Cour des comptes

LE TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES DE MÉDECINE

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Juillet 2026

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES **5**

SYNTHÈSE **7**

RECOMMANDATIONS **11**

INTRODUCTION **13**

CHAPITRE I LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE : DES AVANCÉES PÉDAGOGIQUES, MAIS UNE SPÉCIALISATION EXCESSIVE AU REGARD DES BESOINS DE SANTÉ **19**

I - LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE : LA CRÉATION D'UN DIPLÔME UNIQUE POUR DES PARCOURS PLUS LISIBLES ET PROGRESSIFS **19**

A - Un diplôme unique et harmonisé nationalement 19
B - Un parcours professionnalisant, progressif et personnalisé 23
C - Le nouveau statut de « docteur junior », étape importante avant le plein exercice 29

II - LA RÉFORME DU CONCOURS D'ACCÈS AU TROISIÈME CYCLE : L'INTRODUCTION OPPORTUNE D'UNE LOGIQUE D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES, MAIS UNE TROP GRANDE COMPLEXITÉ ORGANISATIONNELLE **32**

A - Du contrôle des connaissances à l'évaluation des compétences 32
B - L'organisation des épreuves classantes : un risque d'incident élevé en dépit d'une mobilisation d'ampleur des universités et des professionnels de santé 36

III - DES RÉFORMES QUI ACCENTUENT LA SPÉCIALISATION DE LA FORMATION ET ALLONGENT LA DURÉE DES ÉTUDES **38**

A - Une spécialisation plus précoce, décisive pour la carrière des internes 38
B - Des possibilités de « surspécialisation » propres à chaque maquette de spécialité 41
C - Une spécialisation qui contribue à l'allongement de la durée de formation 43
D - Une spécialisation excessive qui ne répond plus aux besoins du système de santé 47

IV - UNE FORMATION À ADAPTER EN CONTINU À L'ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES BESOINS DE SANTÉ **48**

A - Une tendance au renforcement de la spécialisation inadaptée aux nouveaux enjeux de prise en charge des patients 48
B - La nécessité d'une adaptation réactive de la formation 49

CHAPITRE II L'AUGMENTATION SANS PRÉCÉDENT DU NOMBRE D'INTERNES : UN DÉFI, UNE OPPORTUNITÉ **53**

I - UNE PROSPECTIVE À RENFORCER, DES PROCÉDURES D'ANTICIPATION DES BESOINS DE FORMATION ENCORE EMBRYONNAIRES ET INSUFFISAMMENT DÉCLINÉES PAR SPÉCIALITÉ ET TERRITOIRE **54**

A - Une prospective pluriannuelle insuffisamment approfondie 54
B - Un enjeu majeur : mieux anticiper les conséquences de l'augmentation sans précédent du volume d'internes à former 57
C - Une procédure nationale de répartition des postes par spécialité et subdivisions insuffisamment prospective et concertée avec les acteurs locaux 60
D - Une répartition annuelle qui ne parvient pas à juguler le déficit d'attractivité de certaines spécialités et subdivisions territoriales 62
E - Le retour à une forme de « régionalisation de l'internat » : une voie étroite, des effets qui risquent d'être marginaux 67

II - UNE CAPACITÉ D'ENCADREMENT PÉDAGOGIQUE PAR LES PERSONNELS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES QUI N'A PAS SUIVI L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'INTERNES 70

A - Un encadrement pédagogique porté principalement par les personnels enseignants et hospitaliers..... 70
B - Des effectifs stables en dépit de l'augmentation importante et continue des étudiants en médecine..... 72
C - Une gestion du personnel particulièrement complexe du fait de son double rattachement..... 76

III - UN IMPACT FINANCIER IMPORTANT À PRÉVOIR 80

A - Un coût des études de troisième cycle constitué en majeure partie de masse salariale et estimé à plus de 2,6 Md€..... 80
B - Une augmentation du coût du troisième cycle estimée entre 700 M€ et 1 Md€ à horizon 2033..... 88

IV - UNE CULTURE DE L'ÉVALUATION DÉFAILLANTE MALGRÉ L'EXISTENCE DE NOMBREUSES DONNÉES 91

A - Un accès et un traitement des données limités par une production et une gestion des données en silo n'intégrant pas de perspective d'évaluation..... 91
B - Des données sur les lieux de stage non consolidées au niveau national en raison d'une mauvaise appropriation de SiiMOP au niveau local 93

CHAPITRE III UNE PRIORITÉ : DÉVELOPPER LES STAGES EN DEHORS DES VILLES UNIVERSITAIRES 97

I - UNE RÉPARTITION TERRITORIALE DES STAGES TRÈS INÉGALE 98

A - Une grande diversité de lieux de stages possibles..... 98
B - Une répartition des stages très majoritairement dans les hôpitaux et particulièrement dans les CHU.....98

II - UNE RÉPARTITION INÉGALE DES STAGES DUE À DE MULTIPLES CAUSES À TRAITER CONJOINTEMENT POUR CRÉER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE DÉPLOIEMENT SUR TOUS LES TERRITOIRES 103

A - Des maquettes de stage qui priorisent excessivement les stages en CHU au détriment de l'ambulatoire et des centres hospitaliers..... 103
B - Une procédure d'affectation des internes en stage qui prend peu en compte les besoins de santé des territoires..... 104
C - Une capacité d'encadrement pédagogique à renforcer dans les zones éloignées des CHU 109
D - Un accompagnement des internes indispensable pour favoriser les stages éloignés..... 111
E - Une stratégie territoriale de déploiement des enseignants et des terrains de stage à élaborer dans le cadre d'une concertation régionale..... 114

LISTE DES ABRÉVIATIONS 119

GLOSSAIRE 121

ANNEXES 123

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques que comprend la Cour[1] ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

⁂

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières. En application de ces dispositions, le président de la commission des affaires sociales du Sénat a, par courrier du 21 octobre 2025, demandé à la Cour de réaliser une enquête sur « *l'organisation du troisième cycle des études de médecine* », portant notamment sur les modalités d'accès au troisième cycle et d'affectation des internes, les enjeux d'accès territorial aux soins et la mise en œuvre des dernières réformes de l'organisation du troisième cycle. Par courrier du 10 novembre 2025, le Premier président a confirmé que la Cour était en mesure de réaliser cette enquête.

[1] La Cour comprend aussi la chambre du contentieux, dont les arrêts sont rendus publics.

Le périmètre de l'enquête correspond aux seules études de médecine, hors maïeutique (sage-femme), odontologie (chirurgie dentaire) et pharmacie. Le champ de l'enquête n'intègre pas non plus les études médicales des élèves médecins des écoles du service de santé des armées (120 postes ouverts cette année en vertu de l'arrêté du 19 juin 2025).

Plus d'une centaine d'entretiens ont été réalisés au niveau central (directions d'administration centrale des ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, services statistiques, observatoire national de la démographie des professionnels de santé, Centre national de gestion (CNG), Université numérique en santé et sport - UNESS). Les parties prenantes ont également été entendues (France Universités, principales instances de représentation des instances médicales, syndicats d'étudiants).

Ces entretiens ont été complétés par des enquêtes de terrain, réalisées en Île-de-France auprès de deux universités et de deux groupes hospitalo-universitaires de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP/HP), à Lille (université de Lille et institut catholique de Lille), Valenciennes, Nantes et Limoges, ainsi qu'à Orléans. Pour chacun de ces terrains ont été rencontrés la direction générale des agences régionales de santé, des représentants de l'université (président d'université, doyen de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine, services), des coordonnateurs locaux des épreuves d'accès au troisième cycle et des coordonnateurs de spécialités, des représentants des centres hospitaliers universitaires ou de proximité, un panel de maîtres de stage et d'internes.

A également été conduit un travail d'analyse des données relatives aux étudiants inscrits en études de médecine par établissement (base de données SISE du service d'information et d'études statistiques au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche), aux épreuves d'accès au troisième cycle (détenues par le Centre national de gestion - CNG), aux lieux de stage (données issues du système d'information national consacré à la dématérialisation de la gestion des étudiants du troisième cycle des études de médecine, odontologie et pharmacie (SiiMOP) et données des agences régionales de santé), ainsi qu'au financement des études de santé (données de gestion de la direction générale des ressources humaines du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche sur les effectifs hospitalo-universitaires, données de paie de l'État et comptes financiers des hôpitaux pour la rémunération des internes et des personnels, données de gestion de la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé sur le financement par l'assurance maladie de la dotation des hôpitaux compensant les charges d'enseignement, données des agences régionales de santé sur les indemnités versées aux praticiens agréés maîtres de stage universitaires).

⁂

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 6 juillet 2026, par une formation interchambres, présidée par M. Meddah, conseiller maître, et composée de MM. Vallernaud, Suard, Aubert, conseillers maîtres, Mme Deletang, conseillère maître, de Mme Cervelle, conseillère référendaire, en tant que rapporteure générale, de Mme Duclos Grisier et M. Vallet, conseillers maîtres et Mme Duran Vigneron, conseillère référendaire, en tant que rapporteures et, en tant que contre-rapporteure, de Mme Caroli, conseillère maître.

Il a été examiné et approuvé, le 15 juillet 2026, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme de Montchalin, Première présidente, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, Mme Thibault, M. Lejeune, M. Cazé et M. Glimet, présidentes et présidents de chambre de la Cour, MM. Albertini, Vught, Roux, Mmes Daussin-Charpantier, Renet et Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis.

⁂

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

La réforme du troisième cycle des études de médecine et de l'accès à l'internat : de réelles avancées pédagogiques, un changement de paradigme en faveur de l'évaluation des compétences

Les réformes combinées du troisième cycle des études de médecine (« internat ») en 2016, puis des épreuves permettant d'y accéder en 2019, ont permis des avancées pédagogiques majeures. L'évolution la plus notable est une professionnalisation accrue des étudiants, avec l'introduction d'une approche par les compétences. L'instauration d'un diplôme unique validant la fin des études de troisième cycle - le diplôme d'études spécialisées (DES) - a permis d'unifier le parcours de l'interne, quelle que soit sa spécialité et son lieu d'études, et de définir les compétences attendues à chaque phase d'apprentissage. La mise en place d'« examens cliniques objectifs structurés » (ECOS) pour l'accès au troisième cycle, dont l'organisation mériterait d'être allégée, constitue un véritable changement de paradigme, avec la prise en compte dans le rang de classement des compétences cliniques testées par des mises en situation, là ou prévalait auparavant l'évaluation des seules connaissances théoriques.

Une réforme qui n'a pas permis de limiter la durée des études et la spécialisation excessive de la formation des futurs professionnels, peu adaptée aux besoins de santé émergents

Certaines mesures annoncées initialement n'ont toutefois pas atteint leurs objectifs alors même qu'elles auraient permis une adaptation de l'offre de formation aux évolutions des besoins de santé.

La création d'une année d'internat sous statut de docteur junior, exerçant en situation d'autonomie supervisée, devait permettre au jeune diplômé d'être immédiatement opérationnel et prêt à s'installer à l'issue de sa formation. Cet objectif n'ayant pas été atteint, la réforme du troisième cycle a favorisé un allongement de la durée des études, allant ainsi à l'encontre des ambitions affichées.

Surtout, les modalités de mise en œuvre de la réforme sont venues renforcer la tendance à la spécialisation des médecins, corollaire d'une organisation des soins traditionnellement fondée sur l'excellence et construite autour des centres hospitalo-universitaires (CHU), dont les services sont spécialisés par organe. Cette spécialisation va à l'encontre d'une approche transversale et pluridisciplinaire, laissant davantage de place aux hôpitaux de proximité et à la médecine de ville, plus à même de répondre aux nouveaux défis liés au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des patients pluri-pathologiques.

L'augmentation du nombre de spécialités (44) a favorisé un exercice plus pointu de chacune d'entre elles. Les maquettes de formation ont été construites avec des stages fléchés en fonction des spécialités, imposant souvent un encadrement universitaire. Les possibilités d'options et de formations transversales contribuent également à une spécialisation excessive des internes et à leur concentration au sein des CHU. Les nouvelles modalités d'accès au troisième cycle accentuent encore la précocité de cette tendance, avec des pondérations des rangs de classement par blocs de spécialités dont la plus-value réelle n'est pas démontrée.

Cette spécialisation accrue est d'autant plus dommageable que la procédure de répartition annuelle des postes d'internat à l'issue du concours d'accès échoue à augmenter le nombre d'internes formés dans les spécialités médicales correspondant à des priorités de santé publique (médecine générale, gériatrie, psychiatrie, spécialités permettant de développer la prévention telles que santé publique ou santé au travail), même si la situation s'améliore pour la médecine générale.

De fait, la procédure actuelle de répartition des postes d'internes conduit à préserver l'offre de soins existante, plutôt qu'à décliner une vision prospective fine, partagée et pluriannuelle des besoins à venir en professionnels de santé par spécialité et par territoire.

L'augmentation à venir du nombre d'internes à former : une opportunité de rééquilibrage de l'offre de soins, des moyens humains et financiers à anticiper

L'enjeu de la répartition des étudiants est d'autant plus aigu qu'une augmentation importante du nombre d'internes à former va accentuer la pression sur l'offre de stages. Sous l'effet de l'allongement de la durée des études de médecine générale et de psychiatrie, et de l'arrivée en troisième cycle de promotions ayant bénéficié du *numerus apertus* (promotions de près de 11 000 étudiants contre 8 700 actuellement), le nombre d'internes va passer d'un peu plus de 39 000 à plus de 50 000 dans les six années à venir.

En matière d'offre de stages, si cette augmentation était correctement anticipée, elle pourrait permettre de moins concentrer les internes dans les centres hospitaliers universitaires et de mieux les distribuer sur tout le territoire.

Toutefois, cela implique d'adapter la capacité d'encadrement pédagogique au volume croissant d'internes. Or, les effectifs d'enseignants sont restés stables depuis de nombreuses années en dépit de l'augmentation déjà engagée du nombre d'étudiants. Ils sont en outre fortement concentrés en Île-de-France. Une gestion prévisionnelle des emplois est donc indispensable. Elle doit être cohérente avec les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé, et prendre en compte les possibilités de redéploiement entre filières universitaires et entre spécialités et régions.

L'impact financier de l'allongement des études et de l'accroissement des effectifs doit également être anticipé. Le coût de la formation du troisième cycle, constitué pour l'essentiel par les salaires des internes et estimé au minimum à 2,6 Md€ pourrait croître de 700 M€ à un milliard d'euros, du fait de l'augmentation de la taille des cohortes, à un horizon de quelques années. Il est indispensable qu'un tel surcoût, pesant principalement sur les hôpitaux, se traduise par une amélioration sensible de l'offre de soins partout sur le territoire.

L'affectation des internes en stage sur tout le territoire : de multiples leviers à activer simultanément

Le défi de l'attractivité des territoires éloignés des villes universitaires pour les internes et les jeunes professionnels ne pourra être relevé qu'au prix d'une action résolue des pouvoirs publics, s'appuyant sur une analyse pluriannuelle, fine et concertée des besoins en santé et des leviers disponibles localement.

L'offre de stage, largement structurée par des coordonnateurs de spécialité majoritairement hospitalo-universitaires, est aujourd'hui fortement concentrée dans les CHU au détriment des centres hospitaliers de proximité et des stages ambulatoires. Or, l'installation future de jeunes médecins sur l'ensemble du territoire nécessite de mieux faire connaître ces modes et lieux d'exercice aux internes en mobilisant la diversité des terrains de stages possibles.

Des actions ont été mises en place pour renforcer l'attractivité de ces lieux de stages, et notamment l'organisation de stages mixtes (CHU-ville ou CHU-centre hospitalier), l'organisation de coopérations entre les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers de proximité, la formation et la mise en réseau de maîtres de stages universitaires, etc. Elles doivent toutefois être développées pour être à l'échelle de l'augmentation du nombre d'internes à venir.

Les maquettes de spécialité devraient également être revues afin de rééquilibrer la répartition géographique des stages et les diversifier, en augmentant le nombre minimum de stages à réaliser en dehors des CHU et, pour les spécialités concernées (dermatologie, gynécologie, etc.), en ambulatoire.

Le déploiement de ces actions nécessite une concertation à l'échelle de chaque territoire pour définir la stratégie et les modalités opérationnelles à décliner afin de renforcer son attractivité. Une telle concertation pourrait être menée par les agences régionales de santé, en lien étroit avec les universités et les CHU. Elle devrait être déclinée avec les collectivités territoriales et par groupement hospitalier de territoire, en incluant l'examen des modalités d'accessibilité des lieux de stage et des solutions de logement des internes.

Recommandations

1. Supprimer le classement par groupes de spécialités en faveur d'un classement unique à l'entrée en troisième cycle (*2029, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, CNG*).
2. Accroître le nombre d'étudiants ayant un exercice généraliste de leur spécialité, en mobilisant les contrats de formation, les stages libres, les stages en centres hospitaliers de proximité et en régulant les options et formations spécialisées transversales (à partir de la promotion entrant en troisième cycle en 2027, *universités, ARS*).
3. Évaluer régulièrement les maquettes de formation et les réviser dans le cadre d'une concertation interdisciplinaire permettant de mieux prendre en compte les besoins futurs de santé et d'organisation des soins (*2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, HCERES*).
4. Réduire le nombre de stations obligatoires aux examens cliniques objectifs structurés (ECOS) et prévoir la tenue d'épreuves locales de rattrapage en cas d'incident (session d'examens 2029, *ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, CNG*).
5. Planifier de façon pluriannuelle le nombre de médecins à former en tenant compte des besoins en santé par spécialité et par territoire, et répartir en conséquence les postes d'internes en opérant chaque année les redéploiements nécessaires (*2028, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, ONDPS, ARS, universités*).
6. Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois des enseignants en médecine de tout statut, cohérente avec les objectifs de nombre de professionnels de santé à former et redéployer en conséquence les postes entre les filières universitaires, ainsi qu'entre les territoires et les spécialités (*2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace*).
7. Établir une méthodologie de calcul du coût total de la formation du troisième cycle des études de médecine (et plus largement des études de santé) pour mieux programmer et maîtriser les financements nécessaires à la réalisation des objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former (*2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace*).
8. Dans le cadre de la révision des maquettes de formation par spécialité, augmenter le nombre minimum de stages réalisés hors d'un centre hospitalier universitaire et, pour les spécialités concernées, en ambulatoire (*2028, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace*).

9. Modifier la procédure de répartition des stages afin de faire figurer dans ses objectifs réglementaires la prise en compte des besoins de santé des territoires et offrir un nombre de stages strictement égal au nombre d'internes (à partir de la campagne d'ouverture des stages de novembre *2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, ARS*).
10. Définir à l'échelle régionale, en concertation avec les collectivités locales, des stratégies de déploiement territorial d'enseignants et d'internes (*2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, Régions de France, Départements de France, Association des Maires de France et des présidents d'intercommunalité, universités, ARS*).

Introduction

Le troisième cycle des études de médecine correspond à la dernière période de formation des étudiants en médecine. Il se déroule entre la septième année d'études et l'obtention, au bout d'une durée théorique de quatre à six ans selon la spécialité, du titre de « docteur en médecine ». Également connu sous le nom d'internat de médecine, il fait suite à deux cycles de trois ans chacun[2], le deuxième constituant l'externat. Un troisième cycle analogue existe également en pharmacie et en odontologie ; il n'est pas inclus dans le champ de ce rapport.

Tableau n° 1 : parcours de formation pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine

	Durée minimale	Parcours de formation et diplômes préparés
1er cycle	1 an	Accès aux études de médecine (Parcours spécifique Accès Santé (PASS) ou Licence Accès Santé (LAS))
	2 ans	Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM)
2e cycle « externat »	3 ans	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM)
3e cycle « internat »	4 à 6 ans selon les spécialités	Diplôme d'études spécialisés (DES) Thèse d'exercice

Source : Cour des comptes

L'exercice de la médecine est réservé aux seuls étudiants ayant validé leur internat. Les études de médecine ont de ce fait la particularité d'être pilotées non seulement par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche mais également par le ministère de la santé. Le diplôme d'études spécialisées (DES) et le titre de docteur en médecine délivrés à l'issue des études médicales sont requis pour exercer la profession de médecin dans une spécialité donnée. Le parcours professionnalisant[3] acquiert au fur et à mesure de l'avancée de la formation une dimension de plus en plus pratique. Les étudiants de troisième cycle concourent ainsi fortement à la production de soins.

[2] Le premier cycle a fait l'objet d'une communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat en décembre 2024, intitulée *L'accès aux études de santé : Quatre ans après la réforme, une simplification indispensable*.

[3] Dès la première année du deuxième cycle (quatrième année d'études, ou « externat »), les étudiants en médecine *« participent à l'activité hospitalière et ambulatoire »* (art. R. 6153-46 du code de la santé publique).

Les étudiants de troisième cycle, « internes en médecine », ont de ce fait un double statut d'étudiants et de praticiens ayant la qualité d'agents publics[4].

Ils sont étudiants, inscrits à l'université, pour se former à leur spécialité médicale dans une unité de formation et de recherche (UFR) et conduire un projet de recherche débouchant sur une thèse d'exercice dont la validation est un préalable nécessaire à l'obtention du titre de « docteur ».

Les internes sont également des praticiens, acteurs à part entière du système de santé, et sont à ce titre rémunérés par les hôpitaux (37 700 € bruts en moyenne annuelle pour un interne et 41 700 € pour un docteur junior – cf. dans le chapitre II, le point III.A.3). Le troisième cycle des études médicales est ainsi d'abord et avant tout une formation qui s'effectue par des stages cliniques (au sein d'un centre hospitalier) ou des stages ambulatoires ou extrahospitaliers (en cabinet libéral, maison ou centre de santé pluridisciplinaire ou autres établissements agréés). L'interne va réaliser entre six et dix stages de six mois et, dans certaines spécialités, un stage d'un an au cours de son troisième cycle[5]. Les stages correspondent à 80 % de son temps de travail, avec en complément une journée en moyenne par semaine consacrée à l'enseignement théorique et au travail personnel.

L'interne en médecine agit en tant que médecin, sous la supervision d'un médecin senior. Il participe activement à la prise en charge des patients : réalisation d'examens cliniques, prescriptions, suivi des dossiers médicaux et coordination avec les différents services, avec une autonomie croissante au cours de ses études. Les internes occupent ainsi une place centrale dans le fonctionnement quotidien des hôpitaux. Véritables chevilles ouvrières du système hospitalier, ils permettent d'assurer une présence médicale continue, notamment lors des gardes de nuit et des week-ends. En ville, leur contribution est également essentielle à la permanence des soins, à travers le remplacement des médecins libéraux[6].

Avec 43 700 étudiants inscrits en troisième cycle en 2024, dont 39 100 en cours d'études et 4 600 diplômés n'ayant pas encore soutenu leur thèse[7], ils constituent une ressource humaine essentielle au système de soins. Selon les données de la direction de la recherche, des études,

[4] Le code de la santé publique mentionne les internes en tant qu'agents publics et *« praticiens en formation spécialisée »* (art. R. 6153-2), le code de l'éducation les considère comme des *« étudiants de troisième cycle des études de médecine »* (articles R. 632-11 et suivants).

[5] Jusqu'en 2026 et l'allongement de la durée de la formation à quatre ans, les internes en spécialité médecine générale ne réalisaient que six stages de six mois. À la suite d'un arrêté du 5 juin 2026, les stages de docteur junior qui étaient initialement d'un an passent à deux fois six mois sauf pour les spécialités chirurgicales en six ans, la médecine légale, la médecine d'urgence, l'oncologie et la pneumologie.

[6] Pour effectuer des remplacements, l'article L. 4131-2 du code de la santé publique prévoit deux conditions cumulatives : avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France, ou être titulaire d'un titre équivalent et avoir validé au titre du troisième cycle un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie. Il faut également disposer d'une licence de remplacement délivrée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

[7] Exploitation par la DREES du système d'information sur le suivi des étudiants (SISE) produit par la sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Les données portent sur le nombre d'étudiants en troisième cycle établies pour la conférence nationale de concertation sur les objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former 2026-2030. Jusqu'à présent, les étudiants en médecine générale disposaient d'un délai de trois ans après l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées pour soutenir leur thèse et obtenir le titre de docteur en médecine. Ils effectuaient souvent des remplacements dans l'intervalle mais ne pouvaient s'installer. Cela explique l'écart entre le nombre d'étudiants de troisième cycle et le nombre en cours d'études.

de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, les internes et assimilés représentaient en 2025 16,6 % des effectifs de médecins[8] et, au 31 décembre 2023, 28 % au sein des établissements publics[9].

L'enjeu de construction professionnelle et personnelle pour l'interne est d'autant plus important que l'étudiant en troisième cycle des études de médecine a déjà accompli au moins six années d'études et, en fin de cursus, dix à douze (sans compter les redoublements, années de césure, disponibilités ou thèse de doctorat). Plus âgé que la moyenne des étudiants, il peut avoir des préoccupations personnelles familiales plus affirmées.

À l'entrée du troisième cycle, l'interne doit opérer un choix de poste d'internat (en fonction de ses rangs de classements) qui se compose de deux éléments indissociables : la spécialité d'exercice et la subdivision territoriale de rattachement.

Il existe 44 spécialités médicales ou chirurgicales dont la durée d'études en troisième cycle varie entre quatre et six ans, et dont les modalités d'exercice peuvent être différentes (certaines spécialités s'exercent exclusivement en milieu hospitalier ou en clinique, d'autres peuvent être mixtes et s'exercer également en ambulatoire). Une maquette de formation définit précisément le contenu des connaissances et compétences à acquérir au cours de l'internat.

Les internes sont répartis entre 28 subdivisions d'affectation. Une subdivision correspond à une zone géographique rattachée à un centre hospitalier universitaire (CHU) principal. Dans la grande majorité des cas, il y a un seul CHU et une seule unité de formation et de recherche (UFR) de médecine par subdivision[10]. La situation de l'Île-de-France est spécifique avec un rattachement à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), constituée de six groupes hospitalo-universitaires, et cinq UFR de médecine. L'interne effectue prioritairement ses stages de troisième cycle au sein de sa subdivision, au CHU, dans d'autres établissements de santé ou en ambulatoire, en conformité avec la maquette de sa spécialité. Les maquettes listent les stages obligatoires pour valider la spécialité (stage dans un type de service et/ou spécialité). D'autres stages sont ouverts au libre choix de l'interne. Il peut également effectuer deux stages dans une autre subdivision de sa région et, dans le cadre d'une procédure plus contraignante, deux stages en dehors de sa région (stages inter-CHU), notamment si aucune offre de stage en cohérence avec son projet ne correspond dans sa subdivision de rattachement.

[8] Source : RPPS et SIES, SISE, exploitations DREES dans le cadre de son modèle de projection des effectifs de médecins, résultats provisoires.

[9] Source DREES, *Les établissements de santé en 2023* – édition 2025, tableau de l'annexe 5 *« Les postes de personnel médical »*. Inclut les filières pharmacie et odontologie.

[10] Hors Île-de-France et outre-mer, il y a trois exceptions : deux UFR de médecine séparées à Lyon mais rattachées à la même université Lyon I ; deux CHU dans la subdivision du CHU de Tours, à la suite de la création récente du CHU d'Orléans ; deux CHU à Montpellier et Nîmes rattachés à l'université de Montpellier.

Tableau n° 2 : liste des 28 subdivisions d'internat et CHU correspondants par région de rattachement

Régions	28 Subdivisions (pour 32 centres hospitaliers universitaires - CHU)
Île-de-France	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP/HP)
Bretagne	CHU de Brest, CHU de Rennes
Normandie	CHU de Caen, CHU de Rouen
Hauts de France	CHU de Lille, CHU d'Amiens
Grand- Est	CHU de Nancy, CHU de Reims, CHU de Strasbourg
Centre Val de Loire	Subdivision commune au CHU de Tours et au CHU d'Orléans
Pays de la Loire	CHU d'Angers, CHU de Nantes
Auvergne Rhône-Alpes	CHU de Clermont-Ferrand, CHU de Grenoble, Hospices civils de Lyon, CHU de Saint-Étienne
Bourgogne Franche Comté	CHU de Besançon, CHU de Dijon
Occitanie	Subdivision commune au CHU de Montpellier et au CHU de Nîmes, CHU de Toulouse
Provence Alpes Côte d'Azur / Corse	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, CHU de Nice
Nouvelle Aquitaine	CHU de Bordeaux, CHU de Limoges, CHU de Poitiers
Antilles-Guyane	Subdivision commune au CHU de la Martinique au CHU de la Guadeloupe et au CHU de Guyane
Océan Indien	CHU de la Réunion

Source : Cour des comptes, d'après l'arrêté du 18 septembre 2017 portant détermination des régions et subdivisions du troisième cycle des études de médecine et du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale

En cours de troisième cycle, le choix des stages à accomplir représente un double enjeu de montée en compétences (en termes de qualité au vu des objectifs de spécialisation) et de consolidation des choix de carrière (projection dans un futur exercice professionnel en termes de modalités et de lieu d'exercice).

À l'échelle de la politique de santé, l'internat représente également un enjeu majeur pour répondre aux besoins de santé de la population puisque le choix de spécialité détermine l'offre future de soins par discipline médicale et chirurgicale. Le lieu d'internat et les modes d'exercice rencontrés en stage (hospitalier, libéral, etc.) influencent fortement les décisions d'installation des futurs médecins et par conséquent le maillage territorial à venir de l'offre de soins.

L'enquête relative au troisième cycle des études de médecine dont est issu le présent rapport a été réalisée dans un contexte particulier, marqué par des réformes récentes de grande ampleur des études médicales, se succédant à un rythme rapide. Cette période s'est traduite par une forte pression sur les universitaires et les professionnels de santé pour la mise en œuvre des réformes au rythme des rentrées scolaires (changement de maquettes de formation, nouvelles modalités d'accompagnement des étudiants, ou d'organisation des examens, etc.) et un stress accru pour les étudiants face aux changements des déterminants de choix des postes d'internat. Ces successions de réformes, qui se sont parfois superposées, compliquent l'analyse de leurs effets.

L'organisation actuelle du troisième cycle des études de médecine procède, pour l'essentiel, de la réforme introduite par le décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016, mise en œuvre à partir de la rentrée de 2017 pour les étudiants entrant en première année d'internat. Cette réforme a mis en place un diplôme unique, le diplôme d'études spécialisées (DES) pour les 44 spécialités, formalisé les maquettes de formation, instauré un cycle en trois phases progressives et créé un statut de docteur junior en fin d'internat, avec une autonomie renforcée.

D'autres réformes ont ensuite procédé à une refonte en profondeur de l'organisation des études de médecine en amont du troisième cycle ou sont venues compléter la réforme de 2016. Leur déploiement est pour partie encore en cours, et il est difficile d'en mesurer la plénitude des effets combinés.

La réforme de l'accès aux études de santé est intervenue par la loi du 24 juillet 2019. Elle a supprimé la première année commune aux études de santé (PACES), en vigueur depuis 2010, critiquée pour son taux d'échec élevé et ses modalités d'enseignement, et l'a remplacée par trois nouvelles voies d'accès : le PASS (parcours spécifique accès santé), la LAS (licence avec option accès santé), et des passerelles depuis certaines formations. À la suite notamment d'un premier rapport de la Cour des comptes publié en 202411 et d'une concertation nationale, les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur ont annoncé en avril 2026 la simplification de l'accès aux études de santé et la réforme de la première année de médecine avec la mise en place dès la rentrée universitaire 2027 d'une « licence orientée santé, harmonisée ».[12]

La réforme du deuxième cycle, également portée par la loi du 24 juillet 2019, est entrée en application pour les étudiants du deuxième cycle à la rentrée universitaire 2021 (pour un accès au troisième cycle à la rentrée 2024). Cette réforme du deuxième cycle a prévu de nouvelles modalités d'accès au troisième cycle par une refonte des épreuves nationales et des règles de répartition des internes entre spécialités et subdivisions, dont les conséquences sont examinées dans le présent rapport.

La réforme de la médecine générale est également en cours de déploiement. Reconnue spécialité de médecine depuis 2004 avec la création d'un DES, la médecine générale a pourtant connu une restructuration en trois phases de son internat plus tardivement que les autres spécialités, avec l'allongement d'un an de la durée de l'internat par ajout de la troisième phase de « docteur junior », décidé en 2022 et dont la première promotion sera déployée à la rentrée 2026.

Enfin, les conditions de rémunération et de travail des internes ont fait l'objet d'une série de mesures prises par décret entre 2018 et 2025, visant à améliorer leur rémunération (en lien notamment avec la création du statut de docteur junior et avec le Ségur de la santé), mieux encadrer leur temps de travail effectif, etc.

Ces réformes s'inscrivent également dans un contexte d'augmentation sans précédent du nombre d'étudiants et d'internes en médecine, avec la fin du *numerus clausus* actée dès 2019 et la mise en place du *numerus apertus*[13].

---

[11] Cour des comptes, *L'accès aux études de santé, quatre ans après la réforme, une simplification indispensable,* communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

[12] Dossier de presse consultable par le lien suivant : https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/la-reforme-de-la-premiere-annee-vers-une-simplification-de-l-acces-aux-etudes-de-sante-101337

[13] La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé met en place le *« numerus apertus* » qui prévoit un nombre minimal d'étudiants pouvant être admis en deuxième année de médecine défini localement par chaque université, en lien avec les agences régionales de santé (ARS). Il se substitue au « *numerus clausus* » qui fixait un nombre maximal d'étudiants admis à l'échelle nationale.

Le nombre d'étudiants admis en seconde année de médecine a plus que doublé entre 1994 et 2014[14]. Puis il est passé d'environ 7 500 étudiants admis par an à un peu moins de 11 000 en 2024, soit une nouvelle augmentation de près de 50 % en 10 ans. Cette augmentation rapide du nombre d'étudiants s'est faite à nombre d'enseignants constant et s'est nettement accélérée depuis 2010. Le nombre d'internes en établissement de santé a plus que doublé en vingt ans[15], et va continuer de croître sous l'effet de la réforme du premier cycle. Pour le seul troisième cycle des études de médecine, on dénombre un peu plus de 39 000 internes, dont un peu plus de 8 700 issus de la dernière session du concours d'internat. La taille des promotions a augmenté progressivement ces dernières années (un peu moins de 8 000 postes pourvus en 2017) mais devrait faire un bond à partir de la rentrée 2026 pour atteindre 10 à 11 000 entrées annuelles.

Tableau n° 3 : nombre d'étudiants de 2ème cycle et de 3ème cycle

	2020	2021	2022	2023	2024
2ème cycle	27 100	28 600	29 200	30 800	33 200
3ème cycle (internes et docteurs juniors)	**35 400**	**36 100**	**37 100**	**39 000**	**39 100**
Thèse	3 400	3 800	4 500	4 100	4 600

La ligne « thèse » renvoie aux étudiants de troisième cycle inscrits uniquement en thèse. La ligne 3ème cycle correspond aux étudiants de troisième cycle internes et docteurs juniors (hors étudiants inscrits uniquement en thèse et hors étudiants relevant de certaines formations antérieures à la réforme de 2017 et n'exerçant pas en tant qu'internes)
Source : données du système d'information sur le suivi des étudiants (SISE) produit par la sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) – exploitations par la Cour des comptes avec l'aide de la DREES, du SIES et de la DGOS

Le présent rapport examine l'effet de ces réformes engagées depuis 2016 sur le troisième cycle des études de médecine (hors maïeutique, odontologie et pharmacie)[16] et s'efforce de déterminer dans quelle mesure elles contribuent à adapter l'offre de formation en troisième cycle aux enjeux de santé de la population et des territoires.

Pour s'adapter aux besoins de santé, l'effort de modernisation pédagogique visé par la réforme du troisième cycle et de son concours d'accès doit être poursuivi pour mieux adapter la formation aux besoins actuels et futurs du système de santé (I). L'augmentation attendue du nombre d'internes offre l'occasion de mieux répartir les internes entre spécialités et subdivisions mais doit être anticipée sur le plan financier et en termes de gestion des ressources humaines (II). Correctement accompagnée, en mobilisant le système de soins et en créant des conditions favorables de mobilité des internes, elle représente une opportunité de créer une nouvelle offre de stages plus diversifiée localisée pour partie en dehors des grandes villes universitaires pour mieux répondre aux besoins des territoires au niveau le plus fin (III).

[14] Avec pour 1994, 3 576 étudiants admis en études de médecine après le concours de fin de première année, et pour 2014 7 497 étudiants admis.
[15] 19 320 internes et faisant fonction d'internes travaillaient en établissement de santé en 2003 selon la DREES, *Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans*, décembre 2020 ; 43 293 internes et faisant fonction d'internes étaient employés en établissement de santé en 2023 selon la DREES, *Les établissements de santé en 2023*, édition 2025, soit + 124 %.
[16] Le champ de l'enquête n'intègre pas non plus les études médicales des élèves médecins des écoles du service de santé des armées (120 postes ouverts cette année en vertu de l'arrêté du 19 juin 2025).

Chapitre I

La réforme du troisième cycle : des avancées pédagogiques, mais une spécialisation excessive au regard des besoins de santé

La réforme du troisième cycle est entrée en vigueur pour les étudiants accédant au troisième cycle à la rentrée universitaire 2017. Elle a permis des avancées pédagogiques certaines (I). Elle a été complétée en 2023 par une réforme du concours d'accès au troisième cycle (II) poursuivant le même objectif d'améliorer les compétences des étudiants pour mieux les préparer à l'exercice de leur spécialité. Contrairement aux objectifs initiaux, la réforme a toutefois favorisé une spécialisation excessive au regard des besoins de santé (III). Sans perdre les bénéfices pédagogiques de cette réforme, la formation de troisième cycle doit s'adapter à l'évolution prévisionnelle des besoins de santé (IV).

I - La réforme du troisième cycle : la création d'un diplôme unique pour des parcours plus lisibles et progressifs

A - Un diplôme unique et harmonisé nationalement

1 - À l'origine de la réforme, l'instauration d'un diplôme unique national certifiant la capacité à exercer une spécialité

La réforme de l'internat de médecine mise en œuvre par le décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine, était portée par des objectifs pédagogiques forts : simplifier l'architecture des diplômes, garantir une professionnalisation complète à l'obtention du diplôme, éviter une spécialisation excessive et l'allongement de la durée des études et passer d'une logique d'acquisition de connaissances à une logique de compétences et d'adaptation aux besoins de santé publique. Si les avancées pédagogiques de cette réforme sont réelles, une partie des objectifs initiaux a été diluée lors de sa déclinaison opérationnelle pour chacune des spécialités.

À la suite de plusieurs rapports et de concertations engagées à la fin des années 2000[17], un relatif consensus s'était dégagé sur la nécessité de refondre la formation, afin que l'obtention du diplôme permette un exercice en pleine responsabilité. Dès 2014, les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ont confié à une mission *ad hoc*, dite *« mission R3C »* pilotée par deux personnalités qualifiées, la concertation préalable à cette réforme, pour la définition de ses principes généraux et d'une méthodologie d'élaboration des maquettes de formation[18]. Cette mission a ensuite été pérennisée pour suivre la mise en œuvre de la réforme et procéder *in itinere*, en tant que de besoin, à des ajustements des maquettes de formation.

La réforme de 2016 a permis de rendre la formation du troisième cycle plus lisible en instaurant un diplôme unique, le diplôme d'études spécialisées (DES), pour toutes les spécialités médicales[19].

Auparavant, la formation était assurée par plusieurs types de diplômes : un ancien « diplôme d'études spécialisées » (DES) qui existait pour 31 spécialités, mais qui pouvait être complété par un « diplôme d'études spécialisées complémentaires » (DESC) de groupe I (vingt DESC de groupe I ouverts à tous les diplômés ou à certains seulement et ne conférant pas un exercice exclusif de la discipline), un DESC de groupe II (conférant un exercice exclusif pour onze spécialités principalement chirurgicales), voire un diplôme d'université (DU) ou un diplôme inter-universitaire (DIU), également ouvert à la formation continue. Des médecins en exercice pouvaient également compléter leur parcours par des « capacités » leur permettant d'exercer dans des spécialités complémentaires à leur spécialité d'origine.

Le périmètre des spécialités a été revu pour améliorer la lisibilité du dispositif. Pour cela, dix anciens DESC II et quatre anciens DESC I (allergologie, médecine d'urgence, médecine légale, maladies infectieuses et tropicales) ont été transformés en spécialités à part entière, conduisant *in fine* à 44 spécialités.

Un diplôme unique pour 44 spécialités très diverses

Les 44 spécialités sont de nature différente et le choix de spécialité oriente les internes vers des carrières qui peuvent être très éloignées les unes des autres. Trente sont des spécialités médicales, treize des spécialités chirurgicales (dont celle de chirurgie orale accessible également par les études d'odontologie) et une de biologie médicale (accessible également par la filière pharmacie).

[17] Rapport sur *le post-internat* de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), septembre 2009. Ce rapport dresse le constat d'un allongement de la durée d'étude *via* l'ajout d'année(s) de clinicat et conclut à la nécessité de réformer l'internat pour en densifier le contenu. Une commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) associant les représentants universitaires, étudiants et des professions de soins a été installée en décembre 2009 pour poursuivre ces travaux.

[18] Pr François Couraut et Pr François-René Pruvot, *Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales*, avril 2014 et *Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux*, juin 2015.

[19] Le DES a été mis en place également pour la pharmacie, l'odontologie (chirurgie dentaire).

Le mode d'exercice professionnel varie selon la spécialité. Certaines spécialités s'exercent uniquement à l'hôpital (et notamment les spécialités chirurgicales qui nécessitent des plateaux techniques). D'autres au contraire (psychiatrie, dermatologie, ophtalmologie, etc.) se prêtent à un exercice en établissement hospitalier (public ou privé) ou en ambulatoire, au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé pluridisciplinaires. D'autres enfin amènent à exercer dans des structures particulières comme la médecine légale (institut médico-légal), la médecine et santé au travail (administrations et services de santé interentreprise) ou encore la biologie médicale (laboratoires). La plupart des spécialités impliquent d'être en relation avec des patients mais ce n'est pas le cas en santé publique ou en médecine légale.

Les perspectives de rémunération une fois installé sont également très différentes. Une étude conduite par la DREES en 2024 sur les revenus annuels nets fiscaux des médecins ayant une activité libérale (en totalité ou en partie) montre que ce revenu annuel est par exemple en moyenne de 212 700 € pour les radiologues contre 98 300 € pour les omnipraticiens[20].

Les caractéristiques des promotions d'internat sont également très variables selon les spécialités. Les effectifs recrutés chaque année diffèrent fortement d'une spécialité à l'autre. À l'issue du concours d'accès 2025, la médecine générale concentrait 3 550 internes sur une promotion de 8 738, soit plus de 40 % des effectifs. Les autres spécialités à volume significatif (anesthésie-réanimation, psychiatrie, médecine d'urgence) ne représentent qu'environ 5 % des effectifs chacune (455 à 480 postes). Les plus petites spécialités, telles que la chirurgie orale, la chirurgie vasculaire ou la génétique médicale, créées pour la plupart lors de la réforme de 2017, comptent de l'ordre de 25 postes ouverts par an voire moins pour l'ensemble de la France.

Certaines spécialités sont beaucoup plus féminisées que d'autres. Alors que les femmes représentent 65 % de la promotion 2025, 100 % des postes ont été pourvus par des femmes en gynécologie médicale contre 32 % en neurochirurgie.

La réforme du DES de médecine générale introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023[21] est venue parachever cette évolution en alignant la structuration de la formation sur celle des autres spécialités et en l'allongeant d'un an[22] (voir encadré ci-dessous).

[20] Dans l'enquête de la DREES précitée, les omnipraticiens sont des médecins exerçant la médecine générale quel que soit leur mode d'exercice particulier : médecins généralistes exerçant sur toute l'étendue de leur spécialité, médecins généralistes exerçant comme médecins du sport, acupuncteurs, médecins du sommeil, homéopathes, mais aussi médecins exerçant en allergologie, médecine d'urgence et gériatrie, spécialités reconnues depuis 2017.
[21] Article 37 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.
[22] Le DES de médecine générale était jusqu'alors le seul DES en 3 ans et ne comportait pas de phase de consolidation.

La spécialité de médecine générale

Depuis 2004, la médecine générale a été érigée en spécialité médicale.

La maquette de DES de médecine générale inscrit environ la moitié des stages dans la spécialité (dont deux semestres en phase de consolidation correspondant à la fin de l'internat), avec *a minima* deux stages hospitaliers (urgences et médecine polyvalente), afin de développer le lien ville-hôpital. Les stages ambulatoires en médecine générale sont encadrés par des praticiens agréés maîtres de stage des universités (PAMSU) dont le statut a été fixé en 2015[23]. Le PAMSU doit être un médecin généraliste (sans exercice particulier exclusif) installé en ambulatoire depuis au moins un an, formé à la pédagogie (séminaire initial pour l'agrément des maîtres de stage – SIAMS) et agréé par l'agence régionale de santé (ARS).

La filière universitaire de médecine générale se développe depuis 2009 avec les premières nominations d'enseignants universitaires (professeurs des universités, maîtres de conférences des universités et associés). En 2024, on comptait près de 300 universitaires de médecine générale : 43 professeurs, 55 maîtres de conférences, et 206 chefs de clinique des universités[24]. S'y ajoutaient près de 300 enseignants associés[25]. Pour l'année universitaire 2024-2025 et au regard du nombre d'internes (40 % des promotions), la capacité d'encadrement pour la spécialité de médecine générale est ainsi plus faible que pour les autres spécialités. Certains départements de médecine générale, comme à Amiens et Besançon, n'ont pas encore de titulaire universitaire. Le taux d'encadrement varie d'un enseignant pour 31 à 73 étudiants, ce qui est beaucoup moins que les spécialités les moins bien dotées (la psychiatrie avec un pour 13 étudiants). L'encadrement des internes en médecine générale représente un enjeu de taille dans la perspective du nombre d'étudiants à former (maintien d'une cible à 40 ou 50 % des promotions d'internes, allongement d'une année d'étude) et de l'obligation à venir d'effectuer sa thèse avant la fin de la phase d'approfondissement du troisième cycle.

Depuis 2022, la structuration des études de médecine générale est alignée sur celle des autres spécialités avec la création d'une quatrième année de docteur junior. La première promotion concernée intègrera cette quatrième année à la rentrée 2026.

2 - Une définition des compétences par spécialité harmonisée au niveau national mais singulière au sein de l'Union européenne

Outre l'harmonisation entre spécialités, la réforme a également conduit à une harmonisation au niveau national, garantissant une qualité de formation plus uniforme sur le territoire que ce qui avait été constaté avant la réforme. Les maquettes de formation sont définies dans un arrêté[26], qui détermine pour chaque spécialité, « *la durée de la formation, le programme des enseignements, la durée et la nature des stages à accomplir, ainsi que les compétences et les connaissances spécifiques à acquérir* ». Le contenu de chacune des phases des formations, les critères à respecter pour les stages agréés et les modalités de leur évaluation sont désormais définis de manière très détaillée par arrêté. Les projets de maquettes ont été élaborés par chaque collège de spécialités sur la base d'un cahier des charges. Les évolutions

[23] Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine.
[24] Source : direction générale des ressources humaines du ministère de l'enseignement supérieur.
[25] Source : collège national des généralistes enseignants.
[26] Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

de maquettes sont encore aujourd'hui proposées par les collèges, instruites par la mission de la réforme du troisième cycle (appelée « mission R3C ») et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) puis arbitrées par les ministres.

Le diplôme d'études spécialisées reste en revanche peu lisible à l'international. En effet, bien que l'étudiant de troisième cycle achève ses études comme docteur en médecine après avoir soutenu une thèse d'exercice, il ne s'agit pas d'une thèse de doctorat. S'il souhaite obtenir le diplôme national de doctorat, il peut se mettre en disponibilité et suivre une formation doctorale d'une durée de trois ans. Le troisième cycle médical n'est donc pas reconnu comme une formation de niveau doctorat au sens du cadre licence master doctorat (LMD), alors même qu'elle est d'une durée plus longue.

Le caractère mixte du statut de l'interne, à la fois étudiant et agent public hospitalier, est également singulier par rapport aux autres pays qui, le plus souvent, ne considèrent plus les jeunes ayant effectué plus de six années d'études de médecine comme des étudiants mais comme des médecins. La directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui fonde la reconnaissance des diplômes de médecine obtenus dans d'autres pays de l'Union européenne, se contente de définir des durées minimales de formation par spécialité compte tenu de la diversité des formations médicales mais ne définit pas leur contenu (voir l'annexe 2 sur la formation des médecins dans l'Union européenne).

B - Un parcours professionnalisant, progressif et personnalisé

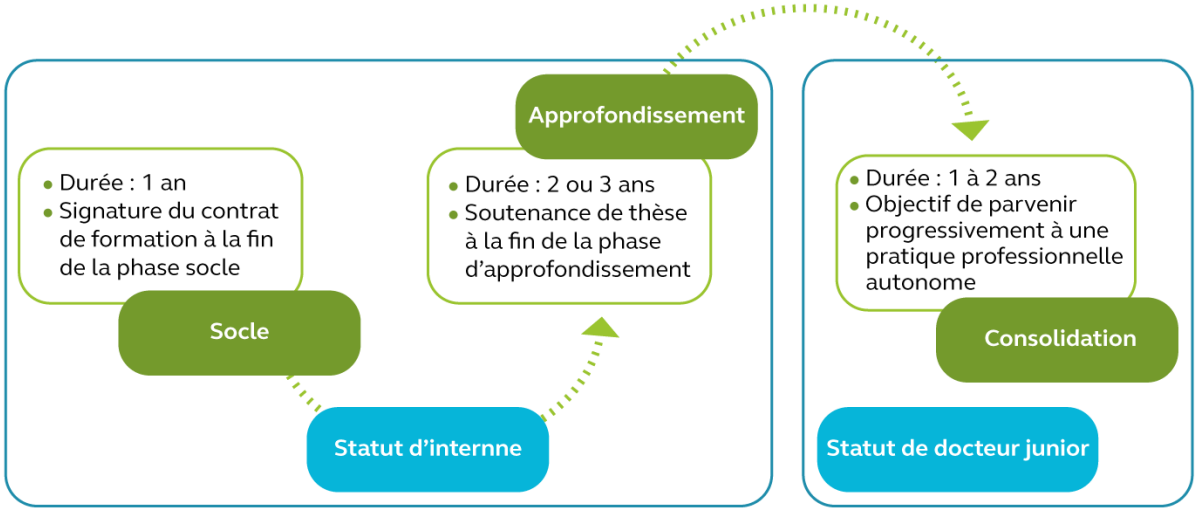
1 - Une formation structurée en trois phases d'apprentissage progressif

L'objectif premier de la réforme était que l'interne soit capable d'exercer sa spécialité dès l'obtention de son diplôme et s'installe ainsi plus rapidement. Pour cela, un parcours progressif et personnalisé a été construit[27] en distinguant trois phases au sein du troisième cycle : une phase socle le plus souvent d'un an, une phase d'approfondissement de deux à trois ans puis une phase de consolidation d'un à deux ans selon les spécialités. La phase socle permet d'acquérir les compétences transverses nécessaires à l'exercice de la profession et les connaissances de base de la spécialité. La phase d'approfondissement correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité. La phase de consolidation permet de consolider l'ensemble des acquis et de préparer l'insertion professionnelle.

Chaque phase doit faire l'objet d'une validation afin de s'assurer que l'interne acquiert bien au fur et à mesure les compétences décrites dans la maquette de formation. L'interne peut redoubler mais ne peut passer dans une phase plus du double de sa durée réglementaire. L'accès à la phase de consolidation est également conditionné à la soutenance avec succès de la thèse d'exercice.

[27] Les articles R. 632-10 à 43 du code de l'éducation et l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle de médecine réglementent l'organisation du troisième cycle.

Schéma n° 1 : déroulé de la formation du troisième cycle



Source : Cour des comptes d'après DGOS, Foire aux questions troisième cycle long des études en médecine, odontologie et pharmacie

La phase socle permet également de conforter le choix de spécialité de l'interne. Celui-ci peut faire jouer un droit au remords pendant deux ans[28] s'il se rend compte que sa spécialité ne lui convient pas, mais il ne peut accéder qu'à une spécialité qu'il aurait pu obtenir dans la même subdivision au vu de son classement au concours d'accès au troisième cycle.

Une procédure de réorientation est également prévue pour permettre un changement de spécialité pour motif impérieux lorsque l'étudiant n'est pas en mesure de mener à son terme la formation de la spécialité choisie. Bien que la procédure de droit au remords fonctionne bien et que la validation de chaque phase permette en théorie d'éviter que des internes ne continuent dans une spécialité voire une formation qui ne leur convient pas, les doyens soulignent les difficultés qu'ils rencontrent pour réorienter des internes confrontés à des problèmes psychologiques ne leur permettant pas d'exercer en tant que médecin ou dans certaines spécialités. Il n'existe pas de données nationales sur ces situations qui, bien qu'étant considérées comme relativement peu nombreuses, sont perçues comme de plus en plus fréquentes et très mobilisatrices pour les coordonnateurs et les doyens.

2 - Une formation constituée à 80 % de stages professionnalisants, aux conditions de travail exigeantes voire éprouvantes

L'importance des stages pratiques dans la formation du troisième cycle renforce le caractère professionnalisant de la formation. Le temps passé en stage est fixé en moyenne à huit demi-journées par semaine, les deux demi-journées restantes étant consacrées pour moitié à des enseignements théoriques et pour moitié à du temps de travail personnel. Pendant les stages, l'interne est intégré à l'équipe médicale et bénéficie d'un apprentissage « au pied du lit du malade ». La réalisation de gardes fait pleinement partie de sa formation.

