à ce financement.

**Recommandation n° 15**

Définir le rôle et la place de la simulation dans la formation des étudiants. Il semble important qu'une mission spécifique approfondisse les différents volets de ce dossier qui dépasse la seule formation des étudiants de deuxième cycle de médecine : adéquation avec la progression pédagogique de la formation initiale des étudiants et des internes, approche interprofessionnelle, modèle économique, prise en compte dans la carrière des encadrants.

**Recommandation n° 16**

Expérimenter une évaluation conjointe HCERES-HAS des activités de formation et d'apprentissage menées par l'UFR et le CHU.

**Recommandation n° 17**

Renforcer la coordination de la formation des étudiants en médecine au niveau ministériel entre la DGESIP et la DGOS et au niveau régional entre l'université, le CHU et l'ARS.

## Annexes

Annexe 1 :	Liste des personnes rencontrées .....	55
Annexe 2 :	Liste des sigles utilisés .....	65





## Liste des personnes rencontrées

Cabinet santé	Djillali Annane, conseiller recherche et enseignement médical
Cabinet enseignement supérieur	François Lemoine, conseiller « Santé »
Direction générale de l'offre de soins	Mathias Albertone, adjoint à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé
Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle	François Couraud, conseiller santé et coordonnateur des experts Jean-Christophe Paul, chef de département des formations santé
Conférence des doyens des facultés de médecine	Entretien en formation plénière sous la présidence de Jean-Pierre Vinel
Président de la conférence des doyens des facultés de médecine	Jean-Pierre Vinel (en fonction jusqu'en janvier 2016)
Conférence des présidents d'université : commission des questions de santé	Entretien en formation plénière de la commission des questions de santé, présidée par Yvon Berland, vice-présidents Manuel Tunon de Lara et Patrick Levy
Association Nationale des Étudiants en médecine de France	Sébastien Foucher, président Rémy Patrice, vice-président en charge des études médicales Maxime Rifad, vice-président en charge des perspectives professionnelles
Conférence des directeurs généraux de CHU commission « affaires médicales »	Entretien en formation plénière avec la conférence présidée par Jean-Oliver Arnaud, DG CHU de Lille et Martine Lalouette, DG CHU de Nîmes.
Haut conseil à l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur	Michel Cosnard, président Jean-Marc Geib, directeur du département évaluation des formations
Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier	Zaynab Riet, présidente Pierre Thépot, directeur CH Moulins-Yzeure
<b>MARSEILLE</b>	<b>université de la Méditerranée - UFR de médecine, de pharmacie et d'odontologie, et École de maïeutique assistance publique - hôpitaux de Marseille</b>
Catherine Geindre	Directrice générale
Georges Léonetti	Directeur de l'UFR
Dominique Rossi	Président de la CME
Loïc Mondoloni	Directeur des ressources humaines (au titre des affaires médicales)
Patrick Villani	Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie, assesseur aux enseignements hospitaliers
Jean Michel Viton	médecine physique et de réadaptation, assesseur aux Études
Florence Bretelle	Gynécologie - obstétrique, gynécologie médicale

Véronique Vitton	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
Eddy Traversari	Étudiant, membre du comité des études
Alexandre Plessy	Étudiant
Sarah Zerouh	Étudiant, membre du CA de l'UFR
Frédéric Collard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Stéphane Berdah	Chirurgie digestive
Jean-Charles Grimaud	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
<b>SAINT-ÉTIENNE</b>	<b>université de Saint-Étienne - UFR de médecine CHU de Saint-Étienne</b>
Fabrice Zéni	Directeur de l'UFR
Frédéric Boiron	Directeur général
Éric Alamartine	Président de la CME
Philippe Berthelot	Adjoint au directeur UFR, chargé de la pédagogie et responsable des stages hospitaliers
Aurélie Channet	Directrice des affaires médicales CHU
Géraldine Blanchet	Responsable administrative UFR
Yvette Iannuzzo	Cheffe de service scolarité 2 <sup>ème</sup> cycle
Josette Vallée	Responsable pédagogique / département médecine générale
Paul Frappé	Département médecine générale
Jean-Philippe Camdessanché	Responsable pédagogique / pôle neuro-ostéo-loco-moteur
Alain Viallon	Responsable pédagogique / service des urgences
Pr L. Bertoletti	Idem
L. Lafaie	Représentant étudiant 5 <sup>ème</sup> année
L. Moniod	Représentant étudiant 4 <sup>ème</sup> année
M. Oriol	Représentant 4 <sup>ème</sup> année
M. Bouxom	Représentant interne CME
M. Potier	Représentant interne CME
Olivier Tiffet	Chef du bloc opératoire
Céline Chaleur	Cheffe de service gynécologie - obstétrique
Xavier Roblin	Gastro-entérologue
Jack Porcheron	Chef de service pôle digestif et uro-andrologique