[28] À l'exception de ceux inscrits en DES de psychiatrie et de biologie médicale, dont la phase socle est de deux ans, les internes peuvent exercer leur droit au remords jusqu'au deuxième semestre de la phase d'approfondissement.

Le caractère très pratique de la formation explique l'ambiguïté du statut de l'interne, à la fois étudiant mais réalisant des actes médicaux et concourant au fonctionnement d'un service ou d'un cabinet médical. Dès son entrée en troisième cycle, l'interne se voit attribuer un numéro au Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS)[29] et établit ses prescriptions sous son propre numéro. Il est toujours placé sous la responsabilité d'un praticien mais acquiert progressivement davantage d'autonomie. Les maquettes de formation précisent le degré d'autonomie à acquérir au cours de chaque phase. Par exemple, l'interne en DES de chirurgie orthopédique et traumatologique doit avoir observé et éventuellement aidé à réaliser tout ou partie d'interventions urgentes de traumatologie et d'interventions simples d'orthopédie en phase socle. À l'issue de la phase d'approfondissement, il doit pouvoir effectuer sous supervision et dans leur totalité les interventions les plus courantes. En phase de consolidation, le docteur junior interviendra sur des opérations plus complexes.

Les internes ont même la faculté d'effectuer des remplacements de praticiens, en dehors de leur stage, bien avant la fin de leur internat. L'interne de médecine générale peut ainsi, au bout d'un an et demi d'internat, effectuer des remplacements de médecins généralistes, sur autorisation délivrée par le conseil départemental de l'ordre et en dehors de ses obligations de service et repos de sécurité[30]. Depuis 2022, la possibilité de remplacement a été élargie aux établissements de santé, un interne pouvant désormais remplacer un médecin senior absent dans un établissement autre que celui où il effectue son stage.

Compte tenu du temps passé en stage, les conditions de travail des internes ont une importance toute particulière. La régulation de leur temps de travail est en particulier un enjeu récurrent. Les données déclaratives disponibles révèlent un niveau de sollicitation hebdomadaire nettement supérieur aux plafonds légaux en vigueur. Selon l'enquête des syndicats étudiants de septembre-octobre 2023, conduite auprès de 2 277 internes, le temps de travail moyen s'établit à 59 heures par semaine en stage, 80 % des répondants déclarant dépasser le plafond légal de 48 heures. Les disparités entre spécialités sont particulièrement marquées : 50 heures hebdomadaires en moyenne pour les internes de médecine générale, contre 75 heures pour les spécialités chirurgicales, 10 % des internes toutes spécialités confondues déclarant même dépasser le seuil de 80 heures.

Cette situation résulte d'une tension structurelle inhérente à la double nature de l'interne, à la fois agent public contribuant à la permanence des soins et étudiant en formation. Les établissements hospitaliers, confrontés à des tensions persistantes sur leurs effectifs médicaux, recourent *de facto* aux internes pour assurer la continuité des services, y compris au détriment des obligations légales de temps de travail. L'annexe 11 revient sur les enjeux relatifs au temps de travail et les contentieux en cours à l'initiative des syndicats étudiants pour l'application des normes européennes.

Des avancées notables peuvent être constatées, telles que la systématisation de l'application du repos de garde et le déploiement progressif d'outils de mesure du temps de travail. Toutefois les modalités d'organisation du temps de travail et de la permanence des soins doivent être définies et le contrôle effectif du respect des règles européennes de temps de travail doit être assuré dans l'ensemble des terrains de stages, dans les meilleurs délais.

[29] Le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) est le répertoire unique de référence permettant d'identifier les professionnels de santé.

[30] Les exigences de durée d'étude et de stages réalisés pour pouvoir effectuer un remplacement sont précisées selon la spécialité par l'annexe 41-1 du code de la santé publique.

Les conditions de travail, un enjeu de santé mentale

L'état de santé mentale des internes est également préoccupant. Les données issues des enquêtes de 2017, 2021 et 2024, conduites par les organisations syndicales représentatives – l'ISNAR-IMG, l'ISNI, la FNSIP-BM et l'ANEMF[31] – et fondées sur des données déclaratives des étudiants, dressent un panorama sur la santé mentale des internes très dégradé et sans amélioration significative dans le temps. En 2024, deux tiers des répondants ont déclaré avoir présenté des symptômes de *burn-out* au cours des douze derniers mois ; 27 % ont déclaré avoir connu un épisode dépressif caractérisé ; plus d'un tiers souffriraient de troubles anxieux ; et près d'un interne sur cinq a déclaré avoir eu des idées suicidaires dans l'année.

Selon cette enquête, ces résultats pourraient être analysés à l'aune des six facteurs de risques psychosociaux identifiés par l'INRS : intensité et durée excessives du travail, exposition à une charge émotionnelle élevée, autonomie contrainte, dégradation des rapports sociaux en milieu hospitalier, conflits de valeur liés à l'insuffisance des moyens, et précarité structurelle liée au rythme semestriel des affectations. L'accompagnement psychologique dès les premières expositions à la souffrance et à la mort – par la médecine du travail ou la psychiatrie hospitalière – mériterait d'être généralisé, sur le modèle d'initiatives locales qui ont fait leurs preuves.

La persistance de comportements de maltraitance et de violences en milieu hospitalier, bien qu'en recul – 14 % des étudiants s'en disaient victimes en 2024, contre 23 % en 2021 –, constitue un motif de vigilance durable. Le phénomène des violences sexistes et sexuelles appelle une attention particulière : deux tiers surviendraient à l'hôpital et seraient commises pour moitié par des médecins thésés et à 30 % entre étudiants, ce qui révèlerait des défaillances dans la culture professionnelle et dans les dispositifs de prévention internes aux établissements.

Le suivi des conditions de travail et de la santé des internes en médecine souffre d'une carence structurelle en matière de données objectives. Les indicateurs disponibles reposent quasi exclusivement sur ces enquêtes déclaratives syndicales–, en l'absence de tout dispositif de mesure institutionnel robuste[32].

Les textes réglementaires[33] prévoient une procédure institutionnelle d'évaluation des stages par les internes. Cependant elle ne semble pas avoir été mise en place partout[34]. L'évaluation des terrains de stage par les internes est plutôt pilotée par leurs associations

[31] Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG), Intersyndicale nationale des internes (ISNI), Fédération nationale des syndicats d'internes en pharmacie et biologie médicale (FNSIP-BM), Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

[32] Une consultation réalisée en 2021 par la DGOS et Opinionway auprès des étudiants de troisième cycle et des établissements de santé a mis en évidence des différences de perception importante entre les deux catégories et souligné la difficulté d'avoir un diagnostic partagé en l'absence d'outil de mesure.

[33] L'article 57 de l'arrêté du 12 avril 2017 prévoit que l'étudiant remplit chaque semestre une grille d'évaluation de la qualité de son stage portant notamment sur les aspects pédagogiques et les conditions de travail et d'exercice, qu'elle est portée à la connaissance de l'ARS, du directeur de l'UFR et des coordonnateurs local et régional puis que le directeur de l'UFR la transmet au directeur et président de la commission médicale d'établissement concerné et aux représentants des étudiants.

[34] Les fiches d'évaluation des internes en stage comprennent une partie remplie par l'interne où il indique ce qu'il a fait pendant le stage (réunions d'enseignement, bibliographie, interventions et actes techniques, gardes – consultations spécialisées) et sur laquelle le responsable de stage peut faire des observations. Mais il ne s'agit pas de l'évaluation du terrain de stage par l'étudiant, prévue par les textes. À Paris Cité, il est demandé aux étudiants d'évaluer leur stage sur le site internet du département de médecine générale. À l'UPEC, les coordonnateurs ont évoqué l'existence d'une plateforme AXIS pour l'évaluation des stages par les internes mais n'y ont pas accès.

représentatives locales. Ainsi, l'application Gélules[35], développée par l'association pour l'évaluation autonome des stages et des études de médecine depuis 2014 et utilisée désormais dans beaucoup de subdivisions, est accessible après paiement de l'adhésion à l'association locale des internes. Les étudiants ont accès aux appréciations anonymisées des autres étudiants, modérées le cas échéant par l'association, pour les aider dans leur choix de terrain de stage. L'accès des UFR de médecine et des responsables de terrain de stage est restreint et peut varier d'une subdivision à l'autre.

Cette application répond à un besoin essentiel d'évaluation de la qualité des terrains de stage par les internes mais ne devrait pas remplacer une démarche d'évaluation institutionnelle prenant en compte le retour des étudiants ainsi que d'autres éléments objectifs. Des terrains de stage ayant reçu une mauvaise évaluation peuvent ainsi, sans s'y attendre, être désertés le semestre suivant et il peut ensuite être difficile d'inverser la tendance. Une remontée plus systématique et plus rapide aux directions d'établissement (direction des affaires médicales et, le cas échéant, directeur général et président de la commission médicale d'établissement) est également nécessaire pour qu'elles puissent traiter d'éventuelles difficultés sans attendre un tel boycott.

Les plateformes de signalement et les outils de suivi du temps de travail déployés dans les subdivisions constituent une avancée, mais leur portée reste limitée : la plateforme nationale d'écoute et de signalement issue du Ségur de la santé a été élargie à l'ensemble des étudiants, sans établir d'indicateurs spécifiques aux étudiants en médecine. La Cour relève l'absence de baromètre social régulier, qui permettrait pourtant une remontée plus fiable et régulière des signaux faibles vers les universités et les établissements.

3 - Un accompagnement pédagogique renforcé, assuré par les coordonnateurs de spécialité

L'objectif pédagogique de la réforme s'est traduit par un accompagnement renforcé des étudiants. Dans chaque région et subdivision et dans chaque spécialité, une commission de coordination présidée par un coordonnateur s'assure de la bonne mise en œuvre de la formation.

La commission locale de coordination, qui intervient au niveau de la subdivision, et son président jouent un rôle particulièrement important puisqu'ils proposent l'organisation des enseignements et l'évaluation de la formation au niveau local, s'assurent du respect par chaque étudiant des exigences de la maquette de formation et l'accompagnent dans son parcours de formation. Depuis la réforme du troisième cycle en 2017, les missions du coordonnateur local de spécialité n'ont cessé de s'étendre. Son rôle pédagogique s'est accru sous le double effet de l'augmentation du nombre d'internes accueillis d'année en année et de la personnalisation croissante de l'accompagnement du parcours des internes (suivi des parcours de formation, suivi individualisé de chaque interne, des affectations en stage, etc.). Il joue également un rôle de coordination institutionnelle entre l'UFR de médecine, le département de médecine générale ou le collège de la spécialité, l'ARS, et le CHU et participe à de nombreuses instances de gouvernance du troisième cycle.

[35] Source : https://www.aimgl.com/internat/formation-pratique/evaluation-stages/

Au-delà du troisième cycle, il est également de plus en plus mobilisé sur le deuxième cycle avec l'augmentation du nombre d'étudiants et l'importance croissante des stages d'externat et de l'acquisition de compétences pratiques. À partir de 2021 et des mesures transitoires visant la régularisation des praticiens hors Union Européenne, il a également dû prendre en charge l'élaboration de leur parcours de consolidation sur mesure et transmettre une évaluation pour la commission nationale d'autorisation d'exercice.

Les conditions d'exercice de ces coordonnateurs de spécialité n'ont pour autant pas fait l'objet d'un encadrement, même pour les spécialités dont les cohortes sont très importantes. Aucune fiche de poste ou lettre de mission ne vient préciser les attentes vis-à-vis du coordonnateur, au-delà des dispositions générales figurant dans l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation de la formation du troisième cycle. Aucun appel à candidatures formalisé n'est requis préalablement à cette nomination, qui relève davantage d'un processus de cooptation informelle par le doyen ou les pairs.

Hormis pour la médecine générale, le coordonnateur de spécialité est un personnel hospitalo-universitaire titulaire et peut exercer en même temps une activité clinique hospitalière, assurer des enseignements universitaires (cours de deuxième cycle, masters, thèses), des activités de recherche et des responsabilités administratives dans un service de l'hôpital. La charge de travail associée à la coordination de spécialité, bien qu'importante pour les spécialités à fort volume d'effectifs, n'est pas quantifiée et doit être assurée le plus souvent sans soutien administratif.

La montée en puissance du champ de responsabilité des coordonnateurs de spécialité devrait s'accompagner d'une clarification de leurs conditions de nomination et d'exercice, notamment pour les cohortes les plus nombreuses. Leur rôle en matière de diversification de l'offre de stages (cf. *infra*, le point 3.2.) mériterait d'être mentionné dans les textes réglementaires et précisé par des lettres de mission et des objectifs clairs et quantifiables, sous la supervision des doyens de faculté et des agences régionales de santé.

4 - Un parcours des internes plus personnalisé

Chaque interne construit son parcours individualisé de formation avec l'appui du coordonnateur. Les textes prévoient la signature, au cours de la phase socle, d'un contrat de formation entre l'étudiant, le coordonnateur de spécialité et le directeur de l'UFR, pour définir les objectifs pédagogiques et le parcours de formation à suivre. Ce contrat était largement déployé dans les universités visitées[36], même si son caractère formel et mal adapté à la diversité des spécialités a souvent été évoqué par les coordonnateurs de spécialité lors des échanges avec la Cour. Il donne l'occasion d'un échange utile sur le parcours de formation envisagé par chaque interne, notamment dans les spécialités à fort volume d'internes où les contacts individuels avec le coordonnateur de la spécialité sont nécessairement moins fréquents.

L'article 14 de l'arrêté du 12 avril 2017 prévoit que soit annexé au contrat de formation un portfolio permettant d'assurer le suivi de l'acquisition des connaissances et compétences en vue de leur validation et comprenant un carnet de stage (qui a vocation à être utilisé tout au long

[36] UFR de médecine de Paris cité, Paris Est Créteil, Nantes, Lille et Limoges.

de la vie professionnelle pour garantir la traçabilité des formations suivies). La mise en œuvre de cette disposition n'est pas générale. Certains collèges de spécialité s'en sont saisis et ont établi un modèle national (la pédiatrie par exemple). Le portfolio était également utilisé dans tous les départements de médecine générale des subdivisions visitées. Certaines spécialités (la cardiologie par exemple) ont également développé des formations théoriques en ligne, accessibles par la plateforme de l'Université numérique en santé et en sport (UNESS) qui favorisent la diffusion d'un enseignement de qualité uniforme auprès de tous les internes. La généralisation à toutes les spécialités des meilleures pratiques en la matière doit encore se poursuivre.

La personnalisation des parcours est aussi permise par l'existence, dans toutes les maquettes, de stages laissés au libre choix de l'interne et la possibilité de s'inscrire dans des options et des formations spécialisées transversales complémentaires, sans contingentement réellement contraignant. Ainsi, ce sont très largement les objectifs pédagogiques et les souhaits personnels des internes qui guident leur formation, beaucoup plus que des contraintes externes qui seraient liées aux besoins du système de santé.

C - Le nouveau statut de « docteur junior », étape importante avant le plein exercice

1 - La marque d'une autonomie accrue pour les internes en fin de parcours

L'aboutissement de la professionnalisation progressive au cours du troisième cycle prend la forme de la phase de consolidation, au cours de laquelle l'interne acquiert le statut de « docteur junior ». Celui-ci doit au préalable avoir soutenu sa thèse, qui lui permet d'acquérir le titre de docteur en médecine. Une fois nommé docteur junior, il est inscrit sur un tableau spécial de l'ordre des médecins.

Principale nouveauté de la réforme de 2016, le titre de « docteur junior » marque une étape d'autonomie accrue, l'étudiant étant juridiquement placé sous un régime d'« autonomie supervisée »[37]. Il peut ainsi réaliser des actes seuls, tout en restant supervisé et en agissant par délégation du chef de service ou du maître de stage. La liste des actes qu'il peut effectuer en autonomie supervisée est déterminée avec le coordonnateur local et le responsable de terrain de stage en début de phase 3 et s'étend progressivement au cours du stage jusqu'à couvrir l'intégralité des mises en situation prévues par la maquette. Le docteur junior bénéficie à ce titre d'une prime supplémentaire (prime d'autonomie supervisée). Il peut également être autorisé par le directeur de la structure d'accueil en stage à effectuer des gardes de médecin senior. D'une durée d'un an pour la plupart des spécialités et de deux ans pour les spécialités chirurgicales, la phase de consolidation se déroule sous la forme de stages de six mois ou un an.

Cette période doit permettre à l'étudiant de préparer son projet professionnel, d'où la durée plus longue du stage, et a vocation à se dérouler dans les lieux de son exercice projeté[38].

[37] Article R. 653-1-2 du code de la santé publique.

[38] La maquette de formation du DES de médecine générale prévoit ainsi, parmi les connaissances à acquérir pendant l'année de docteur junior : « *connaître les différents modes d'exercice et leur modèle de rémunération, connaître les éléments administratifs, juridiques et de fiscalité relatifs à l'installation en médecine générale* », etc..

La procédure de choix de stage diffère des phases précédentes en ce qu'elle ne se fait plus en fonction du classement au concours d'accès au troisième cycle mais sur la base d'un accord mutuel entre le maître de stage et le futur docteur junior. Elle est réalisée dans le système d'information des internes en médecine, odontologie, pharmacie (SiiMOP) quelle que soit la subdivision. Le candidat peut demander plusieurs stages[39], qu'il classe (de un à cinq « cœurs ») et appuie sa demande d'un *curriculum vitae* et d'une lettre de motivation. Les maîtres de stage classent par ordre de préférence au moins 80 % des candidatures reçues. Un algorithme optimise l'appariement mais il est fréquent que les maîtres de stage se soient mis d'accord au préalable avec leur futur docteur junior.

Le recul reste toutefois encore limité pour évaluer pleinement l'effet de cette réforme, les premiers docteurs juniors ayant achevé leur scolarité en novembre 2021 pour les spécialités à quatre ans et novembre 2023 pour les spécialités à six ans.

2 - Une formation néanmoins toujours suivie d'un post-internat pour les médecins spécialistes

Avant la réforme, les internes faisaient en général un post-internat de deux ans pour achever leur formation sous statut contractuel, soit en tant que chef de clinique des universités – assistants des hôpitaux (CCU AH) ou assistant hospitalier universitaire (AHU) selon leur spécialité –, soit comme assistants des hôpitaux. La réalisation de deux ans de post-internat ouvrait également la possibilité d'exercer ensuite en tant que médecin conventionné de secteur 2. Si la réalisation d'un post-internat n'était juridiquement pas obligatoire pour achever sa formation, la réforme de 2016 est issue du constat que les jeunes diplômés – hors médecine générale – ne maîtrisaient pas toutes les interventions courantes à l'issue de leurs études, ces lacunes motivant leur souhait d'effectuer un post-internat.

La création du statut de docteur junior, conjuguée à la définition précise de l'étendue des compétences à acquérir au cours du troisième cycle, avait pour objectif de faire du jeune diplômé un médecin immédiatement capable d'exercer sa spécialité. Une année de docteur junior est désormais prise en compte pour accéder au conventionnement de secteur 2 par l'assurance maladie[40] et seule une année en tant qu'assistant des hôpitaux est requise (au lieu de deux années auparavant). Pour ceux qui choisissent la voie hospitalo-universitaire, le poste de CCU AH et AHU est toutefois resté d'une durée de deux ans.

Si le statut de docteur junior s'inscrit bien dans la logique de professionnalisation progressive, il ne s'est généralement pas substitué au post-internat. Malgré l'allongement de l'internat, l'obtention du DES ne semble toujours pas sanctionner une capacité d'exercice totalement autonome de la médecine. Le post-internat constitue donc toujours le moyen privilégié de compléter sa formation et de gagner en autonomie, alors que la création du statut de docteur junior devait permettre de le recentrer sur ses objectifs premiers : la préparation aux fonctions

[39] L'interne émet un nombre de vœux fixé au minimum à deux, ou à 20 % du nombre de postes ouverts dans la spécialité, il peut faire autant de vœux qu'il le souhaite.

[40] Le conventionnement en secteur 2 permet au praticien de fixer librement le tarif de ses consultations et de pratiquer un dépassement d'honoraires par rapport au tarif conventionnel. Le patient est remboursé par l'assurance maladie pour la consultation à hauteur du tarif conventionnel, le complément pouvant être pris en charge en tout ou partie par une couverture complémentaire. Le choix du secteur 1 ou 2 est fait par le médecin lors de sa première installation, celui du secteur 1 est irrévocable.

hospitalo-universitaires pour les chefs de clinique et la création de postes à durée limitée dans des zones en tension pour les assistants des hôpitaux. C'est particulièrement le cas en chirurgie où il n'est pas envisagé qu'un chirurgien puisse opérer seul à l'issue de son DES. En pratique, les jeunes diplômés hors médecine générale ne sont pas directement recrutés comme praticiens en établissement de santé ou ne s'installent pas dès la fin de leurs études mais réalisent d'abord un post-internat. Plusieurs éléments sont mis en avant pour expliquer cette situation : le développement continu des techniques et des traitements dans chacune des spécialités, qui implique de maîtriser des connaissances et compétences plus étendues, la réduction du temps de travail des internes qui, bien que toujours élevé, limite le nombre d'actes qu'ils peuvent réaliser.

3 - Un statut de docteur junior qui a dû être adapté aux spécificités de la médecine générale

En 2017, la spécialité de médecine générale n'a pas bénéficié de ce nouveau statut et a conservé une durée de formation plus courte (trois ans)[41]. La réforme de 2022, qui a ajouté au DES de médecine générale une année en tant que docteur junior, sera pleinement effective à la rentrée 2026, avec la première promotion qui débutera sa quatrième année d'internat[42].

L'année de docteur junior a vocation à se distinguer à la fois des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) de la troisième année du troisième cycle et des remplacements effectués dans l'attente de la soutenance de thèse[43] et de l'installation. Le stage SASPAS d'une durée de six mois s'effectue auprès de deux praticiens différents au moins, avec l'obligation pour ceux-ci d'être joignables en permanence. L'interne reçoit les patients de son maître de stage, dans son cabinet, sous sa supervision directe dans un premier temps, puis indirecte. Le docteur junior consulte, lui, dans un local distinct et accepte une patientèle complémentaire qu'il suit pendant un an[44]. Son activité diffère aussi d'un remplacement, qui se déroule sur une durée plus courte et durant lequel le médecin remplaçant ne traite en général que les cas simples ou qui ne peuvent attendre le retour du médecin.

L'extension du statut de docteur junior à la médecine générale modifiera la répartition des internes en phase de consolidation sur le territoire, dans la mesure où les docteurs juniors de médecine générale ont vocation à effectuer leur stage dans la grande majorité des cas dans des cabinets de médecins libéraux ou dans des maisons de santé, et non à l'hôpital comme c'est le cas presque systématiquement des docteurs juniors des autres spécialités.

[41] L'une des explications semble tenir à la difficulté à recruter de nouveaux maitres de stage universitaires, alors que les internes de médecine générale représentant environ 40 % des promotions, l'allongement du DES aurait fait mécaniquement augmenter de manière significative le nombre d'internes.

[42] Les docteurs juniors actuels sont donc tous issus des autres spécialités.

[43] Jusqu'à présent, les jeunes diplômés de médecine générale bénéficiaient d'un délai de trois ans après la fin de leurs trois années d'internat pour soutenir leur thèse et devenir docteurs en médecine. Ils effectuaient souvent des remplacements pendant cette période. Ils devront à l'avenir, comme dans les autres spécialités, soutenir leur thèse avant la fin de la phase d'approfondissement, mais une dérogation jusqu'à la fin de la phase de consolidation a été prévue de façon transitoire. Durant cette période transitoire, les thèses devant être soutenues par les médecins déjà diplômés des années antérieures se cumulent avec les thèses devant être soutenues par les internes concernés par la réforme durant leur phase de consolidation.

[44] La maquette de formation prévoit deux stages d'un semestre mais précise que « la poursuite du premier stage ambulatoire durant le semestre suivant se fera par reconduction après accord des deux parties ».

Bien que la première promotion concernée doive effectuer son année de docteur junior à partir de novembre 2026, les arbitrages rendus en matière de rémunération des docteurs juniors et des maîtres de stage faisaient encore débat au cours du premier semestre 2026. Le modèle économique de l'ambulatoire étant différent de celui de l'hôpital et les actes de soins du docteur junior y étant plus facilement isolables, l'éventualité d'une rémunération à l'activité a été envisagée. Toutefois, et malgré l'opposition des syndicats d'internes, les modalités de rémunération de l'année de docteur junior pour la médecine générale ont été alignées sur celles des autres spécialités mais assorties d'une prime forfaitaire d'activité de 500 € bruts par semestre au-delà de 200 consultations par mois pour les seuls docteurs juniors de médecine générale. Par ailleurs les modalités de rémunération des docteurs juniors participant à la permanence des soins ambulatoires ont été arrêtées en mai 2026.

II - La réforme du concours d'accès au troisième cycle : l'introduction opportune d'une logique d'évaluation des compétences, mais une trop grande complexité organisationnelle

A - Du contrôle des connaissances à l'évaluation des compétences

La réforme des modalités d'accès au troisième cycle procède de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (article L. 632-2 du code de l'éducation). Elle s'inscrit dans des principes similaires à celles de la réforme du troisième cycle : amélioration des modalités d'évaluation en les élargissant aux compétences pratiques et meilleure prise en compte des aspirations professionnelles des étudiants. La réforme étant entrée en vigueur à la rentrée universitaire 2021, les étudiants ne sont soumis aux nouvelles épreuves nationales que depuis 2023 pour une entrée en troisième cycle en 2024.

Les épreuves classantes nationales (ECN) d'avant réforme remplissaient l'objectif de classement des étudiants pour le choix prioritaire des affectations. Toutefois, ces épreuves écrites, qui se déroulaient en fin de sixième année, comportaient un certain nombre de limites : elles étaient centrées quasi exclusivement sur l'examen des connaissances théoriques, elles ne comportaient aucune exigence de niveau minimal de réussite (un étudiant pouvait être médecin quelle que soit la note obtenue)[45] et, sous la pression du classement, les étudiants avaient tendance à consacrer davantage leur énergie à l'acquisition des connaissances théoriques, au détriment de leur implication en stage.

La réforme de l'accès au troisième cycle a mis en place un nouveau système d'évaluation, reposant sur une phase d'admission sous forme d'épreuves théoriques, les épreuves dématérialisées nationales (EDN) comptant pour 60 % de la note finale, une seconde phase d'épreuves pratiques, les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) comptant pour 30 % de la note finale, et la prise en compte du parcours personnel de l'étudiant, comptant pour 10 % de la note finale.

[45] Pour accéder au troisième cycle, il fallait uniquement avoir validé son deuxième cycle et avoir été présent aux épreuves nationales. Il n'y avait donc aucune condition sur les résultats à ces épreuves.

1 - Des épreuves écrites nationales pondérées par spécialité

Par rapport aux anciennes épreuves théoriques (épreuves classantes nationales dites ECN), les épreuves dématérialisées nationales (EDN) comportent des améliorations majeures.

Tout d'abord, une sélection est mise en place *via* la fixation d'une note minimale de 14/20 qui doit être obtenue pour les connaissances dites « de rang A » sanctionnant un socle de base commun à toute pratique médicale quelle que soit la spécialité. Les connaissances de rang B correspondent à des connaissances plus approfondies des différentes spécialités, utiles à un interne de premier semestre[46].

Ensuite, ces épreuves sont organisées plus tôt, avec pour objectif que les externes se consacrent davantage à l'acquisition des compétences cliniques lors de leur sixième année (stages, préparation aux épreuves pratiques). Seule la note de la première session est prise en compte pour le classement (la session de rattrapage permet l'admissibilité aux ECOS mais n'est pas classante).

Environ 87 % des étudiants valident les EDN dès la première session, mais à l'issue de la seconde session, le taux de réussite aux EDN passe à plus de 96 % (pour la campagne 2024, 241 étudiants n'ont pas obtenu la note minimale requise aux connaissances de rang A, 388 pour la campagne 2025). Les candidats en échec sont admis à redoubler (la note prise en compte pour l'affectation est celle de l'année de réinscription).

Ces évaluations procèdent à des classements différenciés selon les résultats obtenus aux connaissances dites « de rang B » qui correspondent aux connaissances plus approfondies et plus spécifiques par spécialité. Le taux de réussite à ces questions aboutit à des notes pondérées selon 13 groupes de spécialité, chaque étudiant étant ainsi classé dans chacun de ces groupes selon son niveau de réussite relatif aux questions fléchées sur les spécialités du groupe.

Une des critiques faites à la réforme de ces épreuves écrites, notamment par les syndicats étudiants, a trait au calendrier et au contenu des connaissances : les épreuves écrites ont été avancées dans l'année mais avec un volume de connaissances à acquérir qui reste très important malgré la suppression d'une partie des connaissances (dites de rang C).

2 - La mise en place d'épreuves pratiques cliniques sélectives et classantes pour l'affirmation d'une approche par compétences

L'ajout d'épreuves pratiques de mises en situation clinique, les examens cliniques objectifs structurés (ECOS), est un apport fondamental de la réforme. Ces ECOS « *permettent d'évaluer la capacité de l'étudiant à mobiliser et à mettre en œuvre ses connaissances ainsi que ses aptitudes comportementales pour répondre à des situations cliniques contextualisées* » (article R. 632-2-3 code de la santé). Organisées sur trois journées (dont une de secours), ces épreuves sont constituées de dix mises en situations (appelées « stations ») déterminées sur la base d'un référentiel national de situations et d'une grille standardisée d'évaluation élaborée par le conseil scientifique de médecine.

[46] Les connaissances de rang C définissent les connaissances à acquérir au cours du troisième cycle et ne sont donc pas évaluées dans le cadre des EDN.

À l'instar des EDN, ces épreuves sont elles aussi à la fois sélectives (une note minimale de 10/20 doit être obtenue à l'issue des ECOS) et classantes, avec une pondération des notes par groupes de spécialité pour certaines stations. Les étudiants qui n'ont pas obtenu la note minimale ne bénéficient pas d'une seconde session et doivent se réinscrire l'année suivante (redoublement). Cependant, 99 % des étudiants convoqués ont validé ces épreuves (68 étudiants dont six absents n'ont pas obtenu la moyenne en 2024, et 143 dont 24 absents en 2025). Si l'étudiant n'a pas déjà réalisé deux tentatives d'accès au troisième cycle, il est autorisé à repasser les ECOS l'année suivante et conserve la note précédemment obtenue aux EDN.

La mise en place des épreuves pratiques ECOS participe du renforcement de l'approche par compétences destinée à favoriser une meilleure préparation à la prise de fonctions. Ainsi la réforme du deuxième cycle sanctionnée par les épreuves pratiques finales accentue la place des apprentissages cliniques : exercices de simulation (depuis la mise en œuvre de la réforme du deuxième cycle, plus aucun interne n'est censé réaliser un acte « pour la première fois » sur un patient) avec la mise en place de centres de simulation dans certaines universités (une trentaine de sites recensés sur le territoire national avec des capacités et niveaux d'équipement inégaux) ou en fin de stage sur initiative des praticiens. Il est à noter que des ECOS non nationales sont également organisées dans les universités depuis la rentrée 2021 pour la délivrance de « certificats de compétences cliniques » (en première, deuxième et troisième année du deuxième cycle)[47].

Un travail de recherche mené par la Conférence des doyens à partir des résultats de la première promotion a confirmé qu'il n'existe qu'une corrélation partielle entre les épreuves théoriques et pratiques. Cette étude conclut que plus de 25 % des étudiants ont gagné ou perdu au moins un décile de résultats, soit plus de 800 à 900 places, avec l'intégration des notes des examens cliniques d'objectifs structurés par rapport aux épreuves écrites théoriques. Le maintien de la nature classante des ECOS, qui est parfois remise en question[48], constitue une garantie que les candidats s'investissent dans l'acquisition des compétences cliniques et d'exercice.

3 - La prise en compte du « parcours » de l'étudiant

L'introduction d'une note de « parcours » apparaît comme une incitation positive pour les futurs internes à s'ouvrir à des expériences variées. Les expériences prises en compte sont listées par le décret (tels que le tutorat pédagogique, la publication d'articles, la réalisation de stages ou mobilités, ou d'un service civique, le fait d'être réserviste ou sapeur-pompier, d'avoir un engagement associatif, un niveau de langue certifié, d'avoir suivi une formation non médicale, d'avoir réalisé une mobilité internationale, etc.) et gratifiées de points pondérés par voie réglementaire[49].

[47] Les certificats de compétences cliniques (CCC) ont été introduits par la réforme du deuxième cycle. Ils permettent de certifier que l'étudiant a bien été confronté à des situations cliniques réelles ou simulées, qu'il sait réaliser certains gestes techniques et qu'il maîtrise des compétences transversales telles que la communication avec le patient, le raisonnement clinique au lit du malade ou la gestion de l'urgence. Ces certificats sont validés progressivement au fil des stages, sous la responsabilité des maîtres de stage et des enseignants hospitaliers et leur obtention conditionne la validation du deuxième cycle et donc le droit de se présenter aux EDN.

[48] Malgré certaines critiques relatives à des questions d'équité (subjectivité de l'oral, inégalité entre les centres d'examens, etc.), les ECOS sont généralement jugés utiles pédagogiquement. La principale critique concerne le recours aux ECOS comme outil de classement. Certains considèrent en effet que ce mode d'évaluation des compétences est inadapté pour départager des milliers de candidats et que les ECOS devraient donc uniquement servir à valider ou non l'acquisition de ces compétences.

[49] Annexe 1 de l'arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine.

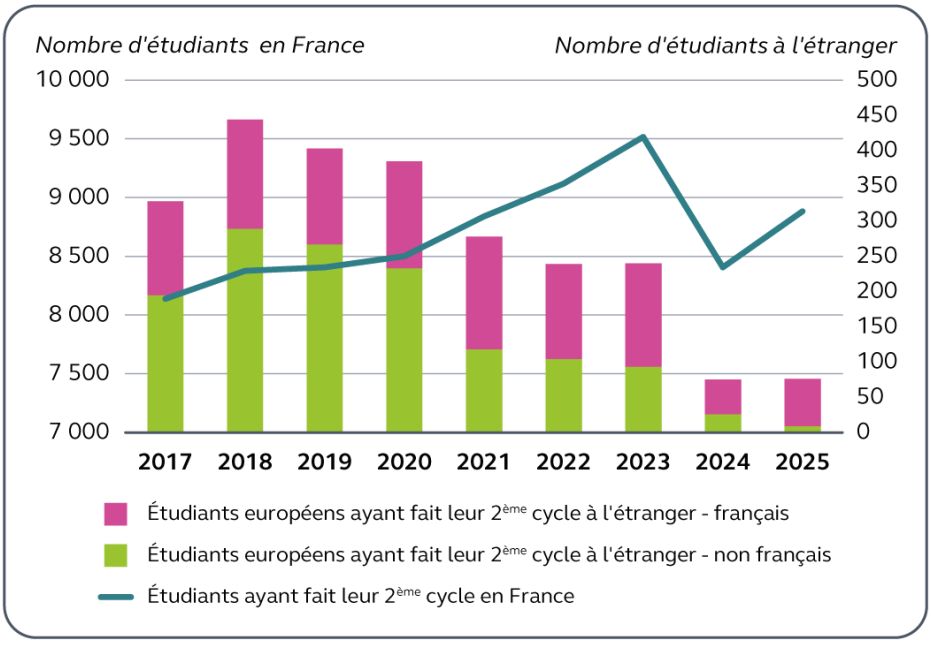
Cependant, cette note est peu discriminante dans la mesure où la plupart des internes (97 % en 2024 et 95 % en 2025) obtiennent le maximum des points et où la note compte seulement pour 10 % de la note finale. Dès lors, l'évaluation du parcours pourrait être simplement de nature validante.

4 - Des situations particulières insuffisamment prises en compte : les échecs répétés au concours, les étudiants ayant effectué leurs études à l'étranger

Avant la réforme, l'ensemble des étudiants de deuxième cycle accédait au troisième cycle, les épreuves d'accès ayant seulement un caractère classant. Avec la réforme, un étudiant qui ne valide pas son deuxième cycle (après trois échecs) ou qui échoue aux épreuves d'accès ne peut pas accéder au troisième cycle. Le traitement de ces situations n'a pas été prévu dans le cadre de la réforme, et ce sont les doyens des universités qui doivent accompagner les étudiants pour trouver des solutions, après six années d'études sans passerelles définies au préalable par les textes réglementaires.

Les étudiants ayant fait leur deuxième cycle dans un pays européen peuvent accéder au troisième cycle des études de médecine en France, sous réserve de réussir les épreuves d'accès. Ils sont cependant peu nombreux et leur proportion ne cesse de diminuer. Ils représentaient 5 % des présents aux épreuves en 2018 contre 1 % en 2025. Parmi ces étudiants, la proportion de Français, très majoritairement en provenance de Roumanie, était en moyenne de 37 % des présents aux épreuves écrites théoriques entre 2017 et 2020. Cette proportion a augmenté progressivement depuis l'adoption de la réforme, jusqu'à atteindre 61 % en 2023. Lors de la 1ère année de mise en place des nouvelles modalités d'épreuves, une baisse de 65 % des candidats européens a été constatée, sans commune mesure avec la baisse de seulement 9 % des étudiants issus du système universitaire français. Cette baisse s'est accompagnée de la quasi éviction des candidats étrangers ayant fait leur deuxième cycle hors de France.

Graphique n° 1 : nombre d'étudiants présents aux épreuves nationales



Source : Cour des comptes d'après les données du CNG

Les étudiants européens enregistrent des taux de réussite beaucoup plus faibles que les autres étudiants, avec un taux de réussite de seulement 42 % en 2024 et 50 % en 2025. Ces taux s'expliquent essentiellement par la mise en place de la note éliminatoire aux épreuves écrites, qui aboutit à un taux de réussite à ces épreuves de seulement 47 % en 2024 et 63 % en 2025. Pour les candidats qui passent la sélection des épreuves écrites, les taux de réussite aux épreuves cliniques d'objectifs structurés (ECOS) nouvellement mises en place sont plus favorables 94 % en 2024 et 83 % en 2025.

B - L'organisation des épreuves classantes : un risque d'incident élevé en dépit d'une mobilisation d'ampleur des universités et des professionnels de santé

Les épreuves dématérialisées nationales (EDN) et d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS) sont organisées simultanément par l'ensemble des universités de médecine métropolitaines et ultra-marines, comme l'étaient précédemment les ECN.

Elles sont pilotées par le Centre national de gestion (CNG) et les universités, et supposent une organisation logistique et informatique très lourde, afin de garantir la confidentialité des sujets et l'égalité entre les candidats.

Depuis la mise en place des ECN informatisées en 2016, les universités ont dû faire l'acquisition de tablettes numériques, ainsi que de leurs chariots de chargement, et prendre en charge leurs coûts de maintenance. Le coût de ces équipements est loin d'être négligeable, d'autant que seules les tablettes d'une marque spécifique sont compatibles avec le système d'information des épreuves et que les mises à jour récentes de l'application ont pu nécessiter leur renouvellement. Par ailleurs, la configuration des tablettes mobilise le personnel des services informatiques des universités qui doivent s'approprier les procédures adressées par le Centre national de gestion (CNG). Le renouvellement du personnel représente alors un risque pour le bon respect de ces procédures qui s'est matérialisé dans l'incident technique survenu le 20 octobre 2025[50].

La mise en œuvre des ECOS s'est également révélée d'une grande complexité pour tous les acteurs, au premier rang desquels les UFR. Ces épreuves mobilisent en effet des moyens importants :

- en organisation logistique en amont et pendant les épreuves par les services universitaires : labellisation des locaux, anonymisation des candidats (distribution de dossards numérotés), organisation des trois amphithéâtres de rétention entrée / sortie et des flux sécurisés de circulation des candidats pour éviter qu'ils ne se croisent, aménagement des salles (mise en place du matériel, chronomètre, etc.). Cette organisation nécessite la sanctuarisation des locaux en centre d'examen dès lors inaccessibles pendant deux à trois jours pour les autres usagers (étudiants, enseignants et personnels) ;
- en moyens humains le jour de l'épreuve, avec la mobilisation de personnels administratifs et un nombre important d'enseignants hospitalo-universitaires constitués en binôme dont l'un doit être obligatoirement issu d'une autre université (ce qui peut se traduire hors Île-de-France par des frais de déplacement et d'hébergement) mais aussi de personnel médical

[50] La première épreuve des épreuves dématérialisées nationale de l'internat de médecine d'octobre 2025 a dû être annulée à l'échelle nationale et reportée quatre jours après, à cause d'une série de déconnexions informatiques à la faculté Lyon Sud (problème de paramétrage d'un site local).

et de participants issus de la société civile pour jouer le rôle de professionnels de santé et de patients standardisés lors des mises en situation. Ces derniers doivent être recrutés en amont, dûment formés (respect de la confidentialité et des scripts) et indemnisés ;

- en équipements : en plus des tablettes numériques, les mises en situation médicale peuvent nécessiter le recours à des équipements médicaux (table d'examen, mannequin, matériel d'examen clinique standard, blouse, etc.).

Le ministère de l'enseignement supérieur a apporté un soutien financier aux universités. Entre 2022 et 2023, 34 millions d'euros ont été versés aux UFR dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du deuxième cycle. En 2024, une enveloppe supplémentaire d'un montant total de près de 10 millions d'euros a été attribuée pour la mise en place de la réforme du concours d'accès au troisième cycle, et notamment des ECOS (achat de matériels, recrutement de participants standardisés, déplacement et hébergement des examinateurs, etc.).

Une partie des frais ont toutefois été assumés par les universités sur leurs fonds propres, car l'organisation de ces épreuves s'est révélée onéreuse en frais d'achat de matériel de simulations, d'organisation et de prise en charge des patients standardisés et de frais de déplacement des enseignants pour les jurys. À titre d'exemple, l'université de Limoges a dû prendre en charge sur ses ressources propres 115 000 € sur trois ans, en plus de la dotation de l'État de 109 000 € (voir détail des coûts en annexe 4).

Le coût de l'organisation de ces épreuves est également très lourd pour le Centre national de gestion (CNG) qui a consacré entre 4,5 M€ et 9 M€ par an pour la prise en charge de cette réforme, soit près de 30 M€ sur quatre ans en comptant les remboursements effectués aux universités à hauteur de 9 M€ (voir détail des coûts en annexe 4).

La réduction du nombre de stations pourrait être envisagée afin d'alléger le poids de l'organisation. Un travail en cours du conseil scientifique tend à montrer que le passage de 10 à sept voire six stations ne modifierait qu'à la marge le classement. Si ces résultats sont confirmés, la réduction du nombre de stations permettrait de faire face à l'augmentation attendue du nombre de candidats, pour un coût maîtrisé.

Au-delà de cette mobilisation humaine et matérielle, l'organisation de ces sessions d'épreuves est source de tension pour les universités car l'exigence de simultanéité nationale signifie qu'un incident dans l'une des universités entraîne l'annulation des épreuves similaires à l'échelle nationale (risque de rupture d'égalité entre les candidats). À plusieurs reprises, certaines sessions ont fait l'objet d'alertes (coupure de réseau Internet, menace d'évacuation d'un bâtiment, cyberattaque, inondation). Ces alertes ont pu être levées et les deux premières sessions d'ECOS nationales se sont déroulées sans incident majeur, ni reprogrammation de station sur la journée de secours, mais le risque d'incident reste néanmoins élevé.

Il pourrait être envisagé de désynchroniser les épreuves sur l'ensemble du territoire, en tirant au sort des épreuves dans une banque d'épreuves nationale afin de préserver l'égalité entre les candidats et d'alléger la pression sur les universités en cas d'incident (utilisation de journées de secours par les seules universités qui auraient subi un incident et non par l'ensemble des universités à l'échelle nationale voire organisation à des dates différentes par groupe d'universités). Le déroulement de ces ECOS se rapprocherait ainsi davantage de celui des épreuves orales des concours d'accès aux grandes écoles, qui sont classantes sans que les candidats soient pour autant tous interrogés sur les mêmes sujets. Les stations resteraient néanmoins identiques au sein d'une même université afin de faciliter leur organisation. *A minima*, la tenue d'épreuves de rattrapage en cas d'incident majeur devrait être limitée aux seules universités où les examens n'ont pu se dérouler normalement.

La répartition de la gestion des épreuves nationales entre le Centre national de gestion (CNG) et l'Université numérique en éducation et sport (UNESS), qui assure les épreuves d'entraînement et les rattrapages, pourrait également être revue, afin d'éviter la coexistence de deux systèmes d'information concurrents, et ainsi simplifier l'organisation, clarifier les responsabilités et réduire les coûts sans dégrader les exigences de sécurisation et les conditions de supervision des épreuves.

III - Des réformes qui accentuent la spécialisation de la formation et allongent la durée des études

L'unification du troisième cycle en un diplôme d'études spécialisées unique pour chaque spécialité a permis de gagner en lisibilité. Pour autant, les objectifs assignés initialement à la réforme du troisième cycle de ne pas allonger la durée de formation et d'enrayer la dynamique de spécialisation excessive n'ont pas été atteints, parfois dès la définition de la liste des spécialités et l'élaboration de leurs maquettes en 2016, ou lors de révisions ultérieures.

A - Une spécialisation plus précoce, décisive pour la carrière des internes

1 - Un choix de spécialisation plus précoce, dès l'accès au troisième cycle

Les réformes du troisième cycle et de son concours d'accès ont amené les étudiants à avancer de façon croissante leur choix de spécialité.

En ce qui concerne la refonte des modalités d'accès au troisième cycle, la pondération variable des questions des EDN et des stations des ECOS selon 13 groupes de spécialités amène les étudiants à réfléchir plus tôt à leur orientation disciplinaire. Le calendrier avancé des épreuves par rapport aux ECN est parfois critiqué dans la mesure où il conduirait les étudiants à faire trop tôt leur choix de spécialité dans un seul objectif stratégique : orienter leurs révisions pour obtenir le meilleur classement dans le groupe de spécialités ciblé à l'issue des EDN, et choisir des stages permettant une préparation aux ECOS davantage orientée vers les compétences privilégiées pour ce groupe. Le risque de remords serait donc plus élevé, l'orientation ayant été choisie avant d'avoir pu découvrir d'autres spécialités au moment des stages de dernière année.

Le conseil scientifique de médecine ambitionne d'évaluer l'impact de la pondération des notes par blocs de spécialités sur les rangs de classement des internes. Cette étude n'a pas encore pu être réalisée car le conseil scientifique n'a eu accès que récemment aux résultats détaillés au niveau le plus fin des premières épreuves nationales. Néanmoins, une première analyse réalisée par la Cour à partir des données fournies par le CNG montre que le rang de classement des étudiants est actuellement peu sensible aux pondérations par différents groupes de spécialité[51]. Pour autant, si elle était suivie, la piste consistant à majorer les coefficients pour renforcer le

[51] Selon les calculs de la Cour, le coefficient de corrélation entre deux groupes de spécialités à l'issue de la première année de mise en place des épreuves est de 0,994 en moyenne (minimum à 0,988 et maximum à 0,998), sachant qu'un coefficient de 1 signifierait un classement strictement identique entre les deux groupes.

poids des classements relatifs ne ferait qu'accroître la tendance à une spécialisation précoce des étudiants dès leur externat, au détriment de la découverte d'un panel diversifié de spécialités. Ces modalités d'accès nuisent à la lisibilité du concours dans un contexte où les modalités d'accès sont déjà complexes.

Le découpage en 44 diplômes d'études spécialisés (DES) a également eu un effet de segmentation accrue des spécialités offertes à l'accès au troisième cycle.

La création de nouveaux DES a pour conséquence de spécialiser de manière définitive certains médecins dans un domaine plus pointu qu'auparavant. La réforme de 2017 a par exemple élevé au rang de spécialité à part entière la médecine d'urgence, ce qui suscite aujourd'hui des interrogations. Un médecin diplômé en médecine d'urgence devrait à l'avenir faire toute sa carrière comme urgentiste, alors même que le stress et la fréquence des gardes associés à cette spécialité peuvent être difficiles à supporter sur une longue durée. Les urgentistes diplômés avant la réforme sont souvent des généralistes qui ont suivi une formation complémentaire d'urgentiste, ce qui leur laisse le choix de revenir à un exercice en médecine générale s'ils le souhaitent en cours de carrière.

C'est aussi le cas pour les différentes spécialités chirurgicales, qui doivent désormais être choisies dès l'accès à l'internat alors qu'il n'existait auparavant qu'un DES de chirurgie générale qui était ensuite complété par un DESC II portant sur la chirurgie d'un organe plus précis. Cette filiarisation est partie du constat que les enseignements de spécialité intervenaient trop tardivement et obligeaient à achever la formation en post-internat.

Les concepteurs de la réforme, pressentant le risque d'une spécialisation excessive, avaient prévu de le tempérer par divers moyens. La phase socle vise ainsi l'acquisition de compétences transversales à l'exercice de la médecine, quelle que soit la spécialité. L'élaboration de modules transversaux communs à plusieurs DES pour l'acquisition des compétences génériques et transversales avait été préconisée. Certaines spécialités proches, dites « co-DES »[52], ont gardé une phase socle commune et n'ont différencié leurs enseignements qu'à partir de la phase d'approfondissement. Des options précoces ont été prévues dans d'autres spécialités[53] pour conserver une seule spécialité tout en répondant aux besoins de deux branches d'exercice de plus en plus différenciées. Des stages libres ont également été conçus comme des opportunités de sortir du strict champ de sa spécialité.

Toutefois, ces moyens n'ont pas été suffisants et ont même parfois eu l'effet inverse de celui escompté. C'est le cas des stages libres, dont les étudiants ne profitent pas pour découvrir d'autres spécialités mais pour approfondir leur compétence dans leur spécialité voire dans un sous-domaine plus pointu de leur spécialité.

[52] Les co-DES sont anesthésie-réanimation / médecine intensive et réanimation, médecine cardiovasculaire / médecine vasculaire, médecines tropicales infectieuses / allergologie, médecine interne et immunologie / allergologie.

[53] C'est le cas de la psychiatrie avec les options précoces de psychiatrie de l'adulte et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de l'oncologie (oncologie médicale et oncologie radiothérapie), de la chirurgie pédiatrique (chirurgie viscérale pédiatrique et orthopédie pédiatrique) et de la biologie médicale (cinq options précoces : biologie générale ; médecine moléculaire, génétique et pharmacologie ; hématologie et immunologie ; agents infectieux ; biologie de la reproduction).

2 - Un choix de spécialisation décisif, avec des possibilités d'inflexion de parcours très contraintes

Le caractère très engageant du choix de spécialité est renforcé par les difficultés de changement de spécialité en cours d'internat et en cours de carrière par la formation continue.

En cours de formation, un droit au remords permet aux internes en médecine de changer de spécialité une fois pendant leur formation. Mais ce droit est sujet à des conditions fortes[54], et, dans les faits, modifie marginalement la répartition globale des internes par spécialité. Selon les chiffres de l'ONDPS, 2 050 internes ont exercé leur droit au remords entre 2017 et 2021. Les spécialités qui en bénéficient le plus sont la médecine d'urgence et l'anesthésie-réanimation, avec un gain net respectivement de 148 postes et 125 postes. La médecine générale et la médecine interne enregistrent les pertes nettes les plus importantes, à hauteur de 77 et 38 postes.

En cours de carrière, des commissions de qualification de l'ordre des médecins peuvent valider une telle réorientation mais le médecin en exercice doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées sollicité.

À la suite de la réforme du troisième cycle, un décret du 12 avril 2017 a ouvert la possibilité aux médecins en exercice de s'inscrire en troisième cycle pour faire un second diplôme d'études spécialisé, moyennant un certain nombre de conditions (durée d'exercice, nombre de postes ouverts annuellement par le ministère par subdivision et spécialité). Mais, en dépit d'adaptations récentes[55], le dispositif reste en pratique peu utilisé compte tenu de la durée de la formation et de la perte de rémunération (25 médecins concernés pour l'année universitaire 2023-2024).

La recherche de passerelles effectives vers d'autres spécialités en cours de carrière est une voie à poursuivre. Certaines spécialités qui ont du mal à pourvoir tous leurs postes à l'entrée en troisième cycle (santé publique, médecine du travail…) pourraient ainsi être plus attractives à un stade plus avancé de la carrière où l'on comprend mieux leur importance et où leur mode d'exercice moins contraignant constitue un atout. Des passerelles vers des spécialités proches ou plus généralistes pourraient également se révéler utiles pour des jeunes générations qui ont fait un choix de spécialité pointue très tôt et sont moins enclines à exercer le même métier tout au long de leur carrière.

[54] Le droit au remords doit intervenir avant la fin de la phase socle et s'exerce au sein de sa subdivision d'affectation, sous réserve qu'un poste ait été ouvert et le rang de classement de l'interne doit être au moins égal à celui du dernier candidat admis dans la spécialité. Un effet sur la rémunération est possible (seuls les stages validés au titre de la nouvelle spécialité comptent dans l'ancienneté de l'interne).

[55] Adaptation de la durée de formation et mise en place en 2023 d'une indemnité de congé de spécialité réservée aux médecins salariés du secteur public hospitalier, en contrepartie d'un engagement à exercer dans sa nouvelle spécialité dans des établissements publics ou privés à but non lucratif pendant une durée égale à celle pendant laquelle il a perçu l'indemnité, dans la limite de six ans.

B - Des possibilités de « surspécialisation » propres à chaque maquette de spécialité

À la filiarisation dans les 44 spécialités, s'ajoutent encore d'autres possibilités de spécialisation ultérieure dans un domaine plus ciblé (spécialisation secondaire ou « sur spécialité »). Les possibilités offertes sont propres à chaque maquette de spécialité.

Il peut s'agir des options qui sont réservées à une seule spécialité, des formations spécifiques transversales (FST) ouvertes à plusieurs spécialités et des diplômes universitaires ou interuniversitaires.

Tableau n° 4 : les trois voies de spécialisation secondaire ouvertes aux internes de médecine

Option	Formation spécifique transversale (FST)	Diplôme universitaire ou interuniversitaire (DU / DIU)
Approfondir un sous-domaine d'une spécialité	Acquérir des compétences transversales à une spécialité	Acquérir des connaissances / compétences sur un sujet précis
Spécifique pour chaque DES	Commun entre plusieurs DES	
Facultatif (obligatoire pour les options précoces)	Facultatif	
Non cumulable avec une FST (sauf option précoce)	Non cumulable avec une option (sauf option précoce)	Cumulable
Candidature validée sur dossier dans la limite d'un nombre de postes autorisés annuellement par arrêté		Inscription
Gratuit		Payant
Ouvert aux étudiants de troisième cycle	Ouvert aux étudiants de troisième cycle	Ouvert aux professionnels de santé

Source : Option, FST et DU/DIU, site nexternat

Des formations spécialisées transversales (FST) ouvertes à plusieurs spécialités et des options adaptées à chaque spécialité ont ainsi été créées dans le prolongement des anciens DESC de groupe I et II. Elles ne constituent certes plus un diplôme supplémentaire, mais procèdent du même principe de surspécialisation que les DESC antérieurs. Les FST, comme les anciens DESC I, ne confèrent pas un exercice exclusif mais elles allongent la durée de formation pour tous les DES de moins de quatre ans. Inversement, pour les formations de six ans, le suivi d'une FST n'ajoute pas d'année supplémentaire, ce qui incite les internes à en faire une et donc à se surspécialiser. Les options, quant à elles, confèrent un exercice exclusif. Ainsi, seul un cardiologue ayant suivi l'option rythmologie interventionnelle pourra s'établir comme cardiologue rythmologue. Elles allongent également dans certains cas la durée de la formation.

La liste des options et leur contenu sont définis par l'arrêté déterminant les maquettes de formation des spécialités. Trente-trois options sont proposées et sont spécifiques à un ou parfois deux DES. En général, l'option peut être choisie en phase d'approfondissement mais certaines options dites précoces constituent un choix obligatoire dès la fin de la phase socle et conduisent à des parcours de formation différents à partir de la phase d'approfondissement. C'est le cas par exemple pour la psychiatrie où l'interne doit choisir entre psychiatrie de l'adulte et pédopsychiatrie au bout de deux ans de phase socle. Ce système d'option précoce obligatoire a des conséquences peu différentes d'une nouvelle spécialité puisque l'autorisation d'exercice de la psychiatre est délivrée avec une mention psychiatrie de l'adulte ou psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

28 formations spécialisées transversales (FST), ouvertes à tous les DES, sont également proposées. Certaines d'entre elles constituent un approfondissement d'une problématique générale sans être assimilable à une surspécialisation. C'est par exemple le cas des FST « douleur », « bio-informatique médicale », « médecine en situation de guerre ou de situation sanitaire exceptionnelle ». D'autres, au contraire, sont compatibles avec un exercice exclusif au moment de l'installation, comme par exemple les FST « médecine du sport » ou « chirurgie de la main ». Une des difficultés régulièrement signalées dans l'analyse des densités territoriales de médecins généralistes est ainsi le fait que certains d'entre eux se limitent à un créneau spécifique comme la médecine du sport ou la nutrition, faussant ainsi l'analyse de l'offre de médecins généralistes.

Une régulation des options et FST est en théorie opérée par la publication d'un arrêté ouvrant pour chaque année universitaire le nombre de places par subdivision, mais il n'est pas déterminé en fonction d'une véritable stratégie fondée sur les besoins du système de santé. Le nombre de places ouvertes est dans la plupart des cas supérieur aux demandes. Ainsi, en 2023, 1 704 places en FST ont été proposées pour 832 pourvues (49 %) et 821 pour 480 en options (58 %). Les taux d'occupation sont très variables d'une option ou FST à l'autre, allant de 0 % pour la FST bio-informatique médicale pour 43 postes ouverts à 99 % pour la médecine du sport (69 postes pourvus pour 70 ouverts). La FST médecine scolaire, pour laquelle les besoins sont importants, est désertée (seuls cinq des 39 postes ouverts en 2023 ont été pourvus).

La surspécialisation en cardiologie

Le DES de médecine cardiovasculaire, d'une durée de cinq ans, peut être complété par une des trois options suivantes : cardiologie interventionnelle de l'adulte, rythmologie interventionnelle et stimulation cardiaque, imagerie cardiovasculaire d'expertise. Les deux premières options sont effectuées pendant la phase de consolidation et, par dérogation, allongent la durée du DES d'un an. L'option d'imagerie ne rallonge pas le DES et se déroule de préférence dans la dernière année de la phase d'approfondissement.

En 2023, 96 postes ont été pourvus dans une de ces trois surspécialités, représentant environ 70 % des postes autorisés. Trois autres internes en médecine cardiovasculaire étaient par ailleurs inscrits à une FST. Les promotions correspondantes comptaient 180 postes en médecine cardiovasculaire. Plus de la moitié d'une promotion a donc suivi une surspécialité. Si tous les postes autorisés en option avaient été pourvus, les trois quarts de la promotion auraient été concernés.

Enfin, si le diplôme d'études spécialisé (DES) est supposé suffisant pour exercer une spécialité (la maquette de chaque spécialité doit permettre d'acquérir toutes les compétences requises), on constate que de nombreux internes suivent des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) pendant leur troisième cycle[56]. Cette pratique courante est parfois considérée comme nécessaire pour acquérir certaines compétences techniques de pointe que les internes ont insuffisamment le temps d'acquérir en formation ou en stage. Dans certaines universités, les étudiants sont autorisés à suivre ces diplômes à titre gratuit lorsque le parcours de formation n'est pas complet, mais dans d'autres cas, le passage d'un diplôme universitaire implique des frais à la charge de l'étudiant (inscription au diplôme, frais d'inscription à l'université si la formation ne se déroule pas dans son université d'origine, voire frais de transport et d'hébergement).

Cette possibilité offerte aux internes de s'inscrire à des diplômes universitaires ou interuniversitaires contribue aussi à accroître l'expertise pointue des internes. S'il est difficile d'identifier le nombre d'internes qui suivent l'une de ces formations en plus de la formation requise dans leur DES, cette pratique est selon les syndicats d'internes très répandue et parfois encouragée par les coordonnateurs de DES. Le niveau significativement plus faible des frais d'inscription à ces diplômes demandés aux internes par rapport à celui requis pour un médecin en exercice les incite également à suivre ces formations pendant leur scolarité, bien que leur temps de travail soit déjà élevé. Les maquettes initiales des DES avaient pourtant été conçues de façon à ne pas contraindre les internes à suivre un diplôme universitaire ou interuniversitaire pour exercer leurs fonctions.

Réserver ces diplômes à la formation continue permettrait de ne pas alourdir davantage le temps de travail des internes et de favoriser plutôt des évolutions en cours de carrière, permettant une meilleure adaptation des médecins aux besoins de santé.

C - Une spécialisation qui contribue à l'allongement de la durée de formation

1 - Une pression à l'allongement de la durée de formation des spécialités

Lors de sa conception, la réforme de 2017 devait se faire sans allongement de la durée des études.

Toutefois, dès 2016, dans le cadre des arbitrages arrêtant la liste et le contenu des spécialités, certaines ont obtenu un allongement de leur durée de formation. C'est le cas de la pédiatrie et de la pneumologie, passées de quatre à cinq ans. Les spécialités médico-chirurgicales d'ophtalmologie et de gynécologie obstétrique sont passées de cinq à six ans, de même que la neurochirurgie. D'autres DES ont été allongés ultérieurement. Ainsi, les DES de médecine cardiovasculaire et d'hépato-gastro-entérologie sont passés de quatre à cinq ans en 2019, puis celui de néphrologie en 2020, de psychiatrie en 2022. Enfin, le DES de médecine générale a été allongé de trois à quatre ans en 2023.

[56] Parmi les étudiants inscrits en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine pour l'année universitaire 2024-2025, 4 660, soit près de 12 % des internes, étaient inscrits dans au moins un DU/DIU de médecine (151 étaient inscrits dans deux DU et deux étaient inscrits dans trois DU). 3 048 DU ont été réalisés dans un établissement autre que celui du diplôme principal, dont 2 845 dans un autre département.

Tableau n° 5 : les 44 spécialités et leur durée d'études en troisième cycle en 2026

Durée 3e cycle	Nom de la spécialité	
4 ans	16 spécialités médicales	Allergologie, Dermatologie et vénérologie, Endocrinologie-diabétologie-nutrition, Génétique médicale, Gériatrie, Gynécologie médicale, Médecine d'urgence, Médecine et santé au travail, Médecine légale et expertises médicales, Médecine nucléaire, Médecine physique et de réadaptation, Médecine vasculaire, Neurologie, Rhumatologie, Santé publique **Médecine générale depuis 2023**
	1 spécialité chirurgicale	Chirurgie orale
	1 spécialité biologie médicale	Biologie médicale
5 ans	14 spécialités médicales	Anatomie et cytologie pathologique, Anesthésie-réanimation, Hématologie, Maladies infectieuses et tropicales, Médecine intensive-réanimation, Médecine interne, Oncologie, Pédiatrie, Pneumologie, Radiologie et imagerie médicale **Hépato-gastro-entérologie depuis 2019** **Médecine cardiovasculaire depuis 2019** **Néphrologie depuis 2020** **Psychiatrie depuis 2022**
6 ans	12 spécialités chirurgicales	Chirurgie maxillo- faciale et stomatologie, Chirurgie orthopédique et traumatologique, Chirurgie pédiatrique, Chirurgie plastique, Chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Chirurgie vasculaire, Chirurgie viscérale et digestive, Gynécologie-obstétrique, Neurochirurgie, Ophtalmologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, Urologie

Source : Cour des comptes d'après l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [...]

L'amélioration permanente et la technicité croissante des diagnostics et des traitements favorisent une exigence de connaissances et de compétences toujours plus étendues et explique la revendication par les collèges de spécialités d'un allongement de la durée de formation. La mission de suivi de la réforme du troisième cycle, puis la direction générale de l'offre de soins (DGOS), analysent ces demandes, avant arbitrage du ministre de la santé, au regard des apports pédagogiques et médicotechniques, mais aussi des difficultés de mise en œuvre d'un allongement (coût, impact de l'année blanche sur le marché de l'emploi des professionnels de santé, terrains de stage à trouver, etc.) et du risque de surspécialisation et d'inadéquation de l'offre de soins aux besoins. La DGOS est notamment attentive à ce que les maquettes de formation présentées à l'appui des demandes d'allongement aillent dans le sens d'une pratique plus généraliste de la spécialité et non l'inverse. Si certaines demandes ont été acceptées par le ministère de la santé, les demandes d'allongement de la dermatologie, de la médecine d'urgence, de la neurologie et de la rhumatologie n'ont pas été retenues.

Au-delà des raisons pédagogiques légitimes à l'allongement de la durée des formations, un lien est fait dans les esprits entre prestige et durée de la formation. Ainsi la volonté des représentants de la médecine générale de faire passer la durée du DES à quatre ans en ajoutant une phase de consolidation s'explique en partie par un souhait de reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité aussi importante que les autres. L'acceptation d'une durée de cinq ans pour certaines spécialités médicales fait également craindre des demandes équivalentes des autres spécialités de même durée. Pourtant, le sentiment que la durée des études de médecine ne doit pas être augmentée semble assez consensuel et l'académie de médecine, dans un rapport de février 2025[57], préconise même de les raccourcir d'un à deux ans.

2 - Une durée réelle des études mal connue

Compte tenu de la répartition actuelle des postes entre spécialités à quatre, cinq ou six ans, et après allongement des DES de médecine générale et de psychiatrie, la durée moyenne d'un troisième cycle devrait être de quatre ans et demi. Toutefois, au-delà de la durée réglementaire des diplômes d'études spécialisées, d'autres facteurs peuvent allonger la durée de la formation.

Ainsi, le choix d'une option ou d'une FST rallonge la durée de formation d'un an dans toutes les spécialités en trois ou quatre ans et dans certaines[58] dont la durée est normalement de cinq ans. Dans ce dernier cas, c'est la phase de consolidation qui est portée à deux ans. En 2023, 653 internes étaient inscrits dans une option ou une FST rallongeant leur formation d'un an[59]. Des propositions de nouvelles options et FST sont régulièrement formulées et font l'objet d'une analyse par la mission de suivi de la réforme du troisième cycle et la DGOS avec les mêmes critères que les demandes d'allongement des DES eux-mêmes. Leur nombre a ainsi augmenté depuis 2017, passant de 27 à 33 options et de 23 à 28 FST.

La durée d'études peut aussi être allongée pour la réalisation de travaux de recherche. En effet, une année de recherche rémunérée peut être réalisée par les internes en médecine, dans le cadre de la préparation d'un master, d'une thèse de doctorat ou d'un diplôme équivalent. Le nombre d'étudiants susceptibles d'en bénéficier est fixé par inter-régions et subdivisions par arrêté ministériel. Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) arrête la liste des étudiants retenus, après avis d'une commission régionale qui examine la qualité du projet de recherche envisagé. Cette période de recherche s'effectue durant l'année universitaire suivant son attribution, entre le 1er novembre et le 31 octobre et elle est rémunérée. Les internes peuvent par ailleurs solliciter une disponibilité pour études et recherches, qui constitue une période hors internat et ne donnant pas lieu à rémunération.

[57] Académie nationale de médecine, *La formation médicale initiale*, rapport 25-04.

[58] C'est le cas des options « cardiologie interventionnelle de l'adulte » et « rythmologie interventionnelle et simulation cardiaque », du diplôme d'études spécialisées de « médecine cardio-vasculaire », « réanimation pédiatrique », du diplôme d'études spécialisées de « pédiatrie », « radiologie interventionnelle avancée », du diplôme d'études spécialisées de « radiologie et imagerie médicale » et « traitement interventionnel de l'ischémie cérébrale aigüe », et du diplôme d'études spécialisées de « neurologie ».

[59] Source : données DGOS sur le nombre d'inscrits en option et en FST en 2023 par DES.

Enfin, la durée réelle des études peut aussi s'accroître du fait des possibilités de redoublement et de disponibilité assez souples. Ainsi, un interne peut redoubler tant qu'il ne dépasse pas le double de la durée de chaque phase, ce qui n'est pas qu'une situation théorique. Les taux de redoublement sont assez significatifs, avec une moyenne sur trois ans de 5,2 % sur les années de premier cycle, 6 % sur celles de deuxième cycle et 9,7 % sur celles du troisième cycle. La situation du troisième cycle est particulière car un nombre significatif de redoublements correspond à des étudiants qui n'ont pas eu le temps de soutenir leur thèse avant la fin de la phase d'approfondissement et redoublent pour cette raison, ce qui explique les taux élevés à partir de la neuvième année (dernières années des DES selon qu'ils durent trois à six ans).

Tableau n° 6 : taux de redoublement par année de formation en médecine

En %	Année	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Premier cycle	2ème année	7,4	5,9	5,3
	3ème année	4,2	4,1	3,7
	Ensemble	**5,9**	**5**	**4,6**
Deuxième cycle	4ème année	7,8	7,4	5,8
	5ème année	2,7	8,8	8,8
	6ème année	5,7	3,1	3,2
	Ensemble	**5,5**	**6,4**	**6,1**
Troisième cycle	7ème année	6,8	5,6	3,8
	8ème année	2,2	2,2	1,6
	9ème année	18,8	20,7	19
	10ème année	11,2	10,6	9,2
	11ème année	13,5	13,3	12,4
	12ème année	33,3	8,2	7,3
	Ensemble	**10,2**	**10,1**	**8,8**
	Inscription uniquement en thèse	**42,1**	**42,3**	**40,7**

Source : SIES, SISE, exploitations Cour des comptes avec l'aide de la DREES
Lecture : 5,6 % des étudiants de 7ème année en 2022-2023 ont redoublé et étaient réinscrits dans la même année de formation en 2024-2025. 42,3 % des étudiants qui avaient déjà validé leur dernière année et n'étaient inscrits qu'en thèse ont redoublé.

Les coordonnateurs des subdivisions visitées ont également évoqué des demandes de disponibilité de plus en plus fréquentes pour faire une césure et s'adonner à un projet personnel ou simplement pour ne pas être affecté sur un terrain de stage où les étudiants ne veulent pas se rendre.

L'évolution de la durée moyenne des études par cohorte résultant de l'ensemble de ces effets ne fait malheureusement pas l'objet d'un suivi régulier par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

D - Une spécialisation excessive qui ne répond plus aux besoins du système de santé

La formation du troisième cycle est pour l'essentiel structurée en fonction de l'offre de soins des centres hospitaliers universitaires. Les différentes spécialités sont, à quelques exceptions près (médecine générale, pédiatrie, gériatrie, santé au travail, santé publique), des spécialités d'organes correspondant à l'organisation des services des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Les centres hospitaliers de proximité ont ainsi souvent un service de chirurgie générale couvrant plusieurs spécialités chirurgicales, là où les plus grands CHU disposent d'un service spécifique pour chaque surspécialité. L'offre de formation reflète donc l'organisation du système de soins centrée sur le CHU, qui prévalait au moment de la réforme et perdure encore largement aujourd'hui. Dans chacune de ces spécialités (hors médecine générale et spécialités particulières telle que la santé au travail), tout interne est formé pour être capable d'exercer dans un service spécialisé de CHU, alors qu'environ deux tiers des personnels médicaux des établissements de santé travaillent en dehors des CHU.

D'ores et déjà, les centres hospitaliers de premier recours rencontrent des difficultés à recruter des médecins polyvalents, des pédiatres non spécialisés, des chirurgiens généralistes et recourent de plus en plus, pour pallier ce manque, à des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), dont le niveau de formation est variable. Même au sein des CHU, les chefs de service rencontrés s'inquiètent de cette spécialisation trop précoce qui met les internes en difficulté quand ils prennent des gardes en dehors de leur spécialité (urgences, garde d'étage) ou en chirurgie générale.

Cette tendance à une spécialisation excessive est plus ou moins marquée selon les spécialités. Certaines, telles que la médecine générale, la médecine d'urgence, la médecine physique et de réadaptation ou la médecine anesthésie et réanimation, sont moins touchées.

La médecine polyvalente hospitalière, un besoin croissant mal pris en compte dans la formation de troisième cycle

Selon la société française de médecine polyvalente, cette discipline *« est une activité médicale à part entière et spécifique, exercée exclusivement dans un établissement de santé (public ou privé) et qui consiste en la prise en charge globale (approche holistique), dans les domaines médico-psychologiques ou médico-sociaux, des personnes adultes et souvent polypathologiques et/ou polydéfaillantes »*. Cette activité est particulièrement présente dans les services post-urgences et les services de soins médicaux et de réadaptation mais on la trouve aussi dans les services médicaux et chirurgicaux spécialisés pour prendre en charge le patient dans sa globalité, faire le lien entre les différents spécialistes et avec les familles.

La médecine polyvalente n'est pas une spécialité mais fait l'objet d'une formation spécialisée transversale (FST). En 2023, 65 postes ont été pourvus sur 95 ouverts, dont 59 par des internes en médecine générale. Le besoin de médecins polyvalents dans les hôpitaux est important même si la filière de formation fait l'objet de vifs débats. Les médecins polyvalents ont souvent une formation de médecin généraliste mais ces derniers considèrent que la médecine générale est une spécialité destinée en priorité à prendre en charge les soins de premier recours ambulatoires. La conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers déplore que « *la sur-spécialisation des internistes conduit désormais aux refus de ces derniers d'exercer en médecine polyvalente, ce qu'ils pouvaient encore faire il y a quelques années* »[60]. Pour mieux préparer les étudiants de médecine interne à l'exercice en centre hospitalier, un arrêté du 5 juin 2026 a modifié la maquette de formation. Celle-ci prévoit désormais la réalisation obligatoire d'un stage dans cette spécialité dans un centre hospitalier non universitaire.

[60] Source : Contribution écrite transmise par la CNDCH à la Cour des comptes dans le cadre de l'enquête.

En outre, le modèle de formation ne tient pas compte du volume d'internes affectés, qui est pourtant très variable d'une spécialité à l'autre. Les spécialités à très petit volume, dont le nombre s'est accru avec la filiarisation, ne sont pas proposées chaque année dans chaque subdivision mais la formation reste néanmoins organisée au niveau de cette dernière. Pour la promotion d'internes affectée en 2025, huit spécialités sur les 44 ont pourvu moins de trente postes sur l'ensemble de la France et seules cinq subdivisions sur 28 ont obtenu au moins un poste d'interne dans chaque spécialité. Cela crée des difficultés tant pour les subdivisions, qui peuvent avoir du mal à maintenir une compétence de formation dans les spécialités à petit volume que pour les étudiants qui ne sont pas assurés qu'un poste sera ouvert dans la spécialité et la subdivision souhaitées l'année de leur accès à l'internat.

Le constat d'une spécialisation trop forte est largement partagé mais n'a pas, à ce stade, conduit à une véritable réflexion sur les adaptations de la formation du troisième cycle réellement nécessaires. À court terme, sans modification réglementaire, les coordonnateurs de spécialité ont déjà la possibilité d'infléchir cette tendance dans la construction du parcours de formation des internes. Dans sa réponse au relevé d'observations provisoires de la Cour, la DGOS a également confirmé qu'« *une plus forte régulation de l'accès à certaines options (…) constituerait un moyen efficace pour accroître le nombre d'étudiants de troisième cycle ayant un exercice généraliste de leur spécialité* ».

À moyen terme, une révision en profondeur des maquettes de formation permettrait de traiter de manière plus structurelle le problème de la spécialisation excessive des étudiants (voir ci-après, la partie IV et la recommandation n° 4).

IV - Une formation à adapter en continu à l'évolution prévisionnelle des besoins de santé

A - Une tendance au renforcement de la spécialisation inadaptée aux nouveaux enjeux de prise en charge des patients

La spécialisation systématique risque de poser encore davantage de difficultés à l'avenir avec le départ en retraite progressif des médecins formés à une pratique plus généraliste de leur spécialité et les évolutions tendancielles des besoins de santé.

Le vieillissement de la population (augmentation de 80 % des plus de 85 ans dans les vingt ans à venir) et l'accroissement des maladies chroniques impliquent de prendre en charge dans la durée de plus en plus de patients polypathologiques, relevant donc des compétences de plusieurs spécialités.

Dans le cadre des réunions de concertation préparant la détermination des objectifs pluriannuels des professionnels de santé à former sur la période 2026-2031, plusieurs orientations de fond ont été présentées pour répondre à ces nouveaux besoins : la nécessité de s'attacher au parcours complet du patient, dans une approche multidisciplinaire, avec une relation fluide entre la ville et l'hôpital. Ces évolutions ne constituent pas des adaptations à la marge mais un changement de paradigme pour le système de santé.

Le modèle de formation actuel répond imparfaitement à ces besoins futurs. Le contenu des formations dans chacune des 44 spécialités est quasi exclusivement défini par un collège d'experts hospitalo-universitaires par spécialité, sans échange transversal entre spécialités ni avec les collèges des autres formations médicales et paramédicales. Il n'est pas davantage concerté avec des représentants de tous les autres modes d'exercice de la spécialité (centres hospitaliers généraux ou de proximité, cliniques, cabinets libéraux, etc.) pour s'assurer de bien répondre à leurs besoins, et notamment à ceux d'une pratique généraliste de la spécialité. L'approche multidisciplinaire et centrée sur le patient est peu présente dans les maquettes de formation. L'absence de stages ambulatoires obligatoires dans les spécialités pouvant s'exercer en ville (hors médecine générale) ne va pas dans le sens d'une continuité plus forte entre la médecine de ville et l'hôpital, ni du maintien d'un exercice libéral de ces spécialités sur le territoire.

B - La nécessité d'une adaptation réactive de la formation

D'autres facteurs sont susceptibles de faire évoluer de manière importante la pratique médicale dans les prochaines années et doivent par conséquent être anticipés dans la formation des futurs médecins. Le développement de l'intelligence artificielle et des outils numériques en santé a déjà commencé à modifier certains champs de la pratique médicale (aide au diagnostic, téléconsultation, télésurveillance…) mais son impact réel sur la pratique professionnelle des internes au cours de leurs stages est encore faible. Pour autant, le potentiel d'innovation dans ces domaines est important et peut se diffuser rapidement. Il est donc essentiel que chaque spécialité réfléchisse aux conséquences que l'intelligence artificielle pourrait avoir sur sa pratique et que la formation des internes en tienne compte.

Les centres de simulation : des modalités complémentaires de formation

Les centres de simulation sont des infrastructures qui reproduisent un environnement de soins (salle d'opération, cabinet de consultation, etc.) et disposent d'équipements tels que des mannequins de haute technicité permettant de pratiquer des gestes médicaux comme sur un patient. Ils permettent une approche différente de l'examen des situations cliniques, avec un accompagnement universitaire systématique et une approche collective et partagée qui constitue une véritable offre complémentaire aux stages. Pour les premiers cycles de médecine, ces centres permettent aux étudiants de se familiariser avec l'environnement de travail, le travail en équipe pluridisciplinaire et la relation avec les patients dans un contexte caractérisé par une moindre pression. Dans le cadre du troisième cycle, ils permettent de compléter les compétences acquises en stage avec des mises en situation autour de cas cliniques peu fréquents. À titre d'exemple, le centre de simulation du CHU d'Amiens, *SimuSanté*, favorise des mises en situation en milieu hospitalier mais aussi en ville (par exemple chez le patient pour les services d'urgence), avec des sessions pluridisciplinaires et sur différents plateaux techniques (salle opératoire, laboratoires, ambulance, hélicoptère d'urgence, SMUR, etc.).

L'inflexion des politiques publiques de santé en faveur de la prévention, afin de « produire davantage de santé que de soins », est également une tendance qui devrait s'accentuer et qui est peu prise en compte dans la formation du troisième cycle.

Les changements potentiellement structurants dans l'organisation des soins doivent également être anticipés. Le développement des responsabilités confiées aux autres professions médicales et paramédicales (pharmaciens, infirmiers avec notamment le souhait d'accroître le nombre et le champ d'action des infirmiers de pratique avancée, etc.) et la nécessité de coopérations accrues entre professions pourraient être préparés par des modules de travail conjoints entre étudiants de ces différentes professions.

Face à ces changements, dont certains pourraient être très rapides et compte tenu de la durée de la formation de médecine, il est important que le système de formation s'adapte avec agilité et que le contenu et les méthodes d'enseignement soient évalués régulièrement. Lors des premiers travaux préparatoires à la réforme du troisième cycle en 2014, une évaluation de la formation par l'Agence de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), à laquelle a succédé le Haut conseil d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), était évoquée mais aucune évaluation n'a été conduite par la suite. Les dispositifs prévus par les textes pour adapter régulièrement les maquettes ne sont plus en vigueur[61]. La « mission R3C » analyse les propositions d'évolution de maquettes de formation faites par les collèges de spécialité mais ne pilote pas, en amont, une évaluation régulière et transversale des maquettes au regard de l'évolution des besoins de formation, comme cela avait pu être le cas en 2014-2016 lors de la conception de la réforme du troisième cycle.

[61] Une commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie a été créée en 2015 pour formuler des propositions et émettre des avis notamment sur « *l'ensemble des aspects pédagogiques dont l'organisation, le contenu et l'actualisation, le cas échéant, des cursus de formation de chacun des cycles* ». L'article 66 de l'arrêté du 12 avril 2017 a prévu que le bureau de cette commission « *constitue des comités de suivi chargés de revoir, en cas de besoin et au moins tous les quatre ans, les maquettes de formation des spécialités* ». Toutefois, le décret n° 2020-1203 du 30 septembre 2020 a supprimé ce bureau et n'a renouvelé l'existence de la commission que jusqu'au 1er octobre 2025. Aucun nouveau texte de prolongation n'a été pris depuis.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réforme du troisième cycle des études de médecine et de ses modalités d'accès ont permis des avancées pédagogiques notables, avec la mise en place d'un diplôme unique pour toutes les spécialités, la construction de parcours progressifs et personnalisés des étudiants, une formalisation des connaissances et compétences attendues dans chacune des spécialités et des modalités d'évaluation plus complètes, qui incluent le contrôle des compétences au-delà du seul contrôle d'acquisition des connaissances.

La réforme du troisième cycle a toutefois conforté la tendance à l'allongement de la durée des études et à la sur-spécialisation de la formation, qu'il est nécessaire de corriger dans un sens plus conforme aux enjeux liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques et des polypathologies.

La Cour préconise de mettre fin à l'allongement de la durée des études et de revenir sur le phénomène de surspécialisation en supprimant la pondération par spécialité des épreuves d'accès au troisième cycle, en veillant à l'affectation d'un plus grand nombre d'internes à des stages généralistes, en révisant régulièrement les maquettes de spécialité en concertation avec les autres disciplines, dans une démarche de diversification des lieux de stage et de meilleure prise en compte des besoins en santé.

La Cour formule les recommandations suivantes :

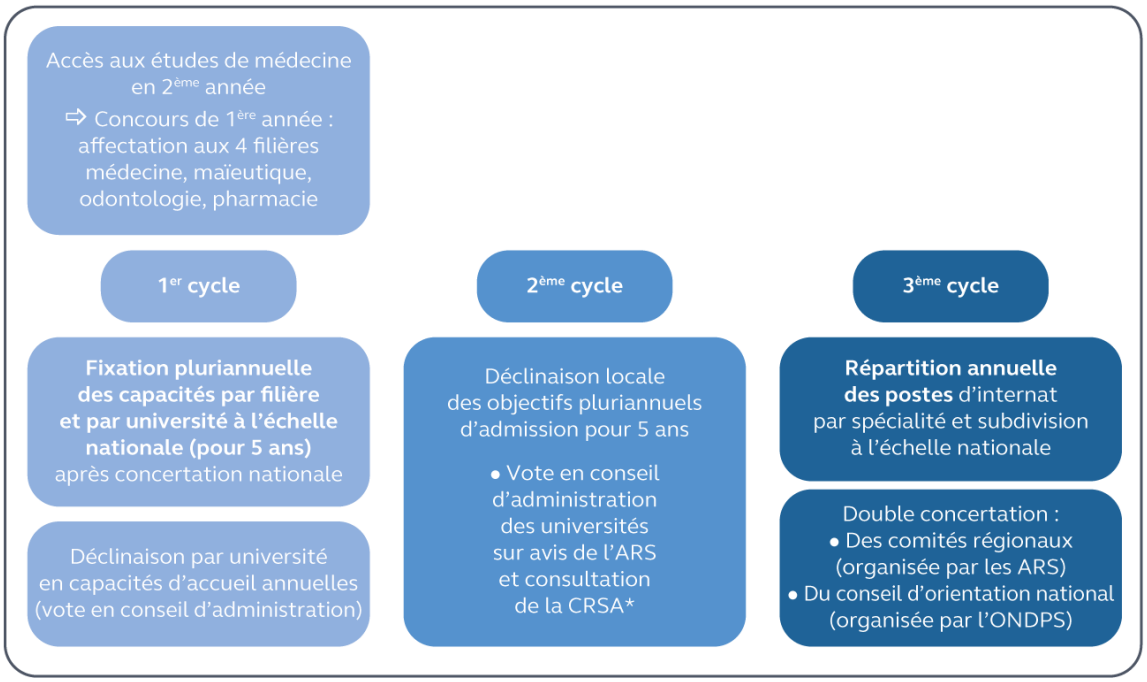
1. *supprimer le classement par groupes de spécialités en faveur d'un classement unique à l'entrée en troisième cycle (2029, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, CNG) ;*
2. *accroître le nombre d'étudiants ayant un exercice généraliste de leur spécialité, en mobilisant les contrats de formation, les stages libres, les stages en centres hospitaliers de proximité et en régulant les options et formations spécialisées transversales) (à partir de la promotion entrant en troisième cycle en 2027, Universités, ARS) ;*
3. *évaluer régulièrement les maquettes de formation et les réviser dans le cadre d'une concertation interdisciplinaire permettant de mieux prendre en compte les besoins futurs de santé et d'organisation des soins (2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, HCERES) ;*
4. *réduire le nombre de stations obligatoires aux examens cliniques objectifs structurés (ECOS) et prévoir la tenue d'épreuves locales de rattrapage en cas d'incident (session d'examens 2029, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, CNG).*

Chapitre II

L'augmentation sans précédent du nombre d'internes : un défi, une opportunité

La planification de la régulation de l'offre en personnels de santé a été refondue avec la fin du *numerus clausus* et la loi sur l'organisation et la transformation du système de juillet 2019. Elle se déroule désormais en trois étapes : la fixation tous les cinq ans d'objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former par université, leur déclinaison annuelle au niveau des entrées en premier cycle et la répartition, annuelle également, des postes d'internes par spécialité et subdivision à l'entrée du troisième cycle.

Schéma n° 2 : fixation du volume et répartition des internes selon les cycles d'études de médecine



Source : Cour des comptes
** CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Créées par la loi HPST du 21 juillet 2009, les CRSA sont des organes consultatifs placés auprès de chaque ARS pour contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé.*

Les objectifs pluriannuels fixés pour la période 2021-2025 vont se traduire à partir de 2026 par une augmentation sans précédent du nombre d'internes à former, avec des promotions qui devraient passer de 8 700 internes aujourd'hui à 10 ou 11 000 et un nombre total d'étudiants inscrits en troisième cycle qui devrait passer de 43 000 à 55 000. Les conséquences de cette évolution, prévisible depuis cinq ans, n'ont toutefois pas été anticipées.

L'examen de ces différentes phases de régulation du volume et de la répartition des étudiants en médecine met en évidence un déficit de prospective et d'anticipation de l'augmentation du nombre d'étudiants à former (I). L'assouplissement du *numerus apertus* n'a pas été accompagné par un renforcement des capacités d'encadrement hospitalo-universitaire, très inégalement réparties sur le territoire (II). Le pilotage financier est également à renforcer, afin de mieux anticiper et maîtriser l'ensemble des coûts (III).

I - Une prospective à renforcer, des procédures d'anticipation des besoins de formation encore embryonnaires et insuffisamment déclinées par spécialité et territoire

A - Une prospective pluriannuelle insuffisamment approfondie

Les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur réunissent tous les cinq ans une conférence nationale afin de fixer des objectifs de formation à cinq ans pour quatre professions de santé : médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens.

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)[62] est chargé de préparer les travaux de cette conférence et de proposer des orientations relatives à la définition d'objectifs pluriannuels cibles de professionnels à former pour l'accès aux études de médecine, de pharmacie, de maïeutique et d'odontologie. Cette définition d'objectifs pluriannuels porte sur une cible globale d'offre de formation en volume de professionnels de santé pour chacune des quatre catégories de professionnels et est déclinée par université.

La première conférence s'est tenue en mars 2021 en vue de la fixation de la première génération d'objectifs pluriannuels, pour la période de 2021 à 2025[63]. Elle a abouti à une cible d'augmentation du nombre de places offertes en premier cycle d'environ 20 %. Cet objectif a été atteint pour la filière médecine, avec 50 450 places ouvertes au titre des capacités d'accueil des universités entre 2021 et 2025[64].

[62] Instance d'études et de concertation créée en 2003 pour analyser les enjeux en termes de santé publique de l'évolution de la démographie des professions de santé. Son secrétariat est assuré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé. L'Observatoire contribue à la réflexion stratégique et prospective sur la régulation des professions médicales et paramédicales.

[63] Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021 – 2025. L'article 2 du décret précise que « *l'objectif national pluriannuel relatif au nombre de professionnels de santé à former en médecine, pour la période 2021-2025, est défini à 51 505 et encadré par un seuil minimal d'évolution fixé à 48 850 et un seuil maximal d'évolution fixé à 54 160* ». Ces objectifs sont déclinés également par université.

[64] Source : données jointes à la note flash du SIES, *Parcours et réussite des étudiants en première année de santé,* 2025-31, novembre 2025.

La définition des propositions de cibles pour la période quinquennale 2026-2030 est en cours et devrait s'achever à l'été 2026.

Cet exercice de projection constitue une avancée majeure, destinée à éviter l'absence d'anticipation des effets du *numerus clausus* mis en place en 1971 pour faire face à un afflux important d'étudiants, sans prise en compte de la démographie médicale (départs en retraite des professionnels de santé) au regard des besoins en santé. La durée des études médicales suppose en effet une projection pluriannuelle, la fixation du nombre d'étudiants admis en premier cycle ayant un effet sur le nombre de médecins en activité une décennie plus tard en moyenne.

Pour autant, cet exercice de projection reste imparfait. En effet, la définition des volumes cibles de professionnels par filière reste principalement centrée sur la démographie médicale (selon la pyramide des âges des professionnels de santé pour assurer le renouvellement des médecins) sans prise en compte suffisante de l'évolution des pratiques professionnelles et des besoins en santé.

Les recommandations formulées par la Cour en 2024 n'ont pas été suivies d'effets

Dans son rapport de décembre 2024 *L'accès aux études de santé, quatre ans après la réforme une simplification indispensable*, la Cour est revenue sur le premier exercice de concertation de définition des objectifs de professionnels à former et a relevé une « *articulation insuffisante entre les ministères* » et l'existence de « *lacunes conceptuelles et une absence d'anticipation des conséquences pour les universités* ». La juridiction a ainsi regretté l'absence de définition précise de la notion de besoin de santé (l'exercice de projection des besoins ayant été effectué sur le fondement de projections de la démographie médicale) et l'insuffisante prise en compte de l'impact de l'augmentation des effectifs sur les différents cycles de formation et sur les moyens nécessaires (locaux, terrains de stage, équipements, moyens de simulation, encadrement, *etc.*).

La Cour a émis une recommandation « *en vue de la prochaine conférence nationale »* visant à *« fixer les objectifs de formation en fonction des connaissances actuelles sur la densité médicale à différentes échelles : régionale, départementale voire infra-départementale ; d'indicateurs partagés et standardisés sur les capacités de formation couvrant les trois cycles : le taux d'encadrement universitaire, l'équipement de simulation, le nombre et la typologie des terrains de stages.*

Les travaux en cours de la conférence nationale ont cherché à mieux prendre en compte les différentes échelles territoriales par une concertation locale pilotée par l'ARS. Cependant le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche reste peu associé à ces travaux et les adaptations nécessaires du système universitaire (nombre de personnels enseignants, administratifs, équipements, etc.) au regard des objectifs de professionnels de santé à former ne font l'objet d'aucune évaluation.

Le rapport a également souligné que « *l'équipe de l'ONDPS* [était] *sous-dimensionnée au regard de ses missions et de leur importance stratégique* », que son « *plan de charge* [était] *fortement dépendant des priorités de différentes tutelles »* et ne bénéficiait pas d'un appui de la DREES à la hauteur des besoins. La Cour a invité le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministère de la santé et de la prévention, à reconnaître à l'ONDPS un rôle de planification des ressources humaines en santé et à le doter du statut, du rattachement et des moyens matériels, statistiques et humains nécessaires à ces missions, dès 2025. Cette recommandation n'a pas non plus été mise en œuvre.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) participe activement aux travaux de l'ONDPS (travaux de projections démographiques et présentations de l'interprétation des données, participation aux séminaires préparatoires et au comité de pilotage de l'ONDPS, etc.)

Ces travaux sont alimentés par les données annuelles de la DREES relatives aux effectifs de médecins (âge moyen, densité pour 100 000 habitants, déclinés selon la région et le département d'activité la plus récente, sexe, âge, mode d'exercice – libéral, mixte ou salarié – et spécialité exercée). Sont également présentés les effectifs de professionnels en activité au 1er janvier par spécialité, région d'obtention du diplôme, activités exercées par lieu (région et département), mode d'exercice (libéral ou salarié), secteur et spécialité exercée.

La DREES publie par ailleurs des indicateurs d'accessibilité potentielle localisée permettant d'analyser plus finement, pour les médecins généralistes, la répartition géographique de ces derniers. Cet indicateur, calculé au niveau communal, permet de rapprocher offre et demande de soins, en tenant compte de la disponibilité et de la proximité des professionnels de santé, ainsi que de la structure par âge des habitants du territoire et de son influence sur la consommation de soins.

La DREES entreprend d'enrichir les projections d'effectifs de médecins, qu'elle décline par régions et en distinguant les médecins généralistes des autres spécialités. Elle révise régulièrement sa modélisation des études de médecine, ce qui permet d'améliorer progressivement la robustesse du modèle de projection. Les évolutions structurelles des besoins et de l'organisation du système de soins telles que l'accroissement des maladies chroniques, le développement des infirmiers en pratique avancée ou la transformation potentielle de certaines pratiques professionnelles sous l'effet de l'intelligence artificielle, susceptibles de modifier significativement la répartition entre filières et spécialités des besoins de professionnels à long terme, sont évoquées dans le cadre des réunions préparatoires à la conférence nationale. Les résultats du modèle de projection des effectifs de médecins sont présentés sous forme de densités standardisées qui tiennent compte des différences de consommation de soins avec l'âge (prise en compte du vieillissement démographique). L'évolution potentielle des facteurs épidémiologiques, des besoins non satisfaits et des facteurs d'offre susceptibles d'affecter la capacité médicale sont présentées en compléments du modèle de projection.

Pour autant, ces exercices de projection pluriannuels ne font pas ensuite l'objet d'une déclinaison en objectifs cibles pluriannuels par spécialité et par territoire. Cet exercice n'est réalisé qu'au niveau national et par filières (médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie).

Sous la tutelle des ARS, un renforcement de la place des organisations régionales (régions, unions régionales des professions de santé, conseils national et régionaux de l'ordre des médecins) dans les observatoires régionaux de la démographie des professionnels de santé (ORDPS), relais régionaux de l'ONDPS, permettrait une évaluation plus précise des enjeux démographiques, avec l'objectif de faire évoluer l'actuelle planification vers une véritable prospective.

En effet, la pénurie en spécialistes médicaux et chirurgicaux est très hétérogène d'un territoire à l'autre, même à distance très proche, et d'une spécialité à l'autre. La réalité des besoins est difficile à évaluer en l'absence de cibles bien identifiées. Cette réalité devrait être appréhendée sur la base d'une évaluation aussi précise que possible de ces besoins, qui ne sont pas parfaitement quantifiés dans la mesure où aucune région ne dispose d'un zonage des spécialistes médicaux et chirurgicaux effectué par les ARS, comme cela existe pour la médecine générale. Des progrès ont été faits dans le cadre de la préparation de la conférence nationale en cours avec la réalisation par les ARS d'une concertation large au niveau local sur les objectifs pluriannuels à proposer au niveau de la subdivision, qui a toutefois pâti d'un manque de cadrage méthodologique en amont sur les critères à prendre en compte pour la détermination de ces objectifs.

Les projections démographiques de la DREES présentées lors de la réunion préparatoire du 8 avril 2026 alertent par ailleurs sur le fait que le maintien d'un nombre d'entrées en premier cycle au niveau actuel devrait conduire à un nombre de médecins sur le territoire supérieur aux besoins dès 2040. Compte tenu de l'écart entre cette situation à 15 ans et la perception actuelle d'une désertification médicale, qui pousse à continuer à accroître le nombre de professionnels à former, une concertation large et approfondie sur ces grandes évolutions, difficiles à appréhender, est nécessaire. L'augmentation du nombre d'internes dans les prochaines années est inéluctable mais un mouvement en sens inverse pourrait ensuite s'engager si les objectifs fixés pour 2026-2030 étaient en retrait afin d'éviter à terme une offre de soins surnuméraire. Cette perspective renforce encore la nécessité de profiter de l'augmentation en cours pour répartir au mieux ces futurs médecins par spécialité et sur le territoire.

B - Un enjeu majeur : mieux anticiper les conséquences de l'augmentation sans précédent du volume d'internes à former

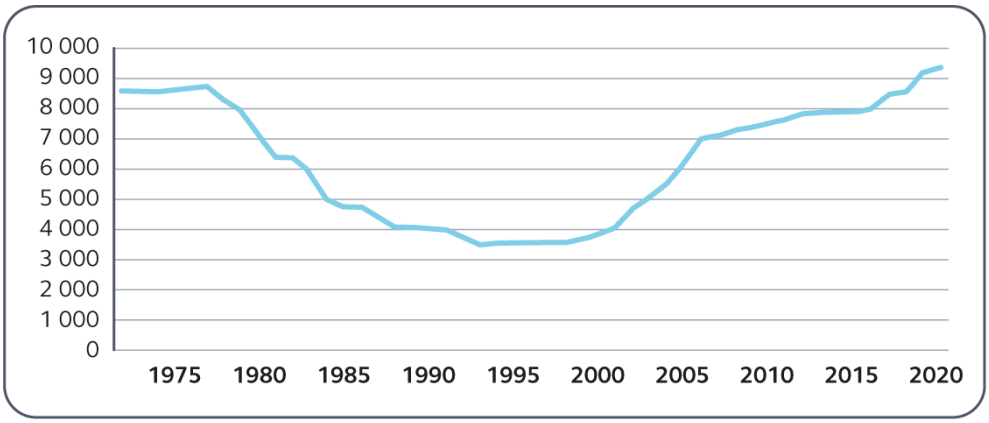
L'articulation entre cet exercice de projection pluriannuelle du nombre d'étudiants en médecine et le pilotage par le ministère en amont de l'accueil des cohortes en troisième cycle est défaillante. En raison de la complexité des parcours des étudiants décrite *supra,* des suspensions de parcours et d'une difficulté à anticiper les durées de formation, variables selon les spécialités et choix d'options (cf. *supra*, le point 1.3.3), de la gestion éclatée des étudiants par les universités et de la succession de réformes à intervalles rapprochés, le ministère ne dispose pas d'une vision prospective précise au-delà de la rentrée suivante.

Ce « pilotage à vue » peut être illustré par l'absence d'anticipation des flux d'étudiants en troisième cycle à la rentrée 2024 (année marquée par la transition vers le nouveau système d'épreuves nationales (EDN et ECOS), entraînant une double procédure d'affectation pour deux cohortes d'étudiants distinctes) et la prise en compte tardive des enjeux liés à l'augmentation sans précédent du nombre d'internes à accueillir à partir de l'automne 2026.

Sur longue période, les effectifs d'internes ont connu une baisse continue au cours des années 1980-1990 puis ont augmenté progressivement à partir du début des années 2000. Il n'existe pas de données homogènes sur l'ensemble de la période mais ces tendances suivent l'évolution du nombre de places pourvues du numerus clausus présentée dans le graphique ci-après, avec un décalage de quelques années correspondant aux années réalisées avant l'entrée en internat[65].

[65] Le nombre d'internes ne peut être directement assimilé au *numerus clausus* dans la mesure où le nombre d'internes résulte de l'agrégation de plusieurs promotions correspondant au nombre d'années de l'internat et où il peut y avoir des abandons.

Graphique n° 2 : *Numerus clausus* national pourvu en médecine depuis 1972

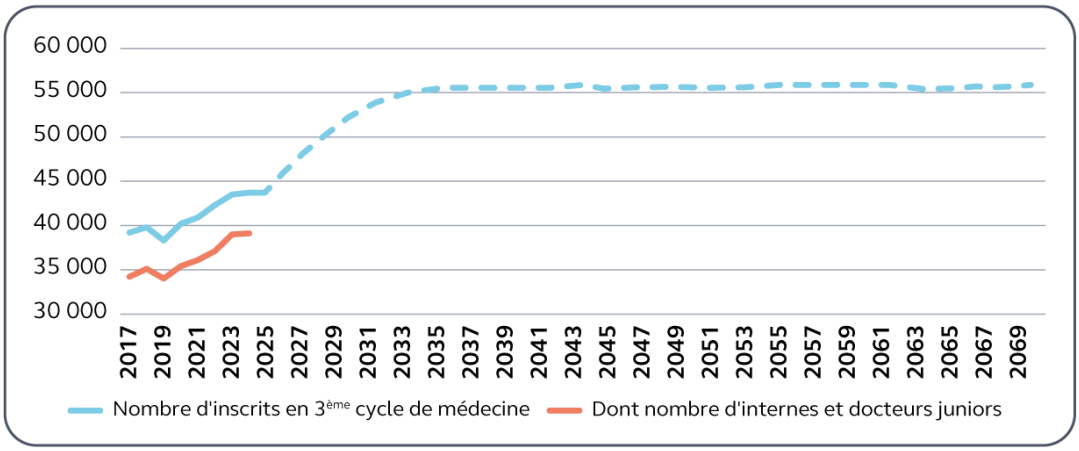


Note : Numerus clausus complémentaire, passerelles et droits aux remords apparaissent en 2011. Aussi, jusqu'en 2009, le numerus clausus présenté correspond au numerus clausus principal. En 2010, il correspond au numerus clausus principal auquel on a ajouté les passerelles de 3ème année arrivées en 2011 mais qui viennent grossir la cohorte 2010. À partir de 2011, il correspond aux numerus clausus principal et complémentaire, aux passerelles et aux droits au remords, les passerelles de 3e année étant comptabilisées l'année suivante (avec la cohorte concernée). Les nombres de places considérés sont les places pourvues et non les places ouvertes.
Source : Figure extraite du document de la DREES : Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES n° 76, mars 2021.

À partir de l'accueil dans les stages se déroulant de novembre 2026 à avril 2027, l'augmentation attendue des cohortes d'internes va marquer une inflexion majeure et durable.

Ainsi, selon les projections de la DREES, la barre de 46 000 étudiants inscrits en troisième cycle (contre 43 700 en 2024) devrait être franchie dès 2026, celle de 50 000 à horizon 2029 et celle de 55 000 internes en 2033.

Graphique n° 3 : projection provisoire du nombre d'internes sur la période 2017-2070



Source : nombre d'étudiants inscrits en troisième cycle de 2017 à 2024 pour une année universitaire N-N+1 ayant finalisé leur inscription administrative au 15 janvier N+1, données du SIES (système d'information sur le suivi des étudiants (Sise)) Données provisoires simulées par le modèle de la DREES pour les années 2025 à 2070 selon un scénario tendanciel (11 400 inscrits en deuxième cycle d'études de médecine pour chaque année de la période de projection) à partir des données du SIES (Sise)
Champ : France métropolitaine et DROM.

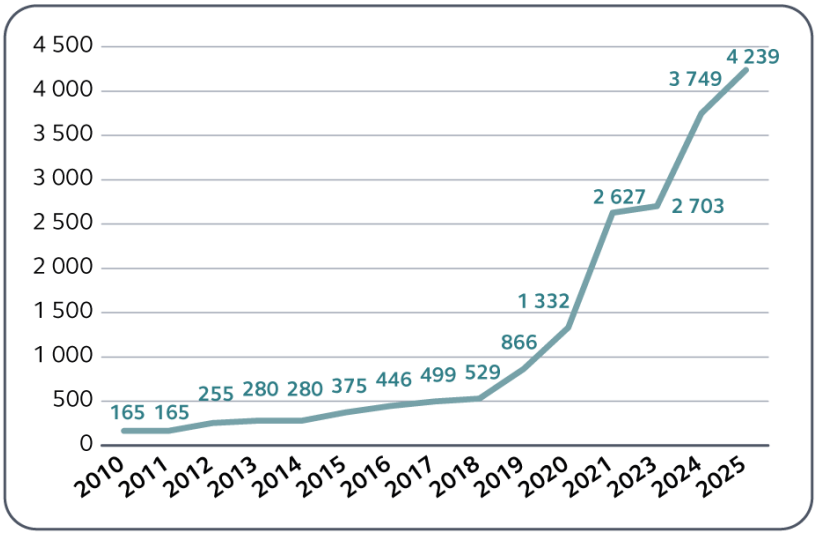
En plus de l'augmentation tendancielle, la mise en place de la réforme de la médecine générale avec l'allongement de la formation à quatre ans et celle de la psychiatrie à cinq ans conduit à une hausse encore plus importante du nombre d'internes en 2026. L'effet particulièrement important de l'allongement de la durée des études de médecine générale, du fait des effectifs en jeu et de la réalisation des stages en ambulatoire, a été insuffisamment anticipé, notamment les difficultés à recruter les maîtres de stage (PAMSU), à trouver des logements pour ces jeunes médecins qui sont affectés dans des territoires ruraux, et à mobiliser des encadrants pour les travaux de thèse et leur soutenance.

À compter de 2019, au regard du recours important par les hôpitaux aux praticiens diplômés hors Union Européenne (PADHUE) pour pallier le manque d'installation de jeunes médecins, les pouvoirs publics ont fortement augmenté le nombre de postes ouverts aux épreuves de vérification des connaissances, qui permettent d'accéder à un parcours de consolidation des compétences dont la validation est requise pour bénéficier d'une autorisation d'exercice définitive. Cette main d'œuvre alternative exerce en particulier sur les mêmes lieux de stage que les internes (agréés) et parfois souvent comme stagiaires associés ou faisant fonction d'internes[66]. Pour autant, la régulation de ces deux types de publics n'est pas effective : l'ouverture de places offertes aux PADHUE ayant réussi les épreuves de vérification des connaissances dans les services hospitaliers intervient en amont de la procédure d'affectation des internes, ce qui ne permet pas aux services d'avoir une vision consolidée du nombre d'étudiants à accueillir. L'accueil d'étudiants en stage de plusieurs voies (externes, PADHUE en parcours de consolidation des compétences, internes) peut ainsi parfois excéder la capacité des services et nuire à la bonne formation des étudiants si leur répartition territoriale n'est pas optimisée.