<b>NICE</b>	<b>université Nice Sophia Antipolis - UFR de médecine CHU de Nice</b>
Vincent Esnault	Adjoint directeur UFR, chargé de la pédagogie
Emmanuel Bouvier-Muller	Directeur général
Thierry Piche	Président de la CME
Mme Ledonne	Direction des affaires médicales CHU
Jean-Paul Fournier	Coordonnateur des stages et du centre de simulation
Isabelle Callea	Responsable administrative UFR
Catherine Risso	Cheffe de la scolarité UFR
Philippe Hofliger	Responsable pédagogique
Charles Marquette	Responsable pédagogique
Jean-Luc Baldin	Médecin référent
Nicolas Bronsard	Médecin référent
Marine Contesenne,	Représentante étudiante 4 <sup>ème</sup> année
Robin Jouan,	Représentant étudiant 5 <sup>ème</sup> année
Xavier Hubert	Représentant étudiant 6 <sup>ème</sup> année
Louis Olivier	Représentant des étudiants CME 4 <sup>ème</sup> année
Nicolas Venissac	Chirurgie thoracique
André Bongain	Gynécologie - obstétrique
<b>BESANÇON</b>	<b>université de Franche-Comté - UFR de sciences médicales et pharmaceutiques CHU de Besançon</b>
Emmanuel Samain	Directeur de l'UFR SMP
Chantal Carroger	Directrice générale
Samuel Limat	Président de la CME
Bruno Heyd	Chef du service de chirurgie digestive
François Kleinclauss	Chef du service d'urologie
Lucine Vuitton	Service de gastro-entérologie
Didier Riethmuller	Chef du service de gynécologie - obstétrique
Bernard Parratte	Adjoint du doyen, chargé de la pédagogie
Nadine Magy-Bertrand	Responsable pédagogique, DFGSM
François Dumel	Responsable département médecine générale
Thomas Rodriguez	Chef de clinique université médecine générale
C. Prati	Responsable pédagogique, DFASM

Pascal Debat	Directeur des affaires médicales du CHU
Delphine Mouturier et Patricia Retrouvey	Responsables administratives de la scolarité, du 2 <sup>ème</sup> cycle et des stages
Emmanuel Haffen	Président de la commission des stages et gardes
Gilles Capellier	Assesseur en charge du 2 <sup>ème</sup> cycle
Laurent Tatu	Responsable pédagogique, DFGSM
Sébastien Pili-Floury	Responsables pédagogiques (stages DFASM3) et médecin référent
Laurent Obert	Responsables pédagogiques (stages DFASM1)
Elisabeth Meideiros	Responsable pédagogique et médecin référente
Guillaume Besch	Médecin référent
Marine Gillis Antonin Michaud	Représentants des étudiants à la commission des stages et gardes de l'UFR
Mr Desmarests	Représentant des internes à la CME
<b>MONTPELLIER</b>	<b>université de Montpellier 1, UFR de médecine Montpellier-Nîmes CHU de Montpellier et CHU de Nîmes</b>
Jacques Bringer	Directeur de l'UFR
Rodolphe Bourret	Directeur général par intérim CHU Montpellier
Romain Jacquet	Directeur général adjoint CHU de Nîmes
Patrice Taourel	Président CME du CHU de Montpellier
Michaël Bismuth	CME CHU de Montpellier hépato-gastro-entérologie
Christian Bengler	Vice-président CME du CHU de Nîmes
Patricia Aguilar Martinez	Adjointe directeur UFR, chargée de la pédagogie 1 <sup>er</sup> cycle
Gérald Chanques	Adjoint directeur UFR, chargé de la pédagogie 2 <sup>ème</sup> cycle. Coordinateur des stages
Benoît de Wazières	Adjoint directeur UFR, chargé de la pédagogie 2 <sup>ème</sup> cycle Nîmes
Anne Moulin Roche	Directrice affaires médicales CHU Montpellier
Emilie Garrido-Pradalié	Direction affaires médicales CHU Montpellier, responsable du secteur des étudiants
Cécile Piques	Direction des effectifs et des carrières médicaux, CHU de Nîmes
Alain Le Quellec	Responsable pédagogique de scolarité et de stages, 3 <sup>ème</sup> cycle et médecine interne
Blaise Débien	Responsable pédagogique de scolarité et de stages-Simulation, CESU 34
Philippe Lambert	Responsable pédagogique de scolarité et de stages, département de médecine générale
Stanislas Quesada	Représentant étudiant commission des stages et gardes, vice- doyen étudiant