Au cours de la période récente et au-delà de l'année exceptionnelle 2024, de nombreux services craignent une sursollicitation des UFR de médecine et des établissements de santé pour l'accueil de ces cohortes en forte augmentation, externes, internes et PADHUE. En 2025, le nombre de postes ouverts aux épreuves de vérification des connaissances des PADHUE a ainsi représenté l'équivalent de presque la moitié d'une promotion d'internes (4 239 PADHUE soit 48 % des 8 919 internes admis à l'entrée du troisième cycle). En définitive, le nombre de lauréats (1 702) a été moins élevé que prévu.

[66] Le statut de « faisant fonction d'interne » (FFI) est défini à l'article R. 6153-41 du code de la santé publique. Les FFI sont des étudiants en médecine de l'Union européenne ayant plus de six années d'études ou des médecins diplômés hors de l'Union européenne qui peuvent être recrutés par les établissements lorsqu'un poste de stage n'a pas été pourvu par un interne.

Graphique n° 4 : évolution du nombre de postes ouverts aux épreuves de vérification des connaissances des praticiens diplômés hors Union Européenne (PADHUE) de 2010 à 2024



Source : arrêtés portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances pour les PADHUE

C - Une procédure nationale de répartition des postes par spécialité et subdivisions insuffisamment prospective et concertée avec les acteurs locaux

Le nombre de postes d'internes ouverts à la procédure d'appariement par spécialité et par subdivision territoriale pour l'entrée en troisième cycle est déterminé chaque année par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, sur proposition de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) et après une double concertation nationale et régionale.

Cette liste de postes ouverts à l'internat est censée être établie « en *fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités, des besoins de santé des territoires et des besoins prévisionnels du système de santé ainsi que des capacités de formation en stage et hors stage* » (article R. 632-2-6 du code de la santé).

Pour autant, la prise en compte des *« besoins en santé des territoires »* apparaît marginale dans la procédure, se limitant à une concertation à l'échelle régionale sans exercice prospectif préalable. Comme évoqué précédemment, la prospective quinquennale visant à définir le volume de médecins à former ne fait pas l'objet d'une déclinaison par spécialité et par université. La répartition annuelle du nombre de postes par spécialité et subdivision est donc réalisée à partir du volume global estimé d'étudiants entrants en deuxième cycle, sans référence à des objectifs cibles par spécialité et territoire.

Dans les faits, cette procédure est effectuée par ajustement marginal d'une année à l'autre, davantage en fonction de l'offre de santé existante que des besoins en santé projetés. En effet, la répartition dépend pour l'essentiel du volume d'internes à intégrer en formation, de la démographie médicale existante (projection des départs en retraite des professionnels en poste), des capacités d'accueil en formation (lieux de stage agréés, taux d'encadrement universitaire) et, dans une faible mesure, des priorités de santé publique (renforcement des effectifs en psychiatrie dans le cadre de la grande cause nationale santé mentale, etc.). L'adaptation marginale d'une année sur l'autre est également liée au fait que les postes ouverts ne sont publiés que quelques semaines avant l'affectation des lauréats (ouverture des postes par arrêté du 30 juillet 2025 pour la rentrée universitaire 2025-2026). Il est de ce fait difficile de modifier de manière massive la répartition des postes par spécialité, que les étudiants ne pourraient pas anticiper dans la préparation de leur choix de spécialité, ni les universités dans l'accompagnement pédagogique à mettre en place (enseignants, terrains de stage, etc.).

La détermination annuelle du nombre de postes ouverts à l'internat fait l'objet d'une concertation à deux niveaux :

- l'observatoire national de la démographie des professions des santé (ONDPS) assure la concertation au sein d'un conseil d'orientation national composé des principaux acteurs nationaux de la santé[67], qui se prononce au vu des propositions de l'ONDPS et des remontées de l'ensemble des agences régionales de santé ;
- les agences régionales de santé (ARS) assurent la concertation avec les acteurs locaux *via* un comité régional[68], avec les centres hospitaliers et les universités en santé (doyens, coordonnateurs de spécialité, représentants des internes, etc.).

Pour la campagne annuelle 2025, toutes les ARS ont bien respecté l'obligation de consulter leur comité régional avant les remontées nationales. Cependant, la nature des argumentaires transmis à l'ONDPS en amont du conseil d'orientation de juin 2025 est très hétérogène.

Dans les faits, la définition des besoins à l'échelle du territoire est effectuée de manière très variable. Elle repose essentiellement sur les remontées des coordonnateurs de spécialités en fonction des besoins des services hospitaliers identifiés, des contraintes de capacité de formation et donc de l'existant. Parfois, les doyens des universités assurent une forme de régulation des demandes par spécialité ou sur l'ensemble des spécialités pour assurer un équilibre de l'offre des stages sur le territoire, mais cette pratique n'est pas généralisée. La portée des argumentaires développés est très hétérogène selon l'implication des centres hospitaliers universitaires, leur propension à tenir compte des besoins des centres hospitaliers du territoire et l'engagement des coordonnateurs de spécialité.

[67] Dont notamment un directeur d'agence régionale de santé, des représentants de l'association Régions de France, de la CNAM, de la CNSA, des conseils nationaux de l'ordre, de France universités, des Conférences nationales des directeurs des UFR en santé, de l'Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales et des collèges d'enseignants, ainsi que des représentants des syndicats d'internes et des associations de patients agréées.

[68] Avec notamment la région, le recteur, les représentants régionaux des ordres professionnels, de la Fédération des établissements hospitaliers, de la Fédération hospitalière de France et de la Fédération de l'hospitalisation privée et de l'union régionale des professionnels de santé, ainsi que des représentants des médecins professionnels de santé en formation et des associations de patients agréées.

L'existence de ce double exercice de concertation constitue une réelle plus-value. Toutefois, le manque de transparence quant aux modalités de concertation et d'arbitrage et l'absence d'explication *a posteriori* sur les choix opérés ne permettent pas aux acteurs de terrain d'en partager les résultats. Cette procédure apparaît comme une « boîte noire » engendrant des écarts non compris entre les demandes remontées du terrain et les arbitrages opérés. Elle est de ce fait assez démotivante pour les acteurs locaux. Si les arbitrages ministériels diffèrent naturellement de la somme des demandes remontées par les ARS, un retour vers celles-ci expliquant la raison des écarts serait de nature à améliorer dans la durée la qualité de la concertation locale.

D - Une répartition annuelle qui ne parvient pas à juguler le déficit d'attractivité de certaines spécialités et subdivisions territoriales

1 - Une procédure de régulation annuelle de répartition des postes d'internat par subdivisions et spécialités

Depuis 2019, dans le cadre de la politique ministérielle de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, les modalités d'accès au troisième cycle sont déclinées dans les lettres de cadrage adressées chaque année par la DGOS à l'ONDPS en identifiant trois leviers de régulation : la variation du nombre de postes ouverts en surnombre, c'est-à-dire en excédent par rapport aux nombres de candidats (appelé « taux d'inadéquation »), une liste de spécialités prioritaires à sanctuariser et, depuis 2021, une classification des subdivisions territoriales à privilégier en fonction de leur attractivité.

Le premier levier utilisé par l'ONDPS pour réguler la répartition des postes d'internat est la réduction du nombre de postes ouverts en surnombre. L'ouverture d'un nombre de postes supérieur au nombre de candidats a pour objectif de laisser une marge de choix à tous les candidats, y compris ceux en bas de classement. Cette marge est mesurée par un « taux d'inadéquation national », qui correspond au rapport entre le nombre de postes ouverts en surnombre et le nombre prévisionnel de candidats.

Tableau n° 7 : taux d'inadéquation annuel 2017-2025

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Postes ouverts	8 281	8 622	8 507	8 576	8 791	9 024	9 485	8 666	8 919
Postes pourvus	7 978	8 263	8 308	8 425	8 579	8 855	9 312	8 295	8 738
Taux d'inadéquation national	3,66 %	4,16 %	2,34 %	1,76 %	2,41 %	1,87 %	1,82 %	4,01 %	2,03 %
Nombre de postes non pourvus	303	359	199	151	212	169	173	371	181

Note : pour 2024, le chiffre consolide les postes au titre des anciennes épreuves classantes (692 postes ouverts, 641 pourvus) et aux nouvelles épreuves (7 974 postes ouverts, 7 654 postes pourvus).
Source : Cour des comptes d'après données DGOS

Face à l'augmentation du nombre d'internes, le taux d'inadéquation a été abaissé de façon tendancielle depuis 2019 (le nombre de postes non pourvus étant toujours assez élevé), ce qui permet de mieux réguler la répartition des étudiants par spécialité et subdivision et d'éviter qu'un trop grand nombre de postes ouverts restent non pourvus dans les spécialités ou subdivisions en tension.

Afin de faciliter la régulation d'année en année et de tenir compte de l'évolution de l'assiette sur laquelle il s'applique (augmentation du volume d'étudiants), ce taux d'inadéquation pourrait être remplacé par un nombre de postes excédentaires n'augmentant pas avec la taille des promotions, afin de laisser une liberté de choix aux candidats les plus mal classés tout en limitant le nombre de postes non pourvus, qui sont en général ceux des spécialités et territoires les moins attractifs. Une cible prévoyant un volume prévisionnel de 50 à 100 postes non pourvus pourrait ainsi être instaurée en lieu et place du taux d'inadéquation national pour limiter la désaffection des spécialités et subdivisions les moins attractives. Le volume plafond de postes non pourvus pourrait être fixé à une cinquantaine de postes.

Le deuxième levier utilisé dans la lettre de cadrage national pour réguler la répartition des postes d'internes est celui de la sanctuarisation de spécialités déficitaires en professionnels de santé, en tension ou faisant l'objet d'une attention particulière à partir de critères démographiques et de formation (soit en 2020 : anesthésie-réanimation, gynécologie, médecine intensive – réanimation, médecine d'urgence, psychiatrie).

À partir de 2021, une typologie de spécialités à prioriser a été retenue dans la lettre de cadrage : spécialités concernées par le vieillissement de la pyramide des âges de ses professionnels (ophtalmologie, dermatologie, gynécologie, médecine et santé au travail), spécialités correspondant aux priorités de politique publique ministérielle (médecine intensive et réanimation, anesthésie-réanimation, psychiatrie, médecine d'urgence, gynécologie), spécialités présentant des enjeux de prise en charge non programmée (gériatrie, médecine interne et immunologie clinique).

Par ailleurs, les pouvoirs publics fixent une cible d'au moins 40 % des postes ouverts en médecine générale, ce qui revient à augmenter le nombre d'internes formés dans ce domaine à due proportion de l'augmentation des cohortes d'internes.

À partir de 2021, a également été appliqué un principe de favorisation des subdivisions les moins dotées en professionnel de santé selon des modalités de classement définies en 2019 (en trois catégories : classes de subdivisions les mieux et moins bien dotées, classes intermédiaires).

Malgré la mise en place de ces trois leviers pour réguler la répartition des internes (baisse du taux d'inadéquation, sanctuarisation de spécialités prioritaires et priorisation de régions sous dotées en professionnels de santé), les objectifs de rééquilibrage des effectifs d'internes entre spécialités et territoires ne sont que partiellement atteints.

2 - Une procédure qui ne parvient pas à réorienter les flux d'internes vers les spécialités prioritaires

En ce qui concerne les spécialités médicales, on constate que les spécialités considérées comme prioritaires sont pour partie les moins attractives et n'ont pas vu leur nombre d'internes augmenter ces dernières années à hauteur des besoins.

La faible attractivité des spécialités auprès des internes peut se mesurer selon deux critères : le choix des spécialités selon le rang de classement et le nombre de postes restés vacants à l'issue de la procédure de choix.

L'attractivité des spécialités mesurée à travers les rangs de classement des admis place en tête des spécialités permettant d'espérer des rémunérations élevées et, en fin de classement, celles moins rémunératrices mais jugées souvent prioritaires pour le système de soins.

Tableau n° 8 : spécialités les plus attractives pour la promotion accédant à l'internat en 2025 (par rang médian des candidats retenus croissant)

Spécialités	Rang médian	Rang dernier admis
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	299	1 223
Dermatologie et vénéréologie	508	4 415
Ophtalmologie	758	3 716
Maladies infectieuses et tropicales	1 050	4 530
Chirurgie maxillo-faciale	1 069	2 078

Source : Cour des comptes à partir des arrêtés du 30 juillet 2025 et du 28 octobre 2025[...]

Tableau n° 9 : spécialités les moins attractives pour la promotion accédant à l'internat en 2025 (classement par rang médian des candidats retenus décroissant)

Spécialités	Rang médian	Rang dernier admis
Médecine et santé au travail	8 347	8 958
Santé publique	7 963	8 957
Biologie médicale	7 848	8 954
Psychiatrie	7 246	8 954
Gériatrie	7 056	8 897

Source : Cour des comptes à partir des arrêtés du 30 juillet 2025 et du 28 octobre 2025

Sur la période 2017-2025, le taux d'inadéquation moyen annuel pour l'ensemble des spécialités est de 2,62 % (après retraitement de l'année 2024), soit 2 068 postes ouverts et non pourvus faute de choix par les internes (sur un total de 78 820 postes ouverts et 76 752 postes pourvus).

Les spécialités médicales figurant dans le tableau ci-après sont concernées dans la période examinée par un écart notable entre le nombre de postes ouverts par arrêté et le nombre de postes choisis par les internes (cf. le tableau n° 11 ci-dessous, le tableau contenant l'ensemble des spécialités figurant dans l'annexe n° 5), avec des taux d'inadéquation variables et parfois très importants[69].

[69] Pour les autres spécialités, notamment les spécialités chirurgicales, les postes ouverts sont pourvus (voir le tableau figurant dans l'annexe n° 5).

Tableau n° 10 : évolution du nombre de postes ouverts et pourvus de 2017 à 2025 pour les spécialités ayant des postes non pourvus

Spécialités	2017		2025		TOTAL cumulé de toutes les années de 2017 à 2025		Évolution de 2017 à 2025		
	Postes ouverts/ pourvus	Postes non pourvus	Postes ouverts/ pourvus	Postes non pourvus	*Postes ouverts*/ pourvus	Postes non pourvus	Évolution nombre postes ouverts par an	Évolution nombre de postes pourvus en 2025 par rapport à 2017	
Biologie médicale	110	0 %	92	10 %	944	14 %	- 19,6 %	- 27	- 32,5 %
	110		83		809				
Gériatrie	200	15 %	177	0 %	1 720	13 %	- 13,0 %	6	3,4 %
	171		177		1 503				
Médecine d'urgence	468	1 %	455	0 %	4 245	1 %	- 2,9 %	- 6	- 1,3 %
	461		455		4 209				
Médecine et santé au travail	137	35 %	102	3 %	1 079	25 %	- 34,3 %	10	10,1 %
	89		99		808				
Médecine générale	3306	6 %	3 593	1 %	31 624	2 %	8,0 %	451	12,7 %
	3099		3 550		31 019				
Psychiatrie	505	1 %	563	16 %	4 830	12 %	10,3 %	- 23	- 4,8 %
	498		475		4 274				
Santé publique	84	6 %	71	52 %	757	32 %	- 18,3 %	- 45	- 132 %
	79		34		513				
Total général	**8 281**	4 %	**8 919**	2 %	**78 820**	**3 %**	**7,2 %**	**760**	**8,7 %**
	7 978		*8 738*		*76 752*				

Source : Cour des comptes d'après les arrêtés d'ouverture et données ONDPS

Parmi les spécialités médicales les moins attractives figurent celles identifiées comme prioritaires par les pouvoirs publics, et notamment la gériatrie[70], la psychiatrie et la médecine de prévention (santé publique, santé au travail). Ainsi, si l'un des objectifs de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » prévoit l'augmentation du nombre de médecins psychiatres formés à hauteur de 600 par an, l'atteinte de cet objectif devrait se révéler difficile malgré l'augmentation du nombre de postes ouverts à l'internat.

En revanche, même si la totalité des postes ouverts en médecine générale n'est toujours pas pourvue actuellement, on constate une nette amélioration de l'attractivité de cette spécialité. Le nombre de postes ouverts a ainsi connu une forte augmentation (287 postes ouverts en plus en 2025 par rapport à 2017). Pour autant, le nombre de postes ouverts non pourvus a fortement diminué (43 postes en 2025, soit moins de 1 % des postes, contre 207 postes vacants en 2017).

[70] Le nombre de postes non pourvus en gériatrie est faible en 2025, mais le nombre de postes ouverts dans cette spécialité a été réduit.

Ce constat d'une désaffectation de certaines spécialités laisse à penser qu'une augmentation du nombre de postes offerts pour ces spécialités ne peut être la seule solution pour pallier leur manque d'attractivité (avec un risque de stratégies de contournement par les étudiants, y compris de « redoublements d'évitement »), mais doit s'accompagner d'une réflexion plus générale sur les conditions d'exercice de ces spécialités et les leviers d'attractivité à identifier.

De fait, pour ces spécialités peu attractives, l'approche adoptée par les pouvoirs publics est pragmatique, puisqu'à l'exception notable de la médecine générale, qui a largement bénéficié de l'augmentation du nombre de postes offerts à l'internat, les autres spécialités moins attractives ont subi une baisse du nombre de postes ouverts : 35 postes ouverts en moins en médecine et santé au travail en 2025 par rapport à 2017, 27 en biologie médicale, 18 en gériatrie,13 en médecine d'urgence et 13 en santé publique.

3 - Une procédure qui ne parvient pas à rééquilibrer les flux d'internes entre subdivisions, à l'exception des territoires nouvellement dotés de CHU

Lorsqu'on considère les affectations sous l'angle des subdivisions territoriales, on constate une plus grande dispersion des choix des internes selon les années (toutes les subdivisions ont des postes ouverts non pourvus tous les ans avec des variations selon les années), même si certaines subdivisions sont structurellement moins choisies que d'autres (voir le tableau détaillé n°26 figurant dans l'annexe n° 6).

Ce constat, combiné à celui d'une concentration très forte des postes non pourvus sur certaines spécialités, laisse à penser que le choix de la spécialité est le premier déterminant pour les candidats, qui ont tendance à choisir une subdivision régionale différente pour pouvoir exercer la spécialité de leur choix (hors stratégie de redoublement). Cette stratégie s'explique par le fait qu'en cours de carrière, la mobilité géographique est plus aisée que le changement de spécialité (voir *supra*, chapitre I, partie III-A).

Pour les spécialités médicales hors médecine générale, les ajustements annuels sont marginaux du fait de la faible augmentation des postes supplémentaires ouverts (23 postes de plus en 2025 par rapport à 2017 sur un nombre total de postes de 4 412 en 2025). Les redéploiements ont surtout bénéficié à la subdivision de Tours, du fait de la transformation du centre hospitalier d'Orléans en CHU, et à la subdivision Martinique-Guadeloupe, à la suite de la création d'une UFR de médecine Antilles Guyane.

En ce qui concerne la médecine générale, les efforts de régulation auraient pu être facilités par l'augmentation du nombre de postes ouverts à l'internat. Cependant, certaines subdivisions fragiles n'ont bénéficié qu'à la marge de cette tendance (notamment les subdivisions d'Amiens, de Rouen, d'Angers, de Dijon) dont le nombre de postes supplémentaires ouverts à l'entrée du troisième cycle s'est révélé inférieur à celui de subdivisions dont la densité médicale était pourtant parmi les plus hautes de France (Bordeaux, Limoges, Grenoble, Montpellier, Toulouse).

L'intervention des pouvoirs publics peut néanmoins contribuer à soutenir les subdivisions peu attractives. Cela a été le cas de la subdivision de Limoges où le nombre d'internes affectés a crû de 30 %, malgré la permanence d'un taux d'inadéquation important et d'un relatif manque d'attractivité. De la même façon, les stratégies d'universitarisation de certains territoires (création d'une filière d'études de médecine et/ou d'un CHU) se sont bien traduites par un nombre d'internes affectés proches de l'augmentation du nombre de postes ouverts. C'est le cas de la subdivision d'Orléans-Tours (+ 30 % d'internes) et des régions ultra marines (+ 20 % en moyenne d'internes) à la suite de la transformation de centres hospitaliers en centres hospitaliers universitaires et d'Aix Marseille dans le cadre du développement de l'accueil d'internes en Corse (+ 8 %).

E - Le retour à une forme de « régionalisation de l'internat » : une voie étroite, des effets qui risquent d'être marginaux

1 - Les déterminants de l'installation des jeunes médecins : être originaire de la région ou y avoir été formé, une condition nécessaire mais pas suffisante

Une étude de l'Insee[71] de novembre 2024 montre que la commune de naissance ainsi que l'université dans laquelle les médecins généralistes ont fait leur internat contribuent à déterminer leur territoire d'installation. Ainsi, 50 % des médecins généralistes formés pendant les années 2000 exercent en 2019 à moins de 85 km de leur commune de naissance et 50 % à moins de 43 km de leur université d'internat.

Selon une étude de l'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) de septembre 2024[72], les jeunes médecins s'installent dans 74 % des cas dans leur région de formation, notamment celle au sein de laquelle ils ont réalisé leur internat, et à 67 % dans leur subdivision de formation, mais avec une grande variation entre subdivisions universitaires, certaines connaissant un taux de fuite bien supérieur aux autres.

Pour autant, la répartition des médecins par région lors de leur installation en exercice montre un écart entre le lieu d'installation et le lieu d'obtention de leur diplôme pour certaines régions (voir le tableau n° 25 figurant dans l'annexe n°5) :

- pour la médecine générale : si plus de 80 % des médecins qui s'installent en Bretagne, en Auvergne, en Normandie, en Lorraine et dans le Nord ont obtenu leur diplôme dans cette région, c'est beaucoup moins le cas pour les Antilles (48,7 %), l'Aquitaine (56,1 %), le Limousin (64,2 %), le Languedoc Roussillon (66 %) et Poitou-Charentes (66,8 %),
- pour les autres spécialités, plus de 80 % des médecins qui s'installent en Île-de-France, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Rhône-Alpes, dans le Nord, en Languedoc-Roussillon, en Midi-Pyrénées et en Bretagne sont diplômés dans cette région. En revanche, cela n'est le cas que pour 35 % des médecins qui s'installent aux Antilles, 57,5 % en Champagne-Ardenne et 58,7 % en Picardie.

Dix ans après l'obtention de leur diplôme, seuls 70 % en moyenne des médecins exercent dans la subdivision dans laquelle ils ont obtenu leur diplôme (contre 6 % dans la région où ils ont été diplômés mais dans une autre subdivision, et 24 % en dehors de cette région)[73].

Le lieu d'études ne détermine donc pas de façon systématique le lieu d'exercice d'un médecin, mais la probabilité qu'un médecin s'installe dans un territoire dans lequel il n'a aucune attache et qu'il n'a jamais découvert par le biais d'un stage est très faible.

2 - Des modalités de régionalisation non coercitives, ciblées sur les étudiants désireux de s'installer en région

Afin d'assurer le maintien d'une offre de soins sur tout le territoire, la possibilité d'un retour à une forme de « régionalisation » de l'internat a été évoquée[74].

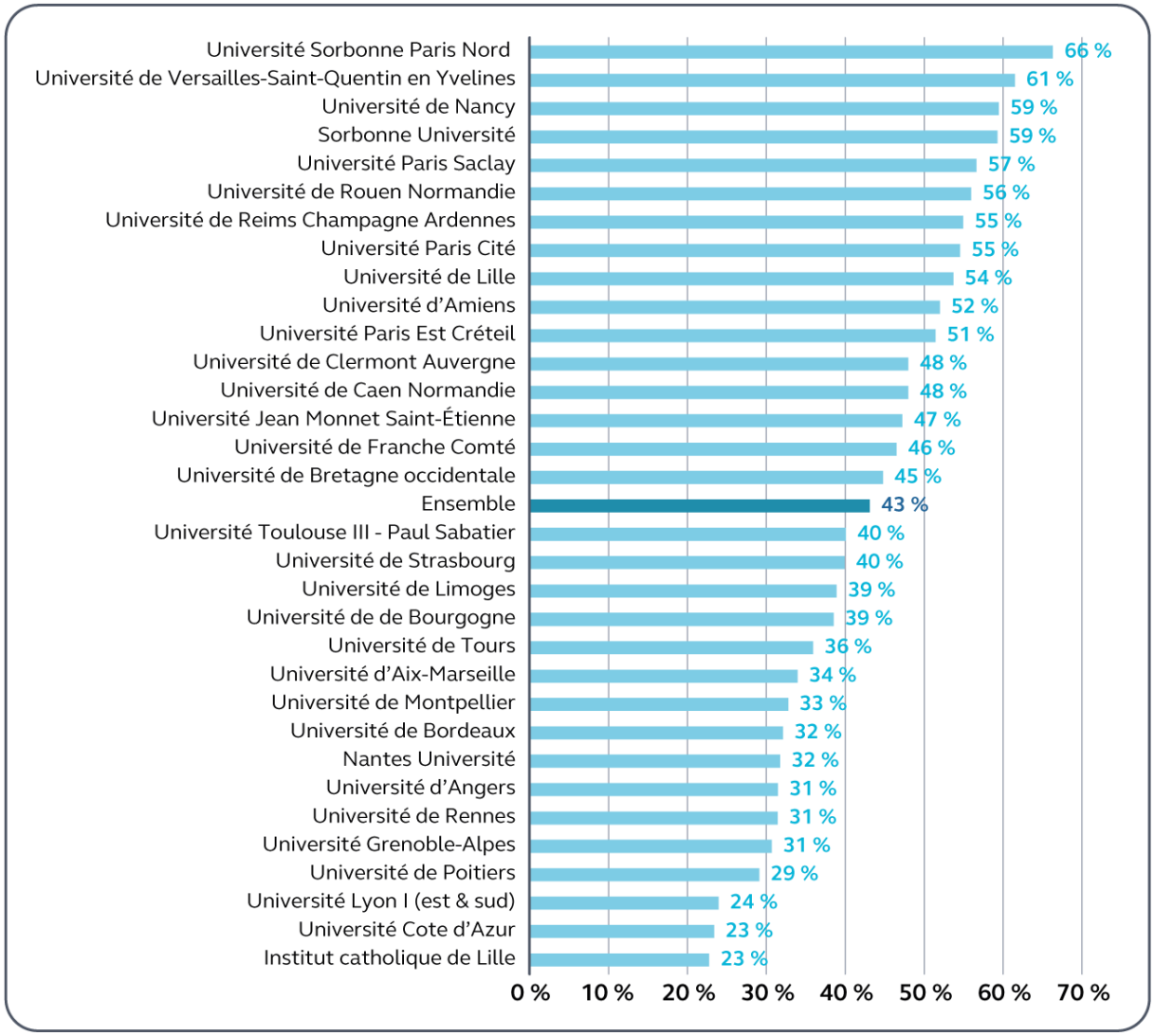
---

[71] Insee Première, *Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat*, n° 2024, novembre 2024.
[72] *Déterminants du projet professionnel des jeunes médecins généralistes*. Rapport de l'ANEMF de septembre 2024.
[73] Source : ONDPS, RPPS 2023, médecins âgés de moins de 70 ans en activité, en France au 1er janvier 2023, diplômés entre 2013 et 2022.
[74] Entre 1982 et 2004, les concours d'internat n'étaient pas nationaux mais organisés à l'échelle inter-régionale.

Une proposition de loi relative aux formations en santé adoptée en première lecture au Sénat le 20 octobre 2025 propose ainsi d'instaurer un objectif national de deux tiers des étudiants accédant au troisième cycle dans la région dans laquelle ils ont validé leur deuxième cycle. Les étudiants en médecine (ANEMF) s'y opposent au motif que la régionalisation porterait atteinte à l'égalité entre les étudiants, dès lors que toutes les subdivisions n'offrent pas des postes dans l'ensemble des spécialités.

En 2024, 43 % des étudiants restent dans leur université d'origine pour réaliser leur troisième cycle. Ce chiffre est très variable d'une université à l'autre (voir le graphique ci-après).

Graphique n° 5 : part des candidats affectés au sein de leur université de deuxième cycle aux EDN 2024



Source : CNG 2024, traitement ONDPS

Les modalités concrètes pour accroître la part des étudiants accédant au troisième cycle dans la région dans laquelle ils ont validé leur deuxième cycle sans pour autant créer d'iniquités ne sont pas simples à déterminer.

Une procédure d'appariement effectuée au sein de sa région de formation peut apparaître comme une solution pour rééquilibrer la répartition des internes sur tout le territoire, chaque région disposant d'une liste de postes unique, ouverte aux étudiants ayant effectué leur deuxième cycle sur le territoire. Toutefois, chaque région a des subdivisions plus ou moins attractives et un tel dispositif ne garantit pas davantage que les moins attractives soient choisies. Cette option soulève par ailleurs la question des spécialités à faibles effectifs où il n'y aurait qu'un ou deux postes ouverts par région et un risque plus fort, pour les meilleurs candidats, de ne pas être retenus s'ils sont concentrés dans une même région. Cette option pourrait aussi amener les étudiants à adopter à moyen terme des stratégies de contournement et à procéder à des choix précoces d'installation géographique, contraires à l'objectif poursuivi (mobilités dès le deuxième cycle, avec un risque de fragiliser les subdivisions moins attractives dès le deuxième cycle).

Une autre solution pourrait consister à instaurer des rangs de classement différenciés selon les subdivisions (attribution de points supplémentaires pour les postes de sa subdivision d'origine) dans la procédure d'appariement. Toutefois, elle favoriserait les étudiants des subdivisions attractives qui auraient ainsi plus de chance d'y rester. En outre, au vu de la complexité actuelle de la procédure d'appariement avec des rangs de classement déjà différenciés selon 13 blocs de spécialité, cette procédure nécessiterait de revenir à un classement national unique par spécialité, et de les remplacer par des rangs de classements différenciés par territoire.

Une autre solution enfin consisterait à prévoir une procédure préalable d'appariement pour les étudiants qui souhaitent s'ancrer dans une subdivision moins attractive, sur un modèle de pré-affectation ou de liste préalable, à l'instar de ce qui a été mis en place pour les contrats d'engagement de service public.

Quelle que soit la forme retenue, il est probable qu'une voie de régionalisation coercitive fasse l'objet de stratégies de contournement si elle n'est pas accompagnée par une politique d'attractivité territoriale forte. Ses effets ultérieurs sur la répartition géographique des médecins sont par ailleurs incertains du fait du principe de liberté d'installation. Une étude d'impact approfondie et un temps de concertation seraient donc indispensables avant toute nouvelle modification du concours d'accès au troisième cycle.

Un enjeu important consiste à trouver les voies et moyens pour permettre aux étudiants qui se trouvent en zone sous-dense de rester dans leur région de choix s'ils le souhaitent, qu'il s'agisse de leur région d'origine (lieu de passage du baccalauréat) ou de celle de leurs études de deuxième cycle, et de favoriser les projets d'installation dans des territoires ruraux ou éloignés des grandes métropoles. Ces étudiants volontaires sont ceux qui ont le plus de chances de s'installer *in fine* dans ces zones sous-denses.

Le cas des spécialités à faible effectif pourrait dans ce cadre être traité différemment de celles à plus gros volume, en prévoyant le maintien d'un classement national mais une ouverture des postes au niveau de la région plutôt que de la subdivision, avec une décision d'affectation finale au niveau de la subdivision laissée à l'ARS au vu de la situation des candidats. Cette souplesse pourrait permettre qu'un étudiant en deuxième cycle dans une subdivision ne soit pas obligé d'en changer parce qu'aucun poste n'y est ouvert dans la spécialité souhaitée. Une étude d'impact et une concertation préalable pourrait ainsi permettre d'examiner la faisabilité d'une ouverture des postes d'internat au niveau régional dans les spécialités à faible effectif pour faciliter le maintien des étudiants dans les subdivisions les moins attractives.

II - Une capacité d'encadrement pédagogique par les personnels hospitalo-universitaires qui n'a pas suivi l'augmentation du nombre d'internes

A - Un encadrement pédagogique porté principalement par les personnels enseignants et hospitaliers

1 - Un statut hospitalo-universitaire relevant à la fois de la fonction publique d'État et d'un statut hospitalier

Les études de médecine ont la particularité d'être conçues et encadrées par des personnels dotés d'un statut spécifique, sans équivalent dans les autres formations du supérieur. Le personnel enseignant et hospitalier, communément appelé le personnel hospitalo-universitaire (HU), relève à la fois de la fonction publique d'État et d'un statut relevant du personnel médical hospitalier (« bi-appartenant »). Il exerce conjointement des fonctions universitaires au sein de l'UFR de médecine, et hospitalières au sein du CHU. Il est investi d'une triple mission d'enseignement en formation initiale et continue, de recherche et de soins.

Le personnel hospitalo-universitaire comprend à la fois des corps de titulaires : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH) ; des agents non titulaires : les chefs de clinique des universités – assistants des hôpitaux (CCU-AH) dans les disciplines médicales cliniques et des assistants hospitaliers universitaires dans les disciplines médicales biologiques et mixtes (AHU) ; ainsi que des praticiens hospitaliers universitaires à titre temporaire (PHU), qui sont titulaires du corps des praticiens hospitaliers mais bénéficient d'un détachement temporaire sur le plan universitaire. Les corps de titulaires sont gérés à la fois par le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et par le ministère chargé de la santé et bénéficient d'un déroulement de carrière à la fois dans la fonction publique d'État et en tant que praticien hospitalier, avec des grades et échelons distincts d'un côté et de l'autre.

Le personnel hospitalo-universitaire perçoit une rémunération universitaire, versée par l'université de rattachement, et des émoluments et primes hospitaliers, versés par le CHU. Il peut, en complément, exercer une activité libérale à l'intérieur de l'hôpital, dans la limite de 20 % de sa durée de service hebdomadaire[75].

2 - Un statut distinct d'enseignant en médecine générale, qui a fait l'objet d'adaptations pour cette spécialité non-hospitalière

Pour la médecine générale, qui n'est pas une discipline hospitalière, un statut de personnel enseignant de médecine générale a été créé en 2007 pour permettre aux médecins généralistes en ambulatoire d'exercer à la fois des fonctions d'enseignement, de recherche et de soins. Auparavant, la formation était dispensée par des médecins généralistes recrutés sous le statut d'enseignant associé. La création du statut d'enseignant en médecine générale est liée à la reconnaissance en 2004 de la médecine générale comme une spécialité à part entière et à l'instauration d'un DES de médecine générale. Elle a notamment permis de développer la recherche en médecine générale.

[75] Article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Le personnel enseignant de médecine générale comprend deux corps de titulaires : les professeurs des universités de médecine générale (PU-MG) et les maîtres de conférences des universités de médecine générale (MCU-MG), ainsi que des personnels non-titulaires, les chefs de clinique des universités de médecine générale (CCU-MG). Ces personnels perçoivent une rémunération universitaire, complétée par celle qu'ils tirent de leur exercice de la médecine en ambulatoire. Contrairement aux personnels hospitalo-universitaires, ils ne relèvent que de la fonction publique d'État et sont donc « mono-appartenants ». Les effectifs concernés sont peu nombreux. On ne comptait ainsi en 2023 que 90 titulaires (42 PU-MG et 48 MCU-MG)[76].

3 - La possibilité d'enseigner sous d'autres statuts

Si le statut hospitalo-universitaire a été conçu pour dispenser une formation médicale de qualité, des agents employés sous d'autres statuts contribuent à l'encadrement des internes. L'intégration des internes dans les équipes médicales hospitalières amène de fait tous les médecins seniors à participer activement à leur formation.

En outre, les praticiens hospitaliers ont la possibilité de consacrer une part de leurs obligations de service à des activités d'intérêt général. Il peut s'agir d'activités internes à l'établissement, notamment de travaux d'enseignement et de recherche, à hauteur d'une demi-journée par semaine pour un praticien à temps plein. Ces activités sont alors qualifiées de « valences ». Il peut s'agir aussi d'activités externes à l'établissement, dans la limite de deux demi-journées en moyenne par semaine, au profit de l'université ou d'organismes de recherche.

Les statuts de professeur des universités associé et maître de conférences associé des centres hospitaliers universitaires, à temps plein ou à mi-temps, donnent la possibilité de s'engager davantage dans des activités d'enseignement ou de recherche pour une durée limitée. Ces statuts[77] sont ouverts « aux personnalités françaises et étrangères » qui ne remplissent pas les conditions pour le recrutement en tant que PU-PH ou MCU-PH. Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent en particulier être recrutés comme professeur associé à mi-temps pour une durée allant jusqu'à six ans, mais qui peut être prolongée. Le mode de recrutement est beaucoup plus souple que pour un personnel HU. Un avis du Conseil national des universités[78] pour les disciplines de santé (CNU-santé) est nécessaire mais sur la base de critères moins exigeants que pour la nomination d'un personnel HU et le recrutement est décidé par l'université sur proposition du conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine et de la commission médicale d'établissement du CHU. La direction générale des ressources humaines du MESR dénombrait 436 personnels associés de santé en 2022 (y compris en odontologie) dont 253 en médecine générale.

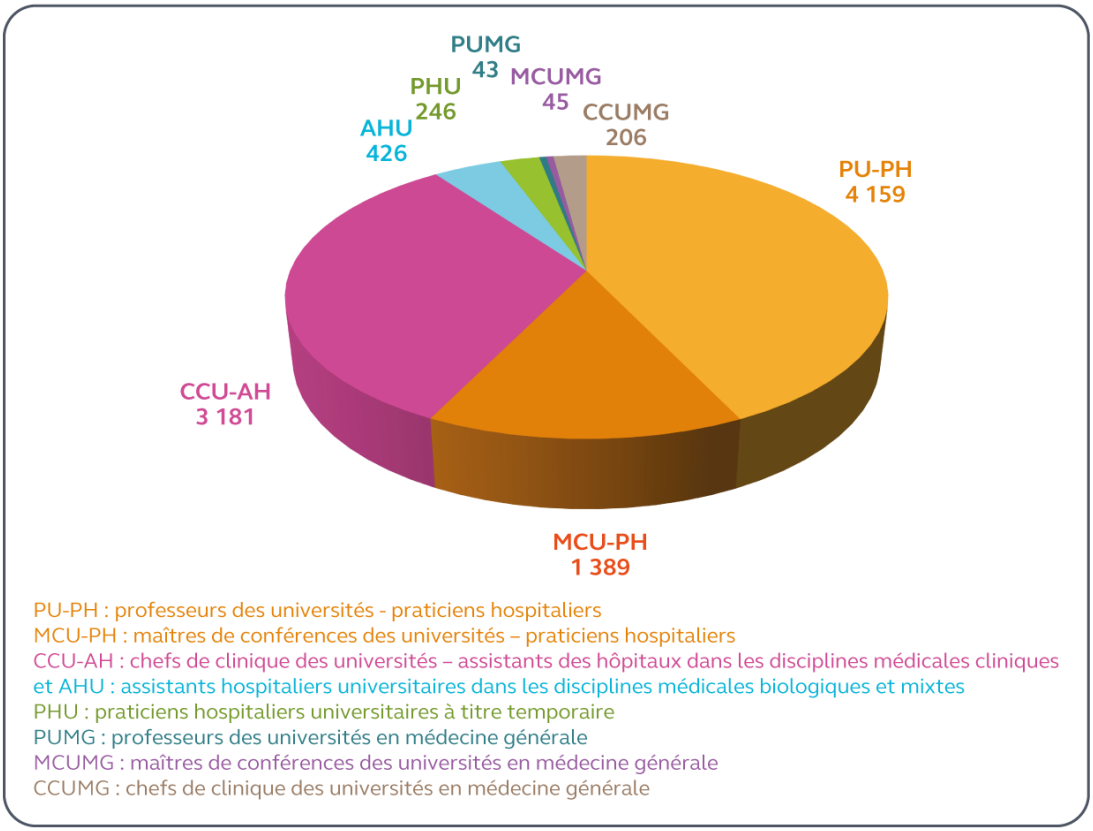
[76] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, *Panorama des personnels enseignants de l'enseignement supérieur – Année 2023*, octobre 2025.
[77] Décret n°91-966 du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques.
[78] Le Conseil national des universités (CNU) est l'instance française chargée de qualifier, recruter et évaluer les enseignants-chercheurs (maîtres de conférences et professeurs des universités), répartis en sections disciplinaires, garantissant ainsi la gestion nationale des carrières universitaires.

B - Des effectifs stables en dépit de l'augmentation importante et continue des étudiants en médecine

1 - Une évolution en ciseau des effectifs enseignants et étudiants

Selon les données de la DGRH du MESR, on comptait en 2024 9 695 personnels enseignants universitaires en médecine, dont 5 636 titulaires et 4 059 non-titulaires (ou PHU)[79]. Parmi eux figuraient 9 401 personnels hospitalo-universitaires en médecine[80] et seulement 294 enseignants universitaires en médecine générale (88 titulaires et 206 chefs de clinique des universités en médecine générale).

Graphique n° 6 : le personnel enseignant en médecine par statut en 2024



Source : Cour des comptes d'après données DGRH MESRE

Les effectifs en médecine sont restés très stables sur longue période, les augmentations d'effectifs hospitalo-universitaires portant essentiellement sur l'odontologie et la pharmacie.

[79] Données DGRH du MEN pour les effectifs HU, données DGOS pour les effectifs d'internes et d'externes.
[80] Le statut hospitalo-universitaire inclut également l'odontologie et la pharmacie. Les personnels hospitalo-universitaires en médecine (9 401) représentent près de 85 % de l'ensemble des personnels hospitalo-universitaires (11 082).

Les effectifs de titulaires en médecine sont restés un peu supérieurs à 5 500 emplois entre 2017 et 2023 (cf. le tableau n° 11). L'augmentation de 75 emplois intervenue en 2024 ne semble pas s'être confirmée en 2025[81]. Pourtant, sur la période 2017-2024, les effectifs de troisième cycle ont augmenté de 15,8 %, passant d'environ 33 700 à 39 000, alors que ceux du deuxième cycle, qu'encadre aussi le personnel hospitalo-universitaire, ont augmenté de 18 %.

Tableau n° 11 : évolution des enseignants titulaires de médecine entre 2017 et 2024

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PU-PH	4 109	4 097	4 060	4 059	4 071	4 070	4 112	4 159
MCU-PH	1 397	1 394	1 411	1 388	1 382	1 344	1 359	1 389
Sous-total Hospitalo-universitaires	***5 506***	***5 491***	***5 471***	***5 447***	***5 453***	***5 414***	***5 471***	***5 548***
PU-MG	49	41	46	45	44	41	42	43
MCU-MG	31	32	34	40	46	45	48	45
Sous-total Médecine générale	***80***	***73***	***80***	***85***	***90***	***86***	***90***	***88***
Total	**5 586**	**5 564**	**5 551**	**5 532**	**5 543**	**5 500**	**5 561**	**5 636**

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction générale des ressources humaines du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
PU-PH : professeurs des universités - praticiens hospitaliers
MCU-PH : maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers
PUMG : professeurs des universités en médecine générale
MCUMG : maîtres de conférences des universités en médecine générale

Cette tendance n'est que la poursuite de celle déjà constatée depuis une trentaine d'années. Un rapport de l'IGAS et de l'IGAENR de 2018[82] a ainsi montré que les effectifs hospitalo-universitaires étaient restés stables entre 1996 et 2016, alors même que ceux des étudiants en médecine avaient très fortement augmenté.

Cette évolution contraste par ailleurs avec celle des praticiens hospitaliers, dont le nombre a augmenté de 16,9 % entre le 1er janvier 2015 et le 1er janvier 2025, avec une hausse particulièrement marquée depuis 2022.

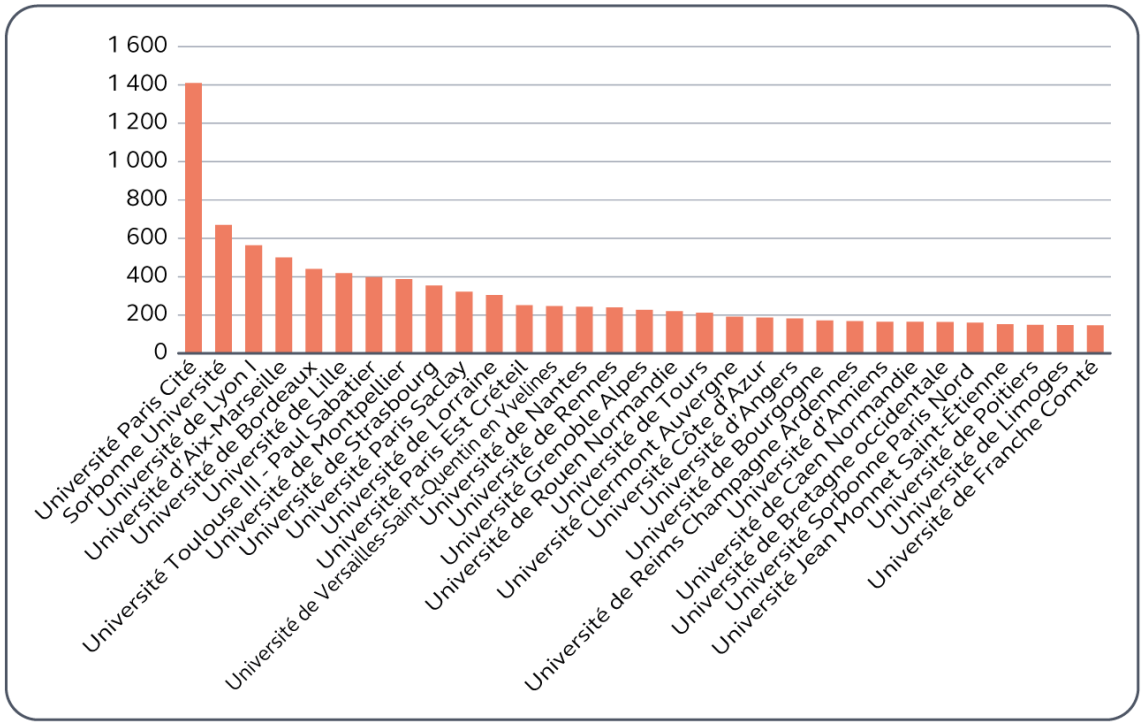
Le rapport de la Cour des comptes de 2017 sur *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, qui faisait également le constat de la stagnation des effectifs hospitalo-universitaires et mettait en avant le risque d'un temps insuffisant consacré à la recherche, a préconisé, « *dans un contexte d'augmentation de la demande de formation liée au relèvement du numerus clausus (…) d'associer davantage d'acteurs non hospitalo-universitaires (praticiens hospitaliers, médecins libéraux, établissements de santé autres que les CHU) à l'exercice de la mission de formation* ». Le nombre de personnels associés a progressé depuis 2017, passant de 250 à 436 (données DGRH incluant la filière odontologie), mais il reste faible comparé à l'évolution des effectifs étudiants.

[81] Les données de la DGRH ne sont pas encore disponibles pour 2025. Toutefois, les données du Centre national de gestion, qui portent sur un périmètre un peu plus restreint (HU titulaires en activité en établissement de santé), montrent une hausse des effectifs de 5 373 à 5 420 entre 2023 et 2024 (données au 1er janvier) suivie d'une nouvelle baisse à 5 393 en 2025.
[82] IGAS-IGESR, « *Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution* », juillet 2018.

2 - Une répartition territoriale des effectifs très inégalitaire

La répartition des effectifs hospitalo-universitaires sur le territoire est fortement déséquilibrée au profit des universités d'Île-de-France. Les six universités franciliennes accueillent ainsi 31,6 % des effectifs hospitalo-universitaires (31 % pour les titulaires) mais seulement 19 % des internes. L'université Paris Cité emploie, à elle seule, 14,5 % des personnels hospitalo-universitaires.

Graphique n° 7 : effectifs hospitalo-universitaires par université en 2024

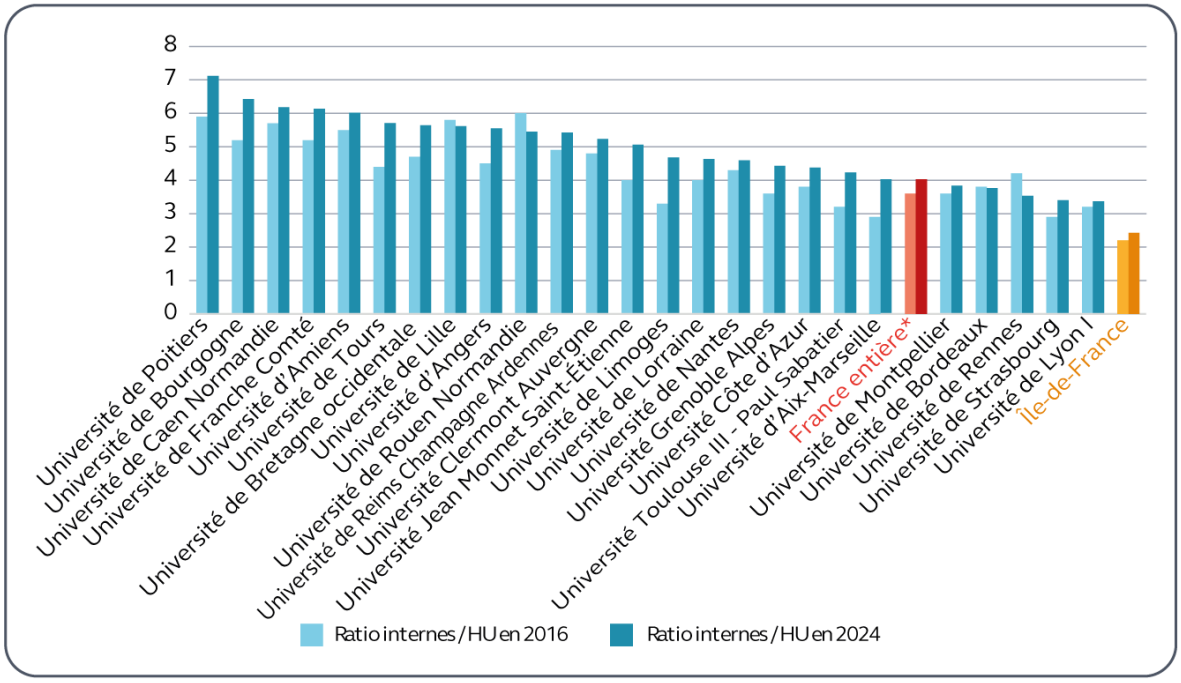


Source : Cour des comptes d'après données DGRH MESRE

Le taux d'encadrement des internes est, en moyenne nationale hors outre-mer, de quatre internes pour un HU mais il est de 2,4 en Île-de-France contre 7,1 à Poitiers, où le ratio est le plus dégradé hors outre-mer. Si l'enseignement à Paris de toutes les spécialités, même celles dont le volume d'internes est très faible, et une activité de recherche plus importante que dans des universités de proximité, limitant la capacité des personnels HU à prendre en charge des étudiants, peuvent expliquer que le ratio soit un peu plus faible en Île-de-France, ils ne justifient pas un écart d'une telle ampleur. Les variations d'une université à l'autre ne sont pas justifiées non plus par le fait que les grosses universités auraient un ratio d'encadrement plus faible puisque l'université de Lille, qui est la deuxième université par le nombre d'internes accueillis (2 347), a un ratio d'encadrement de 5,6 alors que Rennes bénéficie d'un ratio de 3,5 pour 844 internes.

La comparaison avec les ratios établis en 2018 par l'IGAS et l'IGESR montre que le taux d'encadrement s'est dégradé de 0,4 étudiant par encadrant en moyenne nationale. La baisse n'est que de 0,2 en Île-de-France (2,4 internes par HU contre 2,2 en 2018). Elle est en revanche beaucoup plus marquée dans la plupart des subdivisions qui étaient déjà moins bien positionnées (+ 1,4 à Limoges, + 1,3 à Tours, + 1,2 à Poitiers et Dijon). Trois subdivisions seulement voient leur ratio s'améliorer (Rennes - 0,7, Rouen - 0,6, Lille - 0,2).

Graphique n° 8 : évolution du taux d'encadrement des internes entre 2016 et 2024



Sources : Cour des comptes d'après données DGRH MESRE pour 2024 et rapport IGAS-IGAENR « Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution » pour les données 2016

Le rapport de la Cour des comptes de 2017 précité, portant sur les CHU, a déjà montré que le niveau d'encadrement des étudiants en santé par des enseignants était très hétérogène selon les sites. Ces disparités n'ont, depuis, fait l'objet d'aucune action correctrice forte de la part des pouvoirs publics et ont eu tendance à s'accentuer.

3 - L'absence de gestion prévisionnelle du personnel hospitalo-universitaire

L'évolution divergente des effectifs d'enseignants et d'étudiants en santé ne découle pas d'un choix assumé des pouvoirs publics de réduire l'encadrement pédagogique mais d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) défaillante.

Alors que le nombre d'étudiants en santé augmente depuis plus de vingt ans[83], avant même le passage du *numerus clausus* au *numerus apertus*, et que des objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former ont été déterminés depuis 2021, aucune prospective n'a été conduite en parallèle sur les besoins en personnel enseignant et hospitalier pour accompagner les fortes augmentations annoncées.

[83] L'étude de la DREES en 2016, *Les internes dans les établissements de santé*, présente des données remontant à 2003 qui montrent que le nombre d'internes n'a cessé d'augmenter depuis cette date.

En outre, les départs en retraite vont augmenter au cours des prochaines années. L'âge moyen de départ en retraite des titulaires HU est élevé (67,4 ans pour les PUPH et 66,6 ans pour les MCU-PH)[84] et supérieur à celui des enseignants chercheurs toutes disciplines confondues (66,6 ans pour les professeurs d'université et 65,5 ans pour les maîtres de conférences[85]). Toutefois, 25 % des PU-PH ont plus de 62,8 ans[86] et partiront donc en retraite dans les toutes prochaines années. Le service statistique du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche estime ainsi que le taux de départs définitifs des enseignants chercheurs de la filière santé devrait passer de 3,4 % par an en moyenne au cours de la période 2018-2024 à 4,1 % au cours de la période 2025-2033. Compte tenu de la croissance attendue des effectifs dans cette filière, le taux de recrutement nécessaire pour stabiliser le niveau d'encadrement serait de 4,5 %[87] contre 0,3 % sur la période 2018-2024.

La situation doit être analysée de manière plus fine, selon les 53 spécialités définies par le CNU santé pour structurer la gestion des recrutements et des carrières, dont la situation peut être plus ou moins critique. En effet, leurs effectifs sont très variables, allant de 37 en médecine et santé au travail et en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique à 220 en pédiatrie[88]. Les évolutions sont également contrastées. Les effectifs de la section pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation ont progressé de 7,5 % entre 2021 et 2025 alors que ceux de la section morphologie et morphogénèse ont diminué de 6,9 %.

C - Une gestion du personnel particulièrement complexe du fait de son double rattachement

1 - Une gestion répartie entre quatre services rattachés à deux ministères

La double appartenance du personnel hospitalo-universitaire a pour conséquence une gestion du personnel particulièrement complexe, qui ne facilite pas une prise de décision sur les emplois cohérente avec les arbitrages rendus par ailleurs sur le nombre de professionnels de santé à former.

Quatre services sont à la manœuvre pour piloter ces corps :

- Côté enseignement supérieur, la direction générale des ressources humaines (DGRH) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour ce qui relève du statut universitaire et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) pour l'allocation des moyens aux universités ;

[84] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, *Panorama des personnels enseignants de l'enseignement supérieur – Année 2023*, octobre 2025.
[85] Statistique publique de l'enseignement supérieur et la recherche (SIES), *Note d'information n° 16*, décembre 2025.
[86] CNG, *Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires – Éléments sur la partie hospitalière de leur activité – Situation au 1er janvier 2025.*
[87] Statistique publique de l'enseignement supérieur et la recherche (SIES), *Note d'information n° 16*, décembre 2025.
[88] CNG, *Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires – Éléments sur la partie hospitalière de leur activité – Situation au 1er janvier 2025.* Les effectifs pris en compte sont ceux en activité en établissement de santé et excluent donc les agents en détachement, disponibilité, etc.. Cinq personnels de la sous-section Épistémologie clinique n'ont par ailleurs pas été retenus dans la comparaison.

- Côté santé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour la politique statutaire et les emplois, et le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) pour la gestion opérationnelle du corps (recrutement, gestion de carrière, secrétariat de la juridiction disciplinaire, etc.).

Du fait du double rattachement et de la taille relativement modeste des corps concernés, la gestion est assez peu déconcentrée aux universités, contrairement à celle des corps d'enseignants chercheurs.

Sans préjudice de la qualité de la collaboration entre la DGRH et la DGOS, les priorités politiques des deux ministères sont nécessairement différentes et leurs contraintes s'ajoutent. Si actuellement, un même conseiller est chargé des questions de formation en santé au sein des deux cabinets du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace et de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, c'est une exception et il doit de toutes façons tenir compte des enjeux distincts des deux ministères.

2 - Des contraintes budgétaires des universités qui limitent les créations d'emplois dans cette filière

La différence de cadre budgétaire favorise également l'incohérence des décisions relatives aux emplois par rapport aux objectifs de professionnels de santé à former. D'un côté, les emplois universitaires sont régulés par la loi de finances, avec des plafonds d'emplois et de masse salariale contraignants pour les universités, et sont arbitrés à un niveau macroscopique (ensemble des emplois des universités) qui ne peut prendre en compte les enjeux particuliers d'une filière. De l'autre, les emplois hospitaliers sont financés dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, sans plafond d'emplois aussi contraignant et avec une appréciation nécessairement plus fine de l'impact des arbitrages financiers rendus sur le bon fonctionnement du système de soins. La création d'un emploi hospitalo-universitaire implique donc à la fois une autorisation d'emplois en loi de finances et un financement de la masse salariale pour partie sur budget de l'État et pour partie sur celui de l'assurance maladie.

Dans un contexte de forte contrainte budgétaire des universités et notamment de leur masse salariale, peu de créations d'emplois hospitalo-universitaires ont été décidées et celles qui ont été annoncées n'ont pas toujours pu être honorées. Au cours des dernières années, des créations d'emplois n'ont été prévues que dans le cadre de l'ouverture de formations médicales dans des universités (universitarisation du Centre Val de Loire avec la création d'une formation et d'un CHU à Orléans ; ouverture d'un deuxième cycle à la Réunion et aux Antilles) et de deux stratégies nationales (soins palliatifs et santé mentale). Si la DGOS et la DGESIP portent en début de procédure budgétaire des demandes coordonnées, les arbitrages entre le projet de loi de finances et celui de financement de la sécurité sociale sont rendus distinctement et chaque texte suit ensuite son propre cheminement parlementaire.

À titre d'exemple, la stratégie décennale des soins d'accompagnement arbitrée en 2024 annonçait la création de cinquante postes de titulaires hospitalo-universitaires sur dix ans à partir de 2025 et la création de dix postes par an de chef de clinique des universités dès 2024. Aucune création de poste n'a néanmoins été inscrite à ce titre dans le programme 150 « *Formations supérieures et recherche universitaire* » en loi de finances 2025 et 2026.

3 - Une incapacité à redéployer des emplois, tant au sein des universités qu'entre elles

Si l'arbitrage et la mise en œuvre coordonnés de créations de postes hospitalo-universitaires au niveau national se révèlent difficiles, les redéploiements de personnel le sont tout autant.

Au sein des universités elles-mêmes, la gestion des emplois hospitalo-universitaires est séparée de celle des autres emplois et est souvent confiée à l'UFR de médecine. La transformation d'un poste d'enseignant chercheur en poste hospitalo-universitaire nécessite un vote en conseil d'administration dans le cadre de la campagne d'emploi. Ainsi, il n'y a pas, en pratique, de redéploiement interne de postes d'enseignants chercheurs entre filières médicale et non médicale en fonction d'une priorisation des besoins des universités. Ce redéploiement devient nécessaire, dans un contexte où les effectifs totaux d'étudiants vont cesser d'augmenter, alors que ceux des étudiants en médecine vont poursuivre leur croissance. Le service statistique du ministère de l'enseignement supérieur estime ainsi que le taux de croissance des effectifs d'étudiants devrait être nul en moyenne au cours de la période 2025-2033, avec une baisse dans les filières sciences économiques-administration économique et sociale et lettres-sciences humaines, et la hausse la plus forte dans la filière santé. La baisse dans ces deux filières a déjà été constatée sur la période 2018-2024[89].

Le redéploiement de postes hospitalo-universitaires entre universités ne semble pas davantage pratiqué, en dépit des inégalités territoriales qui le justifieraient (cf. *supra*, le point 2.3.2.2). Une réunion de révision générale des effectifs hospitalo-universitaires (RGE) est pourtant tenue chaque année au niveau de la DGESIP, de la DGOS et des cabinets ministériels concernés avec chaque université pour « *échanger sur les stratégies en matière de prospective hospitalo-universitaire et évoquer les demandes de recrutement* »[90]. Elle ne se traduit toutefois par aucune évolution significative ni aucune trajectoire pluriannuelle. Les postes libérés par des départs sont réutilisés au sein de la même université, le cas échéant en changeant de spécialité. Un tel redéploiement serait pourtant juridiquement et techniquement possible. Le nombre de départs annuels (de l'ordre de 600 départs définitifs ou temporaires par an) offre des possibilités pour faire évoluer la répartition des effectifs de manière progressive, surtout si elle s'accompagne d'une démarche de gestion pluriannuelle.

La circulaire lançant la révision générale des emplois (RGE) 2026 semble pour la première fois marquer une inflexion en ce sens. Elle invite en effet à une réflexion prospective pour « *anticiper à la fois la constitution d'un vivier de candidats et les redéploiements possibles au sein des centres hospitaliers et universitaires et sur leurs territoires* » et souligne « *l'exigence de réfléchir à un rééquilibrage national, dans un contexte où il ne sera pas possible de s'appuyer uniquement sur la création de nouveaux emplois* » et *« l'enjeu d'accompagner, en lien avec le CNU santé, les carrières des jeunes identifiés comme potentiels hospitalo-universitaires, afin de favoriser leur installation dans les centres hospitaliers et universitaires situés dans des régions présentant des difficultés de recrutement HU* ». Elle évoque explicitement parmi les pistes de mobilisation d'emplois vacants la transformation d'emplois d'enseignants-chercheurs en postes hospitalo-universitaires. Cette circulaire devra encore se traduire dans les faits et ses orientations être inscrites dans la durée.

[89] Statistique publique de l'enseignement supérieur et la recherche (SIES), *Note d'information n° 16*, décembre 2025.
[90] Lettre de la DGOS et de la DGRH du 5 juillet 2024 aux présidents d'université, doyens de faculté de médecine, DG d'ARS, de CHU et présidents de commission médicale d'établissement en CHU, lançant la procédure de révision des effectifs hospitalo-universitaires pour 2025.

Pour qu'un redéploiement des postes puisse être concrétisé, il serait nécessaire de faire évoluer les procédures de recrutement. En effet, le mode de recrutement actuel sur les postes hospitalo-universitaires ne facilite pas la mobilité territoriale des effectifs ou une première nomination comme chef de clinique dans un autre établissement que le CHU de formation. Ainsi les postes ne sont ouverts qu'après qu'aient été identifiés les candidats pressentis. Une procédure informelle de pré-recrutement (« pré-CNU ») s'est en pratique mise en place au sein du Conseil national des universités en santé (CNU santé) pour détecter et accompagner les candidats. Les candidats à un emploi doivent être soutenus par leur chef de service tout au long de leur parcours. Alors que dans la fonction publique la réussite à un concours implique une mobilité, le système de cooptation par les pairs pour le personnel hospitalo-universitaire aboutit au contraire à l'immobilisme. Même pour les chefs de clinique dont on pourrait penser que la prise d'un premier poste à l'issue de l'internat pourrait aisément se faire dans un autre établissement, le rôle décisif du doyen de l'UFR et du directeur du CHU dans le recrutement et le besoin d'être appuyé ensuite pour poursuivre une carrière hospitalo-universitaire conduit à faire son clinicat dans un service où on est déjà connu.

4 - Une attractivité du statut hospitalo-universitaire à conforter en début de carrière pour garantir une gestion des compétences dans la durée

Le statut hospitalo-universitaire est construit par dérogation à celui des enseignants-chercheurs d'une part et des praticiens hospitaliers d'autre part. La comparaison avec les praticiens hospitaliers est particulièrement importante. Les internes (hors médecine générale) ont en effet le choix entre s'orienter vers une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire et l'intérêt respectif de chacun de ces statuts est un critère de choix.

Longtemps considéré comme très attractif, à la fois par la liberté qu'il donne dans la répartition de son activité entre enseignement, recherche et soin et par sa double rémunération, le statut hospitalo-universitaire attire désormais moins les jeunes générations. Si la souplesse dans l'organisation de son temps de travail est un atout, la contrepartie est une charge de travail perçue comme très lourde, les PU-PH devant assurer une triple mission mais aussi de nombreuses tâches de gestion et activités d'expertise. Le statut prévoit ainsi un service hebdomadaire de 11 demi-journées – contre 10 pour les praticiens hospitaliers – auquel s'ajoutent les gardes sur place et astreintes à domicile au titre de la permanence des soins. Si, dans les deux cas, le temps de travail des praticiens est réglementairement limité à 48 heures par semaine, l'écart se traduit par l'octroi aux praticiens hospitaliers de 20 jours de réduction de temps de travail dont ne bénéficient pas les personnels hospitalo-universitaires.

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'éducation, des sports et de la recherche (IGESR) de juillet 2018 a constaté le sentiment d'une perte d'attractivité de ce statut liée notamment à « *l'opacité des critères de recrutement, l'incertitude en début de carrière, la charge de travail, la comparaison avec les carrières revalorisées des praticiens hospitaliers, la gestion du temps pour les missions hospitalières et universitaires et les difficultés ressenties du parcours pour les femmes* ». À la suite de ce rapport, le Gouvernement a pris de nombreuses mesures pour répondre aux difficultés constatées (voir l'annexe n° 7).

Ces mesures sont encore trop récentes pour évaluer leur effet sur l'attractivité du statut hospitalo-universitaire dans la durée. Ce sont en effet des tendances de long terme qu'il faut infléchir. Le ressenti d'un statut moins attractif reste encore très présent dans les discours, mais se concentre davantage sur le début de carrière, bien que les chefs de clinique aient aussi bénéficié de certaines mesures d'attractivité prises depuis 2021. Comme pour les titulaires, le nombre de chefs de clinique est resté stable depuis de nombreuses années, alors que le nombre de jeunes diplômés susceptibles de s'engager dans cette voie a continûment augmenté. La forte concurrence avec le statut d'assistant hospitalier, sans valence universitaire, est souvent mise en avant. Ce statut présente en effet de nombreux avantages par rapport à celui de chef de clinique : il ouvre droit au conventionnement en secteur 2 après un an d'exercice alors que les chefs de clinique ne peuvent le faire qu'à l'issue de leur contrat d'une durée de deux ans ; le nombre de jours de congés est plus important (20 jours de réduction du temps de travail et possibilité de récupération en cas de temps de travail additionnel) et l'avantage de rémunération en faveur des chefs de clinique s'est réduit. Des discussions ont ainsi été engagées récemment pour revoir également le statut des chefs de clinique.

III - Un impact financier important à prévoir

A - Un coût des études de troisième cycle constitué en majeure partie de masse salariale et estimé à plus de 2,6 Md€

1 - Un coût du troisième cycle des études de médecine difficile à estimer

Le coût de la formation du troisième cycle des études de médecine, et plus largement celui des études de santé, n'a jusqu'à présent pas été calculé. Plusieurs éléments compliquent son établissement : le partage des coûts entre les universités et les hôpitaux, l'impossibilité d'identifier le temps de travail consacré par le personnel hospitalier à l'enseignement et la multiplicité des systèmes d'information concernés. L'exemple le plus emblématique est celui des personnels hospitalo-universitaires dont il est très difficile d'établir la rémunération totale, en l'absence de système d'information partagé entre le ministère de l'enseignement supérieur, le ministère de la santé et le Centre national de gestion (CNG) pour leur gestion administrative et leur paie. Il est en outre souvent impossible de restreindre les données au seul périmètre du troisième cycle ou à celui de la médecine (hors pharmacie et odontologie) et d'exclure les « faisant fonction d'internes », qui ne sont pas étudiants du troisième cycle mais occupent des postes de stage d'internat non pourvus par les étudiants.

La direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) a entrepris depuis une dizaine d'années d'établir un coût complet des formations (projet intitulé « Connaissance des coûts des activités des établissements d'enseignement supérieur et de recherche » - P2CA) dans l'objectif de pouvoir améliorer l'allocation de ressources aux universités. Dans ce cadre, elle dispose de données transmises par

31 universités offrant une formation en santé[91] globalisant le coût pour l'ensemble de la formation de médecine depuis la deuxième année du premier cycle jusqu'à la fin de l'internat. Les coûts des fonctions support, à l'exception de ceux des personnels administratifs, sont répartis entre toutes les formations de l'université au *prorata* de leurs étudiants. Les coûts de fonctionnement et d'investissement spécifiques à la médecine comme le coût des ECOS, les honoraires pédagogiques des maîtres de stage ou le coût des équipements de simulation ne sont pas fléchés vers les formations de santé. De ces travaux, il ressort que le coût de formation moyen par étudiant (études de médecine hors PASS-LAS) atteint 3 992,5 € par étudiant et par an et qu'il s'inscrit dans une échelle de 996 € à 17 371 € selon les universités. Ce travail est par construction partiel puisqu'il ne prend en compte que le coût pour les universités et pas celui, beaucoup plus important, pesant sur les hôpitaux. Il doit encore être fiabilisé et affiné mais la démarche mérite d'être soutenue.

En l'absence de méthode préexistante d'établissement du coût de la formation du troisième cycle de médecine incluant tant les dépenses universitaires qu'hospitalières, la Cour des comptes s'est efforcée d'estimer son ordre de grandeur à partir des données disponibles portant sur les principaux postes de dépenses et en faisant des hypothèses sur la part affectable à cette seule partie des formations de santé. La méthodologie appliquée, présentée dans l'annexe n° 8, conduit à une estimation de 2,6 milliards d'euros en 2024, en majeure partie pour le financement de la masse salariale des étudiants (2,15 milliards d'euros). Ce coût constitue une estimation plancher dans la mesure où il ne tient compte que des rémunérations des internes et docteurs juniors, des personnels enseignants et des honoraires pédagogiques des maîtres de stage universitaires, mais pas des personnels administratifs, ni plus largement de toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Ce coût mérite d'être mis en balance avec la production de soins réalisée par les internes. En effet, plus ils sont avancés dans leurs études, plus les internes contribuent à l'activité de soins, sous la supervision de seniors qui devient plus distante. Les centres hospitaliers ne peuvent ainsi fonctionner sans internes et sont amenés à recruter des « faisant fonction d'internes » quand les postes ne sont pas pourvus. Toutefois, cette activité de soins ne peut être quantifiée et valorisée. Bien que, dès le début du troisième cycle, les étudiants soient inscrits à l'ordre et disposent d'un identifiant du Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS), qui leur permet de prescrire, il n'est pas possible d'identifier les prescriptions réalisées, que ce soit en stage ambulatoire ou hospitalier. En outre, à l'hôpital, l'interne est rarement seul à intervenir dans la consultation ou la prescription et le nombre de prescriptions qu'il a signées n'est pas représentatif de l'ensemble de son activité.

Le coût estimé du troisième cycle a augmenté de près de 800 M€ depuis 2019. Les différentes réformes de la formation conduites depuis 2016 n'expliquent qu'une partie de cette hausse. En effet, celle-ci est due, pour l'essentiel, à la revalorisation des rémunérations des internes, dont l'effet a été renforcé par l'augmentation de leur nombre. La masse salariale des personnels enseignants a également augmenté mais l'accroissement plus fort du nombre d'étudiants de deuxième cycle comparé à celui de troisième cycle amène à l'imputer davantage sur le deuxième cycle.

[91] Trois universités n'ont pas participé à cette étude bien qu'elles accueillent une part importante des effectifs étudiants (13,9 %) et enseignants (24 % des personnels hospitalo-universitaires) : Paris Cité, Sorbonne université et Versailles Saint-Quentin en Yvelines.

Tableau n° 12 : coût annuel de la formation de troisième cycle en M€

	2019	2024
Effectifs d'internes et docteurs juniors	**34 000**	**39 100**
Rémunération chargée des internes et docteurs juniors	1 384,3 M€	2 153,3 M€
Rémunération universitaire du personnel enseignant (part 3ème cycle)	224,7 M€	239,2 M€
Compensation des missions d'enseignement du personnel hospitalier (part 3ème cycle)	249,8 M€	254,2 M€
Honoraires des maîtres de stage	32,1 M€	36,9 M€
Coût total de la formation du troisième cycle	**1 891,0 M€**	**2 683,6 M€**
Variation 2024/2019		**+ 792,6 M€**

Source : Cour des comptes (cf. le détail de la méthodologie d'estimation du coût présenté dans l'annexe n° 8)

2 - Un coût de la réforme de la formation de 2016 de l'ordre de 90 M€

Le coût de la création du statut de docteur junior, dont la rémunération est plus élevée que celle d'un interne, a été pris en compte dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2020 au titre de la réforme du troisième cycle, sur le fondement d'une estimation de 27,3 M€ en année pleine pour un effectif de 4 878 docteurs juniors[92] (hors médecine générale qui n'était pas alors concernée par un projet d'allongement de la durée de formation). Si l'on actualise cette estimation en fonction du nombre actuel de docteurs juniors, le coût serait d'environ 30 M€.

Le coût financier de l'allongement de la scolarité découlant des arbitrages rendus en 2016 et des ajustements qui ont suivi doit également être pris en compte. En 2017, une mission commune de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection de l'enseignement supérieur et de la recherche (IGESR) a estimé ce coût à 100 M€ en année pleine. Ce montant n'a pas été intégré dans la détermination de l'ONDAM comme un coût lié à la réforme, bien qu'il soit quatre fois plus élevé que celui estimé pour la création du statut de docteur junior. Il est probablement surestimé, dans la mesure où il intègre un allongement d'un an des diplômes de gériatrie, de médecine d'urgence et de spécialités chirurgicales, alors que les durées de ces formations n'ont pas été modifiées avec la réforme[93]. À date, si l'on tient compte des différents allongements de DES qui ont déjà eu un impact budgétaire (donc hors allongement de la psychiatrie et de la médecine générale dont l'effet ne sera tangible qu'à partir de la rentrée universitaire 2026)[94], le coût serait plutôt estimé à 60 M€ (voir le détail figurant dans l'annexe n° 8). Au total, l'ordre de grandeur du coût de la réforme peut donc être estimé à 90 M€.

[92] Source DGOS : fiche mesure ONDAM Établissements de santé 2020-2024.

[93] Lors de la réforme de 2016, les diplômes d'études spécialisées (DES) actuels de ces spécialités ont remplacé des DES qui duraient un an de moins mais qui devaient être complétés par un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) d'un an.

[94] Allongement des diplômes d'études spécialisés (DES) de pédiatrie, pneumologie, neurochirurgie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, hépato gastroentérologie, médecine cardiovasculaire, néphrologie.

Tableau n° 13 : estimation du coût de la réforme du troisième cycle en base annuelle

Coût total de la réforme	90 M€
Coût de la création du statut de docteur junior (hypothèse 5 500 DJ)	30 M€
Coût des allongements de durée de DES intervenus entre 2017 et 2020	60 M€

Source : Cour des comptes (voir détail en annexe 8)

3 - Une rémunération des internes fortement revalorisée

En tant qu'agents publics, les internes et docteurs juniors bénéficient d'une rémunération qui progresse en fonction de leur ancienneté dans les études pour tenir compte de leur contribution croissante à l'activité de soins. Ils sont également indemnisés en fonction des gardes et astreintes qu'ils réalisent (voir la présentation détaillée des éléments de rémunération figurant dans l'annexe n° 9). Le centre hospitalier universitaire (CHU) de rattachement prend en charge la rémunération des internes et docteurs juniors quand ils sont en stage dans l'établissement mais aussi lorsqu'ils effectuent un stage extrahospitalier ou ambulatoire (dans un cabinet libéral, un établissement de santé privé à but lucratif ou non, etc.). Les praticiens maîtres de stage en ambulatoire ne supportent donc aucune charge de rémunération de l'interne. Seuls les stages réalisés dans un autre centre hospitalier ne sont pas rémunérés par le CHU de rattachement mais par le centre hospitalier où se déroule le stage.

Comme indiqué plus haut, la masse salariale des internes et docteurs juniors constitue le principal poste de coût de la formation du troisième cycle. Elle s'élève à 2,15 milliards d'euros en coût chargé en 2024 et a progressé d'environ 770 M€ depuis 2019 (+ 55 %). L'effet volume n'explique qu'une petite partie de cette évolution. En effet, la taille des promotions a modérément augmenté en cinq ans, puisque le nombre de postes pourvus à l'entrée dans le troisième cycle est passé d'environ 8 300 en 2019 à 8 800 en 2024 (+ 6 %)[95]. Le nombre total d'internes et de docteurs juniors a davantage augmenté, passant de 34 000 en 2019 à 39 100 en 2024 (+ 15 %), du fait de l'allongement de la durée de formation. C'est donc la rémunération moyenne perçue qui a très significativement progressé, la création du statut de docteur junior ne constituant qu'une cause parmi d'autres de cette hausse.

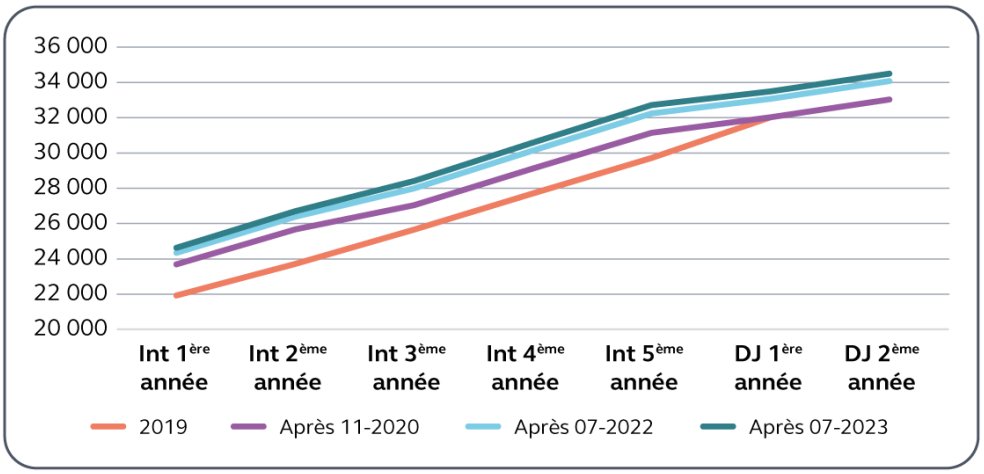
La rémunération moyenne des internes en 2024, hors indemnités de gardes et astreintes, peut être estimée à partir des comptes financiers des hôpitaux publics à environ 29 100 € bruts par an et celle des docteurs juniors à environ 33 600 €[96]. Cependant, les indemnités de gardes et astreintes viennent augmenter de manière significative leur rémunération (+ 29 % pour les internes, + 24 % pour les docteurs juniors). Ainsi la rémunération moyenne annuelle totale peut être estimée à environ 37 700 € bruts pour les internes et 41 700 € bruts pour les docteurs juniors.

Cette rémunération a augmenté de manière significative au cours de ces dernières années du fait d'une revalorisation importante intervenue en novembre 2020 dans le cadre du Ségur de la santé, portant particulièrement sur les rémunérations des deux premières années d'internat (+ 10,6 % pour les internes de 1ère et deuxième année et entre + 5,4 % et + 5,6 % pour les autres), puis sous l'effet de l'augmentation du point de la fonction publique en 2022 (+ 3,5 %) et 2023 (+ 1,5 %).

[95] 8 308 à la rentrée 2019, une moyenne de 8 833 sur les deux rentrées 2023 et 2024, perturbées par la réforme du deuxième cycle.

[96] Estimation réalisée par la Cour des comptes sur la base des effectifs d'internes et docteurs juniors au 31 décembre 2023 établis par la DREES et des comptes financiers des hôpitaux de 2024.

Graphique n° 9 : évolution de la rémunération principale* des internes et docteurs juniors entre 2019 et 2026



** La rémunération principale correspond à la rémunération hors indemnités pour gardes et astreintes.*
Source : Cour des comptes d'après les textes réglementaires

La rétribution des gardes a augmenté encore davantage puisqu'elle a presque doublé depuis 2020 (passant de 119,02 € avant le 1er novembre 2020 à 234,80 € actuellement pour une garde réalisée dans le cadre de l'obligation de service) principalement sous l'effet de deux revalorisations intervenues le 1er novembre 2020 (+ 25,2 %) et le 1er janvier 2024 (+ 50 %). L'augmentation de la rémunération des astreintes a également été dynamique, le forfait étant passé de 20 € avant le 1er novembre 2020 à 31,89 €, principalement sous l'effet d'une mesure récente de revalorisation de 50 % à compter du 1er février 2026. La rémunération de l'intervention déclenchée dans le cadre d'une astreinte a quant à elle augmenté de 31,5 % sur la même période, passant de 59,5 € à 78,26 €.

Le coût pour les hôpitaux de la rémunération des internes et docteurs juniors est partiellement compensé dans le cadre de la dotation « Mesures spécifiques » (jusqu'en 2024, la dotation « Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » - MERRI) prévue au sein de l'ONDAM et déterminée par la DGOS. Dans l'ONDAM 2025, 882,7 M€ ont été prévus à ce titre[97], couvrant 41 % de ce coût. La rémunération des internes en stage extrahospitalier est compensée à 100 % mais celle des internes en stage à l'hôpital est compensée sur la base d'un forfait de 16 000 € pour les internes de première, deuxième et troisième année et de 8 000 € pour les internes de quatrième et cinquième année et les docteurs juniors. Le complément doit donc être couvert par les ressources issues de la production de soins tarifés à l'activité. Les forfaits n'ont pas été revalorisés sur la période, en dépit de l'augmentation des rémunérations des internes. Les hôpitaux doivent donc la compenser par une activité de soins accrue.

[97] 830,6 M€ pour la rémunération des étudiants de troisième cycle, auxquels sont ajoutés les crédits destinés à l'indemnité spéciale outre-mer (25,6 M€) et aux étudiants en année de recherche (26,5 M€). Source DGOS, fiche mesure ONDAM 2025.

4 - Une masse salariale des enseignants qui progresse moins vite que celle des étudiants en dépit des revalorisations salariales

La rémunération des personnels enseignants constitue le deuxième poste de coût du troisième cycle des études de médecine. La part affectée au troisième cycle est estimée à 490 M€ environ (dont près de 240 M€ financés par les universités et un peu plus de 250 M€ par les hôpitaux[98]), mais cette évaluation, qui repose sur un certain nombre d'hypothèses, est à prendre avec précaution. En effet, compte tenu de la triple mission d'enseignement, de recherche et de soins des personnels hospitalo-universitaire, de leur rôle pédagogique dans les trois cycles des études de médecine et de l'absence de suivi de leur temps de travail, la part de leur rémunération à prendre en compte ne peut être que conventionnelle.

La stabilité du nombre de personnels enseignants, conjuguée à l'augmentation plus rapide des effectifs en deuxième cycle qu'en troisième cycle fait que le montant de rémunération affecté au troisième cycle n'a que légèrement augmenté au cours de la période (+ 4 %).

La rémunération du personnel hospitalo-universitaire et des enseignants universitaires de médecine générale a toutefois évolué favorablement au cours de la période. Le coût chargé de leur rémunération (prise dans sa globalité et non pour la seule part conventionnellement affectée à la formation du troisième cycle, mais hors rémunération des gardes et astreintes[99]) peut être estimé à 1 484,4 M€ en 2024, en augmentation de 15 % depuis 2019.

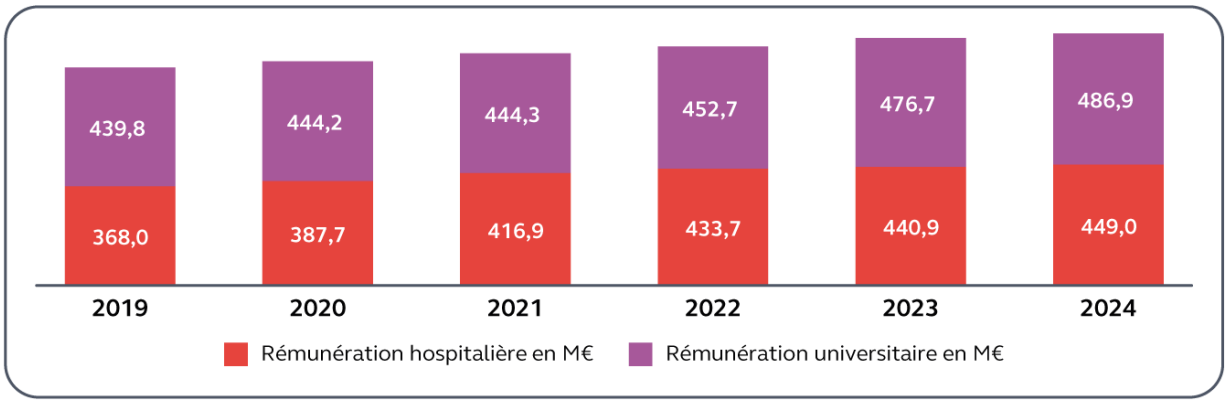
Leur rémunération brute hors cotisations employeurs[100] est estimée à 936 M€ en 2024, dont 731 M€ pour les titulaires et 205 M€ pour les non-titulaires. Elle est répartie à peu près à parts égales entre la part universitaire (487 M€) et la part hospitalière (449 M€). Elle a augmenté de 16 % depuis 2019 sous l'effet des nombreuses mesures de revalorisation des rémunérations des personnels médicaux prises à la suite du Ségur de la santé et de celles plus particulièrement destinées à l'amélioration de l'attractivité de la filière hospitalo-universitaire. Ainsi la dépense hospitalière de masse salariale a augmenté de 22 % entre 2019 et 2024. La hausse a été particulièrement marquée pour les non-titulaires (+ 31 % contre 19 % pour les titulaires). La part indemnitaire de la rémunération des titulaires est également en forte progression (+ 85 % contre + 10 % pour la rémunération principale). La dépense universitaire a progressé de 11 % sous l'effet de la hausse du point d'indice et de la création de la prime annuelle d'enseignement supérieur et de recherche, dont le coût actuel est de 5,3 M€.

[98] La rémunération universitaire des personnels HU est considérée comme répartie pour moitié entre enseignement et recherche. La masse salariale hospitalière consacrée à l'enseignement est calculée à partir de la dotation de l'ONDAM destinée à couvrir cette activité. La part affectée au troisième cycle est estimée à 55 %, au *prorata* des effectifs de deuxième et troisième cycles.

[99] L'indemnisation des gardes et astreintes des HU n'est pas distinguée de celle des autres personnels médicaux dans les comptes financiers. On peut en outre considérer qu'elle est directement liée à leur activité de soins.

[100] Les cotisations employeur représentent 548,6 M€ et comprennent la contribution au CAS pension pour le traitement universitaire du personnel titulaire (275,1 M€ en 2024) et les cotisations patronales (102,9 M€ pour la rémunération universitaire et 170,6 M€ sur une hypothèse de 38 % de charges pour la rémunération hospitalière).

Graphique n° 10 : rémunération brute du personnel enseignant et hospitalier depuis 2019



Source : Cour des comptes sur la base des fichiers de paie des universités et des comptes financiers des hôpitaux

Outre la masse salariale des personnels hospitalo-universitaires et des personnels enseignants de médecine générale, la contribution des autres personnels hospitaliers à la formation des étudiants de troisième cycle peut également être intégrée dans le calcul du coût de la formation[101]. Les établissements hospitaliers bénéficient en effet dans le cadre de l'ONDAM d'une dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation pour compenser le temps consacré par les personnels hospitaliers à ces trois missions, qui n'a pas vocation à être financé par la tarification à l'activité. La part enseignement de cette dotation est de 459,5 M€ en 2024[102] et a vocation à couvrir la part enseignement de la rémunération hospitalière du personnel hospitalo-universitaire mais également une partie de celle des autres personnels. C'est donc ce montant plutôt que la seule rémunération hospitalière du personnel hospitalo-universitaire qui a été utilisé pour le calcul du coût de la formation du troisième cycle.

5 - Un circuit de paiement des honoraires de maîtres de stage en ambulatoire à simplifier

La rémunération des maîtres de stage en ambulatoire constitue un troisième poste de dépense, dont le montant total est sans commune mesure avec ceux des précédents mais qui est essentiel pour le bon fonctionnement de la formation.

Des honoraires pédagogiques de 600 € bruts par mois et par étudiant sont versés aux praticiens agréés maîtres de stage universitaires (PAMSU) qui accueillent des internes en stage ambulatoire (cabinets libéraux, centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles). Les PAMSU sont pour l'essentiel des médecins généralistes, très peu de stages ambulatoires étant actuellement proposés dans les autres spécialités. Ils peuvent exercer ces fonctions selon deux régimes : celui du salariat en étant collaborateur occasionnel du service public ou celui de la prestation. Dans le premier cas, le coût est de 850 € mensuels

[101] En revanche, la rémunération des professeurs et maîtres de conférences associés en médecine (436 en 2022) et les vacations d'enseignants de médecine générale ne sont pas identifiables au niveau national car la nomenclature des emplois de l'État ne permet pas de les distinguer selon leur discipline d'exercice.
[102] Source DGOS dotation MERRI.

compte tenu des cotisations patronales. Le coût de ces honoraires s'élève actuellement à 37 M€ dont environ 55 % de prestations et 45 % de salaires, ce qui, compte tenu de la différence de coût entre ces deux régimes, correspond à environ 63 % de PAMSU au régime de la prestation et 37 % à celui du salariat. Cette répartition varie beaucoup d'une subdivision à l'autre (de 76 % de salariés à Limoges à 0 en Normandie). En complément de cette rémunération prévue par arrêté, la caisse nationale d'assurance maladie accorde également conventionnellement une aide aux médecins exerçant la fonction de maître de stage universitaire, qui était de 350 € par an jusqu'au 1er janvier 2026 et a été revalorisée depuis à 800 € pour les médecins installés en zone d'intervention prioritaire (ZIP)[103] et 500 € pour les autres.

Le circuit de paiement de ces honoraires pédagogiques est particulièrement complexe et engendre des délais de paiement qui peuvent atteindre plus d'un an dans certaines subdivisions. Ce sont les universités qui suivent l'activité des PAMSU, établissent les sommes dues et versent la rémunération. Mais elles bénéficient d'un remboursement intégral des sommes par le CHU, lui-même remboursé intégralement par l'ARS, la dotation « Financement des études médicales » incluse dans l'ONDAM couvrant cette dépense. Dans le meilleur des cas, l'université règle les PAMSU deux ou trois mois après la fin des six mois de stage permettant la constatation du service fait, en faisant l'avance des sommes dues. Dans d'autres cas, notamment quand la situation de trésorerie de l'université est tendue, elle attend le remboursement de l'ARS avant de régler les PAMSU, ce qui accroît le délai de règlement. Ce circuit complexe est lié au fait que les crédits sont inscrits dans une enveloppe de mesures spécifiques de l'ONDAM (ex dotation MERRI) qui ne peut financer que les établissements hospitaliers.

Dans la perspective de l'augmentation du nombre de stages ambulatoires liée à l'instauration de la quatrième année de médecine générale et de la nécessité d'augmenter de ce fait le nombre de maîtres de stage, il est nécessaire de fluidifier ce circuit qui conduit à des délais de paiement décourageants pour les PAMSU[104] et engendre une charge administrative inutile pour les CHU. Il serait souhaitable de retirer de ce circuit les CHU, qui jouent un simple rôle d'intermédiaires, en inscrivant par exemple les crédits sur une enveloppe permettant un remboursement direct des ARS aux universités, comme elles le font déjà à partir du fonds d'intervention régional (FIR) dans d'autres situations (financement de chefs de clinique des universités territoriaux, d'équipement de simulation…). Un circuit encore plus simple pourrait être étudié pour qu'il n'y ait qu'un versement directement au PAMSU (paiement par l'ARS au PAMSU sur la base du décompte établi par l'UFR de médecine si la tâche de gestion est absorbable par l'ARS ou paiement par la CNAM qui verse déjà une aide au PAMSU).

[103] Il s'agit de zones sous-denses en médecins, identifiées par les ARS comme étant les plus fragiles.

[104] Selon un sondage de la fédération des médecins de France en 2025 auquel 411 MSU ont répondu, 75 % d'entre eux rencontraient des difficultés de paiement de leurs honoraires pédagogiques, dont 45 % régulièrement, et 60,5 % faisaient état de retards de paiement importants.

B - Une augmentation du coût du troisième cycle estimée entre 700 M€ et 1 Md€ à horizon 2033

1 - Une première augmentation des coûts estimée à 300 M€ sous l'effet de l'allongement de la durée des formations de médecine générale et de psychiatrie

L'allongement du troisième cycle des études de médecine à quatre ans pour la médecine générale et cinq ans pour la psychiatrie aura un effet budgétaire à partir de la rentrée 2026, la première promotion concernée par ces réformes entrant alors dans sa dernière année d'études. Le nombre d'étudiants de troisième cycle devrait ainsi augmenter de 4 000. Des modalités de rémunération spécifiques aux docteurs juniors de médecine générale ont été introduites. Selon l'estimation réalisée par la Cour (cf. le tableau n°14 ci-dessous et la méthodologie présentée dans l'annexe n° 8), l'impact en rémunération de ces allongements serait d'environ 182 M€ pour la médecine générale et 21 M€ pour la psychiatrie, soit plus de 200 M€ au total.

L'allongement à quatre ans du DES de médecine générale a fait l'objet d'un article dans le PLFSS 2023 et par conséquent d'une fiche d'impact, évaluant son coût à 177 M€ pour 3 500 étudiants. Les déterminants de ce coût ne sont pas explicités mais correspondent manifestement à la seule rémunération des nouveaux docteurs juniors. Or, l'année supplémentaire de médecine générale implique de trouver des maîtres de stage universitaires pour accueillir ces jeunes médecins, et de les rémunérer.

Pour l'accueil d'un docteur junior de médecine générale, un arrêté du 27 août 2025 a tout d'abord prévu de compléter les honoraires pédagogiques de 600 € par une indemnité de compensation de charges liée à l'encadrement spécifique de 1 200 € bruts par mois et par étudiant et, le cas échéant, par des primes conditionnelles de 800 € bruts si le praticien exerce en zone d'intervention prioritaire (ZIP), en zone d'action complémentaire (ZAC)[105] ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), et de 400 € bruts s'il participe à la supervision du docteur junior dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires. À la suite d'une contestation de ce mode de rémunération, l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et un arrêté du 13 mai 2026 sont venus le modifier. L'indemnité de 1 200 € a été supprimée au profit de la perception par le PAMSU du ticket modérateur sur les honoraires des consultations réalisées par le docteur junior[106], complétée par une compensation forfaitaire de 300 € bruts par mois si plus de la moitié des patients vus au moins une fois dans l'année bénéficie d'une exonération de ce ticket. Cette compensation est portée à 600 € bruts si cette part de patients est égale ou supérieure à 63 %.

[105] Ces zones sont déterminées au sein des territoire de vie santé en fonction des possibilités d'accès aux équipements et services de santé les plus fréquents.

[106] En cas de consultation effectuée par un docteur junior, le montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire n'est pas facturé au patient. Celui-ci ne règle que le ticket modérateur, sur la base du tarif conventionné. Le ticket modérateur bénéficie au PAMSU, soit par un versement direct sur son compte en cas de paiement en carte bleue, soit par reversement des espèces encaissées à ce titre par le docteur junior.

Sur la base d'une hypothèse de 3 550 docteurs juniors en médecine générale par promotion, le coût supplémentaire de rémunération des maîtres de stage est estimé à 95 M€[107]. L'augmentation par rapport au montant d'honoraires actuel (37 M€) est donc importante et risque, au moins au début, de mettre en difficulté les universités et d'allonger les délais de paiement aux maîtres de stage universitaires (PAMSU).

La perception du ticket modérateur et l'ajout d'une compensation conditionnelle introduisent une nouvelle complexité dans la rémunération des maîtres de stage. Dans la mesure où le nombre de stages ambulatoires va considérablement augmenter et où les honoraires pédagogiques subsistent, la nécessité d'anticiper le surcoût et de simplifier le circuit de paiement reste donc prioritaire.

Tableau n° 14 : coût en année pleine de l'allongement de la durée du troisième cycle de médecine générale et de psychiatrie

	2024	Impact allongement MG et psychiatrie	2027
Effectifs d'internes et docteurs juniors	**39 100**		**43 125**
Rémunération chargée des internes et DJ	2 153,3 M€	203,4 M€	2 356,7 M€
Dont médecine générale		*182,5 M€*	
Dont psychiatrie		*20,9 M€*	
Honoraires des maitres de stage	36,9 M€	94,7 M€	131,7 M€
Total	**2 190,2 M€**	**298,1 M€**	**2 488,3 M€**

Source : Cour des comptes (cf. l'annexe n° 8)

2 - Une augmentation du coût de formation encore plus importante dans les prochaines années sous l'effet du *numerus apertus*

Enfin, l'accroissement à venir du nombre d'étudiants du troisième cycle découlant de celui des entrées dans les études de médecine depuis 2021 va se traduire par une augmentation de l'ordre de 15 à 20 % des effectifs d'internes à un horizon de cinq à sept ans. Cette augmentation induit une dépense supplémentaire de rémunération des internes et une hausse des honoraires pédagogiques des maîtres de stage, qui devront être recrutés en plus grand nombre, que l'on peut estimer entre 370 et 500 M€. En outre, si le personnel enseignant venait à augmenter au même rythme que les étudiants – ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent (cf. *supra*) – ce coût augmenterait encore de 80 à 100 M€.

[107] Hypothèses de 3 550 docteurs juniors, 50 % de PAMSU bénéficiant de l'indemnité de permanence de soins, 10 % de l'indemnité zones sous-denses, conduisant à un coût de 95 M€. En l'absence d'éléments sur l'impact de la perception du ticket modérateur, un montant moyen de 1 200 € par mois a été retenu, par analogie avec la compensation forfaitaire à laquelle elle s'est substituée. Les nouvelles dispositions ayant vocation à être plus favorables, cette estimation est un minorant.

Au total, le coût du troisième cycle, estimé à 2,6 Md€ en 2024, pourrait augmenter de 670 M€ en hypothèse basse (hausse de 15 % des étudiants et pas d'augmentation du nombre d'enseignants) à 950 M€ en hypothèse haute (hausse de 20 % des étudiants et augmentation du nombre d'enseignants au même rythme que celle des étudiants depuis 2024) à un horizon de six ans. Cet ordre de grandeur justifie que les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur se donnent les moyens d'établir une estimation plus précise des coûts de formation en santé et de réaliser des projections financières à l'appui des décisions relatives aux objectifs nationaux de professionnels à former et aux durées de formation. L'estimation réalisée par la Cour s'est limitée au coût du troisième cycle des études de médecine qui est l'objet de ce rapport, mais ces travaux devraient plus largement porter sur le coût des trois cycles des formations en santé qui sont corrélés.

Tableau n° 15 : estimation de l'augmentation du coût du troisième cycle à horizon 2032-2034

	2024	**2027**	**Vers 2032-2034**	
Hypothèse de hausse des effectifs par rapport à 2027			+ 15 %	+ 20 %
Effectifs d'internes et docteurs juniors	**39 100**	**43 125**	**49 594**	**51 750**
Hypothèse basse (augmentation du coût internes et maîtres de stage au prorata des effectifs après 2027)				
Rémunération des étudiants et maîtres de stage universitaires	2 190,2 M€	2 488,3 M€	2 861,6 M€	2 986,0 M€
Impact hausse des effectifs d'internes			373,2 M€	497,7 M€
Augmentation par rapport à 2024		298,1 M€	**671,4 M€**	795,8 M€
Hypothèse haute (+ augmentation du coût enseignant au prorata de la hausse des effectifs depuis 2024)				
Part 3ème cycle de la rémunération du personnel enseignant	493,4 M€	544,2 M€	625,8 M€	653,0 M€
Impact hausse des effectifs d'enseignants		50,8 M€	81,6 M€	108,8 M€
Total	**2 683,6 M€**	**3 032,5 M€**	**3 487,4 M€**	**3 639,0 M€**
Surcoût total par rapport à 2024		348,9 M€	803,8 M€	**955,4 M€**

Source : Cour des comptes (cf. l'annexe n° 8)

IV - Une culture de l'évaluation défaillante malgré l'existence de nombreuses données

A - Un accès et un traitement des données limités par une production et une gestion des données en silo n'intégrant pas de perspective d'évaluation

Des systèmes d'information ont été mis en place pour la gestion des flux d'étudiants, d'internes et de professionnels de santé. Certains sont anciens, notamment le registre national des médecins (répertoire des professionnels de santé - - RPPS), auquel l'inscription préalable constitue une obligation pour pouvoir exercer la profession réglementée de médecin. Dans la période récente, certains de ces systèmes d'informations ont été consolidés et d'autres ont été créés pour accompagner les réformes.

Ces systèmes d'information ont été élaborés pour répondre à des besoins de gestion distincts, ce qui aboutit à des données éparses collectées et gérées par des acteurs différents. Tout ce qui relève du parcours des étudiants dans la sphère purement universitaire (inscription, diplôme préparé, établissement fréquenté, etc.) est renseigné dans le système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE) de la sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (à partir d'une extraction annuelle du logiciel de gestion de chaque université). Les épreuves d'accès au troisième cycle et l'affectation des postes d'internes relèvent d'un autre système d'information géré par le Centre national de gestion. La gestion des stages (agréments et répartition) fait quant à elle l'objet d'un suivi local partagé entre les universités, les CHU et les ARS. Toutefois, la procédure d'affectation en stage des docteurs juniors est gérée par l'UNESS *via* un système d'information national spécifique aux étudiants du troisième cycle des études de médecine, odontologie et pharmacie (SiiMOP)). Ces mêmes docteurs juniors sont enregistrés en parallèle à l'Ordre national des médecins[108] qui assure ensuite le suivi de leur installation et de leur parcours professionnel, notamment au travers du répertoire des professionnels de santé (RPPS). Les données et indicateurs portant sur la démographie médicale sont partagés entre la DREES et l'INSEE. Enfin, les internes ayant le statut d'agents publics, leurs données de rémunération sont gérées par le système d'information sur les agents des services publics (SIASP) de l'INSEE.

Il existe ainsi de nombreuses bases de données, bien plus que pour d'autres disciplines et professions, qui peuvent et doivent être mobilisées à des fins d'évaluation. Cependant, la multiplicité des acteurs engagés dans leur collecte et leur gestion implique, d'une part, un degré de fiabilité statistique variable et, d'autre part, des difficultés pour les connecter les unes aux autres. Les systèmes d'information ayant été essentiellement pensés pour répondre à des impératifs immédiats de gestion opérationnelle de chaque étape du parcours de l'étudiant ou du professionnel de santé, leur interopérabilité n'a pas toujours été prévue en amont, générant des difficultés d'accessibilité, de traitement et d'analyse. À titre d'exemple, le CNG a confié une partie de la gestion du système d'information des épreuves d'accès à l'internat à un prestataire, qu'il doit saisir en cas de demandes de nouvelles fonctionnalités ou extractions de

[108] Ils peuvent également être enregistrés plus tôt s'ils ont fait une demande de licence de remplacement.

données en échange d'une contrepartie financière. Mais aucun financement n'a été prévu à cet effet. Par ailleurs, l'UNESS gère pour le compte du CNG d'autres données relatives aux épreuves d'accès (préparation au concours, organisation des épreuves de rattrapage). Une meilleure mise en cohérence de ces données pourrait être recherchée, par le biais d'une délégation ou d'une substitution du CNG par l'UNESS en tant qu'opérateur, pour l'ensemble des épreuves, à condition toutefois que les exigences en matière de sécurisation et de supervision des applicatifs de gestion continuent d'être satisfaites.

Alors que le conseil scientifique de médecine, placé auprès du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, doit s'assurer de la pertinence des sujets du concours d'accès et de leur qualité docimologique[109], il a fallu attendre 2026 pour qu'une convention soit signée avec le CNG, lui permettant d'accéder aux données du concours d'accès à l'internat. Or, une analyse plus fine des modalités d'accès (pertinence du nombre de stations, du nombre d'examinateurs, du classement en 13 groupes de spécialités, de la note de parcours, etc.) pourrait permettre de dégager des pistes de simplification de l'organisation du concours (cf. *supra*).

Dans un contexte où les débats sont vifs sur les modalités de choix des stages et des lieux d'installation des médecins, il est indispensable d'avoir une meilleure compréhension du parcours et des motivations des étudiants en médecine. Les pouvoirs publics ont attendu plusieurs années avant d'autoriser une équipe de chercheurs à accéder aux données dans le cadre d'un projet conduit en relation avec le collège national des généralistes enseignants (CNGE) et visant à décrire les liens entre les stages des internes en médecine générale et leur lieu et type d'exercice. Pour un autre projet, financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR), visant à évaluer les déterminants des choix des étudiants pour les postes d'interne à l'issue de leur sixième année de médecine et l'efficacité de la régulation du nombre de postes d'interne par région sur l'allocation future des médecins sur le territoire, les chercheurs n'ont à ce jour pas pu accéder aux données du CNG qui pourraient pourtant enrichir utilement leurs travaux. Enfin, un projet de recherche européen, portant sur les politiques de formation et de migration pour améliorer l'accès aux soins, devrait débuter prochainement, pour lequel l'accès aux données sera également déterminant.

D'une manière générale, une réflexion doit être menée de manière systématique et régulière, en particulier en amont de chaque réforme, sur l'usage des données et systèmes d'information. Elle doit porter, d'une part sur la gestion opérationnelle, afin de disposer des outils les mieux adaptés à la mise en œuvre de la réforme, et, d'autre part, sur les modalités d'évaluation, afin de mieux définir en amont les données qui seront nécessaires, et d'organiser ainsi leur collecte et leur accès.

Dans ce cadre, la Cour invite la direction générale de l'organisation des soins et le Centre national de gestion à sécuriser l'appariement des données entre leurs différents producteurs et à faciliter l'accès des chercheurs aux données dans les meilleurs délais.

[109] C'est-à-dire de la qualité du dispositif sous l'angle de la notation et du contrôle des connaissances des étudiants.

B - Des données sur les lieux de stage non consolidées au niveau national en raison d'une mauvaise appropriation de SiiMOP au niveau local

Le système d'informations SiiMOP créé en 2020, a été choisi en 2022 par la DGOS pour succéder au logiciel IMOtEP pour la gestion des stages d'internat par les agences régionales de santé. Cependant, son déploiement n'a pas été immédiat, conduisant certaines agences régionales de santé (ARS) à expérimenter des outils alternatifs. Les services de l'ARS Île-de-France, peu satisfaits des fonctionnalités d'IMOtEP, avaient développé leur propre applicatif dès 2020. À ce jour, près des deux tiers des subdivisions utilisent un applicatif autre que SiiMOP pour gérer les stages. Trois subdivisions utilisent Excel, huit subdivisions utilisent « OPPI », créé par une association à but non lucratif du même nom, fondée par des internes, et neuf subdivisions utilisent DCI, fruit de la collaboration entre l'ARS Île-de-France et SESAN, un groupement d'intérêt public qui élabore des solutions numériques à destination des acteurs de santé.