Cécile Cofais	Représentante étudiante commission des stages et gardes
Nicolas Pérolat	Représentant étudiant- évaluation des stages
Sabrina Bernard de Courville	Représentante étudiante - Groupe REOS (pour la réorganisation des stages)
Lucas Chevalier	Représentant étudiant - Groupe REOS (pour la réorganisation des stages)
Rodolphe Thuret	Urologie
Pierre Blanc	Hépatogastro-entérologie
Georges-Philippe Pageaux	Hépatogastro-entérologie
Pierre Mares	Gynécologie - obstétrique (CHU de Nîmes)
Pierre Boulot	Gynécologie - obstétrique
Bernard Hédon	Gynécologie - obstétrique et président du CNOGF
Francis Navarro	Chirurgie digestive
Philippe Cathala	Médecin légiste CHU Montpellier
<b>LYON Sud</b>	<b>université Lyon 1- UFR de médecine et de Maïeutique Lyon-sud Hospices civils de Lyon</b>
Carole Burillon	Directrice de l'UFR
Patrick Deniel	Secrétaire général des HCL
Olivier Claris	Président de la CME, PU-PH de pédiatrie
Patrick Leduque	Président de la Commission Pédagogique de l'UFR
Sandrine Brasselet	Vice-présidente de la CME
Karim M'Barek	Directeur administratif UFR
Barbara Gil	Agent scolarité chargé des stages
Geneviève Sauvant	Responsable scolarité
Christiane Broussolle	Présidente de la commission des stages de l'UFR
Sébastien Couraud, Emmanuel Broussolle Christian Chidiac, Muriel Doret, Jean-Christophe Lifante, Jean-François Nicolas	Responsables pédagogiques et médecins référents
Luc Jurain, Come-Alexandre Meyruey, Grégory Maigre, Alexandra Bernardin, Lucas Reynaud, William Gens	Représentants des étudiants UFR
Albrice Moine, Guillaume Economos, Antoine Thibaud	Représentants des étudiants et internes CME
Olivier Glehen	Chirurgien gastro
François Golfier	Chirurgien gynécologie - obstétrique

Vincent Piriou	Anesthésiste - réanimateur
Daniel Raudrant	Ex chef de service gynécologie - obstétrique, retraité
<b>PARIS Créteil</b>	<b>université Paris 12 – UFR de médecine de Créteil</b> <b>Assistance publique - hôpitaux de Paris</b>
Jean-Luc Dubois-Randé	Directeur UFR, président de la conférence des doyens de France
Olivier Montagne Pierre Wolkenstein Oriane Wagner-Ballon	Assesseurs et assesseurs à la pédagogie
Martine Orio	Directrice des hôpitaux universitaires Henri Mondor
Ariane Mallat	Présidente de la CME
Sabrina Lopez	Directrice des affaires médicales
Marie Christine Pacouret Sabrina Colvil	Responsable administratif de la scolarité incluant le 2 <sup>ème</sup> cycle/stages
Marc Michel Nicolas De Prost	Coordonnateurs des stages
Vincent Audard (ECN) Philippe Lecorvoisier (Resp DFASM3) Mehdi Khellaf (Co-Resp DFASM3)	Responsables pédagogiques
Laurence Compagnon Vincent Renard (médecine générale) Guy Even (relation médecin / malade) Roberto Poma (éthique) Guillaume Carteaux (simulation)	Médecins / enseignants référents
François-Antoine Casciani DFGSM3 Rayan Hamadmad DFASM2 Mathilde Delage DFASM3	Représentants des étudiants
Bassam Haddad	Gynécologie - obstétrique
Alexandre De la Taille	Urologie
Aurélien Amiot	Gastro - entérologie
Philippe Compagnon	Chirurgie digestive
<b>STRASBOURG</b>	<b>université de Strasbourg-UFR de médecine</b> <b>CHU de Strasbourg</b>
Bernard Goichot	Assesseur du directeur de l'UFR, médecine interne
Bruno Moulin	Chef de service de néphrologie. Membre du conseil de faculté.