Si le principe d'un outil commun permettant d'avoir une vision nationale de tous les lieux de stages agréés est plébiscité, certaines ARS n'ayant pas adopté SiiMOP regrettent de ne pas avoir été suffisamment associées en amont à sa conception et estiment que le comité de suivi est peu efficace. Selon ces ARS, l'outil serait particulièrement complexe à maîtriser, manquerait de flexibilité (notamment pour prendre en compte les spécificités régionales ou les situations particulières de certains internes) et ne permettrait pas de gérer efficacement la phase en amont de la procédure de choix des internes, à savoir l'organisation des commissions d'agréments et d'ouvertures de postes. Les ARS ayant fait le choix de SiiMOP semblent en revanche globalement satisfaites de l'outil, de son développement et de l'appui proposé par l'UNESS pour le prendre en mains, même si elles signalent l'existence de dysfonctionnements en lien avec son déploiement progressif.

À la demande de la DGOS, toutes les ARS, qu'elles utilisent ou non SiiMOP, doivent y verser l'ensemble des données relatives aux terrains de stages et à la répartition des internes dès la phase socle. Afin d'éviter une charge de travail importante, liée aux reformatages de fichier en import et en export depuis et vers SiiMOP, l'intégration des données entre les différents applicatifs et SiiMOP est donc nécessaire. Ainsi, l'UNESS a travaillé directement avec les concepteurs d'OPPI sur un projet d'interopérabilité, pour un coût de 50 000 € et l'intégration des données est opérationnelle depuis plus d'un an pour ce qui concerne les terrains de stage et les agréments[110]. Malgré ces avancées, le versement des données dans SiiMOP n'est pas toujours systématiquement réalisé par les ARS, ou seulement partiellement[111]. En conséquence, les données figurant dans SiiMOP ne sont pas exhaustives.

La Cour invite la direction générale de l'offre de soins à renforcer la concertation avec les agences régionales de santé de façon à assurer un suivi individualisé des internes dès leur première année d'internat et à faciliter la consolidation des données au niveau national, afin de permettre le pilotage et l'évaluation de la répartition de l'offre de stages sur le territoire.

[110] La modification des affectations et situations particulières de OPPI vers SIIMOP devrait être possible à l'été 2026.
[111] Au sein d'une même région, le versement des données peut varier en fonction des subdivisions ou même des disciplines.

Malgré les critiques de certaines ARS sur ses fonctionnalités, la solution SiiMOP présente l'avantage d'associer, au sein d'une même application nationale, les universités, les ARS et l'administration centrale autour de processus partagés de gestion du troisième cycle des études médicales, et le comité de suivi constitue un lieu de communication régulier entre les gestionnaires des ARS et les scolarités des facultés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le nombre d'étudiants de troisième cycle va rapidement augmenter dans les prochaines années, passant d'un peu plus de 39 000 en 2024 à plus de 50 000 à un horizon de six ans, avec une première hausse sensible dès 2027 sous l'effet de l'allongement de la durée de l'internat de médecine générale et de psychiatrie. Cette augmentation aura des effets importants qui ont été peu anticipés alors qu'elle pourrait constituer un levier de redéploiement de l'offre de soins sur le territoire.

De nombreux outils ont été créés pour le pilotage du troisième cycle des études de médecine, mais ils sont insuffisants au regard des enjeux pour l'offre de soins. Ce pilotage mériterait d'être davantage pluriannuel, fondé sur une prospective plus fine par spécialité et ancré sur les besoins des territoires.

L'encadrement pédagogique n'a pas été adapté à un nombre croissant d'internes. L'enseignement de la médecine repose principalement sur le personnel hospitalo-universitaire et, en nombre beaucoup plus limité, sur les enseignants universitaires en médecine générale. Or, les effectifs hospitalo-universitaires sont stables depuis de nombreuses années alors que le nombre d'étudiants n'a cessé d'augmenter. Ces effectifs sont en outre très inégalement répartis sur le territoire avec une forte concentration en Île-de-France.

Le coût de la formation du troisième cycle et, plus généralement, des études de médecine ne fait pas l'objet d'une évaluation méthodologiquement solide et partagée par les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé. Pourtant, l'impact des réformes récentes et la hausse à venir du nombre des internes dans des proportions importantes devraient engendrer une augmentation de ce coût dans une fourchette estimée par la Cour entre 670 M€ et 950 M€ à un horizon de six ans.

La Cour formule les recommandations suivantes :

5. *planifier de façon pluriannuelle le nombre de médecins à former en tenant compte des besoins en santé par spécialité et par territoire, et répartir en conséquence les postes d'internes en opérant chaque année les redéploiements nécessaires (2028, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, ONDPS, ARS, universités) ;*
6. *mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois des enseignants en médecine de tout statut, cohérente avec les objectifs de nombre de professionnels de santé à former et redéployer en conséquence les postes entre les filières universitaires, ainsi qu'entre les territoires et les spécialités (2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace) ;*
7. *établir une méthodologie de calcul du coût total de la formation du troisième cycle des études de médecine (et plus largement des études de santé) pour mieux programmer et maîtriser les financements nécessaires à la réalisation des objectifs pluriannuels de professionnels de santé à former (2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace).*

Chapitre III

Une priorité : développer les stages en dehors des villes universitaires

L'augmentation du nombre d'internes offre une opportunité unique d'accroître l'offre de soins dans les zones où la densité médicale est insuffisante. Si une meilleure procédure d'allocation des postes d'interne par spécialité et par subdivision en fonction des besoins prévisionnels de santé constitue, comme exposé en deuxième partie, une condition nécessaire à l'amélioration de l'offre de santé sur le territoire, elle n'en est pas pour autant une condition suffisante. En effet, la sous-densité médicale s'apprécie à un niveau territorial plus fin que la subdivision. Ainsi, augmenter le nombre d'internes affectés dans la subdivision de Limoges à la sortie du concours d'internat n'améliorera pas la situation du centre hospitalier de Guéret si tous les internes font ensuite leur stage à Limoges, ville de l'université et du CHU.

La réalisation de stages sur un territoire pendant le cursus des études de médecine est l'un des déterminants du lieu d'installation des jeunes médecins à l'issue de leur internat (DREES 2021[112], INSEE 2024[113]). Un interne qui découvre et apprécie une ville moyenne ou une zone rurale pendant sa formation a plus de chances de revenir s'y installer. *A contrario*, il est peu probable qu'il aille s'établir dans un lieu éloigné d'une grande métropole s'il n'y a jamais effectué de stage.

L'enjeu des lieux de stage est donc particulièrement crucial dans le contexte d'augmentation massive du nombre d'internes qui interviendra à partir de 2027, nécessitant l'ouverture de nouveaux terrains de stages et créant ainsi une opportunité de rééquilibrage de leur répartition sur le territoire.

[112] Dominique Polton, Héloïse Chaput, Mickaël Portella, *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale*, Dossiers de la DREES, décembre 2021.
[113] Julien Silhol, *La répartition géographique des internes en médecine générale : un outil de régulation des lieux d'installation ?*, INSEE - Économie et statistique, mai 2024.

I - Une répartition territoriale des stages très inégale

A - Une grande diversité de lieux de stages possibles

Trois catégories de stages peuvent être effectués en troisième cycle :

- des stages hospitaliers en CHU, en CH, ou dans d'autres établissements de santé publics ou privés ;
- des stages ambulatoires, auprès de praticiens agréés exerçant en cabinet libéral, en centre ou maison de santé ;
- des stages extrahospitaliers réalisés au sein d'autres organismes tels que des laboratoires de recherche, des structures de soins alternatives à l'hospitalisation, des centres de protection maternelle et infantile.

Les maquettes de spécialité distinguent des stages à effectuer dans un lieu « avec encadrement universitaire » c'est-à-dire situés dans un CHU ou une structure conventionnée avec lui et dans lequel exerce un personnel hospitalo-universitaire. Ces stages s'effectuent la plupart du temps en CHU mais parfois aussi dans d'autres sites présentant un label universitaire (par exemple un centre de lutte contre le cancer, un centre privé de chirurgie de la main ou de l'œil avec un encadrant universitaire ou une convention de partenariat hospitalo-universitaire).

Certains stages peuvent être « couplés » pour permettre à l'étudiant d'apprécier deux spécialités ou activités différentes – l'étudiant partage alors son stage entre deux services de deux spécialités différentes – ou « mixtes » pour qu'il appréhende deux modes d'exercice d'une même spécialité – l'étudiant est alors accueilli à temps partagé en milieu hospitalier et ambulatoire (ou extrahospitalier). Dans la pratique, certains étudiants partagent leur temps sur plus de deux lieux de stage différents.

Les stages sont normalement effectués au sein de la subdivision d'affectation. Toutefois, les étudiants peuvent dans certains cas effectuer des stages hors de leur subdivision ou à l'étranger, avec l'accord de leur doyen. Les stages ont une durée de six mois et se déroulent de début mai à fin octobre et de début novembre à fin avril. Les docteurs juniors font le plus souvent des stages d'un an qui commencent début novembre. La répartition des internes entre les lieux de stage change donc tous les six mois et tous les ans pour les docteurs juniors.

B - Une répartition des stages très majoritairement dans les hôpitaux et particulièrement dans les CHU

1 - Une faible proportion de stages non hospitaliers

Une analyse de la répartition des stages a été réalisée sur ceux se déroulant de novembre 2024 à avril 2025. 15 % d'entre eux se sont déroulés sur plusieurs terrains de stage (stages couplés ou mixtes), certains terrains de stage pouvant néanmoins se trouver dans le même établissement. 86 % des stages ont été réalisés en milieu hospitalier, contre seulement 11,5 % en ambulatoire et moins de 2 % en milieu extrahospitalier.

Compte tenu des volumes importants d'internes en médecine générale (ils représentent près de 30 % des internes en stage) et des spécificités de cette spécialité, il est nécessaire de la distinguer des autres spécialités. Ainsi, 97 % des stages ambulatoires sont réalisés par des internes en médecine générale (ces derniers réalisent 38 % de leurs stages en milieu ambulatoire). Pour les autres spécialités, les stages ambulatoires sont donc exceptionnels (135 sur toute la France métropolitaine) : près de 97 % des stages se déroulent en milieu hospitalier, y compris pour les spécialités dont l'exercice ambulatoire est important comme l'ophtalmologie ou la dermatologie. Les stages en milieu extrahospitalier sont quant à eux concentrés sur quelques spécialités au mode d'exercice particulier, telles que la médecine et santé au travail ou la santé publique.

Tableau n° 16 : répartition du nombre d'internes en stage selon les modes d'exercice

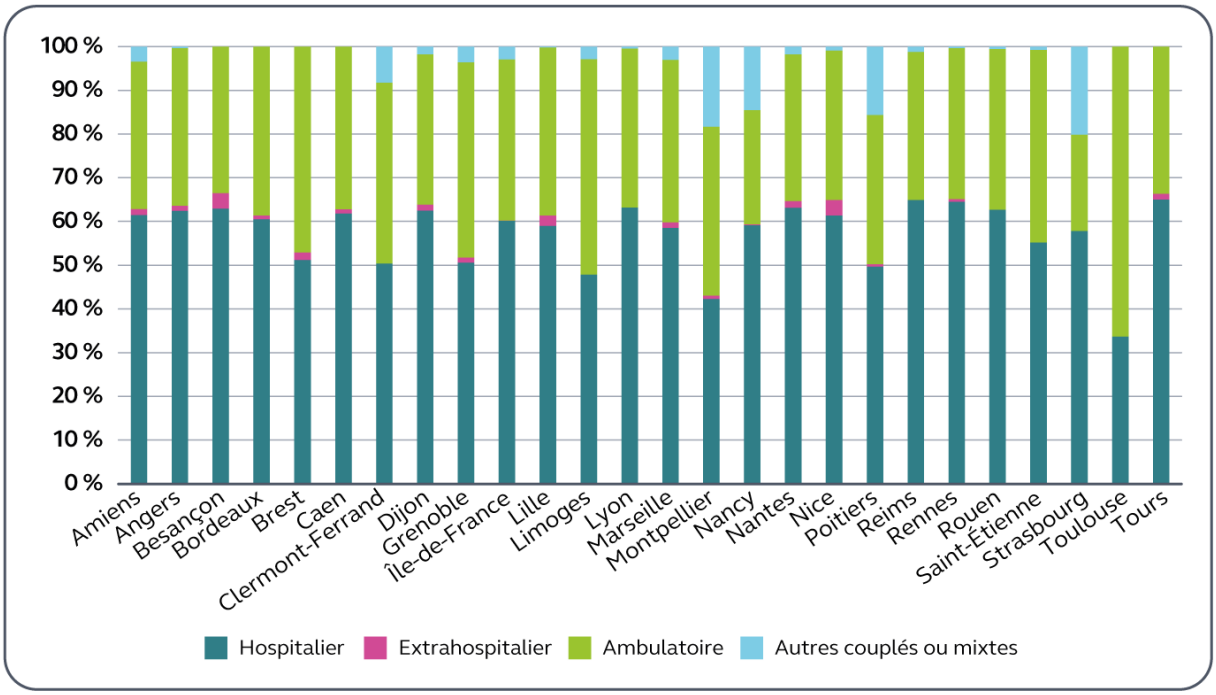
	Toutes spécialités		**Spécialités hors médecine générale**		**Médecine générale**	
	Nombres d'internes en stage	**Dont stages couplés ou mixtes**	**Nombres d'internes en stage**	**%**	**Nombres d'internes en stage**	**%**
Hospitalier	29 716	2 403	23 818	97 %	5 898	58 %
Extrahospitalier	469	2	385	2 %	84	1 %
Ambulatoire	3 996	2 361	135	1 %	3 861	38 %
Couplés/mixte hospitalier - ambulatoire	431	431	89	0 %	342	3 %
Couplés/mixte avec extrahospitalier	75	75	17	0 %	58	1 %
Total	**34 687**	**5 272**	**24 444**	100 %	**10 243**	100 %

Note : stages du semestre d'automne 2024 en France métropolitaine.
Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions. Les données sur les stages couplés ou mixtes n'incluent pas la subdivision de Bordeaux[114]

Pour la médecine générale, la situation est toutefois différente selon les subdivisions, le pourcentage de stages ambulatoires variant de 22 % dans la subdivision de Strasbourg à 66 % dans celle de Toulouse (voir le graphique ci-après).

[114] Les données disponibles ne permettant pas d'identifier les combinaisons de terrains au sein d'un stage couplé ou mixte, il a été fait le choix d'attribuer un mi-temps à chaque terrain occupé dans le cadre d'un stage couplé et de comptabiliser chaque terrain pour 0,5 dans l'une des trois catégories : hospitalier, extrahospitalier et ambulatoires.

Graphique n° 11 : répartition des stages entre mode d'exercice par subdivision pour la médecine générale



Note : stages du semestre d'automne 2024 en France métropolitaine.
Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions. Les données sur les stages couplés ou mixtes n'incluent pas la subdivision de Bordeaux

2 - Une concentration des stages particulièrement forte dans les CHU

Parmi les stages réalisés en milieu hospitalier, la répartition des stagiaires se caractérise en outre par une forte concentration des internes dans les CHU.

Au sein des établissements de santé (stages hospitaliers), la part des internes et docteurs juniors accueillis dans les CHU était de 58,8 % en 2023. Elle a augmenté à la suite de la réforme du troisième cycle, passant de 55,1 % en 2015 à 59,8 % en 2019. Elle a légèrement diminué ces dernières années, ce qui suggère un léger rééquilibrage au profit des autres établissements. Toutefois, on constate que dans le même temps, le nombre de « faisant fonction d'internes » a été multiplié par trois depuis 2015 mais que la part de « faisant fonction d'internes » affectés dans les CHU a diminué, passant de 41 % en 2015 à 28,5 % en 2024. Les besoins des CHU en internes ont donc été satisfaits plus largement que ceux des autres établissements.

Tableau n° 17 : part des internes et docteurs juniors en CHU au sein des établissements de santé en accueillant

	2023			2019			2015		
	Ens.	**CHU**	**Part en CHU**	**Ens.**	**CHU**	**Part en CHU**	**Ens.**	**CHU**	**Part en CHU**
Internes et assimilés	43 293	23 154	**53,5 %**	35 924	20 305	**56,5 %**	32 708	17 692	**54,1 %**
Dont internes et DJ	*35 729*	*20 999*	***58,8 %***	*31 576*	*18 882*	***59,8 %***	*30 233*	*16 668*	***55,1 %***
Dont FFI	*7 564*	*2 155*	*28,5 %*	*4 348*	*1 423*	*32,7 %*	*2 475*	*1 024*	*41,4 %*

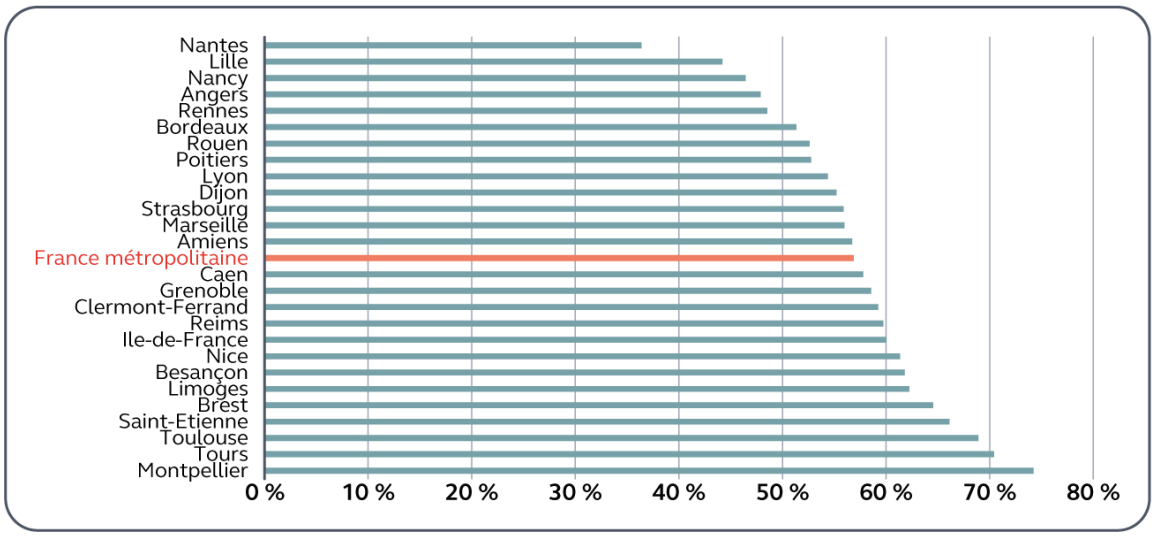
Note : DJ : docteur junior.
Source : DREES, Panorama des établissements de santé, éditions 2021, 2024 et 2025

La part des stages en CHU varie selon les subdivisions, de 36 % à Nantes à 74 % à Montpellier. Des situations territoriales différentes (liées à l'attractivité et à la facilité de desserte plus ou moins grandes des villes où sont implantés des centres hospitaliers notamment) peuvent expliquer certains écarts entre subdivisions. Cependant, ces écarts résultent aussi de pratiques différentes dans l'affectation des internes en stage. Certaines subdivisions, comme celles de Nantes et Lille par exemple, sont ainsi très attentives à ne pas ouvrir trop de postes au CHU.

Une politique active de répartition pour la subdivision de Lille

Pour la subdivision de Lille, 60 % des internes et, parmi eux, 55 % des docteurs juniors sont répartis chaque semestre en dehors du CHU, grâce à une action volontariste concertée entre le CHU, l'université et l'ARS, visant à favoriser un équilibre de la répartition sur toute la subdivision, malgré les souhaits parfois exprimés par les internes de rester en proximité de la métropole. Les acteurs portent ainsi une attention particulière aux spécialités en tension (rencontre des coordonnateurs, veille sur le taux d'inadéquation) et un projet de déploiement hospitalo-universitaire en territoire (projet de liaison HU des territoires du Nord – PLUTON) permet de déployer des relais universitaires délocalisés (affectation d'enseignants hospitalo-universitaires, chefs de clinique en région, déploiement de professeurs associés dans les centres hospitaliers, etc.).

Graphique n° 12 : part des stages hospitaliers réalisés en CHU selon les subdivisions



Source : Cour des Comptes à partir des données de stage de novembre 2024 issues de SiiMOP ou transmises par les ARS
La moyenne France métropolitaine est de 57 % à partir de ces sources de données.

Les stages mixtes entre un CHU et un autre établissement hospitalier, qui peuvent constituer un levier pour accroître la présence d'internes dans des hôpitaux de proximité tout en conservant une formation plus experte auprès du CHU, sont très peu développés. Ils représentent seulement 1,6 % des stages en moyenne sur la France métropolitaine. Seule la subdivision de Limoges se distingue par un taux plus significatif (7,8 %).

3 - Une répartition qui privilégie le département du CHU, excepté pour la médecine générale

Toutes spécialités confondues, 78 % des internes réalisent leur stage dans un département d'accueil d'un CHU (voir le tableau ci-après et annexe n° 10 pour avoir une vision détaillée de la situation par département).

Tableau n° 18 : répartition des internes en stage en fonction du type de terrain et de la présence d'un CHU dans le département en novembre 2024

	Toutes spécialités		Médecine générale		Autres spécialités	
	Nombre d'internes	Pourcentage d'internes dans un département avec CHU	Nombre d'internes	Pourcentage d'internes dans un département avec CHU	Nombre d'internes	Pourcentage d'internes dans un département avec CHU
Stages hospitaliers	29 761	78 %	6 200	58 %	2 3562	84 %
Stages ambulatoires	4 228	56 %	4 043	54 %	185	79 %
Stages extrahospitaliers	503	82 %	117	59 %	386	89 %

Note de lecture : les colonnes indiquant des pourcentages se lisent comme suit ; en novembre 2024, 78 % des internes étaient en stage hospitalier dans un département doté d'un CHU, alors que 22 % des internes le sont dans des départements sans CHU.
Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions

En revanche, les stages en ambulatoire sont moins concentrés dans les départements d'accueil d'un CHU. Pour ce qui est de la médecine générale, 54 % des internes réalisent leur stage dans un département doté d'un CHU, contre 79 % pour les autres spécialités. Cet écart peut s'expliquer par le fait que, pour ces dernières, les stages ambulatoires sont très souvent couplés avec des stages en CHU, ce qui conduit les étudiants à regrouper leurs lieux de stages dans le département du CHU. Quel que soit le type de terrains, on constate par ailleurs, sans surprise, que la répartition des internes en stage est corrélée à la taille de la population départementale (voir le graphique n° 14 figurant dans l'annexe n° 10). Si les départements accueillant un CHU ont en moyenne une population plus élevée, cela ne permet cependant pas d'expliquer les écarts de répartition avec les autres départements pour ce qui est des stages hospitaliers (voir le tableau n° 28 figurant dans l'annexe n° 10). En effet, le nombre d'internes rapporté à la population départementale est plus de trois fois supérieur en moyenne dans les départements ayant un CHU. Pour les stages ambulatoires, en revanche, la prise en compte de la population montre que la répartition des internes est légèrement en faveur des autres départements (6,9 internes pour 100 000 habitants dans les départements ayant un CHU contre 7,4 dans les autres départements).

Une mise en perspective avec la densité médicale montre enfin que la densité d'internes en stages au sein d'une subdivision est relativement homogène, permettant ainsi dans certains cas, de compenser une densité des médecins proportionnellement plus faible (voir l'annexe n°12 pour avoir une analyse détaillée par subdivision).

II - Une répartition inégale des stages due à de multiples causes à traiter conjointement pour créer une nouvelle dynamique de déploiement sur tous les territoires

L'inégalité de répartition des stages au sein des subdivisions résulte de la combinaison de plusieurs facteurs : des maquettes de formation qui imposent un trop grand nombre de stages en CHU ; une procédure d'affectation en stage qui défavorise les terrains éloignés ; une capacité d'encadrement pédagogique qui peut être insuffisante dans les établissements hospitaliers de proximité ; un tropisme naturel des internes à rester à proximité de leur ville d'études. Il est nécessaire de les traiter conjointement pour enclencher un cercle vertueux de développement des compétences pédagogiques et de soins en dehors des métropoles, dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins rénovée que la Cour appelle de ses vœux[115].

A - Des maquettes de stage qui priorisent excessivement les stages en CHU au détriment de l'ambulatoire et des centres hospitaliers

Dans leur forme actuelle, les maquettes de spécialité définissent un nombre plancher de stages à effectuer dans un lieu « avec encadrement universitaire ». La proportion de ces stages est bien plus importante que ceux fléchés sans encadrement universitaire[116]. Hors médecine générale, la part obligatoire de stages avec encadrement universitaire avoisine les 40 % pour la majorité des spécialités (cette part est comprise entre 38 et 42 % dans 27 spécialités sur 43) mais atteint 75 % pour la spécialité endocrinologie-diabétologie-nutrition alors même que, selon le conseil national de l'ordre des médecins, près d'un quart des endocrinologues ont un exercice exclusivement libéral et qu'il existe un service d'endocrinologie dans la plupart des centres hospitaliers. Les maquettes prévoient également un nombre minimum de stages à réaliser dans un lieu sans encadrement universitaire. La majorité des spécialités (26 sur 43) obligent les internes à effectuer deux stages sans encadrement universitaire mais certaines n'en prévoit qu'un seul.

Hormis en médecine générale, où les internes sont tenus d'effectuer quatre semestres sur huit en ambulatoire auprès d'un praticien agréé maître de stage des universités (PAMSU), aucune des autres spécialités s'exerçant en ville ne prévoit de stages obligatoires auprès d'un PAMSU. La maquette de pédiatrie prévoit un stage libre accompli « de préférence » auprès

[115] Cour des comptes, *Réorganiser le maillage de l'offre de soins hospitaliers,* rapport public annuel, mars 2026.
[116] Selon une étude réalisée par Eurogroup consulting à la demande de l'agence régionale de santé Centre Val de Loire, sur 378 semestres de stage recensés dans les maquettes des 43 spécialités hors médecine générale,158 doivent être réalisés obligatoirement avec encadrement universitaire, soit 42 %, et seulement 78 semestres sont fléchés hors CHU (21 %). Cette étude repose sur l'examen des seules maquettes indépendamment du volume des étudiants concernés par spécialité et type de stages.

d'un pédiatre agréé. En gynécologie médicale, seul le stage de docteur junior peut, le cas échéant, être accompli auprès d'un PAMSU. En ophtalmologie, un stage ambulatoire est possible pendant la phase d'approfondissement et un stage mixte hôpital-ambulatoire pendant la phase de consolidation. En dermatologie, un stage mixte hôpital-PAMSU est proposé en phase d'approfondissement mais aucun stage uniquement auprès d'un PAMSU.

Enfin, la possibilité offerte aux internes d'effectuer des stages libres se traduit le plus souvent par des stages supplémentaires en CHU. Par exemple, la maquette de gériatrie prévoit « *huit semestres dont au moins trois dans un lieu de stage avec encadrement universitaire et au moins deux dans un lieu de stage sans encadrement universitaire* », ce qui ouvre potentiellement la voie à la réalisation de cinq stages hors CHU. Or à titre d'exemple, sur les stages de mai 2025 des subdivisions d'Auvergne-Rhône-Alpes, on constate que 73 % des stages des internes de gériatrie ont été réalisés en CHU. Les possibilités de suivre des options et des formations spécialisées transversales concourent aussi à accroître le nombre de stages en CHU. En Auvergne-Rhône-Alpes, 76 % des stages réalisés en mai 2025 dans le cadre d'une option ou d'une FST se déroulaient au CHU.

La circulaire du 5 septembre 2025 des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé relative au pacte de lutte contre les déserts médicaux est récemment venue donner une impulsion pour développer les stages ambulatoires et en zones sous-denses. Elle annonce une modification réglementaire pour la rentrée 2026 obligeant chaque étudiant à réaliser, en deuxième et en troisième cycles, au moins un stage hors du CHU, dans un territoire situé en zone sous-dense.

Cette obligation est une première étape utile, qui peut être mise en œuvre rapidement dans le respect des maquettes actuelles. La revue des maquettes par spécialité, recommandée dans la première partie du rapport, pourrait permettre d'aller au-delà en identifiant de manière plus adaptée aux spécificités de chaque spécialité la proportion de stages qui pourraient être effectués hors d'un CHU et dans des zones sous-denses (avec ou sans encadrement universitaire) et d'en augmenter le nombre plancher plus ou moins fortement, tout en veillant aux exigences de qualité pédagogique. Elle devrait également être l'occasion de donner plus de place aux stages ambulatoires ou aux stages mixtes dans les spécialités ayant vocation à être exercées par un nombre important des jeunes diplômés en dehors de l'hôpital.

B - Une procédure d'affectation des internes en stage qui prend peu en compte les besoins de santé des territoires

1 - Une procédure d'affectation centrée sur l'intérêt du stage dans le parcours de formation de l'interne

La procédure d'affectation des internes sur des lieux de stage est à distinguer de celle de leur affectation par spécialité et subdivision à l'issue du concours d'internat, présentée dans la deuxième partie. L'utilisation des mêmes termes pour les deux procédures prête souvent à confusion. On parle par exemple de « poste d'interne » pour désigner une place en stage comme pour désigner les postes ouverts par spécialité et subdivision au concours d'accès à l'internat. Alors que l'affectation par spécialité et subdivision est une procédure nationale, qui se déroule une seule fois à l'issue du concours d'accès, la procédure d'affectation en stage relève du niveau local (région et subdivision).

Cette procédure semestrielle est menée sous l'égide du directeur général de l'ARS selon trois phases distinctes : la phase d'agrément du lieu de stage après avis d'une commission de subdivision[117], l'ouverture de postes de stages pour le semestre à venir après avis d'une commission d'évaluation des besoins de formation et d'une commission d'ouverture des postes[118] et le choix du stage par les étudiants parmi les postes ouverts. Contrairement à la procédure prévalant pour les docteurs juniors, qui privilégie un accord mutuel entre le docteur junior et son maître de stage, les internes choisissent leur stage dans un ordre déterminé par leur ancienneté et leur rang de classement à l'entrée en troisième cycle, sans échange préalable avec le responsable du terrain de stage. L'obtention d'un agrément attestant du caractère formateur du terrain de stage et de la qualité de son encadrement pédagogique constitue une obligation préalable à l'accueil d'internes. Mais l'obtention de cet agrément ne garantit pas la présence d'un interne chaque semestre. Pour cela, il est nécessaire qu'un poste soit ouvert sur le terrain de stage pour le semestre à venir puis qu'un interne le choisisse effectivement (certains lieux de stage peuvent aussi accueillir plusieurs internes). Ainsi, plus de 40 % des terrains de stages hospitaliers agréés n'ont pas accueilli d'internes au cours du semestre de mai 2025 sur le périmètre regroupant les 16 subdivisions utilisant SiiMOP.

La procédure ne répond, dans les textes réglementaires de référence[119], qu'à un objectif strictement pédagogique. L'agrément et l'ouverture des postes ne sont contraints que par le respect des maquettes de formation. L'objectif d'une répartition des internes en stage tenant compte des besoins de santé du territoire n'est jamais mentionné. Si la qualité pédagogique du stage est bien entendu un prérequis, il est légitime que la répartition des internes en médecine – qui sont également des agents rémunérés sur fonds publics – entre terrains de stage agréés intègre les besoins territoriaux de santé actuels et à venir. Les ARS se saisissent de plus en plus de cette question mais sa traduction dans les faits reste encore très dépendante des situations locales et de la convergence de vues entre l'ARS, l'UFR de médecine et le CHU. La nécessité de concilier le respect des maquettes de formation et les besoins de santé du territoire sur lequel les stages sont répartis mériterait d'être inscrite dans les textes réglementaires.

---

[117] L'agrément est délivré au niveau du service dans les établissements de santé, alors que pour les stages ambulatoires, il porte sur le médecin encadrant, qui doit au préalable suivre une formation. Le lieu de stage est agréé pour une ou plusieurs phases de la formation d'une ou plusieurs spécialités, options ou formations spécialisées transverses. Par exemple, un service d'urgences pédiatriques de CHU pourra disposer d'un agrément principal pour la spécialité de pédiatrie sur les trois phases, d'un agrément complémentaire pour la médecine d'urgence et la médecine générale en phase d'approfondissement et d'un agrément fonctionnel pour la formation spécialisée transversale urgences pédiatriques. La commission de subdivision est présidée par le directeur de l'UFR. Le directeur général du CHU, cinq enseignants de spécialité et cinq représentants étudiants en sont membres, et, avec voix consultative, les représentants des médecins libéraux et des autres catégories d'établissements. La commission se prononce au regard d'un avis écrit du coordonnateur et d'un rapport de visite du lieu de stage par un enseignant de la spécialité, un praticien non universitaire et un représentant étudiant.

[118] La commission d'évaluation des besoins de formation est présidée par le directeur de l'UFR de médecine, avec participation des coordonnateurs de spécialité et du président de la commission médicale d'établissement du CHU. Elle se réunit pour déterminer les types de stage à ouvrir en fonction du nombre d'internes, de leur spécialité et de leur avancement dans les études et des situations particulières (demande de stage hors subdivision, de disponibilité etc. – soit, à titre d'exemple, 13% des internes en région Centre Val de Loire pour mai 2025). La commission d'ouverture des postes, présidée par le directeur général de l'ARS, se compose de représentants enseignants, étudiants et du CHU, un président de commission médicale d'établissement et un directeur pour chaque catégorie d'établissements de santé ainsi que des représentants des médecins libéraux, généralistes et spécialistes. Elle examine les possibilités de répartition territoriale des terrains de stage agréés.

[119] Articles R. 632-27 à 34 du code de l'éducation, arrêté du 12 avril 2017 portant organisation de la formation du troisième cycle.

2 - Une procédure critiquée pour son opacité et l'influence excessive des coordonnateurs de spécialité

L'ARS, en tant que décisionnaire final et au titre de sa mission de régulation de l'offre de santé sur le territoire, doit trouver le meilleur équilibre entre les aspirations potentiellement divergentes des différentes parties prenantes à la procédure d'affectation en stage. L'UFR de médecine, et notamment les coordonnateurs de spécialités, cherchent avant tout à garantir la qualité de la formation de leurs étudiants. Les internes intègrent également cette exigence de qualité pédagogique, qu'ils cherchent à concilier avec leurs attentes en matière de qualité de vie et leurs objectifs de carrière. Les établissements de santé calibrent leur offre de postes au regard des enjeux liés à leur fonctionnement courant et à la permanence de soins. Ils cherchent aussi à attirer des internes dans l'espoir de les recruter, une fois qu'ils seront diplômés. Ils peuvent également se préoccuper plus largement du bon fonctionnement du système hospitalier sur leur territoire, les difficultés d'un établissement ayant potentiellement des répercussions sur le nombre de patients à accueillir par les autres. De leur côté, les représentants des médecins libéraux et le conseil régional de l'ordre des médecins souhaitent le développement des stages ambulatoires pour former les étudiants à ce mode d'exercice et concourir ensuite à leur installation sur le territoire.

Cependant, la procédure fait l'objet de nombreuses critiques en ce qu'elle contribue à une répartition des stages privilégiant l'hôpital par rapport à l'ambulatoire et les besoins des services du CHU par rapport à ceux des autres centres hospitaliers.

Les coordonnateurs de spécialités préparent les commissions d'évaluation des besoins de formation et d'ouverture des postes de stage en échangeant avec les internes et leurs référents pour déterminer les types de stages cohérents avec leur contrat de formation et s'assurer que les maquettes de formation sont respectées. Les ouvertures de postes de stages découlent donc très largement de leur travail et de leurs priorités. Certains coordonnateurs s'efforcent en outre d'animer le réseau des responsables de terrains de stage pour diffuser les bonnes pratiques d'encadrement, recherchent de nouveaux terrains de stage, se déplacent sur des terrains de stage éloignés pour mieux les connaître, ont des échanges avec les responsables de terrains de stage en amont de l'ouverture des postes et, le cas échéant, en aval pour expliquer les raisons d'un refus d'ouverture. Mais les pratiques sont très variables, y compris au sein d'une même faculté de médecine, et rien dans leurs missions définies à l'article 11 de l'arrêté du 12 avril 2017 ne les invite à développer et animer le réseau des responsables de terrain de stage. Compte tenu de la charge de travail que constitue la coordination d'une spécialité dans un contexte d'augmentation du nombre d'étudiants, ils manquent en outre souvent de temps pour cela.

Le rôle de l'ARS, du CHU et du directeur de l'UFR de médecine dans la préparation de la réunion de la commission d'ouverture des postes de stage n'est pas davantage défini et encadré et est plus ou moins prégnant selon les pratiques locales. Certains s'efforcent d'améliorer la répartition territoriale qui sera proposée à la commission. Par exemple, le CHU de Lille et le doyen rencontrent en amont les coordonnateurs de DES qui souhaitent créer des postes supplémentaires au CHU et refusent leur demande si elle n'est pas exigée par la maquette de formation. Pour les spécialités les plus en tension, des points annuels sont organisés avec l'ARS Hauts-de-France, les établissements en difficultés et les coordonnateurs de spécialité concernés pour anticiper les futures répartitions d'internes.

Cette procédure est opaque pour les responsables de terrains de stage, particulièrement ceux extérieurs au CHU, qui ont le sentiment que les choix sont déjà arbitrés avant la réunion des commissions. Les coordonnateurs étant en général praticiens au CHU et responsables d'un service qui accueille des internes en stage, ils peuvent être suspectés de privilégier les besoins du CHU – et de leur service en particulier – au détriment des autres établissements de santé ou chefs de service[120].

En outre, la plupart des centres hospitaliers ne sont pas représentés au sein des commissions puisque seul un représentant de cette catégorie d'établissements y participe. Une enquête flash réalisée par la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers (CNDCH)[121] auprès de ses membres au début de l'année 2026 a montré que 77 % des répondants considèrent qu'ils sont insuffisamment impliqués par l'ARS et le CHU dans la procédure d'affectation des internes en stage. Afin de mieux prendre en compte les besoins et compétences pédagogiques des centres hospitaliers, un représentant de chacun des groupements hospitaliers territoriaux pourrait utilement participer avec voix délibérative à la commission d'ouverture des postes et être associé, en amont, à sa préparation.

3 - Une ouverture d'un nombre de postes de stage supérieur au nombre d'internes, qui pénalise les territoires moins attractifs

L'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine impose l'ouverture chaque semestre d'un nombre de postes de stage par spécialité supérieur de 7 % au nombre d'internes devant effectuer un stage, moyennant une dérogation pour les spécialités à petit volume et la médecine générale[122]. Cette disposition répond à la même logique que celle exposée dans la deuxième partie du rapport pour la procédure d'affectation des internes par spécialité et subdivision à l'issue du concours d'accès au troisième cycle. Comme leur classement au concours d'accès détermine aussi l'ordre dans lequel les internes choisiront leurs stages jusqu'à la fin de leur phase d'approfondissement (donc pendant trois à quatre ans), il s'agit de laisser un choix de stage à tous les internes, mêmes les plus mal classés. Pour ajouter encore au risque de confusion entre les deux procédures, on utilise couramment la même expression de « taux d'inadéquation » (rapport entre le nombre de postes offerts en surnombre par rapport au nombre d'internes à placer (déterminant *in fine* le volume de postes non pourvus)) pour évoquer cette pratique d'ouverture de postes en surnombre.

Ce taux d'inadéquation est très problématique car il a pour conséquence que les terrains de stage les plus éloignés ou jugés par les étudiant moins attractifs ne sont *in fine* pas pourvus. Dans certaines régions visitées dans le cadre de l'enquête, le ratio de 7 % est en outre conçu comme un minimum et le taux réel peut être beaucoup plus élevé. C'est le cas par exemple en Île-de-France au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), où il y a en moyenne 12 % de postes non pourvus, mais avec un taux beaucoup plus élevé dans certaines spécialités (20 % en biologie médicale, en chirurgie orthopédique et traumatologique par exemple). Cette ouverture de postes de stage en surnombre a pour effet de faire prévaloir les

[120] La conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers a ainsi dénoncé, dans la contribution écrite qu'elle a adressée à la Cour, le « *poids des coordonnateurs de DES qui dispose d'un pouvoir absolu (…), en particulier dans l'agrément des terrains de stage, rendant les CH complètement dépendants de la volonté de ces derniers* »[120].

[121] La CNDCH représente un regroupement de 1 000 hôpitaux représentés par 100 centres hospitaliers.

[122] Deux places en surnombre quand il y a moins de 15 internes d'une spécialité dans la subdivision, pas plus de 30 places en surnombre en médecine générale.

souhaits des internes sur les objectifs de santé publique et de meilleur équilibre de leur répartition en faveur des établissements éloignés. Au sein de l'APHP, on constate ainsi que le taux d'inadéquation est en moyenne de 23 % au sein du groupe hospitalo-universitaire de Paris Seine-Saint-Denis – traduisant une désaffection des internes pour les hôpitaux situés dans le département de Seine-Saint-Denis – alors qu'il n'est que de 8 % au sein de celui de Sorbonne Université – dont tous les hôpitaux sont situés dans Paris intra-muros, notamment la Pitié-Salpêtrière, particulièrement attractive.

Les difficultés pour les établissements sont encore accrues par le délai très réduit (moins d'un mois) entre la décision d'affectation et le début du stage. Le nombre d'internes conditionne en effet l'organisation des gardes et les établissements n'ont pas le temps de recruter des faisant fonction d'internes (FFI) dans l'intervalle. Les établissements qui ne sont pas régulièrement choisis recrutent parfois par avance des FFI mais doivent financer un surnombre si leur terrain de stage est finalement choisi par un ou plusieurs internes. Ceux qui accueillent habituellement des internes et voient subitement leur nombre baisser peuvent faire face à des difficultés de fonctionnement. Une saisonnalité des affectations est également constatée, les internes pouvant être attirés par exemple par des centres hospitaliers en bord de mer pour le stage de mai à octobre ou chercher à éviter les services fortement mobilisés par des gardes pendant l'été.

Tableau n° 19 : calendrier de la procédure d'affectation en stage

	Stage mai-octobre	**Stage novembre-avril**
Dépôt des dossiers de candidature en année de recherche		Mars
Dépôt des dossiers de candidature en stage inter-CHU	Octobre n-1	Avril
Commission d'agrément	Décembre n-1	Mai
Sollicitation des établissements agréés sur leur capacité d'accueil	Janvier	Juillet
Signalement par les internes des situations individuelles et pré-choix de stage	Janvier	Juillet
Commission d'évaluation des besoins de formation déterminant le nombre d'internes à répartir	Février - mars	Septembre
Commission d'ouverture des postes déterminant les postes ouverts en fonction du nombre d'internes	Février - mars	Septembre
Choix des stages par les internes selon leur ancienneté et leur classement au concours	Début avril	Début octobre
Début du stage	2 mai	2 octobre
Fin de stage	30 octobre	30 avril n+1

Source : Cour des comptes d'après le calendrier des ARS Hauts de France et Pays de la Loire

Il est donc indispensable de supprimer ce taux d'inadéquation et de modifier les textes réglementaires pour n'ouvrir que le nombre de postes de stage nécessaires. Pour éviter de concentrer les postes non pourvus dans certains établissements, l'ARS Pays-de-la-Loire, en concertation avec l'UFR de médecine et les organisations étudiantes, a mis en place un système « d'adéquation négociée » dans le cadre duquel elle recherche un compromis entre les besoins de formation exprimés lors de la réunion de la commission d'évaluation des besoins de formation et les besoins des établissements, en échangeant avec tous les acteurs, pour que la commission d'ouverture des postes puisse ouvrir un nombre de postes égal à celui des étudiants à placer.

C - Une capacité d'encadrement pédagogique à renforcer dans les zones éloignées des CHU

1 - Un personnel enseignant à déployer davantage en dehors des centres hospitaliers universitaires

Le constat, établi dans la deuxième partie du rapport, d'une stagnation du nombre des personnels hospitalo-universitaires et d'une répartition très inégale entre les subdivisions constitue un premier frein à un encadrement pédagogique de qualité également distribué sur l'ensemble du territoire. Mais, de même qu'augmenter le nombre d'internes dans une subdivision ne garantit pas qu'il y en aura davantage dans tous les centres hospitaliers de cette subdivision, redéployer les personnels hospitalo-universitaires vers les subdivisions les moins dotées ne suffit pas. Les personnels hospitalo-universitaires, du fait de leur statut, sont nécessairement rattachés à l'UFR de médecine et exercent leur triple mission au CHU ou dans un établissement conventionné avec lui. Un centre hospitalier non universitaire ne compte donc qu'exceptionnellement un hospitalo-universitaire titulaire dans ses effectifs.

La capacité d'encadrement pédagogique dans les centres hospitaliers territoriaux repose donc essentiellement sur des praticiens hospitaliers. Or ces établissements emploient de plus en plus de médecins diplômés hors de France[123], qui ont de ce fait une moins bonne connaissance des exigences du système de formation français et peu de contacts avec l'université. Il peut ainsi être plus difficile pour eux de se conformer aux conditions de l'agrément.

L'attractivité d'une offre de stages répartie de façon plus homogène au sein des subdivisions nécessite de travailler sur trois dimensions : la qualité pédagogique offerte sur le lieu de stage, qui dépend notamment de celle de l'encadrement et de la qualité des soins qui y sont pratiqués ; la préservation du lien avec l'université et la facilité d'accès à l'enseignement théorique ; la possibilité d'accès à une offre de recherche clinique en relais de celle offerte dans les centres hospitaliers universitaires.

Pour rendre des stages hospitaliers hors du CHU attractifs, plusieurs leviers sont déjà déployés dans le cadre d'initiatives locales. Certains praticiens hospitalo-universitaires exercent pour une partie de leur temps dans des centres hospitaliers de proximité. Leur statut les autorise en effet à exercer leur activité hospitalière dans plusieurs établissements, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires ou pour favoriser le développement de la mise en réseau d'établissements de santé[124]. Cela permet d'assurer une présence des équipes des CHU auprès de celles des centres hospitaliers, et de mettre leurs compétences techniques et cliniques au service de l'organisation locale des soins et de la formation.

Des postes de chef de clinique des universités peuvent également être créés au sein de centres hospitaliers sous réserve de conventionnement avec le CHU. Dans ce cas, un stage effectué hors CHU peut devenir un stage « avec encadrement universitaire ». Dans d'autres cas, ce sont des postes de professeurs associés des universités qui sont déployés au sein de centres

[123] La France employait 12 % de médecins étrangers en 2021. Ce taux a progressé de quatre points de pourcentage depuis 2011. DREES, *Les dépenses de santé en 2022*, édition 2023.

[124] Article 13 du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.

hospitaliers, permettant qu'un praticien hospitalier se consacre à une mission d'enseignement sur un temps important. La mise en place de telles « antennes universitaires » peut permettre d'assurer un véritable parcours de formation et de recherche (préparation de la thèse d'exercice) au sein des territoires. C'est souvent l'ARS – voire la région – qui rend possible l'ouverture de ces postes en levant les difficultés de financement de l'université par la prise en charge de la part de rémunération universitaire, dans le cadre d'une convention.

Ces modalités différentes de diffusion de l'offre enseignante dans les centres hospitaliers territoriaux représentent une réponse alternative à la création de nouveaux centres hospitaliers universitaires, des projets qui nécessitent une mobilisation de moyens et un portage au long cours et qui ne peuvent pas concerner l'ensemble des centres hospitaliers.

La création du CHU d'Orléans et l'élaboration concomitante d'une cartographie des internes en région par l'agence régionale Centre Val de Loire

La transformation du CHR d'Orléans en CHU est un projet au long cours qui a nécessité la mobilisation des équipes des deux universités et des centres hospitaliers universitaires de Tours et d'Orléans, de l'Agence régionale de santé et des collectivités locales. Cette universitarisation s'accompagne d'une augmentation projetée du nombre d'internes d'un millier par an (en moyenne entre 2022 et 2024), soit 1 860 internes en 2032 dans la subdivision, avec une montée en charge progressive des capacités d'accueil à Orléans. Cela nécessite de prévoir 200 places en stage par an, soit 800 à 1 000 places de stages supplémentaires et, selon l'Université d'Orléans, un renfort en postes hospitalo-universitaires.

Dans le même temps, l'ARS a effectué une cartographie de la répartition des internes dans la région et en a démontré le caractère centripète autour du CHU de Tours (le département d'Indre-et-Loire, dont Tours est le chef-lieu, accueille ainsi 627 internes et le département voisin de l'Indre sept seulement) avec une projection d'une nouvelle offre de stages et des objectifs de rééquilibrage ambitieux, en fonction de données démographiques territorialisées et d'une projection des besoins en santé. Une concertation est en cours avec les acteurs de santé et les universitaires pour définir une stratégie territoriale, et permettre l'augmentation du nombre de places en stage, y compris dans les centres hospitaliers et dans les cabinets libéraux des six départements, notamment pour la phase d'approfondissement et de docteur junior.

Ces modalités alternatives de diffusion d'un encadrement universitaire au sein des territoires, moins coûteuses, devraient être développées à plus grande échelle et complétées par une mobilisation accrue des praticiens hospitaliers sur des missions d'enseignement dans le cadre des « valences universitaires » autorisées par leur statut (cf. *supra*, dans le chapitre II, le point II-A-3) pour faire face à l'augmentation rapide du nombre d'internes. Des conventions temporaires de valences universitaires sur un projet pédagogique défini pourraient permettre à des praticiens hospitaliers de renforcer cette offre de formation hors CHU, tout en préservant sur le reste de leur temps de travail leur activité clinique. Ces liens de formation plus étroits entre CHU et CH pourraient également favoriser la construction de stages couplés entre ces établissements, après évaluation des modalités pratiques d'organisation les plus adaptées pour l'interne (stage alterné trimestriellement sur un semestre, ou par alternance hebdomadaire, voir séquencé au sein d'une même semaine).

Enfin, le renforcement de la formation des médecins maîtres de stage universitaire pourrait également contribuer à conforter la qualité pédagogique des plus petits centres hospitaliers. Une telle formation n'est actuellement obligatoire que pour les praticiens maîtres de stage en ambulatoire.

2 - Une offre de stages à développer en ambulatoire

Le développement de stages ambulatoires dans un plus grand nombre de spécialités implique d'identifier de nouveaux praticiens agréés maîtres de stage des universités. Il y en a en effet très peu actuellement dans les spécialités autres que la médecine générale. La mobilisation des coordonnateurs de spécialité sera nécessaire pour les recruter. Cette offre nouvelle doit également se déployer en relation avec le CHU, dans la mesure où les stages mixtes pourraient être plus adaptés à certaines spécialités ou constituer une première étape de développement des stages ambulatoires.

Une étude réalisée entre 2018 et 2021 sur 34 990 communes françaises comptant au moins un médecin généraliste a démontré l'influence positive sur l'évolution de la densité médicale de la présence de maîtres de stage (« *training supervisors* »)[125]. Cette étude montre que la densité médicale a augmenté de 1,36 % en trois ans dans les communes disposant d'un PAMSU alors qu'elle a diminué de 4,63 % pour 5 561 communes sans PAMSU malgré la présence d'au moins un médecin généraliste (la baisse moyenne constatée ayant atteint 2,17 %). Cette étude d'impact donne une raison supplémentaire d'encourager le développement de l'offre de stages ambulatoires, pour un coût qui reste maîtrisé (recrutement, rémunération et formation des maîtres de stage universitaires) par rapport à d'autres mesures d'attractivité.

D - Un accompagnement des internes indispensable pour favoriser les stages éloignés

1 - Une crainte de l'isolement dans les stages hors CHU

Les internes sont souvent peu enclins à s'éloigner de leur CHU de rattachement, qui leur garantit une bonne qualité de stage : encadrement par des seniors, spécialisation plus pointue, gardes éventuellement moins nombreuses et mieux supervisées, facilité d'accès aux services universitaires (suivi des enseignements, équipements et outils documentaires, etc.). Certaines mesures pourraient aussi faciliter le parcours de l'interne : mise à disposition de salles dans les centres hospitaliers, mise en place d'équipement de visioconférence pour permettre le suivi en distanciel des cours théoriques, expérimentation d'une offre de formation complémentaire en régions, etc. Mais, au-delà de ces réticences liées au contenu et à l'encadrement pédagogique du stage, la peur de l'isolement dans un centre hospitalier de plus petite taille ou lors d'un stage en zone rurale est un motif souvent évoqué.

Ainsi, les internes privilégient la réalisation de stages accessibles depuis un même lieu d'hébergement durant le cycle d'internat afin d'assurer une certaine continuité à leur vie privée et familiale. Ils ont une faible appétence pour la mobilité géographique, qui suppose une réorganisation de leur cadre de de vie et la prise en charge des coûts afférents. Ils ont une préférence marquée pour les lieux de stage qui permettent convivialité, vie sociale estudiantine et échanges sur les enjeux de formation.

[125] Taha et al. *Relationship between training supervision and evolution of the density of GPs: a 3-year cohort study on French cities between 2018 and 2021*. *Human Resources for Health 2022*.

L'augmentation du nombre d'internes affectés en stages hors des CHU (sous réserve que les maquettes des favorisent ces stages en nombre) devrait permettre de réduire ces freins en mettant à disposition un nombre suffisant de stages dans des villes de taille moyenne, pour que les internes accueillis s'y sentent moins isolés. La charge de permanence des soins, qui peut reposer aujourd'hui de manière disproportionnée sur un nombre limité d'internes, devrait par la même occasion être redistribuée sur un effectif élargi, tout en garantissant une supervision systématique par un praticien senior, à tout le moins lors des premières gardes ou des situations les plus complexes. Sur le plan de l'organisation, la réduction de l'isolement des internes en stage, notamment par une attention renforcée à leur accueil et par la mise en relation des stagiaires des différentes professions de santé, constitue un levier simple mais insuffisamment mobilisé.

2 - Des difficultés de logement et de transport qui constituent le principal obstacle

Les internes changeant de terrains de stages tous les six mois pendant plus de trois ans, le logement constitue un critère important pour le choix du stage. Les internes peuvent bénéficier de l'accès aux internats hospitaliers[126] lorsque l'hôpital en dispose (ou, pour l'AP-HP, quelques places à la Cité internationale universitaire de Paris - CIUP). Les situations sont très disparates en France, allant de l'attribution par ordre d'arrivée des demandes à l'arrangement entre étudiants. L'allocation des places est parfois assurée par les associations locales d'internes (par exemple pour les internats des CHU de Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Rennes), avec des critères de priorité. Par exemple, à Montpellier-Nîmes, les logements sont affectés en donnant la priorité aux internes de médecine de première année, puis aux internes de pharmacie, puis aux internes venant des DOM-TOM ou en inter-CHU. Pour un même niveau de priorité, l'attribution se fait par tirage au sort.

Toutefois, ces solutions ne sont pas toujours suffisantes pour constituer un facteur incitatif pour les internes. Le nombre de places en internat est en général inférieur au nombre d'internes et la qualité de l'hébergement est très variable, avec des internats qui nécessiteraient des rénovations et une amélioration du confort. Si l'interne n'est pas logé, il perçoit des indemnités compensatrices d'avantages en nature, qui s'ajoutent au salaire de base, mais qui sont d'un montant peu important (336 € bruts annuels si l'interne n'est pas logé, auxquels s'ajoutent 674 € bruts annuels s'il n'est pas nourri).

La mobilité des internes et l'accessibilité des lieux de stage sont aussi un sujet. De plus en plus d'internes n'ont pas le permis de conduire ou ne disposent pas de véhicule personnel. En l'absence de solution *ad hoc* (covoiturage, navettes), les internes peuvent avoir tendance à privilégier les lieux de stages accessibles en transports en commun, dont le coût est partiellement pris en charge par leur employeur.

Enfin, le délai entre la décision d'affectation en stage et le début de celui-ci est de moins d'un mois, ce qui laisse peu de temps pour s'organiser et est particulièrement contraignant pour les internes chargés de famille. En l'absence de garantie d'hébergement, cela peut freiner le choix d'un lieu de stage éloigné géographiquement du lieu de vie habituel. Il est donc nécessaire d'anticiper davantage le calendrier de la procédure et de réfléchir à la possibilité d'une décision

[126] L'internat hospitalier désigne une résidence d'hébergement détenue par l'établissement hospitalier pour mettre des chambres ou petits appartements à disposition des internes de médecine pendant la durée de leurs stages. En général, les internats sont situés au sein ou à proximité immédiate de l'hôpital.

d'affectation portant sur les deux prochains stages, de manière à mieux préparer les arrivées en stage. Naturellement, la survenue d'aléas devrait être prise en compte ultérieurement (maladie, maternité, etc.) mais les ajustements ne porteraient que sur une minorité d'internes.

Le quatrième axe du Pacte de lutte contre les déserts médicaux (présenté le 25 avril 2025), consacré à l'attractivité des territoires pour les internes et jeunes professionnels de santé, prévoit des mesures d'ordre divers destinées à faciliter l'accueil en stage ou l'installation :

- la mise en place d'un guichet numérique unique d'aide à l'installation au niveau régional, pour simplifier les démarches administratives des jeunes professionnels souhaitant s'installer dans un territoire ;
- des solutions de logement adaptées et le développement d'hébergements territoriaux d'étudiants en santé – « internats ruraux » –, pour lever l'un des freins les plus concrets à l'accueil d'internes en dehors des grandes villes universitaires.

Les initiatives des collectivités locales montent également en puissance. Elles ont compris que l'accueil des internes pendant leur formation constitue un levier pour lutter contre la désertification médicale et proposent notamment des logements mis à disposition gratuitement ou à très faibles coût (studios, gîtes, anciens logements de fonction) ; des contributions au financement de la création ou de la rénovation d'internats, opérations qu'elles portent parfois même directement ; des projets de « maisons d'internes »», parfois partagées avec d'autres professionnels de santé, des paramédicaux ou des médecins étrangers.

Un accompagnement plus individualisé des internes affectés loin de leur lieu d'origine mériterait également d'être développé : aide à la recherche de logement, solutions de mobilité, soutien logistique pour faire venir la famille le cas échéant.

3 - Des aides financières pour inciter les internes à aller en stage en zone sous-dense

Plusieurs dispositifs indemnitaires visent à compenser plus particulièrement les contraintes des stages éloignés, souvent situés en zones sous-denses.

L'indemnité forfaitaire de transport (IFT) est accessible aux internes effectuant un stage ambulatoire à plus de 15 kilomètres de leur CHU de rattachement et de leur domicile. Son montant est de 130 € bruts par mois, non-cumulable avec le remboursement des transports en commun classique. Ce dispositif vise les internes de médecine générale en stage chez un praticien en milieu rural ou semi-rural.

L'indemnité forfaitaire d'hébergement (IFH) s'élève à 300 € bruts par mois pour les stages ambulatoires en zones sous-denses (ZIP – zone d'intervention prioritaire, et ZAC – zone d'action complémentaire), telles que définies par l'ARS. Elle est cumulable avec la majoration pour non-logement. Dans les zones sous-dotées en médecins, le cumul de ces deux forfaits peut donc atteindre jusqu'à 430 € mensuels.

Au-delà, le contrat d'engagement de service public (CESP) a été mis en place pour fidéliser les étudiants en médecine dès le deuxième cycle dans les zones sous-dense et y encourager leur installation future. Ce contrat prévoit, en contrepartie d'une allocation mensuelle de 1 200 €, un engagement d'exercer, à l'issue de la formation, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante, pour une durée minimale égale à la durée de perception de l'allocation.

La communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat de novembre 2025[127] sur les aides à l'installation des médecins libéraux met en avant le caractère onéreux de cette aide avec un délai de perception très long, en moyenne jusqu'à cinq ans, soit près de 70 000 € environ par médecin aidé, et évoque la possibilité d'en plafonner la durée. Par ailleurs, le zonage en ZIP et ZAC sur lequel repose cette aide n'est pas toujours en adéquation avec les besoins en santé de la population. Enfin, le contrôle de ces aides et du respect des obligations dans le temps reste insuffisant.

E - Une stratégie territoriale de déploiement des enseignants et des terrains de stage à élaborer dans le cadre d'une concertation régionale

Le déploiement d'une offre de stages plus diversifiée et susceptible d'irriguer les territoires exige un diagnostic fin de leurs spécificités et du maillage de leur offre de soins ainsi qu'une mobilisation des acteurs locaux. Il suppose d'activer plusieurs leviers de façon concomitante et donc de mener à l'échelle de chaque territoire une concertation pour définir la stratégie et les modalités opérationnelles à décliner pour s'adapter aux besoins prioritaires de chacun d'eux. Cette concertation serait naturellement confiée à chacune des ARS, en lien étroit avec les UFR de médecine et les CHU, à la suite de la conférence nationale de concertation sur les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former, dont la préparation a déjà amené les ARS à engager une concertation large avec tous les partenaires locaux sur les enjeux de formation. Vis-à-vis des collectivités locales, elle pourrait s'inscrire dans la préparation du schéma départemental d'initiatives concertées recommandé par la Cour dans son récent rapport sur les aides à l'installation des médecins libéraux[128] qui aurait vocation à traiter du « *soutien financier et matériel des stages dans les zones rurales des étudiants en médecine et des internes, ainsi que celui des maîtres de stages ».*

Elle devrait ensuite être déclinée opérationnellement à différents niveaux. Une convention entre l'ARS, l'université et le CHU permettrait de fixer les priorités à donner aux coordonnateurs pour la recherche de nouveaux terrains de stage ou la consolidation de terrains moins attractifs, les modalités concrètes de déploiement de l'offre enseignante et le financement associé.

[127] Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux : recentrer les aides sur les besoins en santé de la population*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025.

[128] Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux : recentrer les aides sur les besoins en santé de la population*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2025. Dans ce rapport, la Cour recommande, « *d'ici à la fin 2026, d'établir un schéma départemental d'initiatives concertées pour les aides à l'installation des médecins, afin d'organiser la cohérence des interventions financières de l'État, de l'assurance maladie et de l'ensemble des collectivités territoriales, en fonction des besoins de santé de la population du territoire* ». Ce schéma devrait notamment traiter du « *soutien financier et matériel des stages dans les zones rurales des étudiants en médecine et des internes, ainsi que celui des maîtres de stages ».*

Le déploiement de ces modalités auprès des centres hospitaliers pourrait trouver sa place dans le cadre de la convention d'association hospitalo-universitaire[129] entre l'établissement support de chaque groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire qui lui est associé. Cette convention a vocation à garantir que tous les établissements du groupement restent connectés à l'université et à la recherche et bénéficient de l'expertise du centre hospitalier universitaire. Ces conventions visent ainsi à structurer et coordonner les missions dites hospitalo-universitaires, c'est-à-dire les soins spécialisés et de recours (niveau élevé de technicité), mais aussi l'enseignement (formation des étudiants en médecine, internes, etc.), et la recherche médicale et scientifique. Concrètement, elle sert à définir le rôle du centre hospitalier universitaire comme établissement de référence au sein du groupement, à organiser les filières de soins (répartition des rôles entre hôpitaux locaux et CHU), mais aussi à structurer l'accueil et la formation des étudiants dans les établissements du groupement et favoriser la diffusion de l'innovation et des bonnes pratiques, ainsi qu'à mettre en place des collaborations en recherche clinique. Cette convention apparait donc comme un dispositif à placer au cœur des chantiers de développement d'une nouvelle offre territoriale.

L'exemple du Groupement Hospitalier Universitaire (GHU) Henri Mondor AP/HP

Le projet territorial hospitalo-universitaire du GHU Henri Mondor de Créteil prévoit la constitution d'un « campus Mondor » avec les centres hospitaliers de Melun, Fontainebleau et Provins en lien avec l'Université Paris Est-Créteil. Ces affiliations tripartites (GHU, université et chacun des centres hospitaliers) prévoient des leviers de construction d'un « territoire de santé universitaire » avec une stratégie sur cinq ans de partage :

- des activités de recherche et d'enseignement (partage d'actions de formation, déploiement des internes, essais cliniques et programmes de recherche commun, mutualisation des centres de simulation) ;
- des activités médico soignantes (formalisation des filières de recours[130], consultations avancées de médecins seniors[131], équipes mobiles, télémédecine[132], participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires et staffs, échanges de pratiques, lignes directes réservées aux professionnels, nomination de praticiens hospitaliers à temps partagé, accès aux plateaux techniques, échanges de données, etc.).

[129] Cette convention doit être cohérente avec la *« stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »* et *« un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours »* élaborés par les membres du groupement en vertu de l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui a créé les groupements hospitaliers de territoire.

[130] La filière de recours désigne, dans l'organisation graduée de l'offre de soins, la trajectoire de soins empruntée par le patient : les hôpitaux de proximité assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. *(*article L. 6111-1 du code de la santé publique).

[131] Consultations spécialisées de médecins spécialistes (pédiatrie, ophtalmologie, gynécologie, cardiologie, diabétologie, etc.) qui se déplacent au plus près des populations, dans les lieux de santé les plus accessibles – maisons de santé, hôpitaux de proximité – des zones où ces spécialistes font défaut, dans le respect du parcours de soins.

[132] La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (article L. 6316-1 du code de la santé publique).

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut constituer ensuite un point d'appui pour les établissements de santé plus petits et favoriser l'affectation d'internes en leur sein, le cas échéant à temps partagé. C'est le cas par exemple du centre hospitalier de Valenciennes, établissement support du groupement hospitalier de territoire du Hainaut-Cambrésis, qui, dans le cadre de son projet de territoire 2024-2029, envoie des praticiens hospitaliers de Valenciennes à temps partiel au centre hospitalier de Fourmies pour y sécuriser un poste d'interne. Ce projet de territoire des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis prévoit d'autres mesures destinées à améliorer les parcours de soins sur le territoire et notamment l'augmentation du maillage territorial par des consultations avancées (par exemple en chirurgie pour le pré et post opératoire), l'approfondissement de l'analyse stratégique des données de santé sur le territoire, le co-portage de projets de recherche et, à long terme, la mise en place de « projets de recherche de territoire » dans le cadre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation mais aussi la création d'un « réseau universitaire de formation ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La formation des internes se caractérise par une forte concentration dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), au détriment des centres hospitaliers de proximité et du secteur ambulatoire. Cette centralisation contribue à perpétuer la sous-densité médicale dans les zones rurales et les villes moyennes, alors que le lieu de stage est un déterminant majeur de l'installation future des médecins.

Les déséquilibres constatés tiennent à des facteurs multiples sur lesquels il faut agir simultanément : les maquettes de certaines spécialités induisent une prépondérance de stages avec encadrement universitaire (majoritairement en CHU), laissant peu de place aux stages ambulatoires ou mixtes, sauf pour la médecine générale ; la procédure d'affectation favorise les choix individuels des internes au détriment de la satisfaction des besoins territoriaux ; des freins logistiques et pédagogiques se manifestent, concernant le logement et la mobilité, tandis que s'exprime la crainte de l'isolement pédagogique et social des étudiants hors des pôles universitaires.

La Cour formule les recommandations suivantes :

5. *dans le cadre de la révision des maquettes de formation par spécialité, augmenter le nombre minimum de stages réalisés hors d'un centre hospitalier universitaire et, pour les spécialités concernées, en ambulatoire (2028, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace) ;*
6. *modifier la procédure de répartition des stages afin de faire figurer dans ses objectifs réglementaires la prise en compte des besoins de santé des territoires et offrir un nombre de terrains de stages strictement égal au nombre d'internes(à partir de la campagne d'ouverture des stages de novembre 2027, ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, ARS) ;*
7. *définir à l'échelle régionale, en concertation avec les collectivités locales, des stratégies de déploiement territorial d'enseignants et d'internes (2027) (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace, Régions de France, Départements de France, Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité, universités, ARS).*

Liste des abréviations

AHU	Assistant Hospitalier Universitaire. Agent non titulaire exerçant dans les disciplines médicales biologiques et mixtes
ARS	Agence Régionale de Santé
CCU-AH	Chef de Clinique des Universités – Assistant des Hôpitaux. Agent non titulaire exerçant dans les disciplines médicales cliniques
CESP	Contrat d'engagement de service public. Dispositif créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, prévoyant le versement d'une allocation mensuelle aux étudiants en médecine à compter de leur deuxième cycle d'études, en échange d'un engagement à exercer en zone sous-dense pour une durée équivalente
CNG	Centre national de gestion
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
Co-DES	Spécialités proches ayant conservé une phase socle commune et ne différenciant leurs enseignements qu'à partir de la phase d'approfondissement
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires. Formations antérieures remplacées par le diplôme d'études spécialisées (DES), les FST et les options
DES	Diplôme d'Études Spécialisées. Formation de troisième cycle obligatoire pour exercer une spécialité médicale
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace
DGOS	Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère du travail et des solidarités et du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées
ECN	Épreuves Classantes Nationales. Anciennes épreuves écrites portant sur les connaissances théoriques, organisées en fin de sixième année, permettant l'accès au troisième cycle sur la base d'un classement national unique. Remplacées par les EDN et les ECOS
ECOS	Examens Cliniques Objectifs Structurés. Épreuves pratiques pour l'accès au troisième cycle, comptant pour 30 % de la note finale et comportant une sélection par note minimale
EDN	Épreuves Dématérialisées Nationales. Épreuves théoriques pour l'accès au troisième cycle, comptant pour 60 % de la note finale et comportant une sélection par note minimale
FST	Formation Spécialisée Transversale. Formation optionnelle permettant une spécialisation complémentaire à la spécialisation principale, ouverte à plusieurs spécialités. Le suivi d'une FST allonge la durée de formation pour les spécialités dont le DES est inférieur à quatre ans
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGÉSR	Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche. A remplacé l'IGAÉNR (Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche)
MCU-MG	Maître de conférences des universités en médecine générale. Corps titulaire relevant de la fonction publique d'État

MCU-PH ..... Maître de conférences des universités – Praticien hospitalier. Corps titulaire relevant de la fonction publique d'État et du personnel médical hospitalier

ONDPS..... Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

PADHUE..... Praticiens à diplôme hors Union européenne

PHU..... Praticien hospitalier universitaire à titre temporaire. Praticien hospitalier titulaire bénéficiant d'un détachement temporaire sur le plan universitaire

PU-MG..... Professeur des universités en médecine générale. Corps titulaire relevant de la fonction publique d'État

PU-PH ..... Professeur des universités – Praticien hospitalier. Corps titulaire relevant de la fonction publique d'État et du personnel médical hospitalier

R3C ..... Réforme du troisième cycle. Désigne l'ensemble des changements apportés à la formation médicale spécialisée à compter de 2016-2017

RPPS ..... Répertoire partagé des professionnels de santé. Fichier national unique recensant les professionnels de santé inscrits sur le territoire français, constituant la source de référence pour leur identification et la vérification de leurs droits d'exercice, notamment dans le cadre du remboursement des actes par l'Assurance maladie

SiiMOP..... Système d'information pour la gestion des stages des internes de troisième cycle, couvrant l'agrément, le référencement des offres de stages et l'appariement

UNESS ..... Université numérique en santé et en sport. Plateforme proposant des formations théoriques en ligne dans le but de favoriser la diffusion d'un enseignement de qualité uniforme

UFR..... Unité de formation et de recherche en médecine, composante d'une université (de médecine)

ZAC et ZIP..... Zone d'action complémentaire (ZAC) et zone d'intervention prioritaire (ZIP). Zones déterminées au sein des territoires de vie-santé en fonction des possibilités d'accès aux équipements et services de santé les plus courants

Glossaire

Commission de coordination de la spécialité	Instance présidée par un coordonnateur de la spécialité, chargée de s'assurer de la bonne mise en œuvre de la formation au niveau régional (commission régionale) et de la subdivision (commission locale)
Contrat de formation	Document signé entre l'étudiant, le coordonnateur de spécialité et le directeur de l'UFR, définissant les objectifs pédagogiques et le parcours de formation
Coordonnateur de spécialité (ou coordonnateur local de DES)	Professionnel de santé chargé de l'accompagnement pédagogique des internes, de l'organisation des enseignements, du respect de la maquette de formation et de la coordination institutionnelle entre l'UFR, l'ARS et le CHU
Docteur junior	Statut des internes durant la phase de consolidation, en fin d'internat, d'une durée d'un à deux ans
Filiarisation	Processus consistant à choisir certaines spécialités, notamment chirurgicales, dès l'accès à l'internat, en remplacement de l'ancien modèle fondé sur la chirurgie générale complétée par un DESC II
Gélule	Application développée par les syndicats d'internes permettant l'évaluation anonyme des terrains de stage par les étudiants, accessible sur adhésion
Internats ruraux	Hébergements mis à disposition des étudiants en santé dans les territoires ruraux
	Maquette de formation - Document définissant les compétences à acquérir, l'organisation de la formation et le contenu des stages pour chaque spécialité
Mission R3C	Mission de suivi régulier de la réforme du troisième cycle, pilotée par deux personnalités qualifiées, chargée de proposer les évolutions des maquettes de formation
Options	Formations optionnelles permettant une spécialisation complémentaire à la spécialisation principale, réservées à une spécialité ou à un groupe de spécialités, conférant un exercice exclusif
Phase socle	Partie initiale de la formation visant l'acquisition de compétences transversales à l'exercice de la médecine et les connaissances de base de la spécialité
Phase d'approfondissement	Partie de la formation succédant à la phase socle, visant l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité
Phase de consolidation	Partie finale de l'internat préparant à l'insertion professionnelle, durant laquelle l'interne acquiert le statut de docteur junior
Portfolio	Outil annexé au contrat de formation permettant le suivi des connaissances et compétences des internes, incluant un carnet de stage assurant la traçabilité des formations suivies

Post-internat	Période entre l'obtention du DES et la stabilisation professionnelle du jeune médecin. Plusieurs dispositifs de post-internat existent en milieu hospitalier (chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, assistant spécialiste principalement)
Ségur de la santé	Plan d'investissement et de transformation du système de santé français, lancé en juillet 2020, visant à améliorer les conditions de travail et la rémunération des professionnels de santé et à moderniser l'organisation des soins
Stages libres	Stages dont le lieu et la spécialité n'est pas prescrit par la maquette de formation et qui est choisi en fonction du projet professionnel de l'étudiant. Il peut notamment permettre aux internes de découvrir d'autres spécialités

Annexes

Annexe n° 1 : chronologie 124
Annexe n° 2 : la formation des médecins dans l'Union européenne 126
Annexe n° 3 : coût de la réforme du deuxième cycle et des nouvelles modalités d'accès au troisième cycle 130
Annexe n° 4 : répartition des postes ouverts et pourvus par spécialité et par subdivision de 2017 à 2025 132
Annexe n° 5 : lieu du cycle d'études et choix géographique d'installation 134
Annexe n° 6 : attractivité des subdivisions 135
Annexe n° 7 : le statut de PU/PH et l'enjeu d'attractivité 136
Annexe n° 8 : méthodologie d'estimation du coût de la formation de troisième cycle et de son évolution 138
Annexe n° 9 : la rémunération des internes et docteurs juniors 141
Annexe n° 10 : répartition géographique des internes en stages 142
Annexe n° 11 : le temps de travail des internes 146
Annexe n° 12 : densité départementale des internes en stage et des médecins en exercice au sein de chaque subdivision 148

Annexe n° 1 : chronologie

- **1802** Création de **l'Internat des hôpitaux (**4 Ventôse an X) par décret du Consulat
- Conseil d'État, 18 décembre 1953, Sieur Fresnais : compétence déléguée de l'interne pour prescrire sous le contrôle d'un médecin ;
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre **1958** relative à la **création de centres hospitaliers et universitaires**, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale **(**dite réforme Debré). Fusion des deux hiérarchies (universitaire et hospitalière) en un corps unique de Professeurs des universités – Praticiens hospitaliers (PU-PH). L'enseignement, la recherche et les soins sont désormais indissociables.
- Loi d'orientation de l'enseignement supérieur n° 68-978 du 12 novembre 1968 dite loi Edgar Faure **les facultés de médecine deviennent des Unités d'enseignement et de recherche (UER), intégrées dans les universités** (elles deviendront UFR en 1984).
- Loi n° 71-557 du 12 juillet **1971** portant **création du numérus clausus** pour l'entrée des étudiants en seconde année de médecine.
- Loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques : mise en place d'un concours universitaire unique comme seule voie d'accès aux spécialités
- Décret n°83-785 du 3 septembre 1983 portant statut de l'interne.
- Loi du 4 mars **2002 – La médecine générale accède au rang de spécialité médicale** ; le résidanat est porté à 3 ans.
- Décret 2003-529 du 19 juin **2003** portant **création de l'observatoire national des professions de santé (ONPS).**
- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Le concours de l'internat de spécialités est remplacé en 2005 par un Examen national classant (ECN) de fin de deuxième cycle des études médicales (il y a désormais autant de postes d'internes que de candidats). L'ancien résidanat devient alors l'internat de médecine générale. Le concours de l'internat prend la forme d'un concours universitaire dit « de spécialité ».
- Avant 2004 : à l'issue du 2e cycle (DCEM4), les étudiants avaient le choix entre deux trajectoires :
  - **Le concours de l'internat** – très sélectif, accessible à tous les étudiants de 6e année mais difficile, il permettait de choisir une spécialité et d'exercer comme interne rémunéré. Seule une minorité le réussissait.
  - **Le résidanat -** Les étudiants qui choisissaient de ne pas passer le concours de l'internat ou qui ne le réussissaient s'orientaient vers la médecine générale et prenaient le nom de « résidents ». D'une durée de 2 ans (portée à 3 ans à partir de la promotion 2001), il menait quasi exclusivement à la médecine générale, dans des conditions de formation et de rémunération moins valorisées.

Tous les étudiants ayant validé leur DCEM doivent désormais passer les **Épreuves Classantes Nationales (ECN)**, qui remplacent à la fois le concours de l'internat et le résidanat. Les ECN fonctionnaient sur le principe d'un **classement national** : selon son rang, l'étudiant choisissait une spécialité *et* une ville d'affectation parmi les postes disponibles. Les choix s'effectuaient par internet, du meilleur classé au moins bien classé. Le nombre de postes par spécialité et par subdivision géographique était fixé par arrêté gouvernemental.

- Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 portant réforme de l'observatoire national des professions de santé (ONPS).
- Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 relatif au statut de l'interne (modification du décret 83-785 du 3 septembre 1983).
- Arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation et au déroulement et à la validation des stages.
- Décret n°2015-532 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.
- Décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 modifiant le troisième cycle des études médicales (création des trois phases d'acquisition progressive de compétences, diplôme d'études spécialisé (DES) unique, mise en place d'un contrat de formation individualisé, etc.).
- Décret n°2017-535 du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine (reprise d'études, spécialisation)
- Arrêté du 21 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. maquettes des 44 DES avec 7 nouvelles spécialités : médecine d'urgence, gériatrie, médecine légale, allergologie, médecine intensive-réanimation, maladies infectieuses, et médecine vasculaire.
- Loi n° 2019-774 Organisation et Transformation du Système de Santé du 24 juillet 2019 dite loi OTSS : fin du numerus clausus et de la PACES.
- Arrêté du 2 septembre 2020 portant modification de diverses dispositions relatives au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales et à l'organisation des épreuves classantes nationales : réforme du deuxième cycle (R2C) effective à la rentrée 2021. Approche par compétence, préprofessionnalisation de la 6e année ; stages assouplis, etc.
- Décret n° 2021-1156 du 7 septembre 2021 relatif à l'accès au troisième cycle des études de médecine : mise en place des épreuves dématérialisées numériques EDN et des examens cliniques objectifs structurés ECOS et procédure d'appariement.
- Arrêté du 21 décembre 2021 d'organisation des épreuves nationales (EDN et ECOS).
- Arrêté du 22 décembre 2021 fixant les objectifs pédagogiques pour la formation à l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités (MSU) en 2e et 3e cycle
- Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale : instauration de la 4e année de 3e cycle de médecine générale.
- Arrêté du 5 juillet 2024 portant organisation de la formation à la maîtrise de stage universitaire (MSU).
- Décret n° 2025-850 du 27 août 2025 relatif au régime indemnitaire des docteurs juniors de la spécialité de médecine générale.

Annexe n° 2 : la formation des médecins dans l'Union européenne

L'harmonisation de la formation des médecins dans l'Union européenne

La directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 établit un système de reconnaissance automatique des qualifications pour les professions réglementées, dont les médecins généralistes et spécialistes. Cette reconnaissance repose sur deux critères principaux : le titre de formation délivré par une autorité compétente et la durée minimale des études. Elle fixe des exigences minimales (six ans ou 5 500 heures pour la formation de base, puis une formation spécialisée), mais laisse aux États membres la liberté de définir le contenu et la durée précise des formations. Les durées mentionnées constituent donc des seuils minimaux et non des standards.

La formation médicale spécialisée comprend un enseignement théorique et pratique, effectué dans une université, un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, un établissement de soins de santé agréé à cet effet par les autorités ou organismes compétents. L'objectif de la directive est de faciliter la mobilité des professionnels en Europe, et non d'harmoniser les formations. Ainsi, les écarts de durée entre pays persistent.

54 spécialités médicales sont listées dans l'annexe V de la directive mais ne sont pas reconnues comme des spécialités indépendantes dans tous les États membres. Par exemple, la stomatologie n'est une spécialité à part entière qu'au Luxembourg, en Espagne, en Italie, au Portugal et en France ; de fait, la reconnaissance automatique de ces médecins spécialistes ne peut se faire qu'entre ces pays. D'autre part, de vraies disparités existent pour la chirurgie dite « générale » qui continue de faire sens pour certains pays, et notamment les plus petits (Malte), où elle reste une spécialité à part entière, alors que dans les pays nordiques comme le Danemark, ou en France, elle n'est pas reconnue en tant que telle compte tenu de l'existence de DES plus spécialisés tels que « chirurgie viscérale et digestive » ou « chirurgie vasculaire ».

Pour compléter le cadre de la directive, l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) élabore des recommandations de formation (ETR pour *European Training Requirements*) visant à harmoniser les contenus et à définir des standards de qualité, sans caractère contraignant.

La durée des études médicales est globalement similaire en Europe avant spécialisation

Pour de nombreuses spécialités médicales (plus de 70 « spécialités » et/ou « compétences »), les recommandations (ETR pour « *European Training Recommandations* ») de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) visent à donner du contenu aux titres listés dans la directive européenne (cf. I-A-2 du chapitre I) et s'assurer que les cadres de formation délivrés par chaque état membre correspondent bien aux standards européens (toutes les recommandations sont disponibles sur le site https://www.uems.eu/european-training-requirements). À titre d'exemple, en ce qui concerne l'anesthésie, l'UEMS recommande cinq ans de formation dont un an en service de réanimation tandis que la directive ne prévoit que trois ans de formation en tout.

Plusieurs sociétés savantes ont effectué des recensements pour connaitre le nombre d'années de formation dans les différents pays européens. Elles contribuent également à l'élaboration des curriculums de formation et aux travaux de l'UEMS sur les ETR. L'UEMS et les sociétés savantes s'accordent au total à recommander cinq ans de formation pour les médecins spécialistes mais n'ont pas l'autorité pour le décider.

Si la durée des études médicales est globalement similaire en Europe avant spécialisation (six ans), les statuts diffèrent ensuite (voir plus loin) : en France, les étudiants ne sont pleinement médecins qu'après la spécialisation, contrairement à la plupart des autres pays. Cette spécificité a longtemps conduit à sous-estimer la densité médicale française dans les comparaisons internationales.

En intégrant les internes, la densité médicale française se situe dans la moyenne des pays comparés, mais reste inférieure à celle de l'Allemagne ou du Danemark. Ces écarts s'expliquent notamment par des différences d'organisation du système de santé et par la proportion de médecins non spécialisés ou exerçant hors soins.

Par ailleurs, des initiatives communes existent, comme les examens européens volontaires, qui attestent d'un niveau de compétence reconnu et tendent à être valorisés, voire intégrés, par certains pays.

En revanche, il n'existe **pas de véritable planification européenne des besoins en médecins.**

Chaque pays organise sa propre régulation, dans un contexte commun de vieillissement de la population et de tensions sur les effectifs de santé. Les exercices de planification restent complexes et incertains, car ils dépendent de nombreux facteurs (évolution des besoins, organisation des soins, productivité, etc.). Des initiatives européennes visent néanmoins à améliorer les méthodes de projection.

Il existe très peu de comparaison européenne sur les approches de planification des besoins de formation. Si développer l'exercice de planification reste important pour se préparer au changement, la planification est un outil de long terme qui ne répond pas au besoin d'objectifs opérationnels de court terme dont ont besoin les décisionnaires pour répondre aux attentes immédiates de la population. Dans son rapport de 2024, *Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires***,** le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est appuyé sur les travaux anglais, néerlandais et belges pour formuler ses recommandations sur la méthodologie des modèles de projection. Ce rapport souligne la difficulté que rencontrent tous les pays à estimer les besoins de santé et à les traduire en effectifs de professionnels.

Les comparaisons entre pays montrent des approches variées. Certains, comme les Pays-Bas ou l'Angleterre, adoptent une planification interprofessionnelle et intègrent des paramètres comme la productivité ou le temps de travail. En Allemagne, la régulation repose plutôt sur la répartition territoriale des médecins que sur le nombre formé [133]**.** La France se distingue par un système coordonné : les objectifs de formation sont définis en cohérence entre les différents cycles et tous les étudiants accèdent à une spécialisation.

En Allemagne, en Belgique, en France, au Danemark et aux Pays-Bas, le premier et le deuxième cycle durent au total six années. En Angleterre, les étudiants pratiquent une année plus tôt que les autres pays car la sixième et septième année sont des années réservées à la pratique (« *Foundation* »). La durée de spécialisation varie selon les spécialités, allant de trois ans à six ans (jusqu'à 8 ans en Angleterre). La médecine générale est considérée comme une spécialité dans tous les pays étudiés.

[133] ONDPS - Planification des besoins de formation de médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes – Comparaison européenne Octobre 2025 – Tome 2 – Synthèses.

En France, les étudiants ayant validé leur deuxième cycle, ne sont pas diplômés en médecine. Dans les autres pays, les étudiants qui valident leur deuxième cycle sont diplômés de médecine et sont autorisés à pratiquer. Avoir la possibilité d'exercer directement après le deuxième cycle est essentiel quand le nombre de diplômés (fin de deuxième cycle) sans spécialisation est plus important que le nombre de postes d'internat (troisième cycle) ouverts. En Allemagne, en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas, il est autorisé de pratiquer sans avoir de spécialisation, bien que les conditions diffèrent selon les pays. En Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas, ces médecins sont employés et supervisés. En Allemagne, ces médecins sans spécialisation travaillent soit dans des positions temporaires en tant que médecin salarié (essentiellement à l'hôpital) soit en tant que médecin de famille en libéral mais l'Allemagne décourage fortement ces nouveaux médecins à choisir cette voie. Depuis 1994, il leur est cependant interdit de soigner des patients couverts par l'Assurance publique afin de les inciter à se spécialiser en médecine générale. Ils représentaient moins de 1 % des médecins actifs en 2022. La France présente une autre spécificité sur le passage du deuxième au troisième cycle, celle de permettre l'accès de tous les étudiants de deuxième cycle à la spécialisation.

Les pratiques de planification présentent des similitudes, mais n'interviennent pas toujours sur les mêmes segments de formation et peuvent alimenter un réservoir de médecins sans spécialisation. Dans plusieurs pays (Pays-Bas, Allemagne, Danemark, etc.), un décalage entre le nombre de diplômés et les places en spécialisation crée un réservoir de médecins non spécialisés, qui peuvent néanmoins exercer. En France, un tel réservoir n'existe pas. Cependant, le fait que les internes n'aient pas le statut de médecin a conduit à sous-estimer la densité médicale par rapport à tous les autres pays de l'UE et de l'OCDE jusqu'en 2025.

La France a progressivement relevé, depuis les années 2000, le numerus clausus puis l'objectif national de formation, atteignant 1,5 places pour 10 000 habitants depuis 2021. L'objectif national a été légèrement dépassé (1,6 étudiants pour 10 000 habitants depuis 2021). Si des annonces politiques ont été faites pour 2027, le processus de définition de nouveaux objectifs est encore en cours.

En comparaison, les recommandations de l'instance de planification des Pays-Bas sont restées stables autour de 1,6 places pour 10 000 habitants en entrée de formation depuis près de dix ans. Le taux réel d'étudiants en entrée de formation est légèrement supérieur (1,7). Si l'Allemagne n'a pas d'objectif d'entrée en formation, l'organisme de recherche des soins médicaux des caisses d'assurance a conduit récemment une étude statistique qui indique qu'il serait pertinent pour équilibrer l'offre et la demande afin d'avoir un taux de 1,7 étudiants pour 10 000 habitants jusqu'en 2030 puis d'amorcer une baisse à 1,5 puis 1,4 à partir de 2033. Le taux en Allemagne est de 1,2 étudiants en entrée de formation pour 10 000 habitants depuis 2011.

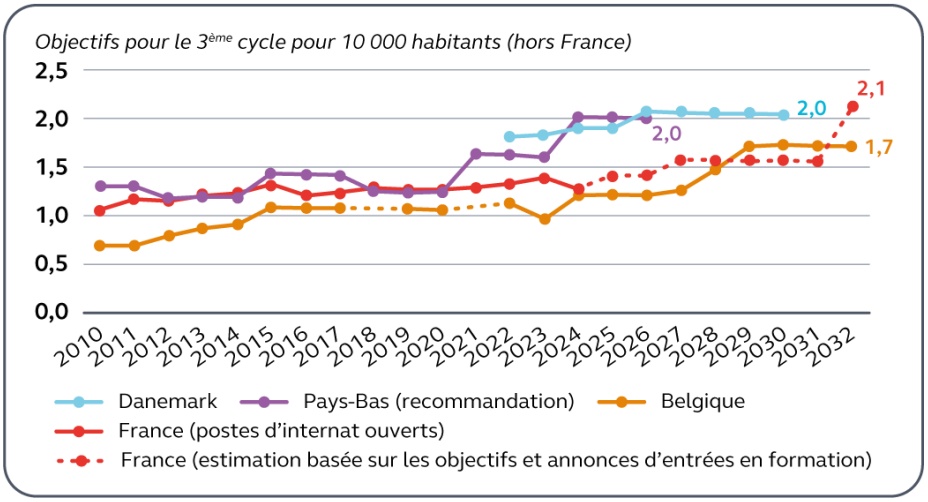
Quant à l'Angleterre, les objectifs présentés par le *National Health Institute* (NHS) n'ont pas encore été suivis d'effet. Le taux d'étudiants en entrée de formation a progressé à 1,2 pour 10 000 habitants en 2012 à 1,5 étudiants pour 10 000 habitants en 2021 et n'a pas augmenté en 2023. D'autres pays ajustent également leurs objectifs, souvent pour répondre à des enjeux spécifiques (réduction des médecins non spécialisés, évolution du temps de travail, etc.).

Enfin, la part de médecins formés à l'étranger varie fortement selon les pays : elle est élevée au Royaume-Uni, plus modérée en France. En 2021, le Royaume-Uni se distinguait avec 32 % de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, un chiffre nettement supérieur aux autres pays. La Belgique, la France et le Danemark en avaient respectivement 13 %, 12 % et 10 % ; les Pays-Bas seulement 4 %. En comparaison, la France se situait donc dans la moyenne. Les pays d'obtention des diplômes sont variés, reflétant en partie l'histoire propre de chaque pays. L'Allemagne comptait 14 % de médecins de nationalité étrangère.

La France semble avoir une intégration plus limitée des étudiants originaires d'autres pays de l'UE et hors UE comparée aux autres pays étudiés. La très grande majorité des postes d'internat en France en 2023 ont été pourvus par des étudiants de nationalité française (96 %), principalement formés en France (94 %). Parmi les étudiants qui entrent en internat, une très petite proportion d'étudiants ont une nationalité d'un pays de l'UE (3 %) ou d'un pays hors UE (1 %) ; ils sont formés en France (99 %). À titre de comparaison, les données sur les proportions d'étrangers parmi les étudiants en entrée de formation sont disponibles en Angleterre, en Allemagne, en Belgique et au Danemark, et les proportions se situaient entre environ 12 % et 22 % en 2021-2023.

La Belgique, les Pays-Bas et le Danemark relèvent graduellement les objectifs d'entrée en troisième cycle de médecine entre 1,7 et 2,0 places pour 10 000 habitants à l'horizon 2030 (voir graphique ci-après).

Graphique n° 13 : planification des besoins de formation de médecins, pharmaciens, dentistes et sage-femmes – Comparaison européenne



Source : Figure extraite du document de l'ONDPS : Planification des besoins de formation de médecins, pharmaciens, dentistes et sage-femmes – Comparaison européenne Octobre 2025 – Tome 2 – Synthèses

Annexe n° 3 : coût de la réforme du deuxième cycle et des nouvelles modalités d'accès au troisième cycle

Tableau n° 20 : dépenses engagées par l'université de Limoges pour l'organisation des nouvelles épreuves ECOS

	Dépenses				
	Matériel/ mannequins	RH Un poste à temps plein Gestion des patients standardisés, etc.	Patients Standardisés	Organisation générale Déplacements et accueil d'enseignants Logistique	**Total**
2023	48 916 €	18 000 €			**66 916 €**
2024	75 034 €	36 000 €	10 192 €	25 000 €	**86 909 €**
2025		36 200 €	8 640 €	27 615 €	**72 455 €**

Source : université de Limoges en réponse au questionnaire de la Cour des comptes

Tableau n° 21 : recettes prises en charge par la dotation et coûts pris sur fonds propres de l'université de Limoges pour l'organisation des ECOS

	Recettes	**Coût fonds propres facultés**
	Dotation ministère Crédits ECOS/simulation masse salariale uniquement	
2023	18 000 €	**48 916 €**
2024	46 192 €	**40 717 €**
2025	44 840 €	**27 615 €**

Source : université de Limoges en réponse au questionnaire de la Cour des comptes

Tableau n° 22 : dépenses du Centre national de gestion (CNG) pour l'organisation des épreuves d'accès au troisième cycle

	2022	2023	2024	2025	Report 2026	Total 2022-2025
Investissement (développement des applicatifs)	603 367 €	2 212 427 €	1 457 926 €	2 464 €	- €	4 286 184 €
Fonctionnement	3 949 699 €	5 585 413 €	8 158 000 €	7 774 726 €	732 887 €	25 467 838 €
Dépenses d'organisation (remboursement des UFR)	1 798 052 €	1 419 695 €	3 490 788 €	2 308 079 €	124 270 €	9 016 614 €
Location de tablettes	172 722 €	501 437 €	201 523 €	122 436 €	41 400 €	998 118 €
Maintenance des applicatifs	1 600 940 €	3 001 529 €	3 746 077 €	4 822 694 €	567 217 €	13 171 240 €
Dépenses de jury	17 355 €	15 015 €	30 420 €	12 870 €	- €	75 660 €
Dépenses diverses hors SI	149 231 €	278 814 €	296 878 €	52 195 €		777 118 €
Coût RH direct	211 399 €	368 923 €	392 314 €	456 452 €	- €	1 429 088 €
Total coût	**4 553 066 €**	**7 797 840 €**	**9 615 926 €**	**7 787 190 €**	**732 887€**	**29 754 022 €**

Source : Centre national de gestion (CNG) en réponse à la Cour des comptes

Annexe n° 4 : répartition des postes ouverts et pourvus par spécialité et par subdivision de 2017 à 2025

Tableau n° 23 : évolution des postes ouverts et pourvus de 2017 à 2025 par spécialité

Spécialités	2017	2025		TOTAL cumulé 2017 2025			Augmentation cumulée des créations de postes de 2017 à 2025
	Postes	Postes ouverts	Internes affectés	Postes ouverts	Internes affectés	% postes non pourvus	
Allergologie	27	35	35	272	272		29
Anatomie et cytologie pathologique	57	68	68	556	556		43
Anesthésie-réanimation	450	480	480	4 299	4 299		249
Biologie médicale	110	92	83	944	809	14 %	- 46
Chirurgie maxillo-faciale	24	26	26	230	230		14
Chirurgie orale	12	10	10	113	113		5
Chirurgie orthopédique et traumatologique	116	125	125	1 108	1 108		64
Chirurgie pédiatrique	24	36	36	249	249		33
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	27	25	25	247	247		4
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	25	28	28	231	231		6
Chirurgie vasculaire	29	25	25	243	243		- 18
Chirurgie viscérale et digestive	77	91	91	753	753		60
Dermatologie et vénérologie	91	104	104	896	896		77
Endocrinologie - diabétologie – nutrition	80	95	94	803	802		83
Génétique médicale	20	25	25	198	196	1 %	18
Gériatrie	200	177	177	1 720	1 503	13 %	- 80
Gynécologie médicale	64	80	80	735	735		159
Gynécologie-obstétrique	200	229	229	1 943	1 943		143
Hématologie	44	50	50	420	420		24
Hépato-Gastro-Entérologie	123	133	133	1 184	1 184		77
Maladies infectieuses et tropicales	49	53	53	477	477		36
Médecine cardiovasculaire	176	194	194	1 686	1 686		102
Médecine d'urgence	468	455	455	4 245	4 209	1 %	33
Médecine et santé au travail	137	102	99	1 079	808	25 %	- 154
Médecine générale	3306	3593	3550	31 624	31 019	2 %	1 870
Médecine intensive - réanimation	64	98	98	776	776		200
Médecine interne et immunologie clinique	113	125	125	1 124	1 124		107
Médecine légale et expertises médicales	27	26	26	237	237		- 6
Médecine nucléaire	31	37	37	304	304		25
Médecine physique et de réadaptation	95	99	99	896	896		41
Médecine vasculaire	44	49	49	420	420		24
Néphrologie	77	80	80	729	729		36
Neurochirurgie	21	28	28	232	232		43
Neurologie	122	130	130	1 163	1 163		65
Oncologie	118	126	126	1 099	1 099		37
Ophtalmologie	141	151	151	1 376	1 375		107
ORL et chirurgie cervico-faciale	77	80	80	738	738		45
Pédiatrie	317	389	389	3 120	3 120		267
Pneumologie	116	130	130	1 121	1 121		77
Psychiatrie	505	563	475	4 830	4 274	12 %	285
Radiologie et imagerie médicale	248	259	259	2 310	2 310		78
Rhumatologie	83	86	86	776	776		29
Santé publique	84	71	34	757	513	32 %	1
Urologie	62	61	61	557	557		- 1
Total général	**8 281**	**8 919**	**8 738**	**78 820**	**76 752**	**2,62 %**	**4 291**

Source : arrêtés annuels fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés, par spécialité et par subdivision territoriale, au titre de l'année universitaire et données Medshake.net

Tableau n° 24 : évolution des postes ouverts et pourvus de 2017 à 2025 par subdivision

	2017			2025			Évolution 2017 – 2025		
	Postes ouverts	Internes affectés	% postes non pourvus	Postes ouverts	Internes affectés	% postes non pourvus	% moyen postes non pourvus	Augmentation nombre de postes ouverts 2017 2025	
Aix-Marseille	398	398	0 %	436	432	1 %	0,3 %	38	8,7 %
Amiens	223	212	5 %	246	239	3 %	3,6 %	23	9,3 %
Angers	228	227	0 %	240	232	3 %	2,1 %	12	5,0 %
Besançon	199	196	2 %	203	198	2 %	3,8 %	4	2,0 %
Bordeaux	363	363	0 %	372	369	1 %	0,4 %	9	2,4 %
Brest	200	189	6 %	208	204	2 %	4,4 %	8	3,8 %
Caen	247	214	13 %	239	232	3 %	6,4 %	- 8	- 3,3 %
Clermont-Ferrand	211	205	3 %	226	214	5 %	6,8 %	15	6,6 %
Dijon	236	226	4 %	245	230	6%	6,9%	9	3,7 %
Grenoble	222	220	1 %	235	221	6 %	1,9 %	13	5,5 %
Île-de-France	1451	1306	10 %	1586	1562	2 %	2,7 %	135	8,5 %
Lille	529	520	2 %	522	518	1 %	1,2 %	- 7	- 1,3 %
Limoges	133	114	14 %	164	162	1 %	7,3 %	31	18,9 %
Lyon	389	388	0 %	407	405	0 %	0,4 %	18	4,4 %
Martinique / Guadeloupe	165	165	0 %	207	203	2 %	2,6 %	42	20,3 %
Montpellier	313	313	0 %	335	335	0 %	0,4 %	22	6,6 %
Nancy	309	305	1 %	325	305	6 %	3,8 %	16	4,9 %
Nantes	248	247	0 %	260	259	0 %	0,6 %	12	4,6 %
Nice	162	162	0 %	177	176	1 %	0,2 %	15	8,5 %
Océan Indien	109	109	0 %	141	141	0 %	0,7 %	32	22,7 %
Poitiers	248	243	2 %	245	236	4 %	4,6 %	- 3	- 1,2 %
Reims	202	191	5 %	222	213	4 %	3,8 %	20	9,0 %
Rennes	242	241	0 %	247	241	2 %	2,0 %	5	2,0 %
Rouen	262	253	3 %	280	278	1 %	2,9 %	18	6,4 %
Saint-Étienne	164	164	0 %	183	176	4 %	2,0 %	19	10,4 %
Strasbourg	273	271	1 %	291	286	2 %	0,7 %	18	6,2 %
Toulouse	335	335	0 %	355	354	0 %	0,6 %	20	5,6 %
Tours	220	201	9 %	322	317	2 %	3,3 %	102	31,7 %
Total général	**8 281**	**7 978**	**4 %**	**8 919**	**8 738**	**2 %**	**2,5 %**	**638**	**7,2 %**

Source : arrêtés annuels fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés, par spécialité et par subdivision territoriale, au titre de l'année universitaire et données Medshake.net

Annexe n° 5 : lieu du cycle d'études et choix géographique d'installation

Tableau n° 25 : pourcentage de médecins s'installant dans la région d'obtention de leur diplôme, par type de spécialité (en %)

Région d'obtention du diplôme	Médecine générale	Autres spécialités
Alsace	73,5	82,7
Guadeloupe-Guyane-Martinique	48,7	34,9
Aquitaine	56,1	67,4
Auvergne	82,5	71,1
Basse-Normandie	82,5	78,9
Bourgogne	67,7	68,1
Bretagne	83,3	80,8
Centre	67,5	69,4
Champage-Ardennes	71,7	57,5
Franche-Comté	77,6	67
Haute-Normandie	82,3	74,8
Île-de-France	79,7	87,4
Languedoc-Roussillon	66	83,2
Limousin	64,2	63,8
Lorraine	82	76,9
Midi-Pyrénées	76,7	81,1
Nord	82,1	82,9
Pays de la Loire	78,9	82,7
Picardie	80,3	58,7
Poitou-Charentes	66,8	65
Provence-Alpes-Côte d'Azur	77,5	85,8
Rhône-Alpes	79,6	83,5

Source : RPPS, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025
Lecture : Parmi les diplômés en médecine générale ayant obtenu leur diplôme en Aquitaine, 56 % s'installent en Aquitaine, en moyenne au cours des années 2022 à 2025.

Annexe n° 6 : attractivité des subdivisions

Tableau n° 26 : mesure de l'attractivité des subdivisions en fonction du rang de classement aux épreuves d'accès du troisième cycle et du nombre de postes non pourvus

	Selon rang de classement aux ECN 2024				Selon nombre de postes ouverts non pourvus						
					2017			2025			*% postes non pourvus de 2017 à 2025*
Subdivision	*Premier affecté*	*Moyen*	*Dernier affecté*	*Indicateur d'attractivité*	*Postes ouverts*	*Internes affectés*	*% postes non pourvus*	*Postes ouverts*	*Internes affectés*	*% postes non pourvus*	
Lyon	14	2 761	7 816	0,34	389	388	0 %	407	405	0 %	0,4 %
Grenoble	4	3 023	7 573	0,37	222	220	1 %	235	221	6 %	1,9 %
Bordeaux	11	3 134	7 732	0,38	363	363	0 %	372	369	1 %	0,4 %
Rennes	17	3 312	7 668	0,40	242	241	0 %	247	241	2 %	2,0 %
Montpellier	3	3 336	7 765	0,42	313	313	0 %	335	335	0 %	0,4 %
Nantes	1	3 560	7 807	0,42	248	247	0 %	260	259	0 %	0,6 %
Marseille	44	3 366	7 805	0,42	398	398	0 %	436	432	1 %	0,3 %
Nice	63	3 524	7 726	0,44	162	162	0 %	177	176	1 %	0,2 %
Île-de-France	2	3 557	7 814	0,44	1 451	1 306	10 %	1 586	1 562	2 %	2,7 %
Strasbourg	67	3 716	7 743	0,45	273	271	1 %	291	286	2 %	0,7 %
Toulouse	8	3 699	7 817	0,46	335	335	0 %	355	354	0 %	0,6 %
Angers	206	3 861	7 674	0,46	228	227	0 %	240	232	3 %	2,1 %
Clermont-Ferrand	48	3 979	7 815	0,47	211	205	3 %	226	214	5 %	6,8 %
Lille	19	3 819	7 761	0,48	529	520	2 %	522	518	1 %	1,2 %
Océan Indien	189	3 902	7 587	0,49	109	109	0 %	141	141	0 %	0,7 %
Limoges	162	4 530	7 766	0,49	133	114	14 %	164	162	1 %	7,3 %
Besançon	94	4 358	7 812	0,51	199	196	2 %	203	198	2 %	3,8 %
Dijon	86	4 374	7 748	0,52	236	226	4 %	245	230	6 %	6,9 %
Brest	194	4 228	7 673	0,53	200	189	6 %	208	204	2 %	4,4 %
Saint-Étienne	162	4 334	7 793	0,53	164	164	0 %	183	176	4 %	2,0 %
Rouen	166	4 425	7 801	0,53	262	253	3 %	280	278	1 %	2,9 %
Caen	84	4 537	7 791	0,55	247	214	13 %	239	232	3 %	6,4 %
Reims	123	4 606	7 689	0,55	202	191	5 %	222	213	4 %	3,8 %
Nancy	80	4 543	7 803	0,56	309	305	1 %	325	305	6 %	3,8 %
Tours	246	4 649	7 811	0,56	220	201	9 %	322	317	2 %	3,3 %
Poitiers	51	4 782	7 730	0,58	248	243	2 %	245	236	4 %	4,6 %
Amiens	179	4 913	7 813	0,60	223	212	5 %	246	239	3 %	3,6 %
Antilles-Guyane	601	5 072	7 813	0,62	165	165	0 %	207	203	2 %	2,6 %
Ensemble	**1**	**3 858**	**7 817**		**8 281**	**7 978**	**4 %**	**8 919**	**8 738**	**2 %**	**2,5 %**

Source : données ONDPS pour les rangs de classements aux EDN (partie gauche du tableau), arrêtés annuels fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés, par spécialité et par subdivision territoriale, au titre de l'année universitaire et données Medshake.net (partie droite du tableau).