Anne Charpiot	PU-PH membre commission coopération et relations extérieures
Armelle Drexler	Directrice des affaires médicales, coordinatrice de la conférence des DAM de CHU
Gilbert Vicente	Chargé de mission
Mme Rossignol	Stages intégrés en pédiatrie
Pierre Vidailhet	Responsable de l'unité de simulation pédagogique, PU-PH de psychiatrie
Bruno Langer	Chef de service en gynécologie
Julien Pottecher	Anesthésie réanimation
Pascal Bilbault	Urgentiste
Vincent Castelain	Réanimation médicale
Daniel Christmann	Maladies infectieuses
Thomas Vogel	Chef adjoint du pôle Gériatrie
Julien Pottecher	Cellule évaluation
Michèle Wolf	Cellule évaluation
Christian Saussine	Chef de service en urologie
Bernard Duclos	Chef de service en gastro - entérologie
Michèle Delvaux	Adjoint au chef de service en gastro - entérologie
Serge Rohr	Chef de service en chirurgie digestive
M. Delhorme	chirurgie digestive
Didier Mutter	chirurgie digestive
Thierry Pelaccia	Unité de simulation pédagogique
Gilles Mahoudeau	Unité de simulation pédagogique
François Le Rest	Responsable administratif
Solène Loth Clara Garnier Ilia Humbert Guilhem Arnold Marie Schnelben, Élisabeth	Représentants des étudiants

<b>LILLE</b>	<b>Université du droit et de la santé - Lille 2- UFR de médecine de Lille CHU de Lille</b>
Didier Gosset	Directeur de l'UFR
Dominique Lacroix	1 <sup>er</sup> Vice-doyen en charge de la pédagogie
Jean-Olivier Arnaud	Directeur général
François-René Pruvot	Président de la CME
Hélène Vaast	Directrice des affaires médicales
Philippe Deruelle	Vice-doyen en charge du 1er cycle
Patrick Truffert	Assesseur ECN Med4, Med5, Med6
Fabienne Saulnier	Assesseur en charge des stages
Éric Senneville	Chargé de mission Med4 et Med5
Mercé Jourdain	Directrice du centre de simulation PRESAGE
Denis Vinatier	Médecin
Ramy Azzouz	Médecin
Benoît Rackelbaum	Médecin
Mathieu Calafiore	Médecin
Hélène Farcy	responsable du service Scolarité
Angéline Nova	bureau des relations internationales
Julie Manoury	secrétariat des stages
Christine Perche	gestionnaire
Denis Segulier Arnaud Delehayé Victor Vogel	Représentants des étudiants
<b>RENNES</b>	<b>université de Rennes 1- UFR faculté de médecine université de Rennes I CHU de Rennes</b>
Éric Bellissant	Directeur de l'UFR
Marc Antoine Belaud-Rotureau	VP comité pédagogique
Véronique Anatole-Touzé	Directrice générale
Julien Charles	Directeur des affaires médicales
Catherine Jaunin	Responsable administrative
Erwan Flecher	Responsable des stages et gardes
Sandrine Thé	Bureau des stages
Catherine Joly	Responsable de la scolarité
Jean Levêque	Chef du service gynécologie



Karim Bensalah	Chef du service urologie
Abdelwahed Maliki	Responsable DFASM
Ian Guillo, Cédric Lebreton Sophie Zahedi Leila Caillault Léa Picard	Représentants des étudiants
<b>PARIS</b>	<b>université Paris 6 Pierre et Marie Curie- UFR faculté de médecine Assistance publique - hôpitaux de Paris</b>
Bruno Riou	Directeur de l'UFR
Alexandre Duguet	Vice-doyen formation
Thierry Lardot	Responsable administratif
Sarah Tresmontant	Chargée des affaires juridiques
Bertand Guitet	Président de la CME du groupe hospitalier universitaire Est parisien
Pascal de Wilde	Directeur du groupe hospitalier universitaire Est parisien
Julia Sauterey	Adjointe directrice stratégie, affaires médicales et recherche. Groupe hospitalier universitaire Est parisien
Alexandre Leccas	Responsable service scolarité 2 <sup>ème</sup> cycle
Marie-Christine Renaud	Chargée de mission coordination des stages
Christine Legrand	Adjointe responsable scolarité
Jacky Nizard	Gynécologue - obstétricien UPMC Pitié Salpêtrière
Emmanuel Chaptier-Kasler	Urologue. UPMC Pitié Salpêtrière
Annabelle Sabouret Kensa Kemache Xavier Maynadier Corentin Muris	Représentants des étudiants
<b>POITIERS</b>	<b>université de Poitiers - UFR faculté de médecine et de pharmacie CHU Poitiers</b>
Pascal Roblot	Directeur de l'UFR
Jean-Pierre Dewitte	Directeur général
Bertrand Debaene	Président de la commission médicale d'établissement
Jean-Pierre Richer	Adjoint ou accessoire du doyen chargé de la pédagogie
Marie-Noëlle Rinaud	Responsable administratif de la scolarité incluant le 2 <sup>ème</sup> cycle / stages
Xavier Dufour	PU-PH coordonnateur des stages

Thomas Systchenko, Jérémy Caldonazzo	Représentants des étudiants et des internes
Thomas Charles	Chef du service urologie
Fabrice Pierre	Gynécologie - obstétrique
<b>PARIS 13</b>	<b>UFR SMBH</b> <b>Assistance publique - hôpitaux de Paris</b>
Jean-Luc Dumas	Directeur de l'UFR
Christophe Poncelet	Responsable de l'organisation des stages hospitaliers et suivi de la formation
Valérie Szymanski	Responsable secrétariat bureau des stages hospitaliers
Christine Ghoggal	Responsable adjointe à la formation
Bertrand de Gayffier	Responsable adjointe à la formation
Joseph Cerrato	Responsable du CEDIP
Lionel Carbillon	Représentant du pôle gynéco - obstétrique
Marie-Ange Bill	Responsable administrative
Imen Laronde, Clémence Morel	Représentantes des étudiants

## Liste des principaux sigles utilisés

AHU : assistant hospitalier universitaire  
ANEMF : association nationale des étudiants en médecine de France  
ARC : apprentissage du raisonnement clinique  
ARS : agence régionale de santé  
CCU-AH : chef de clinique universitaire-assistant des hôpitaux  
CHR : centre hospitalier régional  
CHU : centre hospitalo universitaire  
CME : commission médicale d'établissement  
CNRS : centre national de la recherche scientifique  
CPU : conférence des présidents d'université  
CSERD : centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire  
DAM : direction des affaires médicales  
DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales  
DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales  
DGESIP : direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle  
DGOS : direction générale de l'offre de soins  
DU : diplôme d'université  
ECN : épreuves classantes nationales  
ECNi : épreuves classantes nationales informatisées  
ECTS : European credit transfer and accumulation system  
FFI : faisant fonction d'interne  
HAS : haute autorité de santé  
HCERES : haut conseil à l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur  
HU : hospitalo-universitaire  
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale  
MCU-PH : maître de conférences des universités- praticien hospitalier  
MERRI : missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation  
ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie  
PACES : première année commune aux études de santé  
PH : praticien hospitalier  
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier  
SASPAS : stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée  
SIDES : système informatisé distribué d'évaluation en santé  
T2A : tarification à l'activité  
UE : unité d'enseignement  
UFR : unité de formation et de recherche