Annexe n° 7 : le statut de PU/PH et l'enjeu d'attractivité

Origine et grands principes du statut enseignant et hospitalier

Le statut enseignant hospitalier a été créé par un décret du 24 septembre 1960 pris sur le fondement de l'ordonnance du 30 décembre 1958 établissant les centres hospitaliers universitaires. Il s'inscrit donc dans la logique de la profonde réforme du système de soins conçue par le professeur Robert Debré. Jusqu'alors les filières universitaires et hospitalières étaient distinctes et les enseignants de médecine n'exerçaient pas à l'hôpital mais développaient plutôt une activité libérale en ville, en parallèle de leur activité d'enseignement. Les étudiants qui ne réussissaient pas l'internat ne recevaient par ailleurs qu'une formation théorique, sans réelle pratique médicale. La création du statut hospitalo-universitaire visait donc à améliorer la formation des médecins et développer la recherche médicale.

Le statut a été conçu à partir du statut universitaire préexistant et a été complété d'indemnités hospitalières n'ouvrant jusqu'à récemment pas droit à pension. Il a été étendu en 1990 aux chirurgiens-dentistes puis en 2006 aux pharmaciens mais a sinon très peu évolué jusqu'en 2021. Le décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires a fusionné les corps des trois disciplines médicale, odontologique et pharmaceutique et constitue désormais leur texte statutaire de référence, en complément des dispositions législatives fondant ce statut (articles L 952-21 à 23. du code de l'éducation).

En vertu du principe constitutionnel d'indépendance des enseignants chercheurs, qui s'applique au personnel hospitalo-universitaire, les mesures individuelles relatives au recrutement et à la carrière relèvent du Conseil national des universités pour les disciplines de santé (CNU santé), composé de PU-PH et MCU-PH élus par leurs pairs. Le CNU santé est composé, pour les disciplines médicales, de 15 sections et 53 sous-sections, qui ne correspondent donc pas exactement aux 44 spécialités d'internat. Les membres du CNU santé composent les jurys chargés d'examiner les candidatures aux concours de PU-PH et MCU-PH ainsi que les commissions qui étudient les dossiers des candidats à un emploi de PHU. Les avancements de grade et à l'échelon exceptionnel sont prononcés par les ministres chargés de l'enseignement et de la santé sur proposition de la section compétente du CNU santé.

Les mesures prises depuis 2021 pour renforcer l'attractivité du statut d'enseignant et hospitalier

Pour faire face au déclin de l'attractivité du statut hospitalo-universitaire, à partir du Ségur de santé de 2020, une réflexion a été conduite entre les ministères et les conférences pour améliorer le statut hospitalo-universitaire, aboutissant à de nombreux textes et mesures entre 2021 et 2024. Le statut a été réformé en profondeur pour la première fois depuis 1960 avec le décret du 13 décembre 2021, complété ensuite par le décret du 16 octobre 2024. Outre la fusion des corps jusqu'alors distincts pour les trois filières de médecine, odontologie et pharmacie, ces textes ont simplifié les règles de recrutement en assouplissant les conditions de mobilité exigées pour présenter le concours de PUPH (possibilité de faire sa mobilité dans une autre UMR de son université, exigence de mobilité satisfaite par l'obtention d'un doctorat préalablement au deuxième cycle, ou prise en compte à hauteur de six mois en cas d'obtention d'un master recherche ou d'un double cursus sciences-santé préalablement au deuxième cycle, etc.), en prévoyant une dispense d'habilitation à diriger des recherches pour les candidats justifiant d'une expérience professionnelle de recherche de plus de huit ans ou encore en ouvrant de nouvelles voies d'accès, notamment à la 1ère classe et la classe exceptionnelle de PUPH pour attirer des chercheurs étrangers ou enseignants français exerçant à l'étranger.

Pour répondre aux difficultés liées au temps de travail, une garantie de préservation du temps universitaire a été introduite dans le statut et les établissements sont tenus d'établir un projet de service formalisant le cadre d'exercice des missions des équipes hospitalo-universitaires. La possibilité de demander un temps partiel pour convenances personnelles a également été introduite.

La rémunération des personnels a été augmentée par plusieurs mesures : la création d'une prime d'enseignement supérieur et de recherche, payée par l'université, et d'une prime d'exercice territorial complétant les émoluments hospitaliers, pour ceux qui exercent dans plusieurs établissements ou sites et, pour les titulaires, l'ajout de nouveaux échelons dans la grille hospitalière. Les personnels hospitalo-universitaires ont en outre bénéficié dès 2020 du relèvement à 1 010 € de l'indemnité d'engagement de service public exclusif, comme les praticiens hospitaliers.

Enfin, les droits sociaux ont également été améliorés, en particulier avec l'introduction d'une cotisation sur les émoluments hospitaliers ouvrant droit à pension auprès de l'IRCANTEC et l'augmentation de la contribution employeur sur les plans d'épargne retraite des personnels hospitalo-universitaires.

Une attractivité qui reste à conforter en début de carrière

Ces mesures sont encore trop récentes pour évaluer leur effet sur l'attractivité du statut hospitalo-universitaire dans la durée. Ce sont en effet des tendances de long terme qu'il faut modifier.

Les femmes restent minoritaires dans le corps des PU-PH : elles ne représentent que 25 % de ces derniers alors qu'elles sont désormais majoritaires dans le corps des MCU-PH de médecine (51,1 % au 1er janvier 2025). Certes, la part des femmes a continûment augmenté depuis le début des années 90, puisqu'elles ne représentaient alors que 6 % des PU-PH, mais elles constituaient déjà 45 % des effectifs de MCU-PH.

Annexe n° 8 : méthodologie d'estimation du coût de la formation de troisième cycle et de son évolution

Méthodologie retenue pour l'estimation du coût actuel du troisième cycle

En l'absence de méthode préexistante d'établissement de ce coût et de données de projection définitivement établies sur l'évolution des effectifs, la Cour s'est efforcée d'estimer un ordre de grandeur du coût de la formation du troisième cycle et de son évolution prévisionnelle à partir des éléments dont elle disposait et de quelques hypothèses. Des travaux en cours à la DREES et à l'IGAS devraient permettre de continuer à progresser sur ces analyses.

La Cour n'a pu prendre en compte qu'un certain nombre de postes de dépenses, pour l'essentiel constituant de la masse salariale. Pour établir le coût de la formation en 2024, les postes de dépenses suivants ont été retenus et ont nécessité certains retraitements :

Rémunération des internes et docteurs juniors :

Elle est calculée à partir des données de rémunération brute figurant dans les comptes financiers des hôpitaux (comptes de rémunération principale, de gardes et d'astreintes 64241, 642421 et 642422 pour les internes et 64245, 642461, 642462 pour les docteurs juniors). Des retraitements ont été effectués pour retirer la rémunération des faisant fonction d'internes et des étudiants de pharmacie et d'odontologie. Un taux de 44 % de cotisations patronales (taux retenu par la DGOS pour calculer le coût de référence des internes pour le financement de la formation médicale) a enfin été appliqué à l'ensemble de la rémunération.

L'ensemble de ces calculs et retraitements aboutit à un coût chargé des internes et docteurs juniors en médecine de **2 153 M€ en 2024**.

Rémunération universitaire des personnels enseignants :

Cette rémunération a été calculée à partir des fichiers de paie 2019-2024 en incluant toutes les lignes de paie et de charges employeur, y compris la contribution au CAS pension. En 2024, la rémunération brute s'élève à 486,9 M€. La rémunération chargée y compris contribution au CAS pensions s'élève à 864,8 M€. La part liée à la mission d'enseignement a été conventionnellement fixée à 50 %, hypothèse retenue également par le MESRE dans le cadre du projet de comptabilité analytique des formations, P2CA.

La part attribuée au troisième cycle a été conventionnellement fixée à 55 %, correspondant à la part des étudiants de troisième cycle parmi les étudiants de deuxième et troisième cycle.

239 M€ ont donc été retenus au total dans le coût du troisième cycle en 2024.

Rémunération hospitalière des personnels enseignants :

Plutôt que de partir de la seule rémunération hospitalière du personnel hospitalo-universitaire, il est apparu préférable de prendre le montant de la dotation de compensation des missions d'enseignement pour tenir compte du temps d'enseignement de tous les personnels hospitaliers, particulièrement mobilisés sur l'encadrement des internes (459,5 M€ pour 2024). Cette dotation a été répartie au prorata des effectifs du deuxième et troisième cycle (55 %). **254 M€ ont été retenus dans le coût du troisième cycle en 2024.**

Honoraires pédagogiques des maîtres de stage :

Un recensement des honoraires remboursés a été effectué auprès des ARS (36,9 M€). Une répartition des maîtres de stage entre rémunération par honoraires ou salaires a été estimée à partir des données des ARS qui ont complété la répartition des coûts.

Coûts non pris en compte

Le coût des contrats d'engagement de service public n'a pas été intégré.

Pour apprécier de manière complète le coût de la formation du troisième cycle, il conviendrait d'ajouter le coût des personnels administratifs mobilisés pour cette formation au sein des universités et des CHU mais également dans une moindre mesure au sein des centres hospitaliers et des départements des ressources humaines en santé des agences régionales de santé. La charge administrative liée à la formation est en effet très significative compte tenu des deux campagnes annuelles de stages, du nombre de spécialités et de la gestion statutaire et de paye des internes en leur qualité d'agent public et va croître avec l'augmentation des effectifs.

L'enseignement de la médecine nécessite également d'acquérir des équipements de simulation coûteux, qui permettent aux étudiants de s'entrainer sur des situations de soins proches de la réalité, sans risque pour le patient. Il engendre également des dépenses de fonctionnement dans les universités et les hôpitaux.

Il n'a toutefois pas été possible d'établir une estimation de ces différents coûts de support dans le temps imparti pour ce rapport. Le coût estimé pour la formation du troisième cycle est donc un minorant.

Estimation de la rémunération des PAMSU pour les stages de docteur junior en médecine générale

Les montants calculés intègrent les honoraires pédagogiques, la prime d'exercice en zone d'intervention prioritaire ZIP (hypothèse de 10 % des maîtres de stage) et la prime de supervision de la permanence des soins ambulatoires (hypothèse de 50 % des maîtres de stage). La rémunération liée à la perception du ticket modérateur et à la compensation conditionnée à la part de la patientèle exonérée a été estimée à 1 200 €, montant de l'indemnité de compensation des charges pédagogiques à laquelle elle s'est substituée, à défaut d'éléments de chiffrage plus précis.

Il a été fait l'hypothèse que le coût était augmenté de 41,7 % en salariat, comme c'est le cas pour les honoraires pédagogiques et que la répartition des maîtres de stage entre salariat et honorariat était de 37 %/63 %. Le calcul est fait sur la base de 3 550 docteurs juniors, ce qui correspond au nombre d'internes en médecine générale de la promotion entrée en troisième cycle 2025 mais également à la moyenne des entrées au cours de la période 2020-2025. Le nombre d'entrées de la promotion 2023 (qui sera la première à effectuer une première année e 2026) est plus élevé (3 907) mais atypique du fait des perturbations liées à la réforme du concours d'accès. Il en ressort un **coût de 95 M€**.

Impact de l'allongement de la durée des DES

Par convention, les effectifs retenus pour toutes les spécialités pour calculer le coût d'une année supplémentaire pour une promotion sont ceux de la promotion entrée en novembre 2025. Le coût par interne correspond au coût actuel d'un interne de quatrième année pour les DES passés de 4 à 5 ans, et d'un docteur junior de deuxième année pour les DES passés de 5 à 6 ans, considérant que le coût de l'année de docteur junior a déjà été pris en compte au titre de la création de ce statut. Pour la médecine générale, est pris en compte le coût de l'année de docteur junior (y compris prime forfaitaire à l'activité ainsi que, pour 10 % d'entre eux d'une prime ZIP mais sans prise en compte du nouveau dispositif d'indemnités de participation à la permanence des soins ambulatoires introduit par arrêté du 13 mai 2026, à défaut d'éléments pour en calibrer le surcoût par rapport aux indemnités de gardes et astreintes hospitalières) ainsi que les honoraires complémentaires de maîtres de stage calculés précédemment.

Le coût des **allongements dont l'impact budgétaire est déjà intervenu** est de **61 M€**. Celui des **allongements de la médecine générale et de la psychiatrie**, qui auront un effet à partir de novembre 2026, est de **298 M€** en année pleine.

Impact de l'évolution des effectifs

L'évolution des effectifs part d'un effectif de 39 100 internes et docteurs juniors en médecine en 2024 (cf. tableau n° 3 de l'introduction). L'allongement des DES de médecine générale les porteraient à 43 125. Au vu des données provisoires de projection du nombre d'étudiants inscrits en troisième cycle au-delà de 2025, il a été retenu une fourchette de taux d'augmentation de 15 à 20 % des effectifs d'internes et docteurs juniors à partir de leur nombre estimé en 2027 après impact des allongements de la médecine générale et de la psychiatrie. Ces taux conduisent à des effectifs entre 49 594 et 51 750 internes et docteurs juniors.

Cette évolution devrait conduire à une augmentation des rémunérations des internes et des honoraires de maîtres de stage dans les mêmes proportions. L'augmentation du nombre de personnels enseignants est moins automatique dans son ampleur mais reste néanmoins nécessaire. Elle est prise en compte en fourchette haute, avec l'hypothèse sans doute maximaliste d'une augmentation de même ampleur que celle des effectifs d'internes et de docteurs juniors à partir de 2024.

Évolution de la rémunération du personnel hospitalo-universitaire et universitaire de médecine générale

Si la rémunération hospitalière des personnels HU n'a pas été utilisée pour calculer le coût du troisième cycle, elle a néanmoins été établie pour pouvoir déterminer la rémunération totale des personnels HU qui ne constitue pas une donnée facilement disponible. Le calcul repose sur des données issues des comptes financiers des hôpitaux mais qui ne portent que sur la rémunération brute hors indemnités de gardes et astreintes (comptes 642121, 642122, 642123, 642331, 642332, 642333). Les indemnités de gardes et astreintes et les charges patronales n'ont pas pu être établies à partir des comptes financiers, car elles sont globalisées avec le reste du personnel médical. Il n'a donc pas été tenu compte des gardes et astreintes.

Annexe n° 9 : la rémunération des internes et docteurs juniors

Les internes et docteurs juniors, en tant qu'agents publics, bénéficient d'une rémunération qui progresse tout au long de la scolarité pour tenir compte de leur contribution croissante à l'activité de soins. Elle est composée d'un traitement de base auquel s'ajoute une prime (indemnité de sujétions particulières en première et deuxième année, prime de responsabilité pour les internes de quatrième et cinquième année, prime d'autonomie supervisée pour les docteurs juniors), sauf en troisième année. Leur rémunération principale varie entre 24 658,21 € et 34 495,49 € bruts annuels.

À cette rémunération de base s'ajoutent des indemnités compensatrices d'avantages en nature pour l'hébergement et la nourriture pour ceux qui ne sont pas nourris et logés. Des indemnités complémentaires peuvent en outre être versées pour certains types de stages (prime de responsabilité pour les internes de médecine générale en stage autonome de soins primaires ambulatoires supervisés – SASPAS ; indemnité forfaitaire d'hébergement pour ceux qui effectuent un stage ambulatoire en zone sous-dense sans bénéficier d'un logement gratuit ou d'une aide financière ; indemnité forfaitaire de transport pour les internes effectuant un stage ambulatoire à plus de 15 km de leur domicile et de leur CHU de rattachement). Certains étudiants ont par ailleurs signé un contrat d'engagement de service public leur permettant de bénéficier d'une indemnité complémentaire en contrepartie d'un engagement d'exercer ultérieurement dans des lieux en manque de médecins, définis réglementairement, pour une durée égale à celle de perception de l'allocation (1 889 étudiants de troisième cycle en médecine sont concernés au 31 décembre 2024).

Enfin, les internes sont rémunérés en fonction des gardes et astreintes effectuées (234,80 € pour une garde dans le cadre du service normal[134] ; 422,03 € pour les gardes supplémentaires[135] ; forfait de 31,89 € pour une astreinte à laquelle s'ajoutent entre 78,26 € et 156,53 € en cas d'intervention). Les internes et docteurs juniors en établissements publics de santé doivent effectuer une garde de nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois dans le cadre de leur service normal mais ils peuvent être amenés à effectuer davantage de gardes. Les docteurs juniors peuvent également être autorisés par leur directeur d'établissement à effectuer des gardes de médecin senior et bénéficient dans ce cas d'une indemnisation plus élevée.

Le CHU de rattachement prend en charge la rémunération des internes et docteurs juniors quand ils sont en stage au CHU mais également pour tout stage extrahospitalier (cabinet libéral, établissement de santé privé à but lucratif ou non, etc.). Quand ils sont en stage dans un centre hospitalier, c'est en revanche ce dernier qui leur verse leur rémunération.

[134] Il s'agit d'une garde effectuée dans le temps de travail correspondant aux huit demi-journées par semaine que l'interne doit consacrer à son stage.

[135] Montant pour une garde d'une nuit ou d'un dimanche ou jour férié, dont le temps de travail s'ajoute aux huit demi-journées par semaine.

Annexe n° 10 : répartition géographique des internes en stages

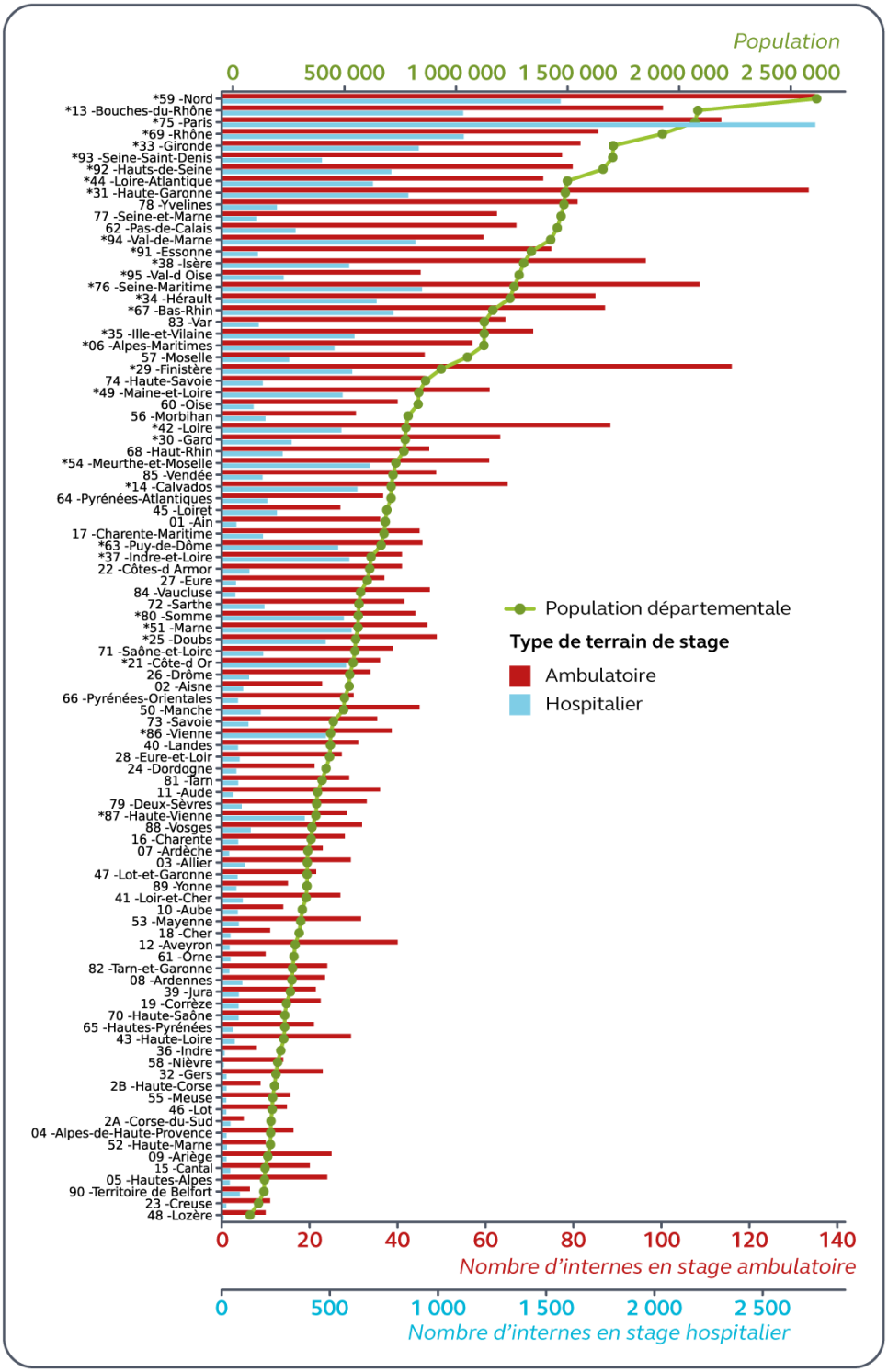
Tableau n° 27 : nombre d'internes en stages par département pour le semestre d'hiver 2024 (en ETP)

Département	Stage extrahospitalier	Stage hospitalier	Stage ambulatoire	Total
01 -Ain		68,0	36,1	104,1
02 -Aisne	2,3	99,0	22,8	124,2
03 -Allier		107,8	29,4	137,2
04 -Alpes-de-Haute-Provence	2,5	22,2	16,3	41,0
05 -Hautes-Alpes		38,0	24,0	62,0
*06 -Alpes-Maritimes	10,3	521,0	57,0	588,3
07 -Ardèche		35,0	23,0	58,0
08 -Ardennes		95,5	23,5	119,0
09 -Ariège		22,0	25,0	47,0
10 -Aube		74,0	14,0	88,0
11 -Aude	0,5	55,0	36,0	91,5
12 -Aveyron	2,0	36,5	40,0	78,5
*13 -Bouches-du-Rhône	17,5	1115,8	100,3	1233,7
*14 -Calvados	14,0	627,0	65,0	706,0
15 -Cantal		39,0	20,1	59,1
16 -Charente	2,0	76,5	28,0	106,5
17 -Charente-Maritime		190,5	45,0	235,5
18 -Cher		40,5	11,0	51,5
19 -Corrèze	1,0	78,3	22,5	101,8
*21 -Côte-d Or	12,0	574,5	36,0	622,5
22 -Côtes-d'Armor	2,0	128,5	41,0	171,5
23 -Creuse		21,0	11,0	32,0
24 -Dordogne		67,5	21,1	88,6
*25 -Doubs	12,0	480,2	48,9	541,1
26 -Drôme	2,0	126,0	33,8	161,8
27 -Eure		66,0	37,0	103,0
28 -Eure-et-Loir		82,6	27,3	109,9
*29 -Finistère	14,0	603,0	116,0	733,0
2A -Corse-du-Sud		40,0	5,0	45,0
2B -Haute-Corse	4,0	22,0	8,8	34,8
*30 -Gard		323,0	63,3	386,3
*31 -Haute-Garonne	21,0	862,0	133,5	1016,5
32 -Gers		22,0	23,0	45,0
*33 -Gironde	33,0	910,8	81,6	1025,4
*34 -Hérault	31,0	715,5	85,0	831,5
*35 -Ille-et-Vilaine	19,5	613,7	70,8	704,0
36 -Indre		14,0	8,0	22,0
*37 -Indre-et-Loire	7,0	590,0	41,0	638,0
*38 -Isère	8,0	589,3	96,4	693,7
39 -Jura	2,0	79,2	21,4	102,6
40 -Landes		75,0	31,1	106,1
41 -Loir-et-Cher	1,0	97,5	27,0	125,5
*42 -Loire	5,5	552,8	88,4	646,6
43 -Haute-Loire	0,3	60,0	29,4	89,8
*44 -Loire-Atlantique	12,0	698,5	73,1	783,6
45 -Loiret	4,0	255,0	27,0	286,0
46 -Lot		21,5	14,8	36,3
47 -Lot-et-Garonne	2,0	73,5	21,5	97,0
48 -Lozère		9,0	10,0	19,0

Département	Stage extrahospitalier	Stage hospitalier	Stage ambulatoire	Total
*49 -Maine-et-Loire	13,0	558,8	60,9	632,8
50 -Manche	2,0	180,5	45,0	227,5
*51 -Marne	1,5	600,8	46,8	649,0
52 -Haute-Marne		24,0	10,0	34,0
53 -Mayenne	2,0	79,5	31,7	113,2
*54 -Meurthe-et-Moselle	4,7	685,1	60,8	750,6
55 -Meuse		21,1	15,6	36,7
56 -Morbihan	4,0	202,0	30,5	236,5
57 -Moselle	3,5	311,5	46,2	361,2
58 -Nièvre	1,0	10,0	14,0	25,0
*59 -Nord	27,0	1566,5	135,0	1728,5
60 -Oise	5,3	147,0	40,0	192,3
61 -Orne	5,0	40,5	10,0	55,5
62 -Pas-de-Calais	4,0	341,0	67,0	412,0
*63 -Puy-de-Dôme	11,5	538,2	45,7	595,3
64 -Pyrénées-Atlantiques	3,0	212,0	36,7	251,7
65 -Hautes-Pyrénées		52,0	21,0	73,0
66 -Pyrénées-Orientales	1,0	75,0	30,0	106,0
*67 -Bas-Rhin	8,5	793,8	87,2	889,4
68 -Haut-Rhin	1,6	281,8	47,2	330,6
*69 -Rhône	19,0	1119,0	85,6	1223,6
70 -Haute-Saône	1,0	78,3	13,6	92,9
71 -Saône-et-Loire	1,0	191,5	39,0	231,5
72 -Sarthe	3,0	197,5	41,5	242,0
73 -Savoie	3,0	123,2	35,4	161,6
74 -Haute-Savoie	1,0	189,8	46,3	237,2
*75 -Paris	48,2	2743,5	113,6	2905,2
*76 -Seine-Maritime	8,0	925,7	108,7	1042,3
77 -Seine-et-Marne	0,8	163,7	62,6	227,1
78 -Yvelines	6,0	255,5	81,0	342,4
79 -Deux-Sèvres	1,0	92,0	33,0	126,0
*80 -Somme	10,7	564,8	44,0	619,5
81 -Tarn		76,5	29,0	105,5
82 -Tarn-et-Garonne		36,0	24,0	60,0
83 -Var	4,0	171,0	64,5	239,5
84 -Vaucluse	1,0	63,0	47,3	111,3
85 -Vendée	5,0	188,7	48,8	242,5
*86 -Vienne	5,0	481,5	38,7	525,2
*87 -Haute-Vienne	2,0	383,7	28,5	414,2
88 -Vosges	2,0	133,7	31,9	167,6
89 -Yonne	1,0	67,5	15,1	83,6
90 -Territoire de Belfort		84,0	6,4	90,4
*91 -Essonne	2,6	167,6	75,0	245,1
*92 -Hauts-de-Seine	8,3	783,9	79,8	872,1
*93 -Seine-Saint-Denis	14,3	462,8	77,4	554,6
*94 -Val-de-Marne	8,0	894,6	59,6	962,2
*95 -Val-d Oise	3,7	286,4	45,3	335,3

Notes : les départements précédés d'un astérisque hébergent un site hospitalier appartenant à un CHU. Stages de novembre 2024 à avril 2025 en France métropolitaine.
Sources : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions

Graphique n° 14 : répartition départementale du nombre d'internes en stage ambulatoire et hospitalier en fonction de la population



Notes : les départements précédés d'un astérisque hébergent un site hospitalier appartenant à un CHU. Stages de novembre 2024 à avril 2025 en France métropolitaine.
Sources : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions

Tableau n° 28 : densité des internes en stage et densité médicale (pour 100 000 habitants)

	Densité des internes en stage hospitalier	Densité des internes en stage ambulatoire	Densité des internes en stage extrahospitalier	Densité des internes en stage	Densité médicale
Moyenne des départements avec CHU	68,7	6,9	1,1	76,7	386,4
Moyenne des départements sans CHU	21,9	7,4	0,3	29,7	270,0
Moyenne départementale nationale	37,5	7,3	0,6	45,4	308,8

Notes : stages de novembre 2024 à avril 2025 en France métropolitaine.
Sources : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions. La densité des internes a été calculée à partir des estimations de population de l'Insee au 1er janvier 2024 et la densité médicale est issue de données produites par la DREES

Annexe n° 11 : le temps de travail des internes

Pendant longtemps, le temps de travail des internes français n'était pas encadré dans des termes compatibles avec le droit européen. En 2013, la Commission européenne a mis la France en demeure de mettre sa réglementation en conformité avec la directive 2003/88/CE, qui plafonne le temps de travail à 48 heures hebdomadaires À la suite d'un avis motivé émis par la Commission européenne en mars 2014, la France a présenté le 31 juillet 2014 un projet de réforme du temps de travail des médecins en formation.

Le statut des internes et leurs obligations de service ont ainsi été modifiés par le décret du 26 février 2015 qui pose les principes suivants, tels que codifiés aux articles R.6153-1 à R.6153-44 du Code de la santé publique[136].

- Le temps de travail de l'interne est limité à 48 heures hebdomadaires moyennées sur trois mois. Il inclut les gardes, les astreintes, un quart d'heure de pause par demi-journée, et la demi-journée de formation universitaire.
- Les obligations de service des internes sont réparties sur dix demi-journées par semaine : 8 demi-journées de service effectif dans la structure d'accueil, une demi-journée de formation universitaire et une demi-journée de formation en autonomie (non incluse dans les 48h). Un interne ne peut être sollicité au-delà de 24 heures consécutives.
- La garde de nuit débute au plus tôt à 18h30 et prend fin le lendemain à 8h30, et toute garde effectuée s'intègre dans la limite des 48 heures hebdomadaires.
- Un système de récupération est instauré en cas de dépassement de la durée moyenne prévue, d'une part pour le temps en stage et d'autre part pour le temps en formation sur un trimestre.

Les tableaux de service sont opposables avec un droit de recours, en premier lieu par recours hiérarchique (l'interne saisit d'abord le directeur de sa structure d'accueil et le doyen de sa faculté) puis par saisine directe du directeur de l'ARS par les représentants des internes pouvant conduire à une sanction de perte d'agrément pour les stages ne respectant pas la réglementation.

Saisi par des syndicats d'internes et de praticiens (ISNI, Jeunes Médecins et Action Praticiens Hôpital), le Conseil d'État a précisé les obligations des établissements de santé pour garantir le respect du plafond de 48 heures par semaine pour les praticiens hospitaliers et les internes.

Dans sa décision en date du 22 juin 2022 (CE, cinquième et sixième chambres réunies, n° 446944, Intersyndicale nationale des internes), le Conseil d'État a jugé que les obligations de service des internes, définies dans les établissements publics de santé en demi-journées, n'ont pas à être converties en heures pour assurer le respect du plafond de 48 heures par semaine, en moyenne sur trois mois.

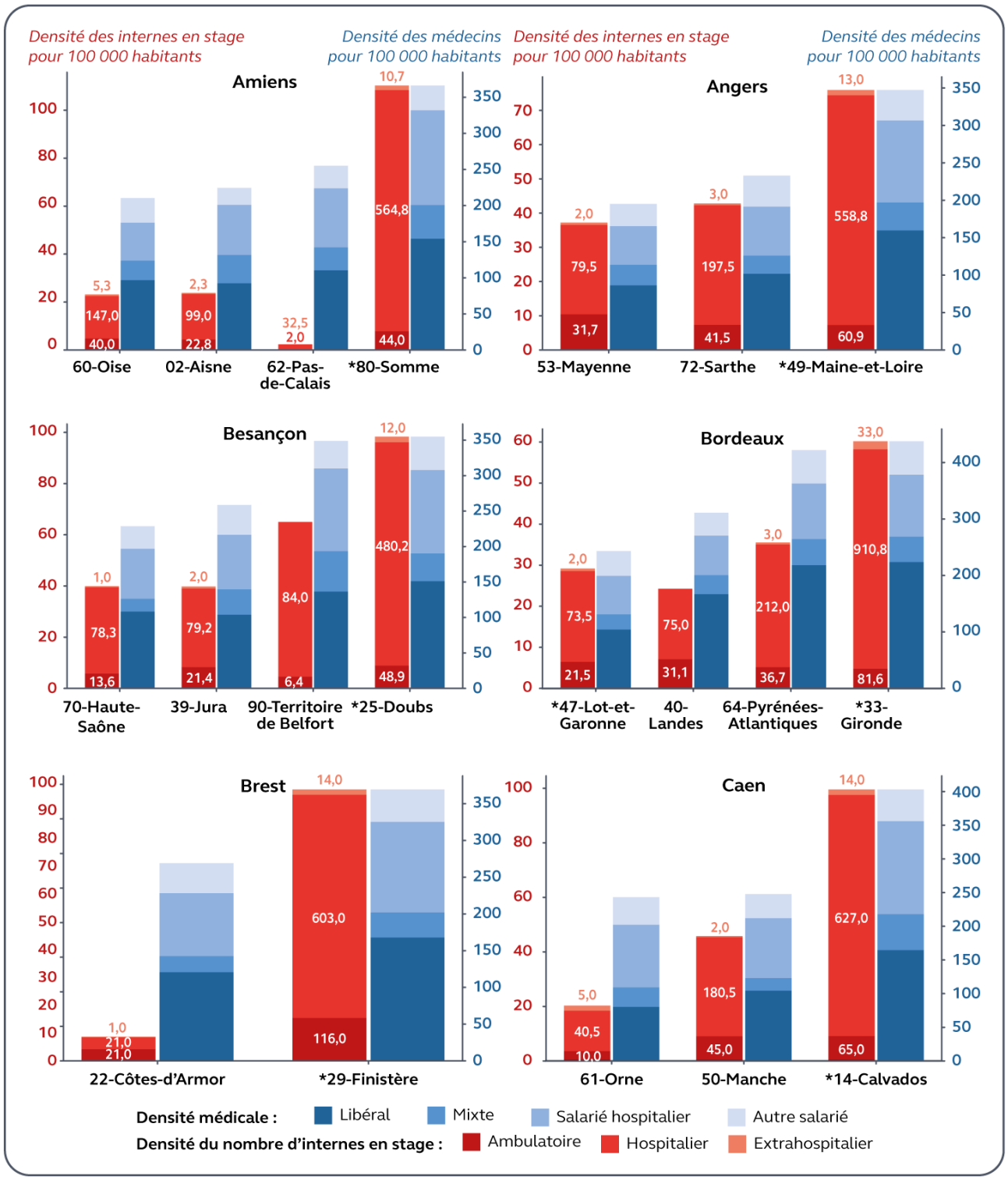
[136] Avant 2015, les internes étaient réputés travailler onze demi-journées hebdomadaires dont neuf à l'hôpital et deux en formation universitaire. Ils bénéficiaient d'un repos compensateur obligatoire de onze heures à l'issue d'une garde de nuit, avec des obligations de services bornées du lundi matin au samedi midi et les demi-journées diurnes en sus (samedi après-midi et dimanche) étaient rémunérées comme des demi-gardes.

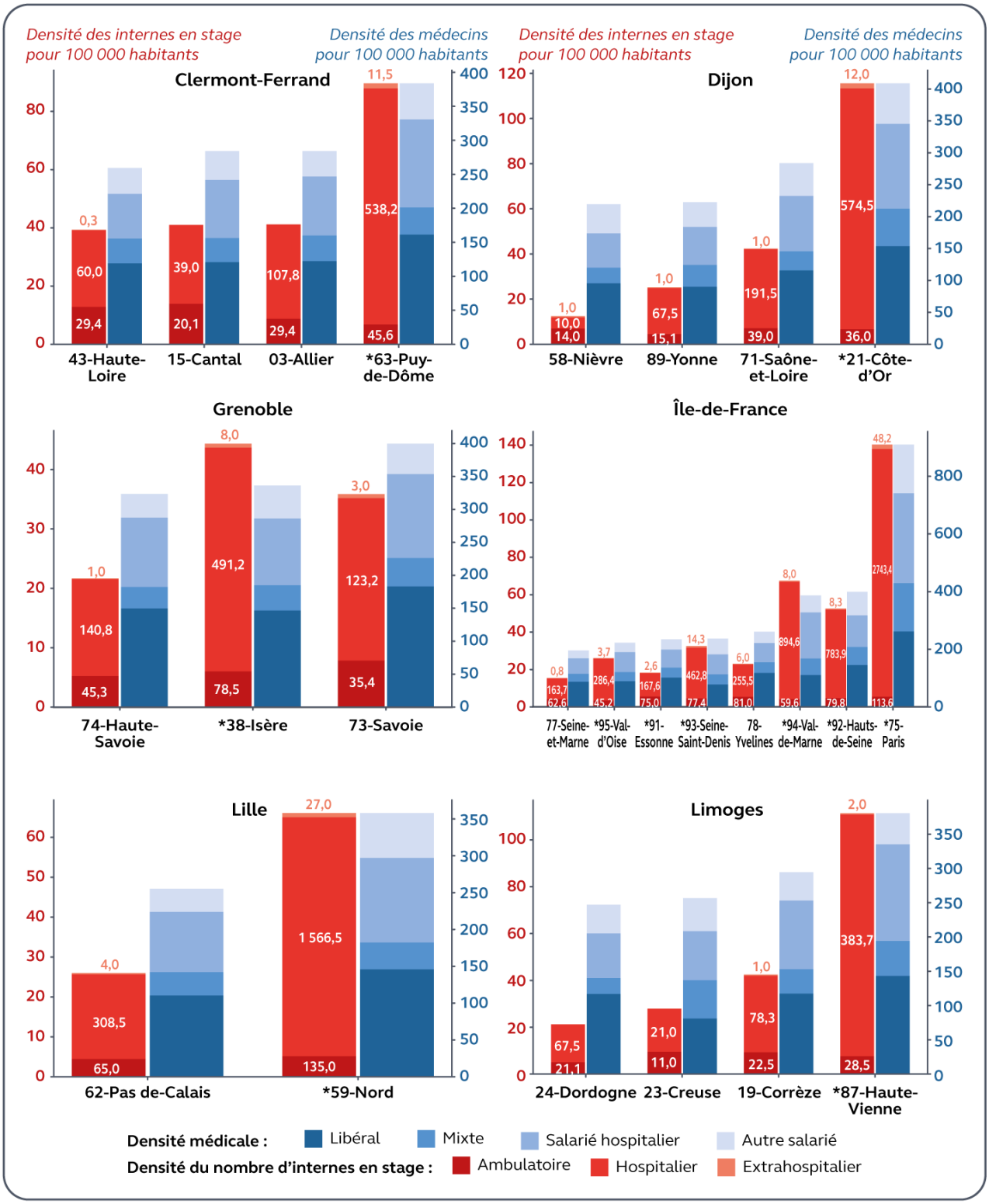
Pour rendre opérationnelle et effective sa décision, la Haute Juridiction a rappelé solennellement qu'il est de la responsabilité des établissements de santé de se doter, en complément des tableaux de services prévisionnels et récapitulatifs, d'un dispositif « *fiable, objectif et accessible* » de décompte des heures de travail des praticiens hospitaliers et des internes, afin de s'assurer du respect du plafond hebdomadaire fixé par le droit européen.

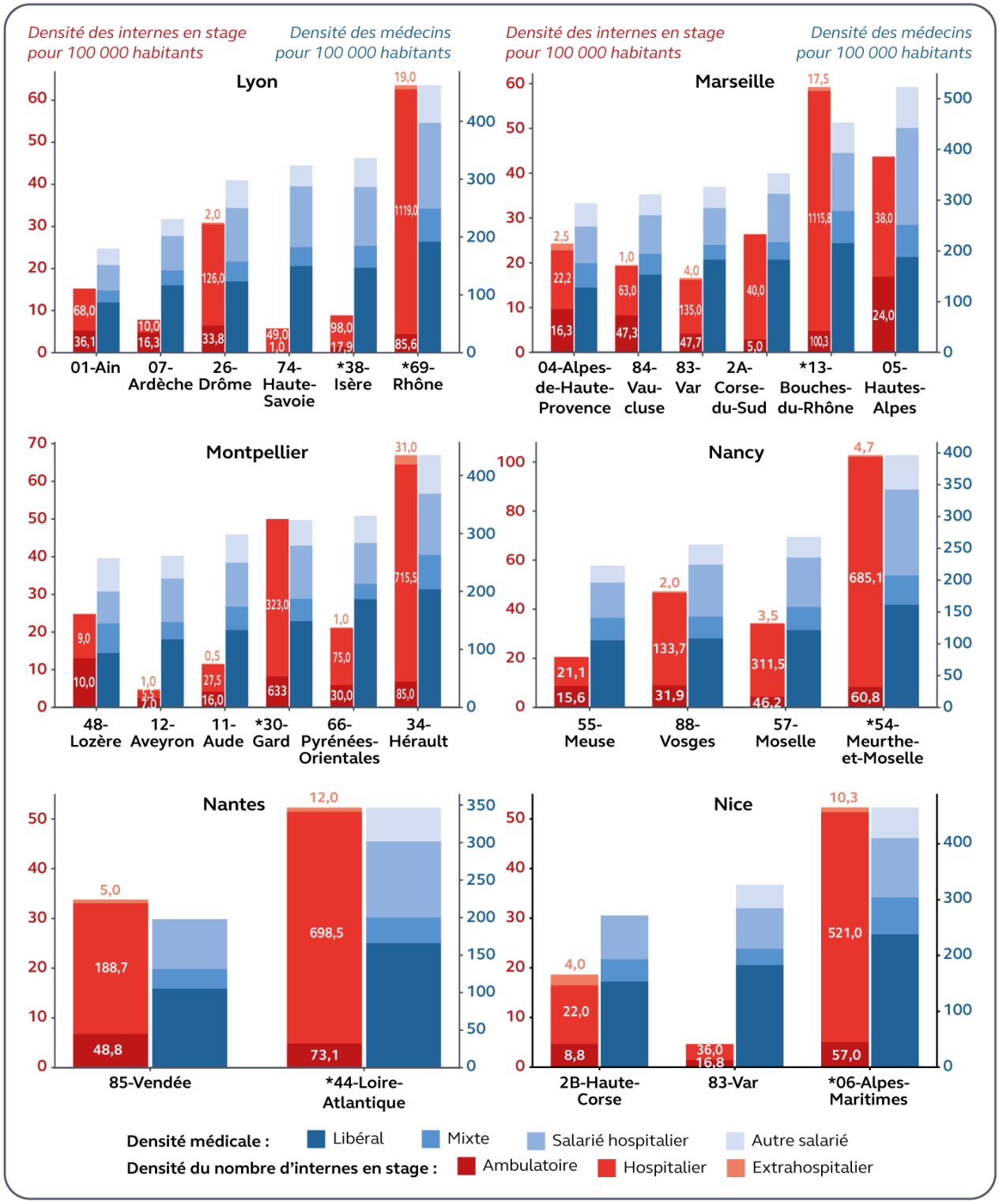
Les instructions interministérielles du 19 septembre 2024 et du 30 décembre 2025 rappellent les modalités d'organisation des obligations de service, les modalités de participation à la permanence des soins, et les dispositifs de suivi du décompte du temps de travail et d'encadrement. Bien qu'elles ne contiennent pas de nouveautés majeures, les syndicats d'internes les jugent positives car elles clarifient la législation et rappelle à tous les hôpitaux leurs responsabilités légales.

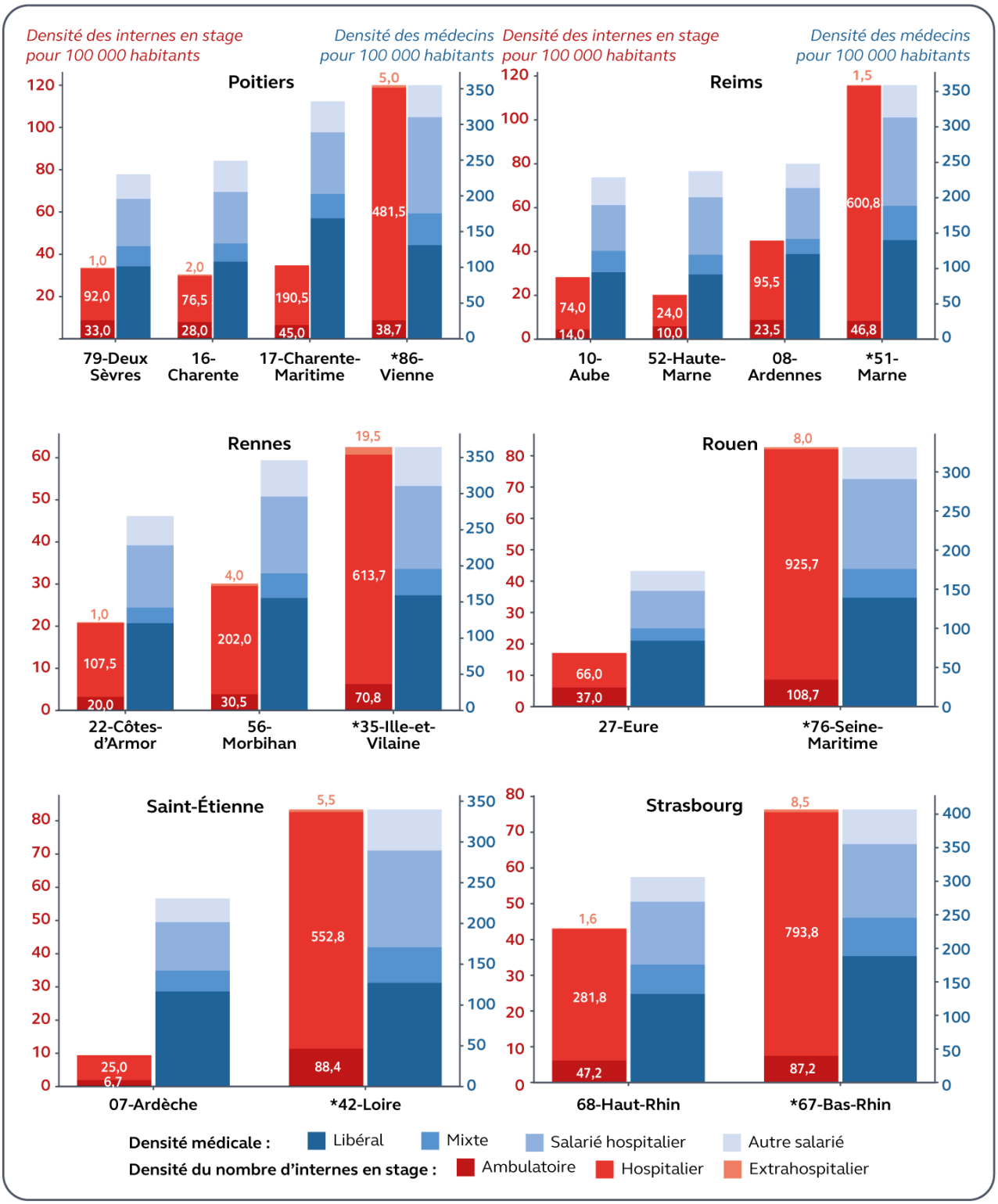
Le décret n° 2023-71 du 6 février 2023 portant dispositions relatives au temps de travail des étudiants de troisième cycle, prévoit l'institution d'un dispositif de pénalité financière à l'égard des établissements peu respectueux du temps de travail des étudiants, sur signalement d'un dysfonctionnement auprès de l'agence régionale de santé et à l'issue d'une procédure contradictoire. Le montant de la pénalité financière tient compte de la gravité des manquements constatés, de leur durée et de leur répétition éventuelle, ainsi que du nombre d'étudiants concernés. Il prévoit également la possibilité d'indemnisation des jours de congés annuels non pris, dans la limite de 5 jours (la réglementation européenne impose la prise d'au moins 20 jours de congés), autorisant le versement d'une indemnité compensatrice (70€ par jour pour les internes et 90€ par jour pour les docteurs juniors).

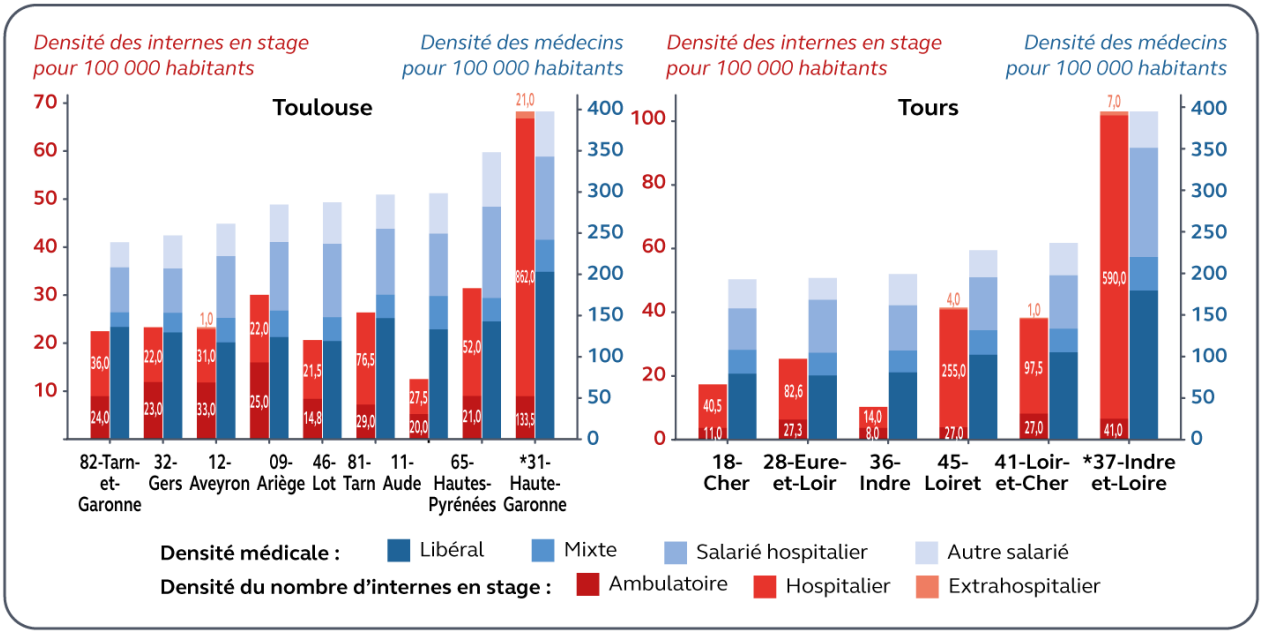
Annexe n° 12 : densité départementale des internes en stage et des médecins en exercice au sein de chaque subdivision




Densité des internes en stage pour 100 000 habitants
Densité des médecins pour 100 000 habitants
Clermont-Ferrand
43-Haute-Loire
15-Cantal
03-Allier
*63-Puy-de-Dôme
Dijon
58-Nièvre
89-Yonne
71-Saône-et-Loire
*21-Côte-d'Or
Grenoble
74-Haute-Savoie
*38-Isère
73-Savoie
Île-de-France
77-Seine-et-Marne
*95-Val-d'Oise
*91-Essonne
*93-Seine-Saint-Denis
78-Yvelines
*94-Val-de-Marne
*92-Hauts-de-Seine
*75-Paris
Lille
62-Pas de-Calais
*59-Nord
Limoges
24-Dordogne
23-Creuse
19-Corrèze
*87-Haute-Vienne
Densité médicale :
Libéral
Mixte
Salarié hospitalier
Autre salarié
Densité du nombre d'internes en stage :
Ambulatoire
Hospitalier
Extrahospitalier


Densité des internes en stage pour 100 000 habitants
Densité des médecins pour 100 000 habitants
Lyon
01-Ain
07-Ardèche
26-Drôme
74-Haute-Savoie
*38-Isère
*69-Rhône
Marseille
04-Alpes-de-Haute-Provence
84-Vaucluse
83-Var
2A-Corse-du-Sud
*13-Bouches-du-Rhône
05-Hautes-Alpes
Montpellier
48-Lozère
12-Aveyron
11-Aude
*30-Gard
66-Pyrénées-Orientales
34-Hérault
Nancy
55-Meuse
88-Vosges
57-Moselle
*54-Meurthe-et-Moselle
Nantes
85-Vendée
*44-Loire-Atlantique
Nice
2B-Haute-Corse
83-Var
*06-Alpes-Maritimes
Densité médicale : Libéral Mixte Salarié hospitalier Autre salarié
Densité du nombre d'internes en stage : Ambulatoire Hospitalier Extrahospitalier


Densité des internes en stage pour 100 000 habitants
Densité des médecins pour 100 000 habitants
Poitiers
79-Deux Sèvres
16-Charente
17-Charente-Maritime
*86-Vienne
Reims
10-Aube
52-Haute-Marne
08-Ardennes
*51-Marne
Rennes
22-Côtes-d'Armor
56-Morbihan
*35-Ille-et-Vilaine
Rouen
27-Eure
*76-Seine-Maritime
Saint-Étienne
07-Ardèche
*42-Loire
Strasbourg
68-Haut-Rhin
*67-Bas-Rhin
Densité médicale : Libéral Mixte Salarié hospitalier Autre salarié
Densité du nombre d'internes en stage : Ambulatoire Hospitalier Extrahospitalier



Notes : les nombres inscrits sur l'histogramme correspondent aux nombres d'internes en stages. Les départements précédés d'un astérisque hébergent un site hospitalier appartenant à un CHU. Stages de novembre 2024 à avril 2025 en France métropolitaine.

Sources : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS pour les subdivisions de Bordeaux et des régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de Loire (10 subdivisions), et des données issues de SiiMOP pour les autres subdivisions. La densité des internes a été calculée à partir des estimations de population de l'Insee au 1er janvier 2024 et la densité médicale est issue de données produites par la DREES

Dans le cadre de sa mission d'assistance au Parlement, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalise toute enquête demandée par les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales sur toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale et procède dans ce cadre aux enquêtes sur les organismes soumis à son contrôle.

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr