

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

*Inspection générale  
des affaires sociales*

**N° 2014-100R**

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

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

**N° 2014-092**

## **Réforme du troisième cycle des études médicales**

**Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative  
de la réforme**

Rapport à

Madame la ministre de l'Éducation nationale,  
de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Madame la secrétaire d'État à l'enseignement supérieur  
et à la recherche

Monsieur le ministre du travail, de l'emploi, de la formation  
professionnelle et du dialogue social



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA  
FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE  
SOCIAL

*Inspection générale  
Des affaires sociales*

**N° 2014-100R**

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

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

**N° 2015-002**

## **Réforme du troisième cycle des études médicales**

**Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme**

**Janvier 2015**

**François-Xavier SELLERET**

*Membre de l'inspection générale des affaires sociales*

**Patrice BLEMONT**

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



## SYNTHÈSE

Les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi en 2009 l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe en vue de dresser un bilan de l'organisation à la fois du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et du post-internat.

Ce rapport, plus centré sur le post internat que sur le 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, avait préconisé une réforme d'ampleur du post internat. Il avait aussi indiqué des pistes concernant le 3<sup>ème</sup> cycle qui le précédait dans le cursus des études. Il a été présenté à la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) en juin 2010.

Les ministères ont demandé, par suite, à cette commission nationale la mise en place d'un groupe de travail chargé de faire des propositions concrètes de réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, sans allongement de la durée de celles-ci. Les contacts ultérieurement pris par la mission montrent que l'objectif est plutôt d'éviter un allongement de l'obtention de la pleine qualification des praticiens. Les professeurs François Couraud et François-René Pruvot ont été chargés d'animer ce groupe. Ce groupe de travail a produit un rapport<sup>1</sup> qui pose les principes généraux d'une réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et dont la présente mission a pris connaissance. Il préconise entre autres, un traitement différencié des diplômes d'études spécialisées (DES) selon un référentiel de compétences encore à parfaire, la disparition des DESC 2 (qualifiants), le remplacement des DESC 1 (non qualifiants) par des formations transverses à imaginer de façon exhaustive.

Il propose surtout de découper l'internat, quelle que soit la spécialité, en trois phases : une première dite « phase socle » plus ou moins commune à tous les étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle, une phase intermédiaire d'approfondissement à l'issue de laquelle les internes présenteraient leur thèse de médecine refondue en un document unique regroupant mémoire de DES et thèse d'exercice ; puis enfin, une phase dite de « mise en responsabilité »<sup>2</sup> plus ou moins longue selon les spécialités et dont la teneur va dépendre des maquettes pédagogiques qui seront proposées ainsi que du référentiel de compétences à acquérir pour les internes.

Dans tous les cas de figure, cette proposition reviendrait à « densifier » la période de formation pour en améliorer la qualité, à différencier les durées de DES selon la spécialité et aussi permettre que l'obtention du DES, quelle que soit la spécialité, puisse permettre l'exercice immédiat de la spécialité en ayant centré la formation d'abord sur le « premier recours » dans chacune de ces spécialités (soit les actes de pratique courante de la spécialité).

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé à l'IGAS et à l'IGAENR de faire une évaluation des impacts statutaires, organisationnels et financiers d'une telle réforme, en particulier de la période de « mise en responsabilité ». Il a également été demandé à la mission de centrer son intérêt sur les éventuelles mesures transitoires à prévoir, notamment coexistence dans un premier temps des deux régimes d'internat. Il a également été demandé d'analyser l'impact de la réforme sur les conditions d'accès au secteur 2 et de proposer une éventuelle évolution des conditions d'accès à ce secteur.

---

<sup>1</sup> « Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales » par les professeurs François Couraud et François-René Pruvot – voir annexes.

<sup>2</sup> On verra plus avant dans le présent rapport que la mission propose de retenir une autre appellation pour ces stages de phase 3.

La mission devait dès lors rendre un travail qui inclut une étude prospective d'impact d'un projet de restructuration du troisième cycle des études médicales dont les professeurs Pruvot et Couraud sont les maîtres d'œuvre. Il s'agit donc pour le présent rapport d'évaluer les conséquences concrètes de ce projet qui est déjà en concertation avec les partenaires concernés, avec un objectif de mise en œuvre à partir de la rentrée 2016.

Pour ce faire, la mission, consciente de la sensibilité d'un tel sujet et aussi de sa grande complexité, n'a pas manqué de tester celles des hypothèses de travail qui lui semblaient consensuelles et pragmatiquement réalisables auprès des partenaires impliqués par la réforme. Ce travail en lui-même n'épuise pas la matière, et d'autres consultations seront à conduire par les administrations concernées pour mener à bien cette réforme, à commencer par les consultations obligatoires comme celle du Conseil national des études supérieures de l'enseignement et de la recherche (CNESER) par exemple.

La mission s'est rendue dans trois universités de médecine (Nantes, Strasbourg et Clermont-Ferrand) afin d'examiner de façon très pragmatique comment se mettraient en place les différents modules, en consultation étroite avec les doyens et les coordonnateurs de disciplines. À noter que la mission a aussi, à cette occasion, rencontré les représentants des Agence régionales de santé (ARS), les directions générales de Centres hospitaliers universitaires (CHU) ou de centres hospitaliers (CH), ainsi que des représentants locaux des internes et chef de cliniques assistants. La mission s'est par ailleurs attachée à prendre en compte la situation un peu particulière des universités parisiennes et elle a rencontré le doyen coordonnateur de la région.

La mission s'est également appuyée sur les services compétents : direction générale de l'offre de soins au ministère de la santé et direction générale (DGOS) et direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, (DGESIP), ceci afin de procéder à différents chiffrages réalistes et, en particulier, sur la phase dite de mise en responsabilité pour mesurer le coût de chacune des hypothèses de travail et ses impacts organisationnels et statutaires. Il en ira de même sur certaines expertises juridiques qui ressortent de la compétence des services, la mission n'étant pas armée pour les conduire. L'un des objectifs de la mission demeure de limiter autant que possible dans ses propositions les éventuels surcoûts, étant entendu que les ministères ont rappelé que cette réforme n'impacte pas le nombre de chefs de clinique assistants (CCA) et qui donc ne saurait varier à la baisse. De même, elle cherche à promouvoir des options juridiques simples et plausibles pour les textes qui porteront la réforme.

La mission s'est attachée à conduire des consultations étroites et approfondies avec les organisations d'internes et de chef de cliniques assistants, ainsi que d'autres catégories de médecins à l'hôpital pour lesquels les rythmes de travail ou de formation des internes peuvent avoir des conséquences sur la production des soins et des services. Ces consultations ont été complétées par des rencontres avec des instances particulièrement concernées par cette réforme au premier rang desquelles on citera l'ordre national des médecins, les conférences des doyens, des directeurs généraux des agences régionales de santé, directeurs et présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de centres hospitaliers universitaires (CHU) et de centres hospitaliers (CH), dans la mesure où la réforme peut impacter la démographie médicale hospitalière. La mission a également rencontré les responsables de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) sur ce sujet.

À l'issue de ces travaux et investigations, la mission a constaté un soutien non négligeable pour la philosophie de cette réforme regardée par tous comme utile, profonde et novatrice par les

universitaires. Le soutien des étudiants en médecine est en revanche plus contrasté, avec de fortes interrogations chez les futurs chirurgiens. Toutefois, l'aspect « filière » et l'aspect « métier » emportent quasiment la conviction générale. Le rapport invite donc, sous réserve des consultations nécessaires et approfondies sur les modalités ci-après étudiées auprès des partenaires de la poursuivre dans son calendrier prévu, c'est-à-dire la rentrée universitaire 2016. Cela suppose de disposer de maquettes pédagogiques robustes et de portefeuilles précis dérivés de ces maquettes par discipline d'ici l'été 2015.

Ce rapport met également en évidence que cette réforme traduit un nouveau choix d'organisation pédagogique, lequel suppose une forte mobilisation des composantes « médecine » des universités<sup>3</sup>. Le rôle des doyens et des coordonnateurs de discipline sera essentiel pour réussir la réforme ; car un important travail de « ré-étiquetage » des stages adapté à une philosophie « activités et métiers » reste à conduire. Il ne sera pas sans difficulté.

Ce rapport montre aussi que cette réforme aura un coût, même s'il est raisonnable et étalé dans le temps, et même si à terme il est probable qu'il diminuera. Ce coût correspond à la proposition de fixer le traitement des internes de phase 3 que la mission propose de renommer praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui du 1<sup>er</sup> échelon des assistants des hôpitaux : ceci correspondrait à la reconnaissance des nouvelles responsabilités qui leur seront confiées. Une estimation aussi réaliste que possible (une quarantaine de millions d'euros par génération d'interne) réalisée en liaison avec les services est proposée dans ce rapport afin de mieux mesurer cet impact dans le temps.

---

<sup>3</sup> Pour la commodité des lecteurs, on emploiera souvent le terme « subdivisions », plus précis qu'UFR ou composantes, car centré sur l'organisation effective des spécialités dans les universités de médecine. Le rapport utilisera les termes « université de médecine », « spécialités », « UFR » ou « composantes » quand ils apparaissent plus précis et utiles pour le propos.



## SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1. La réforme du troisième cycle des études médicales qui est proposée est avant tout une réforme pédagogique .....</b>	<b>3</b>
1.1. Une réforme à objectif « métier » .....	3
1.2. Rationaliser le dispositif des diplômes en l'unifiant.....	5
1.3. Vers une très forte « filiarisation ».....	6
1.4. Une nouvelle organisation des stages pour les internes .....	7
1.5. La nécessité de maquettes pédagogiques robustes pour chacune des spécialités .....	8
1.6. La réforme conforte la recherche et ne retranche rien des droits existants pour les internes.	9
<b>2. Impacts organisationnels et pratiques sur les subdivisions de médecine des universités.....</b>	<b>10</b>
2.1. Mobiliser du temps d'enseignement dans les subdivisions.....	10
2.2. Impliquer plus fortement les professeurs de médecine, coordonnateurs de discipline .....	10
2.3. Revoir entièrement la politique d'agrément des stages.....	12
2.4. Faire passer la thèse de médecine à l'issue de la phase 2 .....	13
2.5. Trois précisions juridiques à apporter sur les internes de phase 3.....	14
2.5.1. <i>Un danger de confusion juridique à écarter.....</i>	<i>14</i>
2.5.2. <i>Une difficulté de dénomination des stages à régler.....</i>	<i>16</i>
2.5.3. <i>Une ambiguïté sur les internes de phase 1 et 2 est à lever.....</i>	<i>16</i>
2.6. Être en capacité d'être prêt à la rentrée 2016.....	17
<b>3. Impacts organisationnels et pratiques sur le système hospitalier comme de soins, et impacts statutaires à prévoir pour les internes.....</b>	<b>17</b>
3.1. Les raisons d'une amélioration statutaire et les bases pour la conduire.....	18
3.1.1. <i>Les raisons d'une amélioration statutaire.....</i>	<i>18</i>
3.1.2. <i>Les bases juridiques pour opérer une modification.....</i>	<i>19</i>
3.2. Comment aménager l'actuel statut des internes pour appliquer la réforme du troisième cycle des études médicales ? .....	21

3.3.	Quels sont les impacts budgétaires et sur la production des soins de cette réforme.....	23
3.3.1.	<i>Impact sur la production de soins .....</i>	23
3.3.2.	<i>Estimation du surcoût global de la réforme .....</i>	23
3.3.3.	<i>Méthodes de calcul des surcoûts de la réforme .....</i>	24
3.4.	La reconnaissance des qualifications et les questions de droit européen.....	26
3.4.1.	<i>La question des qualifications .....</i>	26
3.4.2.	<i>Quel impact du passage de la thèse en fin de phase 2 sur l'inscription à l'Ordre des médecins ? .....</i>	26
3.5.	La difficile question du secteur 2 pour les praticiens.....	27
	<b>Conclusion .....</b>	<b>28</b>
	<b>Liste des recommandations .....</b>	<b>29</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>31</b>

## Introduction

Les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi en 2009 l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe en vue de dresser un bilan de l'organisation à la fois du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et du post-internat.

Ce rapport, plus centré sur le post internat que sur le troisième cycle des études médicales, avait préconisé une réforme d'ampleur du post internat. Il avait aussi indiqué des pistes concernant le troisième cycle qui le précédait dans le cursus des études. Il a été présenté à la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) en juin 2010.

Les ministres ont demandé, par suite, à cette commission nationale la mise en place d'un groupe de travail chargé de faire des propositions concrètes de réforme du troisième cycle des études médicales, sans allongement de la durée de celles-ci. Les contacts ultérieurement pris par la mission montrent que l'objectif est plutôt d'éviter un allongement de l'obtention de la pleine qualification des praticiens. Les professeurs François Couraud et François-René Pruvot ont été chargés d'animer ce groupe de travail, lequel a produit un rapport<sup>4</sup> qui pose les principes généraux d'une réforme du troisième cycle des études médicales et dont la présente mission a pris connaissance. Il préconise entre autres, un traitement différencié des diplômes d'études spécialisées (DES) selon un référentiel de compétences encore à parfaire, la disparition des diplômes d'études spécialisées complémentaires de groupe II (DESC II qualifiants), le remplacement des DESC I (non qualifiants) par des formations transverses à imaginer de façon exhaustive.

Il propose surtout de découper l'internat, quelle que soit la spécialité, en trois phases : une première dite « phase socle » plus ou moins commune à tous les étudiants de troisième cycle ; une phase intermédiaire d'approfondissement à l'issue de laquelle les internes présenteraient leur thèse de médecine refondue en un document unique regroupant mémoire de DES et thèse d'exercice ; puis enfin, une phase dite de « mise en responsabilité »<sup>5</sup> plus ou moins longue selon les spécialités et dont la teneur va dépendre des maquettes pédagogiques qui seront proposées ainsi que du référentiel de compétences à acquérir pour les internes.

Dans tous les cas de figure, cette proposition reviendrait à « densifier » la période de formation pour en améliorer la qualité, à différencier les durées du DES selon la spécialité et aussi permettre que l'obtention du DES, quelle que soit la spécialité, puisse permettre l'exercice immédiat de la spécialité en ayant centré la formation d'abord sur le « premier recours » dans chacune de ces spécialités (soit les actes de pratique courante de la spécialité).

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé à l'IGAS et à l'IGAENR :

- de faire une évaluation des impacts statutaires, organisationnels et financiers d'une telle réforme, en particulier de la période de « mise en responsabilité » ;

---

<sup>4</sup> « Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales » par les professeurs François Couraud et François-René Pruvot – voir annexes.

<sup>5</sup> On verra plus avant dans le présent rapport que la mission propose de retenir une autre appellation pour ces stages de phase 3.

- de centrer son intérêt sur les éventuelles mesures transitoires à prévoir, notamment coexistence dans un premier temps des deux régimes d'internat ;
- d'analyser l'impact de la réforme sur les conditions d'accès au secteur 2 et d'en proposer une éventuelle évolution.

La mission doit, dès lors, rendre un travail qui inclut une étude prospective d'impact d'un projet de restructuration du troisième cycle des études médicales dont les professeurs Pruvot et Couraud sont les maîtres d'œuvre. Il s'agit donc pour le présent rapport d'évaluer les conséquences concrètes de ce projet qui fait déjà l'objet de concertations avec les partenaires concernés, avec un objectif de mise en œuvre à partir de la rentrée 2016.

Pour ce faire, la mission, consciente de la sensibilité et de la grande complexité d'un tel sujet, n'a pas manqué de tester celles des hypothèses de travail qui lui semblaient consensuelles et pragmatiquement réalisables auprès des partenaires impliqués par la réforme. Ce travail en lui-même n'épuise pas la matière, et d'autres consultations seront à conduire par les administrations concernées pour mener à bien cette réforme, à commencer par les consultations obligatoires comme celle du Conseil national des études supérieures de l'enseignement et de la recherche (CNESER) par exemple.

La mission s'est rendue dans trois universités accueillant une UFR de médecine (Nantes, Strasbourg et Clermont-Ferrand) afin d'examiner de façon très pragmatique comment se mettraient en place les différents modules, en consultation étroite avec les doyens et les coordonnateurs de disciplines. À noter que la mission a aussi, à cette occasion, rencontré les représentants des agences régionales de santé (ARS), les directions générales de centres hospitaliers universitaires (CHU) ou de centres hospitaliers (CH), ainsi que des représentants locaux des internes et chefs de cliniques-assistants. La mission s'est par ailleurs attachée à prendre en compte la situation un peu particulière des universités parisiennes et elle a rencontré le doyen coordonnateur de la région.

La mission s'est également appuyée sur les services compétents : direction générale de l'offre de soins au ministère de la santé et direction générale (DGOS) et direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), afin de procéder à différents chiffrages réalistes et, en particulier, sur la phase dite de mise en responsabilité pour mesurer le coût de chacune des hypothèses de travail et ses impacts organisationnels et statutaires. Il en ira de même sur certaines expertises juridiques qui ressortent de la compétence des services, la mission n'étant pas armée pour les conduire. L'un des objectifs de la mission demeure de limiter autant que possible dans ses propositions les éventuels surcoûts, étant entendu que les ministères ont rappelé que cette réforme n'impacte pas le nombre de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) qui ne saurait varier à la baisse. De même, elle cherche à promouvoir des options juridiques simples et plausibles pour les textes qui porteront la réforme.

La mission s'est attachée à conduire des consultations étroites et approfondies avec les organisations d'internes et de chefs de cliniques-assistants, ainsi que d'autres catégories de médecins à l'hôpital pour lesquels les rythmes de travail ou de formation des internes peuvent avoir des conséquences sur la production des soins et des services. Ces consultations ont été complétées par des rencontres avec des instances particulièrement concernées par cette réforme au premier rang desquelles on citera l'ordre national des médecins, les conférences des doyens, des directeurs généraux des agences régionales de santé, directeurs et présidents de commissions médicales d'établissement

(CME) des CHU et de centres hospitaliers (CH), dans la mesure où la réforme peut impacter la démographie médicale hospitalière. La mission a également rencontré les responsables de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) sur ce sujet.

À l'issue de ces travaux et investigations, la mission a constaté un soutien non négligeable à la philosophie de cette réforme regardée par tous comme utile, profonde et novatrice par les universitaires. Le soutien des étudiants en médecine est en revanche plus contrasté, avec de fortes interrogations chez les futurs chirurgiens. Toutefois, l'aspect « filière » et l'aspect « métier » emportent quasiment la conviction générale. Le rapport invite donc, sous réserve des consultations nécessaires et approfondies auprès des partenaires sur les modalités ci-après étudiées, de la poursuivre dans son calendrier prévu, c'est-à-dire la rentrée universitaire 2016.

Ce rapport met également en évidence que cette réforme traduit un nouveau choix d'organisation pédagogique, lequel suppose une forte mobilisation des composantes « médecine » des universités. Le rôle des doyens et des coordonnateurs de discipline sera essentiel pour réussir la réforme ; car un important travail de « ré-étiquetage » des stages adapté à une philosophie « activités et métiers » reste à conduire. Il ne sera pas sans difficulté.

Ce rapport montre aussi que cette réforme aura un coût, même s'il est raisonnable et étalé dans le temps et il est probable qu'à terme, il diminuera. Une estimation aussi réaliste que possible réalisée en liaison avec les services est proposée dans ce rapport afin de mieux mesurer cet impact dans le temps.

C'est pourquoi ce rapport rappellera, les grands principes de cette réforme pédagogiques (1) ; puis en examinera les impacts dans les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine des universités, plus communément appelé sur ce sujet précis et pratique « subdivisions » (2) ainsi que ceux qui ont trait à l'organisation du monde de l'hôpital et de la santé en général (3), ces différentes parties étant ponctuées de plusieurs recommandations concrètes.

## **1. La réforme du troisième cycle des études médicales qui est proposée est avant tout une réforme pédagogique**

Même si cette étude n'a pas pour objet de décrire in extenso l'organisation actuelle du troisième cycle des études médicales et moins encore de réécrire le travail des professeurs Couraud et Pruvot<sup>6</sup>, il importe d'en résumer aussi brièvement que possible les objectifs et l'économie générale pour mieux expliciter *infra* les implications très concrètes et pratiques des choix pédagogiques qui sont opérés.

### **1.1. Une réforme à objectif « métier »**

Restructurer le troisième cycle des études médicales suppose qu'il existe un besoin d'améliorer la formation des étudiants qui le suivent, et qu'il est admis communément d'appeler « internes » des hôpitaux.

---

<sup>6</sup> Le rapport Couraud/Pruvot figure in extenso en annexes.

Autant les deux premiers cycles qui ont fait l'objet d'une réforme récente et d'une réforme en cours semblent bien répondre à l'essentiel des objectifs de formation assignés, autant le déroulement du 3<sup>ème</sup> cycle fait débat.

C'est d'ailleurs ce débat qui a entraîné en 2009 la création de la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI). De ces travaux, plusieurs constats que d'ailleurs les visites de la mission en subdivision de médecine ont pu corroborer. Parmi ces constats, la mise en évidence que l'exécution des maquettes pédagogiques arrêtées en application de l'arrêté du 22 septembre 2004 toujours en vigueur était très inégale selon les subdivisions. De même, le contenu des maquettes tel qu'arrêté au bulletin officiel (BOEN) du 28 octobre 2004, quelle que soit l'exhaustivité des disciplines, montre des écarts importants entre celles-ci. De même, on observe le plus souvent l'absence de méthodes précises des commissions interrégionales de coordination et d'évaluation<sup>7</sup> pour mesurer effectivement les compétences acquises.

C'est ainsi par exemple que si les textes prescrivent<sup>8</sup> que le chef de service du terrain de stage donne par écrit son avis sur l'interne et si l'interne, sous les mêmes formes, donne son avis sur le terrain de stage, les résultats produits font douter du dispositif. D'un côté, l'interne n'a aucun intérêt à donner un avis négatif sur son terrain de stage de crainte d'obérer sa future carrière ; de l'autre, le chef de service du terrain de stage n'a pas non plus d'intérêt à trop critiquer un interne de peur que son terrain de stage soit dans un avenir proche retiré de l'agrément des commissions placées sous la présidence des doyens et chargées d'agrémenter les stages.

Ces effets pervers, en effet constatés par la mission, ont été soulignés fortement par les étudiants internes, par les chefs de clinique ou les assistants rencontrés. Ainsi certains d'entre eux ont pu mettre en évidence une mobilisation très variable des coordonnateurs de discipline selon les spécialités, certains ayant eu plusieurs rencontres ou contacts avec leur coordonnateur et d'autres ne l'ayant même jamais rencontré en tête à tête pour parler de leur parcours.

De même, des écarts importants sont constatés dans l'organisation des stages selon les spécialités. Non sans raisons d'ailleurs, du fait de nombreuses circonstances liées à la taille ou à la spécificité des spécialités par exemple. L'effet de ces écarts n'est toutefois pas sans conséquence sur la formation des futurs médecins. C'est en effet très directement le parcours des stages des internes qui est visé avec, selon nombre de témoignages, des approximations dans les parcours des internes qui interrogent sur l'organisation générale.

La mission, au cours de ses déplacements ou auditions, a entendu des termes comme « stages bouche-trou », « stages tourisme médical » et en a déduit une organisation parfois un peu floue de ces stages.

Le fait de confier la formation des internes à un compagnonnage où l'interpersonnel prévaut plus qu'à un enseignement très cadré par une maquette indicative présente sûrement des avantages de détection des talents et de souplesse d'organisation. Mais il a aussi pour inconvénient, aux dires des internes, d'être assez aléatoire, surtout pour ceux qui ne choisissent pas vraiment leurs stages, leur classement aux épreuves classantes nationales (ECN) tranchant la question.

---

<sup>7</sup> Ces commissions sont prévues à l'article 9 du texte fixant la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine / BOEN du 28 octobre 2004.

<sup>8</sup> Article 11 du texte supra cité.

D'où la volonté des concepteurs de cette réforme de densifier le parcours de l'interne en tirant les conséquences, à la fois des ECN qui décident de la spécialité des internes, mais aussi de ce qu'est un parcours d'apprentissage d'un métier fondé sur le compagnonnage et l'enseignement dit « au lit du malade »<sup>9</sup>. Ce point est essentiel dans ce projet de réforme et il vise aussi, on le verra *infra*, à une autre répartition des ressources en temps pédagogique disponibles.

Il s'agira donc de « resserrer » les parcours autour de la spécialité choisie, même s'il est affirmé que les aspects « culture médicale transversale » et « ouverture sur les autres spécialités proches », notamment dans une vision d'appareil, ne sont pas pour autant négligés dans les parcours. C'est donc un objectif clairement « métier » qui est ici poursuivi.

## 1.2. Rationaliser le dispositif des diplômes en l'unifiant

Les concepteurs de la réforme font le constat qu'hormis pour un monde très restreint et spécialisé, le dispositif actuel n'est pas d'une très grande lisibilité pour le béotien.

Certaines spécialités disposent pour valider in fine la formation d'un diplôme d'études spécialisées, (DES) qui s'effectue dans le cadre strict de l'internat, d'autres de diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC), soit de type 1 (qui ne sont pas qualifiant mais attestent d'une connaissance précise) soit de type 2 comme ceux de chirurgie qui sont qualifiants mais qui débordent le strict internat pour se terminer forcément par une période de clinicat ou d'assistantat. À cela s'ajoutent aussi des « capacités », formations complémentaires pour exercer certaines fonctions médicales et qui relèvent de la formation continue.

Ce qui est proposé est de n'avoir plus qu'un seul diplôme, le diplôme d'études spécialisées (DES) et ceci pour toutes les spécialités et formations. Ce qui n'empêcherait ni les options internes à une discipline, ni les formations spécialisées transverses (FST).

À cet égard la mission, même si elle perçoit bien la différence de nature entre une formation transverse et une option interne à une discipline, n'est pas convaincue que maintenir deux termes soit pertinent en regard de la simplification recherchée.

**Recommandation N°1 :** S'agissant de définir les différents parcours des internes vis-à-vis des spécialités et des disciplines, la mission recommande de garder l'unique terme d'option, qu'il s'agisse d'options internes à une discipline ou des formations spécialisées transverses (FST).

Il ne resterait donc que des DES et des options dans le DES. De ce fait, le suivi de certains diplômes d'université (DU) et diplômes inter universitaires (DIU) correspondant à des parties du programme des DES ne pourrait plus être rendu obligatoire pendant la formation comme c'est parfois le cas actuellement. Naturellement, pour tenir compte des spécificités de chaque discipline, les durées de formation seront variables et adaptées aux compétences que l'on cherche à faire acquérir par les internes. Dans l'actuel projet en concertation, les durées de DES vont de trois ans pour la médecine générale à six ans pour nombre de spécialités de la chirurgie<sup>10</sup>. L'objectif affiché est de former plus

---

<sup>9</sup> L'enseignement « au lit du malade » est une expression usuelle des médecins universitaires en CHU. Elle fait directement allusion aux enseignements tirés pour les internes de l'observation et de l'expérience, notamment lors des « visites de service » aux malades par différence d'avec les cours classiques d'amphithéâtre.

<sup>10</sup> Au moment de la rédaction du présent rapport, les arbitrages techniques pour connaître, spécialités par spécialités et options par options, les durées de formation ne sont pas encore rendus.

intensément à leur métier et sans allongement de la durée des études ou de qualification des internes<sup>11</sup> pour qu'ils soient plus rapidement disponibles pour les malades.

À ce stade, la mission observe que si toutes les formations se déroulent dans le cadre strict des DES, elles forcent à juridiquement considérer les internes comme des étudiants jusqu'à ce qu'ils aient obtenu leur diplôme de DES, même si leur statut d'agent public à l'hôpital en fait des étudiants à forte particularité. Ils ne peuvent donc jamais être considérés comme des praticiens de plein exercice et qualifiés par l'ordre, mais au mieux comme des praticiens en formation. On verra *infra* que cette remarque emporte de nombreuses conséquences pratiques.

### **1.3. Vers une très forte « filiarisation »**

Le corollaire de cette « réforme métier » est une « filiarisation » plus assumée que celle déjà observée aujourd'hui. La mission constate à cet égard que les concepteurs de la réforme ne font que tirer fort logiquement les conséquences de ce qui a déjà débuté dans les faits.

La médecine est devenue plus technique et surtout scientifique, et de plus en plus de métiers ont été créés au sein même de cette grande discipline. Ces métiers se sont traduits par des spécialités de plus en plus nombreuses et dont on peut trouver facilement témoignage dans le nombre de sections au conseil national universitaire (CNU) : 51 sections ; et le nombre d'orientations possibles à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) : 30 orientations possibles<sup>12</sup>.

Quoi qu'il en soit, la décision de créer de nouvelles filières dès la sortie des ECN est d'ores et déjà prise pour ce qui concerne la médecine d'urgence ou la gériatrie. D'autres filières pourraient également être créées prochainement en fonction des travaux de concertation avec tous les acteurs concernés.

La mission ne peut toutefois passer sous silence certaines observations faites au cours de ses travaux et de ses investigations et concernant cette orientation de filiarisation.

Certains universitaires sceptiques parlent de « filiarisation à outrance ». La réforme vise plutôt à l'assumer car la « filiarisation » existe déjà très largement, et à en tirer parti plus qu'à la générer. D'autant que nombre de spécialités qui ont une section au CNU et qui ne sont pas répertoriées comme filières font d'énormes efforts pour précisément devenir une filière.

Par ailleurs, plusieurs doutes sont émis sur la pertinence de créer une filière pour la médecine d'urgence regardée par plusieurs professionnels plus comme une activité que comme un métier qui peut se pratiquer, vu ses contraintes, une vie durant. Si le nombre d'internes ne varie pas, c'est à partir de la médecine générale principalement que l'on va attirer les effectifs permettant de l'alimenter. Il est donc redouté un signal contradictoire à l'heure où l'on cherche à mobiliser pour des objectifs de santé publique qui reposent beaucoup sur les épaules des médecins généralistes.

De même, on peut voir dans cette décision le souci pragmatique de prendre acte du retrait grandissant et sans le contrebattre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) des médecins

---

<sup>11</sup> Dans la lettre de mission des deux ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé qui mandate les professeurs Couraud et Pruvot pour conduire ces travaux, cet objectif de non allongement des durées d'études ou de qualifications figure très clairement.

<sup>12</sup> Voir annexes sur les sections du CNU.

généralistes au profit du dispositif hospitalier ; ce qui fait également débat<sup>13</sup>. Mais dans les faits, les internes qui suivent le DESC de médecine d'urgence, sont d'ores et déjà des médecins généralistes qui ne veulent pas se diriger vers la médecine libérale.

On notera aussi que, malgré le vif souci des concepteurs de la réforme de garder une vision de culture médicale transverse, plusieurs acteurs n'ont pas dissimulé leurs craintes d'un « *enfermement disciplinaire par filiarisation* » pour reprendre les termes d'un universitaire rencontré à l'occasion de cette mission.

La mission prend acte de ce risque dont elle ne disconvient pas. Sauf qu'elle observe que ce risque est plus lié à la complexification générale des sociétés et surtout des disciplines scientifiques en général qu'à la médecine elle-même. Le développement des « spécialités de niches » dans tous les domaines de l'université et dans toutes les disciplines est là pour l'illustrer à l'envi. La médecine n'est pas à l'abri de ce phénomène, ni plus ni moins que les autres.

La mission comprend enfin que cette filiarisation croissante, outre qu'elle est logique avec les orientations de cette réforme, présente aussi un immense avantage : celui de recentrer la formation de base vers la maîtrise du « premier recours » dans une discipline, sans apprentissage prématuré des « surspécialités » qui appartiennent, elles, bien plus à la médecine de deuxième recours. Cette question des surspécialités est d'une certaine façon abordée dans la contribution des professeurs Couraud et Pruvot qui proposent d'interdire le suivi obligatoire des diplômes universitaires (DU) ou des diplômes inter universitaires (DIU) pour se recentrer dans le DES sur le cœur de la formation.

#### **1.4. Une nouvelle organisation des stages pour les internes**

La conséquence obligée de cette volonté de réforme « métier » est de réorganiser le parcours des internes.

De ce point de vue, et d'aucuns y verront le cœur de cette réforme, une vision nouvelle de l'organisation des stages de troisième cycle des études médicales en trois phases est proposée :

- une première phase dite « socle » visant à prendre connaissance de la matière et estimée la plupart du temps à deux semestres ;
- une deuxième phase dite « d'approfondissement disciplinaire », avec des durées nécessairement différentes selon les filières, plutôt situées entre 4 et 6 semestres, à l'issue desquelles se soutiendra pour toutes les filières une thèse de médecine qui se fondera désormais en un seul document regroupant l'actuel mémoire de DES et l'actuelle thèse de doctorat<sup>14</sup>, communément appelée thèse d'exercice. La mission croit y percevoir l'esprit des diplômes d'études supérieures spécialisées (DESS) ancienne formule, alliant à la fois un côté pratique et métier et un souci de méthode et de recherche. Cette thèse de médecine nouvelle formule visera à sanctionner des connaissances et à détecter des compétences « métier » ;

---

<sup>13</sup> On voudra bien à cet égard se référer à l'ouvrage « Permanence des soins et système des urgences en France » chez Berger Levraut / 2012 Patrice BLEMONT et Dr Christian FAVIER.

<sup>14</sup> Article L. 632-4 du code de l'éducation : « Le diplôme d'État de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat [...] ».

- une troisième phase, appelée aujourd’hui phase de « mise en responsabilité », et que la mission – on le verra *infra* – préfère dénommer « phase d’autonomie supervisée », qui aura pour objet de fortifier, en le contrôlant via la délivrance du DES, un corpus de compétences décrit dans une maquette normalement aussi précise que possible et souhaitable.

La mission insiste sur ce qu’elle n’hésite pas à qualifier d’innovation car, en droite logique de l’orientation « métier » qu’ils cherchent à promouvoir, ces stages de phase 3 mettent en évidence le souci de maîtriser les compétences et non plus seulement les connaissances du métier de premier recours sur chaque spécialité. D’aucuns pourront regarder cette dichotomie comme artificielle et ils pourront parfois avoir raison. Mais l’intention est pourtant importante car très illustrative du projet pédagogique poursuivi par les concepteurs de la réforme. Encore aujourd’hui, la médecine se regarde et peut être regardée comme un art. Cette réforme lui rappelle qu’elle est aussi, voire parfois surtout, un ensemble de métiers très techniques supposant un solide corpus de compétences pour l’exercer.

### **1.5. La nécessité de maquettes pédagogiques robustes pour chacune des spécialités**

Pour réaliser les ambitions ci-dessus décrites, chaque filière doit impérieusement pouvoir disposer d’une maquette pédagogique robuste sur laquelle « caler » un portfolio qui pourrait servir de support au contrôle des compétences. Ce contrôle, dont a vu *supra* qu’il est aujourd’hui insatisfaisant, devra pouvoir s’effectuer selon des modalités garantissant un minimum de confidentialité. Il s’agit là au premier chef du travail des collègues, des sociétés savantes et des sections compétentes du conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques (CNU santé).

Ces maquettes doivent être suffisamment précises pour appuyer un contrôle de compétences le moins subjectif possible pour l’interne. Par exemple, avec des objectifs quantifiés d’actes à accomplir en « première ou seconde main » pour garantir le savoir-faire. On a souvent coutume en ce domaine de contrôle des compétences d’évoquer les processus de certification des pilotes de ligne. Mais dans le même temps, il ne s’agit que d’un exemple dont on doit plus s’inspirer qu’imiter de méticuleuse façon ; tant il est vrai que, vu leurs dissemblances, les subdivisions auront aussi un besoin de souplesse et de dérogation pour donner corps aux ambitions très élevées de cette réforme.

Ceci posé, la mission observe que les cahiers des charges qui ont été distribués aux collègues<sup>15</sup> pour produire ces maquettes traduisent beaucoup plus à ce stade la souplesse que la précision. Sans doute les arbitrages, sous l’égide des concepteurs de cette réforme, lors des prochains mois seront l’occasion de mieux préciser ces exigences que la mission juge essentielles. Ils traduiront toutefois un nécessaire compromis entre ambitions et possibilités réelles des subdivisions à exécuter les maquettes.

---

<sup>15</sup> Voir annexes.

## **1.6. La réforme conforte la recherche et ne retranche rien des droits existants pour les internes**

Les propositions des concepteurs de la réforme n'ont pas pour effet de retrancher quelque droit que ce soit qui existerait déjà dans le statut des internes en matière de recherche. Au contraire même, il conforte la possibilité de césure dans le déroulement du 3<sup>ème</sup> cycle pour accomplir ce que les internes appellent « l'année recherche », dispositif prévu à l'article R.6153-11 du code de la santé publique. Par ailleurs, la réforme invite, par recommandation, à prévoir dès le 2<sup>ème</sup> cycle pour les étudiants en médecine une initiation aux méthodes de recherche en santé.

En conséquence, rien dans ce texte ne porte atteinte à la recherche, surtout dans son acception clinique. La mission constate toutefois qu'une part importante de la qualité de cette recherche se jouera au moment où les étudiants soutiendront leur thèse de médecine. Ce sera au directeur de thèse de veiller à ce que l'aspect recherche ne soit pas négligé dans le travail des étudiants même si, centrés sur l'exercice le plus souvent et selon les disciplines, ces travaux seront sans doute plus proches de la recherche clinique que de la recherche fondamentale.

La mission n'aperçoit pas non plus de véritable changement par rapport à la situation actuelle en ce qui concerne ce qui est communément appelé « le droit au remord ». Celui-ci consiste pour un interne à changer de spécialité lorsqu'il réalise au cours de son parcours qu'il a fait fausse route. Cela dit ces questions sont peu fréquentes, bien que chronophages, tant pour les coordonnateurs de discipline que pour les doyens dont c'est un peu l'un des cœurs de métier.

De la même façon, la réforme n'indique pas de nouvelle voie pour résoudre les cas, souvent difficiles, d'étudiants qui sont en échec flagrant dans le cadre de leur parcours. Il en va de même de ces cas chaque année plus fréquents d'étudiants étrangers qui, par équivalence et dans le cadre du droit européen, s'inscrivent aux ECN et sortent donc pour certains d'entre eux très mal classés, puisque ne maîtrisant quasiment pas notre langue. Les nouvelles mesures n'auront pas pour effet ni d'améliorer la situation en ce domaine, ni de la dégrader.

Pour conclure ce point, la mission insiste sur le fait que cette réforme qui est au premier chef pédagogique n'a pas vocation à résoudre toutes les difficultés déjà existantes en tous les domaines des UFR de médecine. Elle observe toutefois suite à ses visites que des ambiguïtés et des confusions demeurent dans nombre d'esprits, d'où cette recommandation urgente :

**Recommandation N°2 :** La mission recommande d'entreprendre sans délai une action soutenue de communication dans les UFR de médecine et à destination de tous les acteurs concernés afin de mieux préciser quelles sont les intentions poursuivies et les résultats escomptés de cette réforme.

À cet égard, la mission fait observer qu'une mise en ligne rapide du présent rapport aurait un effet intéressant de contribution au débat. Surtout, cela permettrait, sans que les ministères s'engagent plus avant, de proposer une lecture pragmatique de cette réforme propre à lever nombre de doutes et d'ambiguïtés qui se développent, notamment auprès des internes sous-informés.

## **2. Impacts organisationnels et pratiques sur les subdivisions de médecine des universités**

Cette réforme ambitieuse aura de nombreux impacts organisationnels sur les subdivisions de médecine et nécessite aussi, d'une certaine façon, un changement culturel pour approcher les parcours des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales.

Elle suppose une forte mobilisation de ressources en temps d'enseignement médical, une forte implication des professeurs de médecine coordonnateurs de discipline et une façon différente d'approcher les parcours des internes en révisant entièrement la politique des subdivisions dans l'agrément des stages pour effectuer un classement.

Elle suppose tout autant de se mobiliser pour être en capacité de répondre au défi posé, à savoir être prêt à faire entrer la réforme en application pour toutes les subdivisions dès la rentrée 2016.

### **2.1. Mobiliser du temps d'enseignement dans les subdivisions**

La mission fait le constat que cette réforme sera consommatrice de temps d'enseignement médical. Comme les effectifs d'enseignants ne sont pas extensibles à l'infini, ce supplément d'enseignement forcera les subdivisions à se poser à nouveau la question de la répartition du temps d'enseignement médical disponible entre tous les cycles.

Les subdivisions seront sans doute aidées en cela par l'affirmation très forte des deux ministères concernés de ne pas faire varier le nombre global des chefs de clinique à la baisse. La mission conclut de cette orientation affichée que la volonté est de suivre les recommandations du rapport IGAS/IGAENR de 2010 sur le post-internat<sup>16</sup> qui était de recentrer plus qu'ils ne le sont actuellement les chefs de clinique-assistants vers des tâches d'enseignement et de recherche.

Ce faisant, la mission déduit qu'il sera attendu de cette catégorie de bi-appartenant<sup>17</sup> un engagement sans faille au profit d'un tutorat plus resserré vis-à-vis des internes, ceci quelle que soit la phase où les internes se trouvent dans l'accomplissement de leur parcours.

Toutefois, la mission fait observer que la montée en puissance de certaines filières aura sans doute pour effet, et même si le nombre global ne varie pas, que la répartition par discipline des chefs de clinique-assistants puisse être, à terme, différente de ce qu'elle est à ce jour.

### **2.2. Impliquer plus fortement les professeurs de médecine, coordonnateurs de discipline**

L'esprit de la réforme conduit à une très forte implication des professeurs de médecine coordonnateurs prévus aux articles 7 et 8 de l'instruction du 22 septembre 2004 (op. cit.) et très probablement à un surcroît, au moins temporaire, de travail et d'investissement dans cette mission.

---

<sup>16</sup> Ce rapport est publié à la documentation française / IGAS 088P – IGAENR 2010-046 Juin 2010.

<sup>17</sup> Ce terme de « bi-appartenant » désigne les hospitalo-universitaires car ils sont à la fois professeurs ou maîtres de conférence et praticiens hospitaliers. À noter que les chefs de clinique sont considérés comme des hospitalo-universitaires.

Tout d'abord, c'est beaucoup grâce à leurs indications et leur implication que pourra s'effectuer le travail de « ré-étiquetage » des stages à la commission d'agrément placée sous la responsabilité du doyen (cf. *infra*, paragraphe 23). Au même moment, la mission a bien conscience que ce travail pourra d'autant plus facilement être conduit que les coordonnateurs de discipline disposeront de la maquette pédagogique révisée selon la nouvelle philosophie de cette réforme.

**Recommandation N°3 :** La mission recommande que les maquettes pédagogiques revues conformément aux nouvelles orientations pédagogiques de la réforme puissent être disponibles pour les facultés de médecine d'ici l'été 2015 afin d'être en capacité d'entreprendre les tâches matérielles qui en découlent.

Néanmoins, même si cette recommandation est pleinement satisfaite dans un terme raisonnable, la mission a conscience du délai malgré tout restreint pour accomplir un travail de qualité dans toutes les subdivisions et dans toutes les spécialités. Car pour la réussir, il ne suffit pas d'effectuer un simple travail d'orientation administrative des stages, mais aussi un véritable travail d'appropriation par les coordonnateurs et par tout le corps professoral des orientations pédagogiques de cette réforme. L'engagement des doyens sera à cet égard déterminant.

Ensuite, la mobilisation des coordonnateurs est à envisager en regard des exigences de parcours plus personnalisé de chaque interne dans une discipline. C'est ce qui devrait être le plus consommateur de temps pour les enseignants coordonnateurs. Une telle acception de parcours personnalisé de l'interne mieux encadré et mieux suivi et qui ressort de l'esprit de cette réforme ne permet plus de reproduire les exemples décrits en première partie de ce rapport. Il sera difficile d'envisager pour un étudiant d'accomplir toutes ses années d'internat sans avoir jamais rencontré son coordonnateur par exemple.

La suite logique de cette idée de parcours personnalisé est quasiment une forme de contractualisation du parcours de l'interne avec son coordonnateur qui comprendrait la fixation d'objectifs en regard des exigences de la maquette et des circonstances particulières des lieux de stage.

La mission comprend bien que, même aidés par une commission interrégionale prévue par le texte du 22 septembre 2004 (op. cit.), c'est demander beaucoup aux coordonnateurs, en tout état de cause plus que ce qu'une grande partie d'entre eux accomplit aujourd'hui. Sachant que ces professeurs de médecine, dont la mission ne peut excéder deux mandats de trois ans consécutifs, doivent aussi se concentrer sur une activité de recherche et sur une activité clinique qui leur permettent, par leur qualité, de conserver autorité sur leur discipline dans leur subdivision ou interrégion.

De même, la mission suppose que les subdivisions auront à cœur d'examiner comment une meilleure organisation interne et une plus forte implication de toute l'équipe enseignante de la composante médecine de l'université permettront aux coordonnateurs de mieux accomplir leur difficile mission, une fois enrichie des nouvelles orientations pédagogiques de la réforme.

Par exemple, la mission fait observer que la question des risques d'engorgement sur certains stages dit « charnières » demeure toujours posée. Pour être juste, cette question se pose déjà depuis longtemps, mais il ne semble pas que la réforme soit en capacité d'y apporter remède.

Les maquettes pédagogiques en cours d'arbitrage devraient reproduire certaines exigences passées qui imposent à un étudiant de faire au moins un stage, par exemple en réanimation médicale. Dans les spécialités très fournies en stages agréés, il n'y a pas de problème à cela. En revanche, dans des spécialités où ces services sont plus rares, comment résoudre le trop plein, sachant que les services ont d'abord mission de veiller sur les malades.

Même en intégrant un parcours plus individualisé des internes, il y aura des invariants qui devraient reproduire les « engorgements » qui s'observent aujourd'hui avec de trop grands effectifs d'internes à accueillir en même temps ; ce qui pose la question de savoir ce que ces praticiens en formation peuvent avoir vraiment l'opportunité d'apprendre avec trop peu d'encadrants. Cette difficulté ne saurait échoir aux seuls coordonnateurs, mais à toute l'équipe enseignante et aux doyens. Vu la rareté des moyens budgétaires disponibles, une augmentation des effectifs apparaît peu probable ; cela passe donc par un effort d'organisation.

### **2.3. Revoir entièrement la politique d'agrément des stages**

On a déjà évoqué *supra* à propos du travail des coordonnateurs la nécessité de réexaminer entièrement la politique d'agrément des stages en fonction des orientations pédagogiques de la réforme et du découpage des stages en trois phases.

Ce réexamen passe naturellement et en premier lieu par un travail de repérage et « d'étalonnage » des stages par le coordonnateur et par la commission interrégionale de coordination visée à l'article 10 de l'instruction du 28 octobre 2004 (op. cit.). Mais il implique, au-delà, la commission d'agrément de subdivision prévue à l'arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. Cette commission est placée sous la présidence des doyens dans les subdivisions.

Le rôle de cette commission est de faire une proposition de choix à la commission régionale d'adéquation dont la responsabilité, qui était autrefois celle des préfets de région (DRASS), ressort aujourd'hui de la compétence des agences régionales de santé. Le terme adéquation signifie qu'il peut y avoir plus de stages à pourvoir que d'internes à affecter.

Cette commission dispose d'un rôle d'officialisation du choix pour les internes qui, même s'ils ne sont pas fonctionnaires, sont des agents publics de par leur statut. Les ARS qui ont une mission de répartition des ressources médicales pour satisfaire l'offre de soins la plus harmonieuse possible dans leur région lui assignent aussi une fonction de répartition de démographie médicale.

Cette procédure signifie que les commissions d'agrément de subdivision présidées par les doyens devront être en capacité de faire leurs propositions au plus tard au printemps 2016 aux commissions régionales d'adéquation. Avec cette incertitude sur la réforme territoriale en cours et le regroupement en treize régions métropolitaines qui pourraient impacter le fonctionnement et les compétences territoriales de ces commissions.

La commission d'adéquation devra marier ses exigences avec la philosophie nouvelle de la commission d'agrément, cette dernière faisant prospérer de façon renforcée une priorité pédagogique et pas un impératif d'aménagement du territoire. Reste que les commissions d'adéquation devraient continuer à être particulièrement vigilantes sur les stages en autonomie

supervisée en activité libérale pour les médecins généralistes du fait de l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler soit des « déserts médicaux », soit des « zones blanches ». C'est-à-dire des zones où l'on manque de professionnels de soins pour couvrir les besoins en santé des populations. Sans doute faudra-t-il trouver des compromis pour mieux réussir. Mais les acteurs de ces procédures y sont déjà fortement rompus.

Ceci dit, pour faire valoir des objectifs et des exigences pédagogiques qui sont le cœur de cette réforme vis à vis de partenaires aussi puissants, il faut disposer de documents tangibles et nationalement édictés pour les fonder sans contestation possible.

**Recommandation N°4 :** la mission recommande en sus des maquettes pédagogiques, de diffuser par discipline un portfolio dérivé des exigences de ces mêmes maquettes. L'effet attendu est de fonder non seulement une évaluation de qualité mais aussi un niveau de prérequis non susceptible d'être trop contesté par des demandes d'agrément qui ne seraient pas fondées sur la qualité pédagogique du lieu de stage.

La mission ne dissimulera pas toutefois que son appréciation sur la faisabilité dans un tel délai, celui de la rentrée 2016, d'un travail aussi fourni et délicat n'est pas absolument assurée. Mais pour peu que les maquettes pédagogiques soient rapidement disponibles et au vu des mobilisations des équipes enseignantes, un tel défi devrait en théorie pouvoir être relevé (Cf. *infra* chapitre 26 sur la question du calendrier de la réforme).

#### **2.4. Faire passer la thèse de médecine à l'issue de la phase 2**

L'une des contraintes forte imposée par la réforme pour les UFR de médecine sera d'être en capacité de pouvoir faire passer les thèses de médecine à l'issue de la phase 2, dite d'approfondissement de l'internat de spécialité.

Si on admet un début de mise en œuvre de la réforme à la rentrée 2016, les premières soutenances de thèses se tiendront en 2018 pour la médecine générale par exemple. Puis les dates s'échelonnent selon les disciplines et selon la durée des DES et des éventuelles exigences des maquettes jusqu'en 2020.

Aujourd'hui, la pratique est que l'Ordre des médecins donne un délai de trois ans supplémentaires au-delà de la validation du DES pour présenter sa thèse, avec une inscription provisoire à la clef. La thèse permet d'être définitivement inscrit et confirmé dans sa qualification. Les étudiants ne se privent pas pour profiter de ce délai et, par exemple, en médecine générale, moins de 20 % des étudiants ont présenté leur thèse à l'issue de leur DES.

Autant la mission croit réalisable un tel objectif pour des subdivisions bien pourvues en enseignants et pour certaines spécialités à faible effectif, autant elle considère comme une gageure le fait de pouvoir atteindre cet objectif dans de bonnes conditions dans nombre de spécialités.

En particulier, la mission en doute fortement pour ce qui est de la médecine générale. Le sous-encadrement de la filière dans nombre d'UFR de médecine est trop important pour qu'il puisse être comblé à date utile en regard des délais espérés pour la mise en place de la réforme, même en mobilisant des enseignants d'autres filières.

La mission prend en compte le fait que les nouvelles modalités de thèse impliqueront des efforts supplémentaires d'adaptation, tant des enseignants que des étudiants. Les doyens doivent réorganiser par exemple l'utilisation des ressources pédagogiques. Si cela s'effectue à moyens constants ou presque, cela demande du temps pour mettre en place de nouveaux usages sans brusquer de par trop les us et coutumes universitaires sur le très emblématique sujet de la thèse. Au surplus, les exigences « recherche » à appliquer pour un travail de qualité doivent être prises en compte pour le délai d'adaptation.

C'est la raison pour laquelle la mission propose, sur ce point précis de la soutenance de la thèse de médecine, d'aménager une période transitoire avec un délai d'adaptation dégressif dans le temps. Ainsi, les étudiants qui auraient à présenter selon les exigences nouvelles leur thèse en 2018 disposeraient d'un délai supplémentaire de trois ans pour le faire ; ceux qui auraient à soutenir en 2019 un délai supplémentaire de deux ans ; ceux qui auraient à soutenir en 2020 d'un délai supplémentaire de un an ; ceux qui auraient à soutenir en 2021 n'auraient pas de délai supplémentaire.

**Recommandation N° 5 :** La mission recommande que, selon un système dégressif dans le temps de délais supplémentaires, une période transitoire soit mise en place avec l'aval du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) afin de satisfaire à la nouvelle exigence de présenter la thèse à l'issue de la phase d'approfondissement de l'internat.

## **2.5. Trois précisions juridiques à apporter sur les internes de phase 3**

### **2.5.1. Un danger de confusion juridique à écarter**

Un danger de confusion juridique est de nature à perturber la bonne compréhension de ce que la réforme dénomme « phase de mise en responsabilité ». En effet, et on le verra *infra* en partie 3, cette appellation est de nature à être confondue avec d'autres voies possibles pour les internes.

La notion de « mise en responsabilité » ne recouvre pas que le fait d'offrir des possibilités à un interne chirurgien par exemple d'opérer comme opérateur principal, seul ou non dans un bloc opératoire. Or il existe une forte différence entre « être mis en responsabilité » qui suppose une responsabilité disciplinaire, civile et pénale plénière et « se voir confier des responsabilités » sous le contrôle direct d'un praticien de plein exercice qui suppose que c'est le superviseur qui assumera, au final, la responsabilité disciplinaire, civile et pénale des actes effectués par l'interne. C'est toute la différence qui existe entre une « délégation totale des tâches » impliquant le plein exercice et la « délégation supervisée des tâches » qui est mieux adaptée à un apprentissage pédagogique.

De plus, l'esprit de la réforme implique que les internes « mis en responsabilité » ne soient pas des praticiens de plein exercice mais des praticiens en formation. La réforme entend donc conserver aux internes toute la durée de leur internat un statut d'étudiant, y compris durant la phase dite « de mise en responsabilité ». C'est donc d'évidence cette seconde acception de responsabilité qu'il faut retenir. À cet égard s'ajouteraient, selon des interlocuteurs rencontrés par la mission, des questions de responsabilité dans les hôpitaux pour fixer le tableau des gardes, de responsabilité pour faute et sans faute, de responsabilité récursoire, de fautes détachables du service ou pas.

C'est la raison pour laquelle la mission constate que la médecine générale est en quelque sorte en avance sur la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales en dénommant le stage d'application des futurs médecins généralistes le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS).

Que font donc ces jeunes futurs généralistes lors de ce SASPAS ? Ils voient seuls des patients, peuvent porter un diagnostic et prescrire (ce que font aussi d'ailleurs déjà certains internes de spécialité dans les hôpitaux). Mais s'ils éprouvent le moindre doute et pour revoir des dossiers, ils peuvent se tourner vers un référent, praticien senior confirmé, en l'occurrence leur maître de stage, lequel « supervise » cette autonomie. C'est-à-dire qu'il offre une garantie à la fois à l'interne en stage s'agissant de sa responsabilité médicale en limitant cette dernière et une garantie aux malades qui ne sont pas des cobayes.

Instruit de cet exemple déjà utilisé dans toutes les subdivisions, la mission propose que les internes dans toute leurs phases de formation au sein du DES soient bien considérés comme des étudiants, même si certaines responsabilités que l'on souhaite leur confier en phase 3 de l'internat (et non pas LA responsabilité) les placent en situation d'autonomie, forcément supervisée si l'on suit l'esprit de cette réforme.

**Recommandation N°6 :** La mission recommande d'abandonner pour la phase 3 de l'internat le terme de « mis en responsabilité » et, afin de lever toute ambiguïté juridique de quelque nature que ce soit, propose que les internes soient, durant cette phase 3, appelés « praticiens en phase d'autonomie supervisée » (PPAS).

Cette façon de voir n'a pas pour effet, la mission le précise, d'enlever toute responsabilité aux internes. D'ailleurs, au sens premier du terme, en phase d'autonomie supervisée, un interne recevra des responsabilités croissantes en fonction de sa progression pédagogique. Sauf que rien d'automatique ne sera décidé à l'avance ; car c'est au responsable qui reçoit l'interne, de « fixer le curseur » pour chaque interne, en regard de l'intérêt des malades et en fonction des objectifs pédagogiques de la maquette et du rythme de progression de l'interne. C'est sous sa responsabilité qu'il peut exécuter des actes. De plus, si l'interne commet une faute caractérisée et personnelle, il continuera à l'assumer. En revanche, praticien en formation, supervisé par ses maîtres, il n'a pas à se soucier de la responsabilité générale médicale du service et peut se concentrer, l'esprit plus libre, sur ses apprentissages. Cette solution n'a rien d'infaisable puisque c'est, par exemple, exactement celle-là qui a déjà été choisie sous forme d'expérimentation et sur un fondement plus empirique que réglementaire au CHU de Nantes pour les « internes seniors »<sup>18</sup> en anesthésie-réanimation.

La mission considère, de surcroît, qu'il est utile que le regard des équipes soignantes change sur la qualité de ces praticiens en phase d'autonomie supervisée (PPAS). Donner, comme il est ici suggéré, à ces internes une appellation différente n'est pas une simple astuce de présentation, mais une mesure à caractère symbolique.

Certes, ces jeunes praticiens ne sont pas encore de plein exercice, mais ils s'en approchent et les responsabilités qu'on leur confie dans le cadre de leur autonomie supervisée légitiment qu'on les distingue de ce fait.

---

<sup>18</sup> Terme souvent utilisé pour désigner, hors de tout texte réglementaire, les internes en dernière année d'internat.

Cette distinction a forcément un impact statutaire impliquant de revaloriser le traitement des internes de phase 3 qui sera examiné en partie 3 du présent rapport.

### **2.5.2. Une difficulté de dénomination des stages à régler**

Il existe un risque de rigidifier le dispositif. Il importe en effet de ne pas obérer l'esprit « métier » qui est celui de la réforme, et donc permettre la meilleure circulation possible pour les stages entre activités « métier ».

Par exemple, il est logique d'envisager des stages en ambulatoire pour des spécialités comme la médecine générale bien évidemment, mais aussi la gynécologie médicale, la pédiatrie, la psychiatrie, ainsi que d'autres spécialités dont une grande partie de l'activité a pour cœur la médecine de ville.

C'est ce pourquoi la mission considère qu'il faut parler à l'occasion des stages « d'activités métier » et non pas de « services » ; car ne pas envisager les choses ainsi impliquerait un trop plein « d'hospitalo-centrisme » dans la mesure où les textes s'ils employaient le mot « services » verrouilleraient par une dénomination de ce type bien trop les possibilités de stage pour les internes. Ce serait même contraire à l'esprit de la loi du 13 août 2004<sup>19</sup> visant à se recentrer sur le parcours de soins du malade et, d'une façon générale, aux efforts de santé publique tels que les rappelle la recommandation de la Haute autorité en santé (HAS) du 15 mai 2012. C'est la qualité pédagogique qui doit primer et non le statut juridique de la structure d'accueil.

La mission fait également observer que sur certaines spécialités et dans certaines subdivisions, à commencer par la chirurgie, une grande part des activités se réalise au sein des cliniques privées. Se priver de telles possibilités pour des lieux de stage qui seraient volontaires serait bien étrange en regard des objectifs de meilleure qualité des soins pour les malades.

**Recommandation N°7 :** la mission recommande que lors de l'élaboration des textes par les services des ministères les termes « lieux de stage » et « praticiens-maîtres de stage » soient privilégiés par rapport au terme de « services ».

Outre le respect de l'esprit de la réforme, la mission estime que cette recommandation aura aussi pour effet d'augmenter la souplesse d'emploi du dispositif pour les coordonnateurs de discipline.

### **2.5.3. Une ambiguïté sur les internes de phase 1 et 2 est à lever**

La mission a senti poindre au cours de ses visites et audiences une ambiguïté sur les internes de phase 1 et 2 qui mérite d'être levée.

Du fait du fort tropisme porté dans la réforme sur la phase 3 de l'internat, d'aucuns commenceraient facilement à lire cette réforme comme un déport des activités de soins vers la phase 3, transformant ainsi les internes de phase 1 et 2 pour paraphraser Raymond Aron, non pas comme « des spectateurs engagés », mais, dans leur esprit, comme une sorte de « contemplatifs ».

La mission considère qu'il n'en est rien et que cette vision correspond à une lecture erronée de cette réforme.

---

<sup>19</sup> Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, renforcée par l'article L162-5-3 du code de la santé publique issu de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (dite Loi HPST).

Au contraire, l'étagement plus précis des stages en phases permet une détection des talents et des compétences qui ne peuvent qu'encourager à prendre l'initiative. Surtout si les chefs de clinique-assistants jouent bien, comme il est espéré, leur rôle du tutorat. Les internes de tous niveaux ont toujours participé aux soins, et ils disposent d'un tableau de garde ad hoc. Bref, il n'y a aucun changement à cela du fait de cette réforme.

## **2.6. Être en capacité d'être prêt à la rentrée 2016**

La mission rappelle la nécessité de disposer de maquettes pédagogiques robustes et précises pour donner un sens à la réforme. C'est une condition très forte pour la réussite de cette réforme.

Depuis la mise en place de la CNIPI, de très nombreuses consultations, concertations, échanges ont eu lieu. La mission a pu d'ailleurs disposer de sources assez abondantes sur ce point. Soutenir que cette réforme se ferait sans concertation ou serait imposée de façon technocratique serait très difficile à soutenir de bonne foi.

Beaucoup de professionnels qui ont partagé les constats des réflexions de feu la CNIPI pensent donc qu'aujourd'hui est venu le moment de trancher et de se lancer. Pour ce faire, la date de la rentrée 2016 a souvent été évoquée. Par ailleurs, la France n'est pas en avance, et d'autres nations en Europe (telle l'Allemagne) ont conduit des réformes dont bien des principes sont identiques aux orientations du rapport Couraud/Pruvot.

La mission ne dissimulera pas que sa conviction la conduit à considérer le travail à accomplir comme encore très important, et que nombre de subdivisions seront à la peine. Mais elle fait ce constat qu'il importe à un moment donné de choisir une échéance, surtout de la coordonner avec le reste des efforts accomplis pour rénover tout le cycle des études médicales. Une réforme du deuxième cycle est en cours. Elle devrait se conclure par la mise en place volontariste de modalités innovantes lors des ECN de 2016.

**Recommandation N° 8 :** La mission recommande à ce stade de ses investigations de maintenir la rentrée 2016 comme objectif pour mettre en œuvre la réforme du troisième cycle des études médicales.

## **3. Impacts organisationnels et pratiques sur le système hospitalier comme de soins, et impacts statutaires à prévoir pour les internes**

Cette réforme du troisième cycle des études médicales aura également des impacts surtout dans les organisations hospitalières, que ce soit à l'hôpital universitaire ou général mais aussi sur les activités de soins en cliniques privées ou à l'hôpital.

Parmi les points de confusion, la mission observe que cette réforme est strictement limitée aux étudiants du troisième cycle des études médicales. Elle ne vise en rien l'aval du DES, c'est-à-dire le post-internat, et n'a aucune prétention à le changer.

Mais cette réforme qui va renforcer le rôle des internes de phase 3 que la mission a proposé *supra* de dénommer « autonomie supervisée » ne peut être effectuée sans qu'une juste rétribution de leurs efforts soit envisagée. C'est la raison pour laquelle la mission proposera *infra* un aménagement

statutaire visant à satisfaire cet objectif. Cet aménagement sera aussi l'occasion de faire une mise au point sur certaines bases juridiques et d'empêcher la confusion de s'installer avec d'autres possibilités pour les internes.

De ce fait, cette réforme aura nécessairement un coût de montée en charge, certes raisonnable et étalé sur le temps, mais un coût quoi qu'il en soit. La mission s'est attachée à le faire chiffrer par les services selon les indications qu'elle a données. Il s'agit donc d'une estimation et d'une proposition qui peut servir le cas échéant de base de travail pour les ministères qui auront à rendre les arbitrages définitifs en ce domaine.

En revanche et si l'esprit de la réforme est respecté, la mission n'aperçoit aucune raison pour modifier quoi que ce soit s'agissant des assistants des hôpitaux généraux. De même, la mission ne croit pas utile de changer, du fait de cette réforme, les conditions d'accès au secteur 2 pour les jeunes praticiens, sachant que cet aspect ne relève que de la politique conventionnelle de l'assurance maladie de toutes les façons.

### **3.1. Les raisons d'une amélioration statutaire et les bases pour la conduire**

Après avoir expliqué ce pourquoi il est indispensable d'envisager une amélioration statutaire pour les internes de phase 3 en autonomie supervisée, la mission se propose de préciser selon quelles bases juridiques.

#### **3.1.1. Les raisons d'une amélioration statutaire**

La mission, après toutes ses consultations, ne croit pas possible la mise en place de cette réforme sans qu'une modification statutaire ne vienne sanctionner l'effort supplémentaire des internes dans la phase d'autonomie supervisée.

Ceci est particulièrement vrai pour l'internat de chirurgie. En effet, à l'heure actuelle, les internes en chirurgie ne valident pas leur formation à l'issue du DESC II de chirurgie qui dure cinq ans. Ils doivent impérieusement prolonger de deux ans cette formation sur un statut contractuel de post internat. Ce qui veut dire qu'il faut sept ans d'études pour être qualifié en chirurgie d'organe. Pour ce faire, les plus chanceux d'entre eux sont choisis pour ces deux ans comme chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ; les moins chanceux doivent effectuer cette période en qualité d'assistant des hôpitaux généraux ou d'assistant partagé entre CHU et CH.

Si l'on transforme le DESC II de chirurgie en DES d'une durée de six ans comme la réforme le préconise, on comprend bien que les jeunes chirurgiens vont redouter d'être déqualifiés par rapport à la situation actuelle et servir de « main d'œuvre à bon marché » comme on peut le lire sur les blogs télématiques consacrés à ces sujets, au moins pour la sixième année de l'internat puisqu'ils se retrouvent encore étudiant interne dans le nouveau dispositif, alors qu'ils étaient praticiens senior dans l'ancien (chefs de clinique ou assistants).

C'est la raison pour laquelle, et quelle que soit la spécialité, la ou les années d'autonomie supervisée (selon les spécialités) devront être rémunérées différemment et avec un avantage visible comparé à l'actuel statut des internes. Rappelons en effet que le statut des internes est unifié pour toutes les disciplines issues des ECN, et que par conséquent le principe d'égalité force à accorder à tous les

internes les avantages concédés, même s'ils le sont en regard de contraintes plus situées dans une spécialité que dans d'autres.

### 3.1.2. Les bases juridiques pour opérer une modification

Disons-le d'emblée et tout net, cette base juridique existe et elle est législative : il s'agit de l'article L 4111-1-1 du code de la santé publique créé par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011. L'existence de cet article est une excellente opportunité car elle permettrait, en suivant les recommandations *infra* de la mission, de se cantonner à un chantier réglementaire pour l'effectuer.

Citons cet article in extenso :

*« Dans le cadre de leur formation et par dérogation au 1° de l'article L.4111-1 peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France et remplissant des conditions déterminées par décret en conseil d'Etat et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés ».*

Dans ce cadre, plusieurs solutions sont possibles :

- créer purement et simplement un nouveau statut pour les internes de phase 3 ;
- déclarer que cette phase 3 de l'internat se fera selon le statut des chefs de clinique ou des assistants ;
- aménager une position particulière dans l'actuel statut des internes ce qui reste pour cette dernière solution, on le rappelle, de la seule sphère réglementaire.

La mission ne croit pas pouvoir suggérer la solution qui consisterait à créer un nouveau statut parmi la forêt de statuts déjà existants à l'hôpital. Les malades ont déjà bien du mal à s'y retrouver et pas seulement eux d'ailleurs. Il faut aussi constater que créer un nouveau statut à l'heure où le gouvernement essaie dans ses efforts de simplification d'en limiter précisément le nombre ne serait pas forcément très heureux.

Se pourrait-il alors que cette période d'internat d'autonomie supervisée puisse s'effectuer sous le statut des chefs de clinique ou sous celui des assistants ? Sur le fondement de la base législative ci-dessus, en théorie cette solution n'est pas totalement impossible.

En effet, l'article L.4111-1-1 est utilisé pour fonder la mise en place juridiquement plus robuste de licences de remplacement qui sont délivrées aux internes volontaires en vertu de l'article L.4131-2 du code de la santé publique lorsqu'ils ont dépassé les 2/3 de leur cursus en moyenne et selon un texte réglementaire d'application pris par décret en conseil d'État<sup>20</sup>. Ces licences de remplacement donnent pour un lieu donné et sur une liste d'actes déterminés à l'avance la capacité à un interne d'avoir la plénitude de l'exercice de la médecine.

D'aucuns alors, en particulier un syndicat de jeunes chirurgiens, plaident pour que, à l'imitation de ces licences de remplacement, les internes de phase 3 soient des chefs de clinique. Non sans adresse,

---

<sup>20</sup> Voir annexes sur la fréquence et la répartition de ces licences en 2013.

ils font observer que cette solution, certes plus coûteuse, aurait néanmoins pour mérite de rendre plus rapidement disponibles les praticiens pour les malades. Les jeunes chirurgiens arguent de ce fait que nombre d'entre eux, une fois terminé le DES, iraient directement exercer au lieu, comme aujourd'hui, de faire un post-internat. Certes, mais ces statuts de post-internat pour la phase 3 leur permettraient d'avoir accès ipso facto au secteur conventionné à honoraires libres, dit secteur 2 de l'assurance maladie<sup>21</sup>, leur conférant de façon automatique une autorisation de dépassement significatif des tarifs pour ces praticiens, notamment de chirurgie, et tout ceci dans le cadre de la politique conventionnelle entre l'assurance maladies et de ses partenaires des syndicats de praticiens libéraux.

La mission entend bien tous ces arguments, mais ils n'emportent toutefois pas sa conviction.

En effet, si on suivait d'emblée cette solution, l'esprit même de la réforme serait lourdement altéré, car le cœur de sa philosophie est bien de considérer les internes, même en phase d'autonomie supervisée, comme des praticiens en formation, sans plénitude d'exercice de la médecine, avec les conséquences en termes de responsabilité évoqués *supra*. Accepter cette solution reviendrait donc de facto à raccourcir les durées de formation, même si cela baisserait certains délais pour la qualification, et généraliserait un post-internat pour assurer la qualification. C'est-à-dire à peu près exactement le contraire de ce que voudrait faire la réforme.

D'autant que raccourcir les durées de formation est un exercice des plus compliqués. Outre le fait que les professeurs Couraud et Pruvot ont reçu mission de ne pas les allonger, la mission constate avoir rencontré au cours de ses visites une solide majorité de professeurs de médecine expliquant fortement que la durée impartie pour apprendre leur discipline est bien trop courte et qu'il faudrait l'allonger ! Si on ajoute à cela la raréfaction du temps disponible pour les internes avec la réforme, actuellement en cours, du repos de sécurité<sup>22</sup>, la mission ne voit guère comment restreindre les temps de formation qui vont de facto se contracter.

Ensuite, s'agissant du rapprochement opéré par plusieurs acteurs entre licence de remplacement et semestres du DES, la mission observe qu'il y a une différence de nature entre les deux : la première s'effectue sur le fondement du seul volontariat, les seconds sont obligatoires comme parties intégrantes d'un cursus de formation avec une évaluation pédagogique à la clef. Les licences de remplacement correspondent à un besoin de santé publique temporaire et ne poursuivent aucun objectif pédagogique en tant que tel. Elles n'ont aucune raison d'être impactées par la réforme et ne sauraient, puisque sans supervision pédagogique et à la différence des semestres du DES, servir de périodes d'équivalence pour valider une partie du DES. Faute de quoi, la mission fait observer que l'esprit de la réforme s'en trouverait fortement affecté.

Mais il convient de noter que ce n'est pas totalement illogique de l'envisager ainsi, puisque « qui peut le plus peut le moins ». La mission estime que cette piste pourra le cas échéant être explorée

---

<sup>21</sup> Cf. *infra* partie 35.

<sup>22</sup> Le repos de sécurité est une notion assez complexe qui force à un repos obligatoire sans implication dans les soins après une certaine durée de travail. Ce qui implique que l'on peut faire des activités à l'hôpital ; mais pas des soins. Il est déjà appliqué pour les praticiens seniors qui ne sont pas universitaires sous forme de repos total au sens du droit européen (c'est-à-dire aucune activité), depuis la mise en place de la réduction du temps de travail initiée par les lois Aubry. Les hospitalo-universitaires n'avaient pas souhaité être intégrés à ce dispositif en 2001. La mission ne peut aller plus avant dans ses appréciations puisque tous les arbitrages d'application de cette mesure pour les internes ne semblent pas définitifs au moment de la rédaction du présent rapport.

ultérieurement. Elle accroîtrait inutilement, pour le présent, la confusion pour quelques modalités d'équivalence qui seraient âprement définies.

Enfin, la mission constate qu'il y aurait là un quasi détournement de procédure par rapport à la politique conventionnelle de l'assurance maladie qui, seule avec ses partenaires, peut déterminer les conditions d'octroi du secteur 2<sup>23</sup> aux praticiens et ce, dans le cadre des textes qui l'encadrent. Que ce soit sous forme d'un recours direct près le Conseil d'Etat ou ensuite par voie d'exception d'illégalité, la mission redoute un risque contentieux et éprouve un doute des plus sérieux sur la robustesse juridique d'une telle orientation.

**Recommandation N° 9 :** La mission recommande, pour permettre une évolution positive des émoluments perçus par les internes placés dans la phase d'autonomie supervisée d'aménager l'actuel statut des internes sans création d'aucune sorte d'un nouveau statut ou l'utilisation d'un statut déjà existant dans les hôpitaux.

### **3.2. Comment aménager l'actuel statut des internes pour appliquer la réforme du troisième cycle des études médicales ?**

Si la mission, comme elle l'a indiqué *supra*, n'est pas en faveur d'un nouveau statut et qu'elle propose d'aménager celui existant, elle n'en demeure pas moins sensible à plusieurs facteurs déterminant pour faire réussir cet aménagement.

En premier lieu, il est important de ne pas négliger l'étagement nécessaire des rémunérations entre le statut d'interne et celui d'assistant. En effet, le statut d'assistant perdurera, en complément du statut de chef de clinique, à la fois comme support juridique pour l'obtention d'une « surspécialité », mais aussi comme une des conditions préalables pour l'accès au secteur 2 (cf. *infra*).

En outre, le statut d'assistant constitue, autant un instrument d'attractivité pour les établissements hospitaliers généraux, que pour les jeunes praticiens qualifiés. Ces derniers sont en effet encore en attente d'installation et trouvent en ce statut un excellent et utile moyen de transition dans leur carrière. De toutes les façons, il existe un décalage calendaire entre l'obtention du DES et le passage du concours de praticien hospitalier qui, en l'état actuel des choses, force un jeune praticien à cette solution.

Dès lors, la rémunération du praticien en autonomie supervisée, quel que soit le nombre d'années d'études préalables doit s'approcher de celle de l'assistant sans la dépasser, ce qui empêcherait sinon toute progression de rémunération à l'issue du DES.

Du point de vue individuel, la rémunération supplémentaire pour un interne/praticien en autonomie supervisée provient :

- de la différence entre les émoluments de base d'un assistant et la rémunération qu'il touche actuellement dans l'année d'études où il entrerait dans la phase d'autonomie supervisée ;

---

<sup>23</sup> Cf *infra* partie 35.

- de la rémunération des gardes qu'il effectuerait pendant sa phase d'autonomie supervisée indemnisées comme un senior, dès lors qu'il est inscrit sur le tableau de garde seniors.

Par rapport à la situation actuelle, les simulations opérées par la DGOS sur la suggestion de la mission conduiraient à une progression des émoluments des internes / praticiens en autonomie supervisée ainsi qu'il suit :

- pour les DES en 3 ans : + 380 € net / mois pendant les six derniers mois de la 3<sup>ème</sup> année ;
- pour les DES en 4 ans : + 290 € net / mois en 4<sup>ème</sup> année ;
- pour les DES en 5 ou 6 ans = + 155 € net / mois en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année.

Outre l'équivalent de la rémunération d'un assistant, l'interne / praticien en autonomie supervisée, sera indemnisé, pour ses gardes, dès lors qu'il prendra des gardes sur les tableaux des seniors à hauteur de l'indemnisation des gardes seniors, soit une indemnité de sujétion (IS) de 264 € brut/garde au lieu de 119 € brut/garde d'interne.

En prenant l'hypothèse des obligations de gardes de l'interne (une garde / semaine et une garde de week-end / mois), ceci conduirait à une progression nette globale de rémunération comprise entre 792 euros et 928 euros par mois.

Enfin, pour les DES en 6 ans, par rapport à la situation actuelle où la 5<sup>ème</sup> année est rémunérée en tant qu'interne de 5<sup>ème</sup> année et la 6<sup>ème</sup> année comme un assistant 1<sup>er</sup> échelon avec indemnité de service public exclusif mise en place d'ici 2018, la rémunération du praticien en autonomie supervisée dès le début de la 5<sup>ème</sup> année amènerait à l'équivalent d'une progression de la rémunération de 229 € net par mois sur deux ans.

**Recommandation N°10 :** La mission recommande de fixer le traitement des internes / praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui des assistants des hôpitaux 1<sup>er</sup> échelon (hors indemnité d'engagement de service public exclusif) ce qui permet de sauvegarder l'étagement des rémunérations entre les deux statuts.

En second lieu, il faut pouvoir proposer un exercice plein et entier de premier recours dans la discipline dans les centres hospitaliers pour ceux qui souhaiteraient commencer leur exercice professionnel à l'issue du DES. Rappelons qu'un des objectifs ouvertement affichés de la réforme est de pouvoir disposer plus rapidement de professionnels formés au bénéfice des malades. Ceci suppose de faire évoluer le calendrier et les modalités du concours de praticien hospitalier.

**Recommandation N° 11 :** La mission recommande de revoir le calendrier du concours de praticien hospitalier afin que les modalités permettent soit d'en anticiper le passage lors de la dernière année du DES, soit d'enchaîner ce concours dès l'issue du DES.

Les effets attendus de la réforme sont une densification de la formation et un recentrage sur le premier recours, et au final, une meilleure formation des praticiens. On peut supposer que ces derniers maîtriseront mieux qu'aujourd'hui leur médecine, surtout s'ils viennent juste de terminer leur parcours. C'est pourquoi les modalités du concours de PH doivent être adaptées afin d'éviter de leur faire passer des épreuves qui seraient une claire et coûteuse redondance avec celles du DES qu'ils viennent de valider.

**Recommandation N° 12** : la mission recommande de modifier les conditions de passage du concours pour les titulaires du nouveau DES sur le modèle du concours de type 1 (examen sur dossier avec l'équivalent d'un entretien de recrutement dans le corps des praticiens hospitaliers) de façon à favoriser l'attractivité des recrutements dans les CH.

### **3.3. Quels sont les impacts budgétaires et sur la production des soins de cette réforme**

#### **3.3.1. Impact sur la production de soins**

La mission considère que cette question est très dépendante de la répartition des agréments de stage selon leurs phases, notamment entre CHU et CHG. En l'absence d'un système de comptabilité analytique suffisamment robuste dans tous les établissements concernés pour analyser les composantes de coûts dans la production des soins, la mission a été obligée de procéder à une estimation.

Ainsi en CHU, sachant que les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) indemnisent déjà le manque à gagner en CHU du fait des charges d'enseignement, les choses pourraient s'équilibrer : des chefs de clinique plus concentrés sur le tutorat des internes pourraient voir leur rendement légèrement baisser ; alors que celui des PPAS augmenterait au contraire. En outre, la continuité des soins en établissement sera facilitée si on « séniorise » les gardes des internes en « autonomie supervisée ».

#### **3.3.2. Estimation du surcoût global de la réforme**

Au plan de la méthode, la mission a fait effectuer les chiffrages *infra* selon indications par la DGOS et suite à des discussions avec les fonctionnaires en charge de suivre ces questions. Ces demandes de chiffrages se sont fondées sur les consultations de la mission avec les acteurs concernés par la réforme afin de mieux appréhender les demandes et les crispations possibles.

La mission en déduit que la réforme a un coût à moyen terme, même s'il est modéré, étalé dans le temps et « provisionnable », et selon les éléments suivants :

- du fait des revalorisations du statut des internes en phase 3 ;
- du fait de la séniorisation des gardes doublées d'une astreinte de sécurité ;
- du fait du recrutement de nouveaux maîtres de stage en ambulatoire.

En premier lieu, la réforme envisagée vise à attribuer à un interne en phase de mise en autonomie supervisée une rémunération de base identique à celle d'un assistant. Rappelons en effet que le passage du DES en six ans pour la chirurgie au lieu du DESC II actuel complété par un clinicat ou un assistantat de deux ans, dans les faits obligatoires pour valider sa qualification à l'Ordre des médecins, expose les internes de la 2<sup>ème</sup> année de la phase 3 du DES nouvelle formule à une perte par rapport à l'existant.

Comme le statut d'interne est unique pour toutes les spécialités, la réglementation impose d'offrir les mêmes avantages en phase d'autonomie supervisée à tous les internes quelle que soit leur spécialité.

C'est pourquoi le surcoût de la réforme pourrait, sur ces bases, s'élever à 40 millions d'euros en année pleine par génération d'internes, à partir de 2022, le dispositif entier montant en charge progressivement à partir de 2019 si la réforme débute en 2016.

### 3.3.3. Méthodes de calcul des surcoûts de la réforme

Cette estimation de 40 millions d'euros mérite d'être précisée. Le surcoût de la réforme se calcule par différence :

- entre la rémunération d'un assistant augmentée des majorations, logement, nourriture, qui sont supposées versées en autonomie supervisée dans la continuité des deux premières phases et hors indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) ;
- et la rémunération actuellement perçue par un interne en fonction de son degré d'avancement dans ses études.

Dans cette proposition, il subsiste une différence de rémunération de 400 euros entre les internes de phase 3 et les assistants, ce qui correspond au montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) versée aux seuls assistants.

Les internes, en fonction de leur DES, vont entrer dans la phase d'autonomie supervisée dans des années différentes d'internat. Le tableau *infra*, construit en fonction des hypothèses actuelles de déroulement des phases du troisième cycle (selon leurs durées respectives pour chaque DES) et des effectifs correspondants, présente le nombre d'internes (en ETP) en autonomie supervisée selon leur année d'internat.

**Effectifs d'internes en autonomie supervisée selon leur année d'études (source DGOS)**

	Effectifs	Déroulement du cursus (phases)					
2,5 + 0,5 PPAS	3575	1	2	1788 (=3575 sur 6 mois)			
3 + 1 PPAS	2577	1	2	3	2577		
3 + 2 PPAS	460	1	2	3	460	460	
4 + 1 PPAS	929	1	2	3	4	929	
4 + 2 PPAS	414	1	2	3	4	414	414
5 + 1 PPAS	142	1	2	3	4	5	142
<b>ETP d'internes en PPAS</b>	<b>7183</b>			<b>1788</b>	<b>3037</b>	<b>1803</b>	<b>556</b>
<b>TOTAL des internes</b>	<b>8097</b>						

Ainsi, pendant une année complète, 1 788 internes seront en PPAS en 3<sup>ème</sup> année (3 575 sur six mois donc 1 788 en ETP), 3 037 en PPAS en 4<sup>ème</sup> année, 1 803 en PPAS en 5<sup>ème</sup> année et 556 en PPAS en 6<sup>ème</sup> année pour un effectif total de **7 183 ETP**.

La rémunération moyenne pondérée s'établit à 41 343 € brut annuel chargé.

Si on faisait bénéficier l'interne en PPAS de la rémunération d'un assistant sans renoncer au bénéfice de la majoration nourriture et logement, le salaire brut chargé annuel serait de 47 005 €.

Le coût de l'augmentation de la rémunération et donc de la réforme est de :

- 47 005 - 41 343 = 5 662 € par interne, soit sur le nombre total d'internes concernés **40,670 M€**.

Pour faciliter l'ouverture de nouveaux terrains de stage en ambulatoire, il sera nécessaire en outre de continuer à financer à 100 % ces stages ambulatoires de phase 3 réalisés par les internes.

La rémunération des gardes et astreintes des internes en autonomie supervisée est neutre pour le calcul du surcoût global. On peut en effet considérer que les gardes de seniors assurées par les internes de phase 3, rémunérés pour ce faire au même tarif que pour les seniors, sont déjà financées au titre de la permanence des soins. En effet, dans la phase 3, ils entrent dans le tour de garde des seniors, qui est déjà organisé et financé, alors qu'ils sont sur le tableau de garde des internes en phase 1 et 2.

Toutefois, pour assurer au sens de la réforme la supervision des internes de phase 3 pendant la permanence des soins, il faudra parfois organiser l'équivalent d'une astreinte de sécurité effectuée par un praticien senior de la spécialité si aucun d'entre eux n'est sur place pendant la garde de cet interne. Il ne s'agirait pas de créer une ligne d'astreinte supplémentaire, mais uniquement de l'organiser quand elle n'existe pas et quand la garde est prise par l'interne de phase 3. Le coût d'une ligne d'astreinte de sécurité s'élève à 30 000 euros annuels. Si on fait l'hypothèse que celle-ci serait activée un jour sur 7 (la garde de senior étant assurée une fois par semaine par un interne de phase 3), cela amènerait à un coût de 4 500 euros par an et par ligne de garde

Il est toutefois difficile d'en estimer un montant au niveau national car cela renvoie à l'organisation globale de la permanence des soins dans chaque établissement.

Enfin, le recrutement de nouveaux maîtres de stage ambulatoire devra continuer à être développé. Le surcoût lié à la montée en charge des terrains de stage en ambulatoire (rémunération des maîtres de stage, 600 €/mois/interne) n'est toutefois pas directement lié à la réforme et il se serait même produit sans la réforme. Cela dit, si l'orientation « métier » est réussie, cela impliquera l'extension de cette logique à plusieurs autres spécialités, comme la pédiatrie ou la cardiologie, d'où un léger surcoût.

Cette réforme peut aussi avoir des répercussions sur la question de la qualification et sur celle des inscriptions à l'ordre, avec d'éventuelles implications du droit européen dans ces procédures.

### **3.4. La reconnaissance des qualifications et les questions de droit européen**

#### **3.4.1. La question des qualifications**

L'un des points de confusion qu'il importe à la mission de lever est celui qui porte sur les qualifications. À plusieurs reprises la mission a entendu que finalement le DES deviendrait qualifiant de par la réforme. Ce n'est pas exactement ainsi que la question se pose. Le DES est une condition nécessaire pour obtenir la qualification. Ce n'est pas une condition suffisante.

De par la loi, c'est l'ordre des médecins qui qualifie. C'est ainsi que l'Ordre peut être conduit à refuser une qualification à un praticien, quand bien même celui-ci aurait obtenu son DES. C'est déjà le cas aujourd'hui, et la réforme n'a pas pour effet de changer cela.

Certes, il ne peut s'agir que d'exceptions et de tels refus sont d'évidence placés sous le contrôle du juge administratif.

En revanche, si l'esprit de la réforme est vraiment appliqué, c'est-à-dire si le contenu des maquettes et l'exécution du portfolio garantissent bien un contenu de formation des plus robustes, la mission en déduit que le contrôle de l'Ordre des médecins n'en sera que facilité et plus fluide.

#### **3.4.2. Quel impact du passage de la thèse en fin de phase 2 sur l'inscription à l'Ordre des médecins ?**

La mission s'interroge sur un des aspects de la réforme qui est le passage de la thèse en fin de phase 2 de l'internat.

Dès lors qu'ils auront soutenu leur thèse, ne peut-on pas en déduire que les jeunes praticiens devraient être inscrits à l'Ordre des médecins ? En pareil cas, comment empêcher qu'ils ne soient praticiens de plein exercice et, qu'à l'imitation de ce qui est déjà le cas pour les ECN, des praticiens à diplôme étrangers communautaires ne viennent s'inscrire en phase 3 de l'internat sans avoir passé les ECN ?

À la première question la mission estime devoir répondre que l'esprit de la réforme conduit à regarder cette thèse qui est le condensé, on l'a vu en partie 1 de ce rapport, de l'ancien mémoire de DES et de la thèse d'exercice, comme une simple obligation du DES, qu'elle en est partie intégrante donc et non détachable d'un tout pédagogique. Que, ce faisant, s'inscrire à l'ordre suppose de le fonder sur le seul DES qui offre la possibilité d'être qualifié dans sa spécialité. C'est du fait de cette déduction logique que certains praticiens ont pensé que le DES était directement qualifiant.

Mais on le pressent, la question continuera à être posée. Et la réponse n'est pas évidente. Sans doute, la réponse devrait-elle être prévue par les textes d'application lorsque les services auront à régler cette question, en lien avec l'Ordre national des médecins.

Les services devront vérifier aussi si les questions de droit européen ne viennent pas perturber la construction juridique ci-dessus exposée. Personne n'avait vraiment envisagé, par exemple, l'usage que font des ECN certains jeunes praticiens étrangers en s'y inscrivant malgré leur méconnaissance de notre langue. Ne doit-on pas, de ce fait, s'assurer s'il serait possible de procéder à une inscription

en phase 3 de l'internat de jeunes praticiens qui auraient soutenu leur thèse dans un pays européen ?

Certes, l'organisation de la santé relève de la subsidiarité dans le traité, et donc relève de la compétence des **États**. Toutefois, notre pays est lié au niveau européen par des textes de reconnaissance mutuelle des diplômes et des cursus. La mission n'a eu ni le temps vu les délais qui lui ont été impartis, ni les moyens d'investiguer dans cette direction et ses craintes pourraient s'avérer infondées. Elle suggère toutefois aux directions juridiques compétentes de les vérifier soigneusement.

**Recommandation N° 13 :** La mission recommande que les services des ministères opèrent une méticuleuse vérification des impacts de cette réforme sur les questions de droit européen et de reconnaissance mutuelle des diplômes.

### **3.5. La difficile question du secteur 2 pour les praticiens**

La lettre de mission demande s'il ne faudrait pas revoir les conditions d'accès au secteur 2 en fonction de critères d'activités et clairement vise la période de phase 3 de l'internat nouvelle formule. Pour des raisons qui tiennent au fait que ce sujet est un peu polymorphe, il a été déjà abordé supra et à plusieurs reprises dans ce rapport **par petites touches incidentes**. La mission observe que l'esprit de la réforme conduit à examiner tout le cursus de l'internat dans ses **trois** phases sous le statut d'étudiant, même si certains jeunes praticiens en formation en effet sont au bord de l'exercice plénier. En conséquence de quoi, la mission aperçoit mal comment fonder des critères d'activité sur des actes pédagogiques ouvrant validation pour la seule formation.

Il faudrait alors imaginer ceux des actes pratiqués en situation d'autonomie supervisée qui pourraient se détacher du pédagogique et de l'apprentissage pour constituer un corpus d'actes précis. Celui-ci servirait alors de fondement à un critère d'activité validant, ce qui est juridiquement bien périlleux. La mission comprend bien la logique de cette interrogation mais elle n'aperçoit pas comment justifier les actes qui le pourraient de ceux qui ne le pourraient pas. Et ceci quand bien même un portfolio précis à l'imitation de notre exemple des pilotes de ligne, permettrait de s'y retrouver mieux, car la supervision pédagogique restera présente dans tous les cas.

En réalité, l'esprit de la réforme conduit à traiter le DES comme un tout pédagogique et à renvoyer au post internat ce qui lui appartient. À partir de là, on l'a dit *supra*, il faut laisser à l'assurance maladie la plénitude de sa politique conventionnelle avec ses partenaires et sans lui « forcer la main ». On ne peut s'immiscer dans une politique aussi complexe de façon subreptice et dérivée.

Il aurait sans doute été possible d'aller pour partie en ce sens si, comme l'avait préconisé le rapport de 2010 sur le post internat, le principe d'une réforme conjointe des troisièmes cycles et post-internat, avait été choisi. C'est précisément l'existence de ce secteur 2 qui, par prudence, semble avoir conduit à séparer les deux.

La mission a également cherché à examiner si, s'agissant des chirurgiens notamment, le fait de renvoyer la question du secteur 2 au post-internat, comme le propose ce rapport, pouvait les pénaliser. Si des installations massives étaient constatées dès après l'actuel délai de clinicat ou d'assistantat de deux ans complétant la durée de cinq ans du DESC II, un tel argument mériterait d'être considéré. Or, c'est exactement l'inverse qui se produit et en se rapprochant de l'Ordre des

médecins, la mission s'est vu confirmer que l'âge moyen d'installation des jeunes praticiens de spécialité en secteur libéral était autour de 42 ans. Dans la mesure où les jeunes praticiens terminent aujourd'hui autour de 35 ans leur formation, on voit bien qu'il existe une marge de sept années. Reporter l'accès au secteur 2 à internat + 8 ans au lieu de internat + 7 ans est d'un trop faible effet pour que cet argument puisse emporter la conviction de la mission. Il est improbable que « l'effet réforme » vienne à l'immédiat modifier cette moyenne.

De même, il aurait été possible d'aller dans ce sens si les ministères choisissaient la solution que la mission a souhaité écarter, à savoir de traiter la phase 3 de l'internat comme du pur post-internat. Le gouvernement est naturellement libre de le choisir, mais il s'agirait alors d'une autre réforme, tant dans l'esprit que dans ses conséquences.

**Recommandation N° 14 :** La mission recommande de ne pas modifier la politique conventionnelle pour l'accès au secteur 2 à partir de la réforme, au premier chef pédagogique, du troisième cycle des études médicales.

## Conclusion

Au terme de ce rapport, la mission souhaite insister sur le fait qu'en ce qui concerne les questions de coût de la réforme, il serait illusoire d'imaginer la financer, et notamment la phase 3, par une diminution ex ante équivalente des effectifs d'assistants des hôpitaux généraux financés par la tarification à l'activité. En effet, outre son besoin pour accomplir les surspécialités liées au recours de 2<sup>ème</sup> niveau, ce statut est trop précieux pour le recrutement de praticiens dans les CH dont l'activité et le nombre des plateaux techniques détermineront les recrutements.

Il aurait été tout aussi illusoire d'imaginer cantonner de nouveaux avantages aux seuls internes de chirurgie du fait d'un DES en 6 ans, comparé aux sept ans actuellement requis pour être qualifié. Le statut des internes est comme celui des praticiens hospitaliers : il est unifié pour toutes les spécialités ; ce qui est accordé aux praticiens d'une spécialité est donc forcément accordé à tous.

Toutefois, au-delà du coût, c'est une question d'appropriation culturelle pour les subdivisions : on va passer à un dispositif très resserré sur l'aspect métier et premier recours avec un suivi pédagogique renforcé. En conséquence il est probable qu'à moyen et long terme, une fois l'usage mieux établi des praticiens en phase d'autonomie supervisée et leur qualité reconnue, il y ait une forme de substitution entre ces internes et certains postes d'assistants. Si, comme la mission le suggère, on facilite l'accès au concours de PH le nombre des assistants baissera en effet, et fera de facto diminuer un peu le coût de la réforme. Ce qui veut dire que pour de longues années encore, ce statut d'assistant demeurera utile et n'est certainement pas menacé dans son existence.

La mission a livré une lecture qu'elle a croisée avec de nombreux interlocuteurs intervenant dans cette réforme et qu'elle croit valide. Elle a pu constater que cette vision était partagée par nombre d'acteurs. D'autres lectures pourront être faites, même si la mission aperçoit bien que celles qu'on a pu lui soumettre à réflexion avaient pour effet d'altérer très profondément la philosophie de cette réforme.

La mission constate enfin, outre un soutien très large des universitaires. Cette réforme, par son aspect pragmatique « métier » centré sur le premier recours, sans pour autant négliger les aspects « recherche », correspond à une attente des universitaires, et indiscutablement à un besoin de

renovation dans lequel la médecine générale est aux avant-postes et anticipatrice. La mission croit apercevoir dans ce positionnement de la médecine générale un signe encourageant pour la prise en compte des intérêts de santé publique.

Par une formation plus centrée sur le premier recours et donc sur les besoins de santé de la population, cette réforme pédagogique constitue ainsi un outil majeur de santé publique à moyen terme : les coûts et l'engagement requis des différents acteurs sont donc à considérer en regard de cet objectif.

## Liste des recommandations

**Recommandation N° 1 :** S'agissant de définir les différents parcours des internes vis-à-vis des spécialités et des disciplines, la mission recommande de garder l'unique terme d'option, qu'il s'agisse d'options internes à une discipline ou des formations spécialisées transverses (FST).

**Recommandation N° 2 :** La mission recommande d'entreprendre sans délai une action soutenue de communication dans les UFR de médecine et à destination de tous les acteurs concernés afin de mieux préciser quelles sont les intentions poursuivies et les résultats escomptés de cette réforme.

**Recommandation N° 3 :** La mission recommande que les maquettes pédagogiques revues conformément aux nouvelles orientations pédagogiques de la réforme puissent être disponibles pour les facultés de médecine d'ici l'été 2015 afin d'être en capacité d'entreprendre les tâches matérielles qui en découlent.

**Recommandation N° 4 :** la mission recommande en sus des maquettes pédagogiques, de diffuser par discipline un portfolio dérivé des exigences de ces mêmes maquettes. L'effet attendu est de fonder non seulement une évaluation de qualité mais aussi un niveau de prérequis non susceptible d'être trop contesté par des demandes d'agrément qui ne seraient pas fondées sur la qualité pédagogique du lieu de stage.

**Recommandation N° 5 :** La mission recommande que, selon un système dégressif dans le temps de délais supplémentaires, une période transitoire soit mise en place avec l'aval du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) afin de satisfaire à la nouvelle exigence de présenter la thèse à l'issue de la phase d'approfondissement de l'internat.

**Recommandation N° 6 :** La mission recommande d'abandonner pour la phase 3 de l'internat le terme de « mis en responsabilité » et, afin de lever toute ambiguïté juridique de quelque nature que ce soit, propose que les internes soient, durant cette phase 3, appelés « praticiens en phase d'autonomie supervisée » (PPAS).

**Recommandation N° 7 :** la mission recommande que lors de l'élaboration des textes par les services des ministères les termes « lieux de stage » et « praticiens-maîtres de stage » soient privilégiés par rapport au terme de « services ».

**Recommandation N°8 :** La mission recommande à ce stade de ses investigations de maintenir la rentrée 2016 comme objectif pour mettre en œuvre la réforme du troisième cycle des études médicales.

**Recommandation N° 9 :** La mission recommande, pour permettre une évolution positive des émoluments perçus par les internes placés dans la phase d'autonomie supervisée d'aménager l'actuel statut des internes sans création d'aucune sorte d'un nouveau statut ou l'utilisation d'un statut déjà existant dans les hôpitaux.

**Recommandation N° 10 :** La mission recommande de fixer le traitement des internes/ praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui des assistants des hôpitaux 1er échelon (hors indemnité d'engagement de service public exclusif) ce qui permet de sauvegarder l'étagement des rémunérations entre les deux statuts.

**Recommandation N° 11 :** La mission recommande de revoir le calendrier du concours de praticien hospitalier afin que les modalités permettent soit d'en anticiper le passage lors de la dernière année du DES, soit d'enchaîner ce concours dès l'issue du DES.

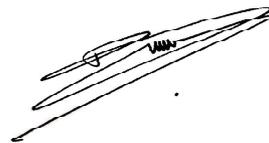
**Recommandation N° 12 :** la mission recommande de modifier les conditions de passage du concours pour les titulaires du nouveau DES sur le modèle du concours de type 1 (examen sur dossier avec l'équivalent d'un entretien de recrutement dans le corps des praticiens hospitaliers) de façon à favoriser l'attractivité des recrutements dans les CH.

**Recommandation N° 13 :** La mission recommande que les services des ministères opèrent une méticuleuse vérification des impacts de cette réforme sur les questions de droit européen et de reconnaissance mutuelle des diplômes.

**Recommandation N° 14 :** La mission recommande de ne pas modifier la politique conventionnelle pour l'accès au secteur 2 à partir de la réforme, au premier chef pédagogique, du troisième cycle des études médicales.



**François-Xavier SELLERET**



**Patrice BLEMONT**

## Annexes

Annexe 1 :	Lettres de saisine et de désignation .....	33
Annexe 2 :	Rapport Couraud Pruvot.....	35
Annexe 3 :	Extrait des sections du CNU médecine .....	37
Annexe 4 :	Statut des internes Extraits du code de la santé publique .....	40
Annexe 5 :	Cahier des charges pour l'organisation d'un diplôme d'études spécialisées (DES).....	56
Annexe 6 :	Décret n° 2014-291 du 4 mars 2014 modifiant le régime indemnitaire et certaines modalités de mise en disponibilité des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie .....	59
Annexe 7 :	Étude du Conseil national de l'ordre des médecins sur la répartition des licences de remplacement par spécialités en 2013 et 2014 (réalisée à la demande de la mission).....	61
Annexe 8 :	BOEN DU 28 Octobre 2004 : Études médicales / Liste et réglementation des DES de médecine.....	63
Annexe 9 :	Liste des personnes rencontrées	65





LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

LE MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT À  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET À LA RECHERCHE

Paris, le 23 JUIL. 2014



A

Monsieur le Chef de l'inspection générale  
des affaires sociales  
et à  
Monsieur le Chef de l'inspection générale de l'administration  
de l'éducation nationale et de la recherche

**Objet :** Evaluation des impacts organisationnels, statutaires et financiers du projet de réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales.

A la fin de l'année 2009, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe en vue de dresser un bilan de l'organisation actuelle du troisième cycle des études médicales et du post-internat.

Le rapport de ces deux inspections, qui concluait à la nécessité d'engager une réforme en profondeur du post-internat, a été présenté en juin 2010 à la Commission nationale de l'internat et du post-internat qui a formalisé un certain nombre de propositions.

A la suite de l'identification des axes d'amélioration de l'organisation actuelle du troisième cycle des études de médecine, les ministres ont demandé la mise en place d'un groupe de travail chargé d'émettre des propositions en vue d'une restructuration de ce cycle, sans allongement de la durée des études.

Ces propositions portent notamment sur les points suivants :

- Reconnaissance du DES comme seul diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité ;
- Organisation du troisième cycle en 3 phases :
  - Une phase socle permettant un apprentissage des gestes de base dans un milieu académique ;
  - Une phase intermédiaire (période d'acquisition d'une autonomie progressive) ;
  - Une phase de mise en responsabilité.
- Mise en place d'un système d'agrément des terrains de stage pour chacune des phases et révision du contenu de chacune des maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées (DES).

... / ...

- Suppression des DESC (diplômes d'études spécialisées complémentaires) de groupes I et II et, par conséquent, disparition du post-internat, par transfert du contenu des enseignements sous forme d'option ou de formation spécialisée transversale.

Nous vous demandons d'étudier les mesures statutaires à prévoir pour la période de mise en responsabilité. Vous identifierez les avantages et les inconvénients liés à la création d'un statut ad-hoc ou à l'application, en fonction du projet professionnel des internes, d'un ou de plusieurs des statuts déjà existants.

Vous réaliserez également une évaluation financière de la réforme et en particulier de l'instauration de la période de mise en responsabilité. Les mesures transitoires qui devront s'appliquer afin de prendre en compte les éléments statutaires et financiers compléteront votre étude.

Vous analyserez enfin l'impact de la restructuration du troisième cycle des études médicales en termes d'accès au secteur 2 et proposerez une évolution des conditions d'accès à ce secteur qui pourraient notamment reposer sur des critères d'activité en début d'exercice, s'inscrivant dans le cadre de la politique gouvernementale en matière de démographie médicale.

Vous pourrez bénéficier dans votre mission du concours de nos services et, notamment, de l'appui de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle. Les professeurs François Couraud et François-René Pruvot, rédacteurs du rapport et coordonnateurs du groupe de travail relatif à la réorganisation du troisième cycle des études médicales, tiendront à votre disposition l'ensemble des travaux d'ores et déjà engagés.

Votre rapport définitif nous sera adressé pour la mi-septembre 2014.

Marisol TOURAINE

Geneviève FIORASO

Benoît HAMON

**Rapport Couraud Pruvot**



**PROPOSITIONS POUR UNE RESTRUCTURATION  
DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES**

**établies par**

**M. le professeur**

**François COURAUD,**

conseiller scientifique auprès de la directrice  
générale pour l'enseignement supérieur et  
l'insertion professionnelle (DGESIP)

**M. le professeur**

**François-René PRUVOT,**

coordonnateur de la  
commission nationale de l'internat  
et du post-internat (CNIPI)

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2. LES PRINCIPES DE LA REORGANISATION DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES .....</b>	<b>5</b>
<b>3. ORGANISATION DU CURSUS DE FORMATION DU DES.....</b>	<b>6</b>
3.1. Principes.....	6
3.2. La phase socle.....	6
3.3. La phase intermédiaire .....	7
3.4. La phase de mise en responsabilité.....	8
3.5. La médecine générale .....	8
3.6. Le contrôle de qualité.....	9
<b>4. EVOLUTION DES DESC ET CREATION DES OPTIONS DE DES ET DES FORMATIONS SPECIALISEES TRANSVERSALES (FST).....</b>	<b>10</b>
4.1. La diversification et les options du DES .....	10
4.2. La pluridisciplinarité et les FST.....	10
4.3. Devenir des DESC II.....	11
4.4. Devenir des DESC I.....	11
4.5. Avis sur les projets de création de nouveaux DES de spécialités médicales .....	12
<b>5. LES DES .....</b>	<b>15</b>
5.1. Les 14 DES de spécialités chirurgicales.....	15
5.2. Les 25 DES de spécialités médicales .....	15
5.3. Le DES de biologie médicale.....	16
<b>6. LA SPECIFICITE DE LA FORMATION DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE GENERALE : LA FORMATION A LA RECHERCHE .....</b>	<b>17</b>
<b>7. VERS UNE MEILLEURE INTEGRATION A L'UNIVERSITE DES ETUDIANTS DE TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES.....</b>	<b>18</b>
<b>8. LES CONSEQUENCES DE LA REFORME PEDAGOGIQUE PROPOSEE .....</b>	<b>19</b>
8.1 L'établissement d'un cahier des charges commun à l'ensemble des DES.....	19
8.2. L'évolution des supports statutaires.....	19
8.3. Une meilleure reconnaissance de la mission des coordonnateurs en particulier par sa prise en compte dans la gestion des carrières par les sous-sections du CNU. ....	20
8.4. Le lancement d'une réflexion sur la formation continue diplômante et les modalités de qualification.....	20
ANNEXE 1 : Lettre de mission .....	21
ANNEXE 2 : Composition du groupe de travail .....	23
ANNEXE 3 : Personnalités auditionnées par le groupe de travail .....	25

## 1. INTRODUCTION

Les étudiants en médecine entrent dans le troisième cycle des études médicales après six ans d'études qui ont été récemment réorganisées en deux cycles de trois ans chacun :

- un premier cycle sanctionné par le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (D.F.G.S.M.) au cours duquel sont acquises les connaissances scientifiques de base et la séméiologie ;
- un deuxième cycle sanctionné par le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (D.F.A.S.M.) permettant l'acquisition de connaissances relatives aux processus physiopathologiques, à la pathologie, aux bases thérapeutiques et à la prévention ainsi que les compétences préparant à l'internat.

Les étudiants titulaires du DFASM peuvent s'inscrire aux épreuves classantes nationales (ECN) et choisir en fonction de leur rang de classement une spécialité et une subdivision.

Le troisième cycle correspond donc à la période de spécialisation après le tronc commun des premier et deuxième cycles. Il est organisé autour de trois types de diplômes

- les Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES)
- les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires de type I (DESC I)
- les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires de type II (DESC II).

Il existe de plus des diplômes nationaux de formation continue, les Capacités.

Les DES assurent la formation aux principales spécialités qualifiantes ; leur durée va de trois ans pour la médecine générale à quatre ou cinq ans pour les autres spécialités. Ils sont organisés dans chaque subdivision. Les médecins sont qualifiés spécialistes dans la spécialité correspondant au DES ou DESC de groupe II qualifiant qu'ils possèdent. Ils exercent de manière exclusive dans la spécialité au titre de laquelle ils sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. Les DESC de type I attestent d'une formation spécifique, ne sont pas qualifiants et ne confèrent pas un exercice exclusif. Il existe deux types de DESC 1 : un premier type faisant suite à un DES déterminé (par exemple le DESC I de néonatalogie est ouvert aux seuls titulaires du DES de pédiatrie) et un deuxième type dans lequel les étudiants peuvent venir de différents DES (par exemple le DESC 1 de cancérologie qui est ouvert aux titulaires de différents DES de spécialités médicales ou chirurgicales).

Chaque formation DES ou DESC est sous la responsabilité locale d'un coordonnateur enseignant de la discipline. Le contenu de la formation est défini par arrêté conjoint des ministères en charge de l'enseignement supérieur et de la santé. Les collèges de spécialistes et les sous-sections du CNU sont consultés sur ce contenu et son évolution.

Toutes ces formations DES et DESC constituent des briques disciplinaires qui s'articulent entre elles pour assurer chaque fois que c'est nécessaire la pluridisciplinarité. Les contenus scientifiques et cliniques évoluant rapidement, la formation de troisième cycle médical s'est progressivement complexifiée par ajout de briques supplémentaires ce qui a eu pour effet collatéral d'allonger la durée des études.

Enfin le droit d'exercer une activité médicale nécessite notamment une inscription au tableau de l'Ordre des médecins conférant une qualification dans une spécialité correspondant aux intitulés des DES ou des DESC II dont le médecin est titulaire.

Le dispositif actuel présente plusieurs faiblesses :

- Une superposition de formations mono-disciplinaires sans organisation générale de la formation de troisième cycle ;
- L'absence d'une articulation formalisée entre les DES et les DESC;
- Une absence de progression pédagogique au sein de chacune des formations ;
- La quasi-absence d'évaluation formalisée des compétences ;
- Une période de mise en responsabilité aléatoire selon les disciplines et les sites ;
- Une faible lisibilité.

Ce constat négatif doit cependant être relativisé car il existe une grande disparité du niveau d'organisation non seulement entre les différents DES ou DESC, mais aussi au sein d'un même diplôme d'une interrégion à une autre. Cette disparité est en partie liée au fait que les formations de santé ne sont pas encore évaluées par l'agence nationale d'évaluation.

## **2. LES PRINCIPES DE LA REORGANISATION DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES**

- **La reconnaissance du DES comme étant le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité**
  - La mise en place d'une progression dans le contenu pédagogique des DES sous la forme de trois phases successives : la phase socle, la phase intermédiaire et la phase de mise en responsabilité ;
  - La mise en place d'une évaluation des compétences acquises tout au long du cursus ;
  - L'intégration de la pluridisciplinarité au sein de la formation, chaque fois que cela est nécessaire, par la mise en place d'une équipe pédagogique pluridisciplinaire autour du coordonnateur ;
  - L'interdiction d'enseigner une partie du programme officiel d'un DES à un interne en formation initiale de ce DES via un Diplôme d'université (DU) ou un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) ;
- **La création d'options au sein des DES permettant ainsi des sur-spécialisations sans rupture et sans allongement de la formation**
- **La suppression des DESC II et la transformation des DESC I en Formations Spécialisées Transversales (FST)**
- **Une meilleure reconnaissance de la spécificité de la formation des hospitalo-universitaires (formation à la recherche) et une meilleure intégration à l'université des étudiants de troisième cycle des études médicales.**

### **3. ORGANISATION DU CURSUS DE FORMATION DU DES**

#### **3.1. Principes**

- Une progression pédagogique en trois phases avec une évaluation des compétences à l'issue de chaque phase ;
- Une maquette de formation définie au niveau national sans recherche d'exhaustivité comprenant des stages et des enseignements hors stages ;
- Une organisation des enseignements privilégiant l'échelon régional/inter-régional avec une mise en avant du rôle du coordonnateur inter-régional ;
- L'utilisation de l'informatique avec portfolio, log book ou livret permettant le suivi régulier ou en temps réel de la progression de l'interne.

#### **3.2. La phase socle**

##### ***Objectif :***

L'objectif de la phase socle est double :

- Engager suffisamment l'enseignement de la spécialité pour pouvoir évaluer les aptitudes du jeune interne et préparer ainsi son contrat de formation
- Permettre l'acquisition des compétences transversales nécessaires à l'exercice du métier de médecin: communication avec le patient et son entourage, communication interprofessionnelle, éthique. Il est en effet important que la formation de troisième cycle ne se résume pas à l'acquisition de techniques et ceci est particulièrement important dans les spécialités dans lesquelles les actes techniques occupent le devant de la scène.

##### ***Organisation :***

La phase socle est organisée dans un environnement académique. Sa durée est variable selon la spécialité.

Elle comprend :

- des stages d'une durée de 6 mois recevant des agréments dits de niveau 1 :

La phase socle comprend au moins un stage dans la spécialité. Les autres stages sont dans la discipline, les DES étant regroupés dans cette phase socle en trois grandes disciplines :

- Spécialités chirurgicales ;
- Spécialités médicales (y compris médecine générale) ;

- Biologie médicale.

L'évaluation des stages prend en compte les compétences de la spécialité mais aussi les compétences transversales.

- une formation hors stage centrée sur :
  - l'acquisition des connaissances de base de la spécialité ;
  - la poursuite de l'acquisition des compétences transversales entamée au cours du deuxième cycle.

#### ***Evaluation et contrat de formation :***

A l'issu de cette première phase, les compétences (et non les connaissances) cliniques acquises par le jeune interne ainsi que sa capacité à poursuivre dans la spécialité choisie à l'issu des ECN sont évaluées par l'équipe pédagogique et le coordonnateur.

Un contrat de formation est préparé dans un dialogue entre l'interne, le coordonnateur et l'équipe pédagogique de la formation et est validé par le conseil d'UFR après avis des instances responsables des stages. Le choix des stages à l'intérieur d'une spécialité est d'abord déterminé par les exigences pédagogiques et seulement secondairement par le classement des ECN, de façon que chaque interne ait accès aux stages nécessaires à l'exercice de son futur métier. C'est également dans ce contrat que le choix d'éventuelles options est établi.

Pour les étudiants – peu nombreux - en difficulté, des procédures spécifiques devront être mises en place pour les réorienter, en utilisant par exemple certains des critères retenus dans le cadre des dispositifs du droit au remords ou du changement de pré-choix. La détection ainsi que la prévention de ce type de difficultés doit être faite le plus tôt possible au cours de la formation.

### **3.3. La phase intermédiaire**

Au cours de cette phase les compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité sont acquises dans le cadre du contrat de formation de l'interne. La durée de cette phase est variable selon les spécialités. Elle comprend :

- un enseignement hors stages centré sur la spécialité
- des stages de niveau 2 d'une durée de 6 mois définis dans la maquette du DES. Des stages libres devront être maintenus.
- Un mémoire dont le contenu concerne la spécialité. Il est préparé, présenté et évalué dans le cadre du DES. La dimension interrégionale de cette évaluation est

privilegiée. Le travail une fois évalué favorablement est soutenu publiquement sous la forme de la thèse d'exercice. Dans le cadre du mémoire, la participation à une activité de recherche en lien avec l'activité clinique ainsi que la valorisation de cette activité (publication d'articles scientifiques) seront encouragées.

L'acquisition des compétences est évaluée régulièrement et à la fin de la période intermédiaire. Cette évaluation peut éventuellement s'appuyer sur une procédure de certification européenne.

La validation de la thèse est nécessaire à l'entrée dans la phase de mise en responsabilité.

### **3.4. La phase de mise en responsabilité**

Durant cette troisième phase, dont la durée varie selon les spécialités, le médecin en formation peut exercer, de façon dérogatoire, ses fonctions en pleine responsabilité (par opposition à l'exercice de ses fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève dans les deux phases précédentes) dans un cadre sécurisé et reconnu.

Cette phase implique des lieux de stages adaptés : des stages dits de niveau 3 qui peuvent être plus longs (1an) que ceux des deux premières phases. Le nombre de stages ambulatoires préparant à l'exercice du métier en milieu non hospitalier devra être accru dans les spécialités où l'activité ambulatoire est importante.

De plus, durant cette phase, est proposée une formation professionnalisante préparant médecin en formation à l'exercice de son futur métier : gestion de cabinet (au sens large) dans le cas des spécialités à exercice ambulatoire; gestion des risques ; vigilances (pharmacovigilance...).

L'évaluation de cette troisième phase se résume à l'évaluation du (des) stage(s). Une évaluation positive permet la délivrance du Diplôme d'Etudes Spécialisées.

### **3.5. La médecine générale**

Le DES de médecine générale du fait de sa spécificité et de sa durée courte doit voir croître le nombre de stages ambulatoires, l'objectif étant d'aboutir le plus rapidement possible à trois stages ambulatoires, un dans chacune des phases de formation.

### **3.6. Le contrôle de qualité**

La qualité de la formation sera assurée aux niveaux régional/interrégional et national par :

- L'agrément des lieux de stages : Des stages correspondant aux trois niveaux de la formation devront être identifiés et labellisés sur la base d'un cahier des charges. Il serait en particulier souhaitable au plan pédagogique qu'au sein d'un même service coexistent des stages de niveau 1, 2 ou 3 correspondant aux trois phases.
- La mise en place pour chaque spécialité d'une coordination nationale sous la forme d'un comité national des coordonnateurs interrégionaux qui aura en charge le suivi du contenu pédagogique des formations en relation avec la CNIPI pour les aspects professionnels et avec la CPNES pour les aspects pédagogiques.
- L'évaluation périodique des formations par une agence indépendante comme toutes les formations de l'enseignement supérieur. Le modèle de l'évaluation des écoles doctorales avec visite de site et entretien avec les internes, modèle qui avait été proposé par l'AERES, semble intéressant.

#### **4. EVOLUTION DES DESC ET CREATION DES OPTIONS DE DES ET DES FORMATIONS SPECIALISEES TRANSVERSALES (FST)**

Un seul type de diplôme de formation initiale est donc maintenu, le DES, qui ouvre à l'exercice d'une spécialité qualifiante. Pour éviter un caractère trop tubulaire de la formation, des **options** peuvent être créées au sein de la formation permettant une diversification parfois nécessaire. De façon complémentaire la pluridisciplinarité est apportée par la constitution d'équipes pédagogiques pluridisciplinaires et par l'introduction au sein de la formation de **Formations Spécialisées Transversales (FST)**.

##### **4.1. La diversification et les options du DES**

Chaque fois qu'une diversification est nécessaire, des options peuvent être mises en place au sein d'un DES. L'option peut soit ouvrir à la qualification de compétences particulières au sein de la spécialité soit permettre un exercice exclusif d'une sur-spécialité. Pour certaines options une régulation des flux pourra être mise en place. Le choix de l'option se fait à la fin de la phase socle lors de l'établissement du contrat de formation sur la base de l'évaluation des aptitudes et des compétences ainsi que des souhaits de l'interne.

Le contenu pédagogique de l'option est défini par arrêté dans la maquette du DES et la formation est sous la responsabilité du coordonnateur du DES.

##### **4.2. La pluridisciplinarité et les FST**

L'équipe pédagogique majoritairement constituée d'enseignants de la spécialité s'adjoint des enseignants d'autres spécialités chaque fois que cela est nécessaire sur le plan pédagogique.

Lorsque au sein d'un DES apparaît le besoin de la validation d'une formation complémentaire dans une autre discipline, celle-ci sera apportée par une **Formation Spécialisée Transversale (FST)** et non plus comme actuellement par l'obtention d'un deuxième diplôme, le DESC 1. Le contenu en stages et en enseignement hors stages des FST sera défini par arrêté assurant ainsi la qualité de la formation au niveau national. La formation sera sous la responsabilité de la discipline hospitalo-universitaire correspondante (celle de l'ancien DESC 1) qui en assure l'organisation, le

fonctionnement et la validation. Les durées des FST n'ont aucune raison d'être identiques : elles sont déterminées par les besoins pédagogiques.

Si nécessaire, les FST peuvent être intégrées au sein des DES sous la forme d'options. Chacune de ces options est alors sous la co-responsabilité du coordonnateur du DES et du responsable pédagogique de la FST. L'objectif de cette double responsabilité est que le contenu pédagogique réponde aux exigences de qualité de la discipline transversale tout en s'intégrant dans la logique du DES de spécialité. Le parcours de l'interne reste donc dans ce schéma organisationnel sous la responsabilité du coordonnateur du DES.

Ainsi, dans le cas de la FST oncologie (médicale ou chirurgicale), la validation de la FST par l'interne permet d'obtenir le DES correspondant avec option oncologie ouvrant l'autorisation à la primo-prescription. En fonction des besoins de santé publique, un dispositif analogue pourra être ouvert pour d'autres FST.

Ainsi, la transformation des DESC I transversaux en options de DES a pour objectif d'améliorer la cohérence de la formation du futur spécialiste tout en maintenant la qualité pédagogique de la formation transversale.

#### **4.3. Devenir des DESC II**

- Les DESC II de chirurgie et de gériatrie sont transformés en DES.
- Le DESCII de réanimation est supprimé.

#### **4.4. Devenir des DESC I**

- Le DESC I « médecine d'urgences » est transformé en DES
- Les DESC I dont les flux sont trop faibles (moins de 5 internes par an au niveau national) sont supprimés. Ils pourront pour répondre à des besoins locaux continuer à exister sous forme de DU.
  - Dermatopathologie ;
  - Foetopathologie ;
  - Neuropathologie.
- Le contenu pédagogique (stages et enseignement hors stages) des DESC I non transversaux est intégré sous la forme d'option au sein de DES :
  - Médecine vasculaire : option du DES de cardiologie et maladies vasculaires
  - Néonatalogie : option du DES de pédiatrie

- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : option du DES de psychiatrie

- Les DESC I transversaux sont transformés en FST

Les DESC I concernés sont les suivants :

- Addictologie ;
- Allergologie et immunologie clinique ;
- Andrologie ;
- Cancérologie ;
- Hémobiologie-transfusion ;
- Médecine de la douleur et médecine palliative ;
- Médecine de la reproduction ;
- Médecine du sport ;
- Médecine légale et expertises médicales ;
- Nutrition ;
- Orthopédie dento-maxillo-faciale ;
- Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique ;
- Pharmacologie clinique et évaluations des thérapeutiques.

Ces FST s'insèrent au sein de la formation des DES et peuvent être reconnues comme options au sein de DES, correspondant soit à un exercice exclusif (sur le modèle de la radiothérapie au sein du DES d'oncologie) soit à un exercice particulier (la primo-prescription en cancérologie par exemple)

#### **4.5. Avis sur les projets de création de nouveaux DES de spécialités médicales**

- ***Médecine d'urgence***

Recommandation : Création d'un DES dans un cadre d'exercice rigoureusement défini et suppression du DESC I « médecine d'urgence ».

La création d'un DES « Médecine d'urgence » est fortement souhaitée par de très nombreux praticiens (issus de différentes spécialités) ayant des responsabilités nationales dans la représentation de cette activité médicale bien identifiée. La demande sociétale de recours aux services d'urgence est de plus en plus forte. Les compétences décrites dans le référentiel pour exercer cette activité « d'urgentiste » sont celles

nécessaires aux médecins exerçant dans une unité d'accueil des urgences au sein d'un établissement ou bien dans une structure pré-hospitalière (SAMU centre 15, SMUR). La spécificité du métier (gestion médicale et organisationnelle des urgences hospitalières dans un contexte de coopérations inter spécialités hospitalières et ville-hôpital) est liée au contexte d'exercice, lui-même défini au sein du Code de la santé publique dans les articles consacrés aux SAMU, SMUR et à l'activité d'urgence par les établissements hospitaliers. La prévision de la démographie des médecins urgentistes titulaires de ce DES doit prendre en compte les seuls besoins des établissements ; en effet la gestion des urgences doit aussi être effectuée en amont par des praticiens non titulaires du futur DES, en particulier par les médecins généralistes dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Sur ce point, le groupe n'a pas été unanime et une fraction minoritaire du groupe a proposé la création d'une option « médecine d'urgence » au sein du DES de médecine générale.

- ***Réanimation***

Il existe actuellement deux formations de réanimateur, celle du DES d'anesthésie-réanimation et celle du DESC II de réanimation qui est majoritairement alimenté par les DES d'anesthésie-réanimation, de néphrologie, de cardiologie et de pneumologie. Les DESC étant supprimés, trois devenirs sont possibles pour la réanimation : la création d'un DES de réanimation ; la création d'une option réanimation au sein du DES d'anesthésie réanimation ; la création d'une FST de réanimation qui serait incluse dans le DES d'anesthésie-réanimation et qui deviendrait une option au sein de certains DES de spécialités médicales (néphrologie, cardiologie, pneumologie, neurologie...). L'évolution vers une identité plus forte du métier de réanimateur plaide, non plus pour une super-spécialité additionnée au terme du parcours d'un DES d'origine, mais pour une spécialité de DES à part entière enrichie par un cursus partiellement partagé avec d'autres DES (contrat de formation différencié des internes). Pour autant, la question des flux apparaît prépondérante tant en terme d'ouverture des terrains de stage possibles qu'en terme de marché du travail s'agissant des secteurs de réanimation des hôpitaux afin, en particulier, de préserver le cursus des anesthésistes-réanimateurs et leur positionnement dans les hôpitaux.

Le groupe a estimé ne pas pouvoir faire de recommandation à ce stade considérant que la concertation engagée avec les acteurs de ces formations devait se poursuivre sur la base de la nouvelle organisation du troisième cycle.

- ***Gériatrie***

Recommandation : Transformation du DESC II de gériatrie en DES de gériatrie.

Le groupe de travail est favorable à la transformation du DESCII de gériatrie en un DES de gériatrie mais uniquement dans le cadre d'une spécialité de deuxième recours. La création de ce DES ne supprimera pas la nécessité d'une formation aux pathologies liées au vieillissement au sein d'autres spécialités, médecine générale, oncologie, psychiatrie...

- ***Nutrition***

Recommandation : Transformation du DESC I de nutrition en Formation Spécialisée Transversale (FST Nutrition).

Le groupe de travail après avoir entendu les responsables de la Nutrition a estimé que la transformation du DESC I de Nutrition en DES ne se justifie pas. La Nutrition est incontestablement une discipline transversale et pour plusieurs DES un enseignement de qualité en nutrition est nécessaire justifiant la création d'une FST Nutrition. Cette FST pourrait éventuellement être reconnue comme support d'une option dans les DES « Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques » et/ou « Gastro-entérologie et hépatologie ».

## **5. LES DES**

### **5.1. Les 13 DES de spécialités chirurgicales**

- chirurgie infantile ;
- chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ;
- chirurgie orale ;
- chirurgie orthopédique et traumatologie ;
- chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ;
- chirurgie thoracique et cardiovasculaire ;
- chirurgie urologique ;
- chirurgie vasculaire ;
- chirurgie viscérale et digestive ;
- gynécologie-obstétrique ;
- neurochirurgie ;
- ophtalmologie ;
- oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.

### **5.2. Les 25 DES de spécialités médicales**

- Anatomie et cytologie pathologiques ;
- Anesthésie-réanimation;
- Cardiologie et maladies vasculaires ;
- Dermatologie et vénéréologie;
- Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques;
- Gastro-entérologie et hépatologie ;
- Génétique médicale;
- Gériatrie ;
- Gynécologie médicale ;
- Hématologie ;
- Médecine générale ;
- Médecine interne ;
- Médecine nucléaire ;
- Médecine physique et de la réadaptation ;

- Médecine du travail ;
- Médecine d'urgence ;
- Néphrologie ;
- Neurologie;
- Oncologie ;
- Pédiatrie ;
- Pneumologie;
- Psychiatrie ;
- Radiodiagnostic et imagerie médicale ;
- Rhumatologie ;
- Santé publique.

### **5.3. Le DES de biologie médicale**

## **6. LA SPECIFICITE DE LA FORMATION DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE GENERALE : LA FORMATION A LA RECHERCHE**

La formation des enseignant-chercheurs doit comporter outre la formation à l'exercice médical, une formation à l'enseignement et à la recherche.

La formation à la recherche doit débiter le plus tôt possible : initiation au cours des premier et deuxième cycles ; deuxième année de master soit au cours du deuxième cycle (cursus recherche) soit au cours de l'internat (année recherche) ; thèse d'université avec la possibilité nouvelle d'une disponibilité de trois ans en cours d'internat (décret en préparation) ce qui permettra d'utiliser le contrat doctoral comme support. Elle doit concerner l'ensemble des spécialités y compris les soins primaires, pour lesquels la recherche n'est pas suffisamment développée en France

A côté de cette formation spécifique à la recherche pour les internes se destinant à une carrière d'enseignant-chercheur ou de chercheur, la formation professionnelle des futurs médecins spécialistes doit se faire dans un environnement de recherche donnant ainsi à chaque futur médecin une capacité à développer dans sa vie professionnelle une attitude critique basée sur une intériorisation de la démarche scientifique. Cet adossement à la recherche de la formation de troisième cycle devrait se concrétiser chaque fois que cela est possible par la participation de l'interne à la réalisation d'au moins un article scientifique dans le cadre de son mémoire et cela quelle que soit la spécialité.

Enfin, il est apparu au cours des auditions que certaines demandes de création de DES avait pour principale motivation de mieux assoir une discipline hospitalo-universitaire dans son activité de soin. Une réponse mieux adaptée serait de reconnaître la spécialité dans le cadre du statut de praticien hospitalier. C'est par exemple le cas de la Nutrition.

## **7. VERS UNE MEILLEURE INTEGRATION A L'UNIVERSITE DES ETUDIANTS DE TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES**

Dans le cadre du LMD, le niveau D correspond au doctorat d'université sur le modèle du PhD anglo-saxon, formation centrée sur la recherche et sanctionnée par la soutenance d'une thèse de recherche. Ce schéma ne correspond pas au troisième cycle des études médicales qui est cependant clairement de niveau post-master à la fois par la durée de la formation après le master, mais aussi par le haut niveau de qualification auquel il prépare ainsi que par l'existence d'un fort adossement à la recherche dans une majorité de spécialités. Les étudiants en troisième cycle « recherche » sont reconnus comme doctorants au sein des universités et sont représentés au sein des comités scientifiques des conseils académiques. Le troisième cycle médical, comme d'autres troisièmes cycles « professionnalisants » (en sciences juridiques par exemple) n'est pas reconnu en tant que tel dans le schéma LMD. Ce problème se pose au niveau européen et la solution proposée par certains pays de reconnaître les thèses d'exercice (la thèse en médecine par exemple) comme des thèses de recherche n'est pas satisfaisante car elle ne correspond à la réalité. La France pourrait prendre une initiative dans ce domaine en proposant la reconnaissance au niveau post-master, à côté du doctorat de recherche, d'un niveau « D professionnel » dans les disciplines où son existence est nécessaire. Ceci permettrait une meilleure intégration des étudiants de troisième cycle de ces disciplines et en particulier des internes au sein des universités.

## **8. LES CONSEQUENCES DE LA REFORME PEDAGOGIQUE PROPOSEE**

La mise en place des propositions pédagogiques avancées ici nécessitera :

### **8.1 L'établissement d'un cahier des charges commun à l'ensemble des DES**

Ce cahier des charges sera soumis à chaque spécialité, charge aux représentants de la spécialité - sous-section de CNU et Collèges d'enseignants et de professionnels - de faire des propositions déterminant le contenu pédagogique sous forme de stages et d'enseignements hors stage, les modalités d'évaluation, les options éventuellement à créer, les FST accessibles au DES ainsi que la durée de chacune des options. Ces propositions seraient ensuite examinées par une commission, émanation de la CPNES et de la CNIPI.

### **8.2. L'évolution des supports statutaires**

Les propositions que nous formulons vont dans le sens d'un renforcement du projet pédagogique du spécialiste en formation et la logique voudrait que l'ensemble de la formation se fasse sous un seul statut, celui d'interne. Inversement le fait qu'au cours de la phase de mise en responsabilité le médecin en formation exerce pleinement son métier plaide pour que le statut correspondant à cette phase soit différent de celui de la période précédente. Il serait indispensable dans ce dernier cas que l'existence d'un saut statutaire n'ait aucune conséquence sur le parcours de formation de l'interne et donc que le nombre de supports statutaires pour la phase 3 soient égal au nombre de supports pour la phase 2 au sein d'un même DES. Il faut aussi que ce statut de phase 3 puisse avoir une durée variable d'un DES à l'autre. Il faut enfin que ce statut soit différent de celui de chef de clinique assistant qui doit redevenir un véritable universitaire disposant d'une liberté et d'une disponibilité plus grandes pour assurer dans de bonnes conditions les missions d'enseignement et de recherche.

**8.3. Une meilleure reconnaissance de la mission des coordonnateurs** en particulier par sa prise en compte dans la gestion des carrières par les sous-sections du CNU.

**8.4. Le lancement d'une réflexion sur la formation continue diplômante et les modalités de qualification**

Les évolutions que nous recommandons vont dans le sens d'une meilleure définition des spécialités et des formations initiales qui leur correspondent ainsi que d'une limitation de la durée de la formation initiale. Ces évolutions pourraient induire un sentiment d'enfermement au sein de la spécialité choisie - parfois imposée - par le rang de classement aux ECN. Les évolutions de la formation initiale doivent donc être associées à des évolutions coordonnées de la formation continue et des procédures de qualifications. Il faut que l'offre de formation proposée aux étudiants et aux professionnels tout au long de leur vie présente la plus grande cohérence possible et permette les évolutions nécessaires. Une réforme de la formation initiale du troisième cycle des études médicales sans restructuration de la formation continue diplômante perdrait certainement beaucoup de son efficacité.

## ANNEXE 1 : Lettre de mission



*La Ministre des Affaires sociales  
et de la Santé*

*La Ministre de l'Enseignement supérieur  
et de la Recherche*

30 JAN. 2013

Messieurs les Professeurs,

Instituée en décembre 2009, la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) a formalisé en 2011 une série de propositions, parallèlement au rapport conjoint rendu en juin 2010 par les deux inspections IGAS et IGAENR missionnées en vue de dresser un bilan de l'organisation actuelle du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et du post-internat.

Du point de vue pédagogique, ces propositions témoignent d'une ambition forte qui conduira à une rénovation des maquettes et des cursus. Nous ne souhaitons pas cependant que cette réforme débouche sur un allongement des études. Les études de médecine sont longues en France et permettent à notre système de santé de disposer de professionnels compétents. La formation initiale n'a pas vocation à intégrer toutes les connaissances relatives à une spécialité et il faut pouvoir trouver un équilibre entre la formation initiale et le développement professionnel continu lié aux modes d'exercice et au choix de spécialisation de chacun des praticiens.

Nous souhaitons que la construction des référentiels de formation, sur la base des référentiels d'activité et de compétences élaborés par la CNIPI soit conduite par la Commission Pédagogique Nationale des Études de Santé (CPNES) en collaboration avec la CNIPI. Pour ce faire, un groupe de travail constitué de membres des deux commissions et de personnalités compétentes sera créé et placé sous votre responsabilité conjointe. Il aura pour missions :

...

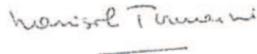
Monsieur le Professeur François-René PRUVOT  
Coordonnateur de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat  
Service de Chirurgie digestive et transplantation  
CHRU de Lille  
2 avenue Oscar Lambret  
59037 LILLE CEDEX

Monsieur le Professeur François COURAUD  
Direction générale pour l'enseignement supérieur  
et l'insertion professionnelle  
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche  
1 rue Descartes  
75005 PARIS

1. d'élaborer une méthodologie permettant la construction des référentiels de formation à partir des référentiels de compétences pour l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et biologiques. Pour cela, seront d'abord examinées les formations pour lesquelles les référentiels de compétences sont d'ores et déjà finalisés. Le groupe sera attentif au caractère formateur des stages, aux mutualisations possibles entre filières ainsi qu'à l'articulation avec la formation à et par la recherche, étape nécessaire de la formation des hospitalo-universitaires ;
2. de déterminer pour chaque formation la durée de la période de mise en responsabilité. Il est en effet très important, pour faciliter l'installation rapide des jeunes diplômés à l'issue de leurs études et donc leur participation active à l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de nos concitoyens, qu'ils aient pu, à la fin de leur cursus, appréhender l'exercice plein et entier de leur métier. A ce titre, la proposition d'instaurer en fin de cursus une période de mise en responsabilité installe une dynamique pédagogique innovante et fondatrice. Vous engagerez une réflexion sur les lieux d'exercice pour la période de mise en responsabilité. Si cette période doit préparer à l'exercice, elle doit pouvoir se dérouler, en fonction du projet professionnel de chaque étudiant, dans les lieux de son exercice futur c'est à dire non seulement en milieu hospitalier mais aussi en ambulatoire. Nous souhaitons que vous puissiez construire un cahier des charges pour l'agrément des lieux de réalisation de la mise en responsabilité intégrant cette volonté de diversification ;
3. de proposer les modifications à apporter à la liste actuelle des DES et DESC, et le cas échéant la liste des nouveaux DES et DESC à créer. Il paraît urgent de transformer les diplômes d'études spécialisées qualifiants dits DESC II en diplômes de spécialité (DES), afin notamment de filiariser l'offre de formation des spécialistes en chirurgie.

Nous souhaitons pouvoir disposer des résultats de vos travaux pour la fin du mois de septembre 2013.

Nous vous prions de bien vouloir agréer, Messieurs les Professeurs, l'expression de notre meilleure considération.



Marisol TOURAINE



Geneviève FIORASO

## **ANNEXE 2 : Composition du groupe de travail**

### Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP) :

Mme Françoise PROFIT, cheffe du département des formations de santé

Mme Gaëlle PAPIN, adjointe à la cheffe de département des formations de santé

Mme Colette KERLOEGAN, département des formations de santé.

### Direction générale de l'offre de soins (DGOS) :

M. Raymond LEMOIGN, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Christine GARDEL, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Pérola SPREUX, adjointe au chef du bureau de la démographie et des formations initiales

Mme Amandine SIBOIS, chargée de mission au bureau démographie et formations initiales

M. le professeur Christian THUILLEZ, conseiller enseignement recherche du DGOS

### Représentants des directeurs généraux des centres hospitaliers et universitaires :

M. Patrice FARCY, directeur des affaires médicales du C.H.U. de Lyon

M. Jérôme HUBIN, directeur de la politique médicale (pour les SDFMS et DFMSA) de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

M. Hamid SIAHMED, directeur du C.H.U de Limoges

Mme Marie GUERRIER, représentante de l'AP-HP

M. le professeur Dominique PERROTIN, président de la conférence des directeurs d'unités de formation et de recherche de médecine

M. le professeur Patrice DETEIX, université de Clermont-Ferrand

M. le professeur Pierre-Louis DRUAIS, président du collège de la médecine générale

M. le professeur Bertrand DUREUIL, université de Rouen

M. le professeur Jean-Louis GERARD, directeur de l'unité de formation et de recherche de l'université de Caen

M. le professeur Nicolas GRENIER, université de Bordeaux

M. Emanuel LOEB, président de l'InterSyndicat National des Internes (ISNI)

M. Mikaël AGOPIANTZ, Vice Président de l'ISNI en charge de l'Enseignement Supérieur

M. Kévin CASSINARI, Vice Président de l'ISNI en charge de l'Enseignement Supérieur

M. Julien POIMBOEUF, président de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine générale (ISNAR-IMG)

M. Emmanuel BAGOURD, président de l'ISNAR-IMG

M. Benjamin BIRENE, vice-président de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF)

M. Nicolas ROMAIN-SCELLE vice-président de l'ANEMF

M. Julien CABATON vice-président de l'Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants des Hôpitaux de ville de faculté (I.S.N.C.C.A)

M. Youri YORDANOV, vice-président de l'I.S.N.C.C.A

### **ANNEXE 3 : Personnalités auditionnées par le groupe de travail**

#### Anesthésie-réanimation

M. le professeur Sadek BELOUCIF, président du conseil d'orientation de l'anesthésie réanimation, université Paris -XIII.

M. le professeur Jean MANTZ, président de section et de la sous-section 48-01 d'anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence du CNU, université Paris Diderot

M. le professeur Benoît VALLET, président de la collégiale française des enseignants d'anesthésie-réanimation, université de Lille-II

#### Biologie

M. le professeur Jérôme ETIENNE, directeur de l'UFR de médecine Lyon-Est

M. le professeur Jean-Louis GUEANT, membre de la sous-section 44-01 de biochimie, biologie moléculaire du CNU, université de Lorraine

Mme Clémentine NESME, vice-présidente de la Fédération Nationale des Syndicats des Internes en Pharmacie (FNSIP)

M. Lionel BARRAND, Secrétaire Général de l'ISNI et Vice-Président du SJBM (Syndicat des Jeunes Biologistes Médicaux)

M. le professeur Dominique PORQUET, président de la conférence des directeurs d'unité de formation et de recherche de pharmacie

#### Cancérologie

M. le professeur Stéphane CULINE, université Paris Diderot

M. le professeur Henri ROCHE, président de la sous-section 47-02, cancérologie ; radiothérapie du CNU, université Claude Bernard Toulouse-III

#### Cardiologie

M. le professeur Jean-Claude DAUBERT, président de section et de la sous-section 51-02 de cardiologie du CNU, université Rennes-I

M. le professeur Richard ISNARD, président du collège des enseignants de cardiologie, université Pierre et Marie Curie

M. le professeur Yves JUILLIERE, président de la société française de cardiologie, université de Lorraine

## Chirurgie

M. le professeur Yves AIGRAIN, président de la sous-section 54-02 de chirurgie infantile du CNU, université Paris Descartes

M. le professeur Jean-Noël ARGENSON, président de la sous-section 50-02 de chirurgie orthopédique et traumatologique du CNU, université Aix-Marseille

Mme la professeure Catherine BRUANT-RODIER, présidente de la sous-section 50-04 de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique du CNU, université de Strasbourg

M. le professeur Patrick GOUDOT, président de la sous-section 55-03 de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du CNU, université Pierre et Marie Curie

M. le professeur Reda HASSEN-KHODJA, président de la sous-section 51-04 de chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire du CNU, université de Nice

M. le professeur Francis MICHOT, président de la sous-section 52-02 de chirurgie digestive du CNU, université de Rouen

M. le professeur Alain PRAT, président de la sous-section 51-03 de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du CNU, université Lille-II

M. le professeur Vincent RAVERY, président de la sous-section 52-04 d'urologie du CNU, université Paris Diderot

Monsieur le professeur Emile REYT, président du collège français d'oto-rhino laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, université de Grenoble

M. le professeur Olivier STERKERS, président de la sous-section 55-01 d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CNU, université Paris Diderot

## Gériatrie

M. le professeur Marc VERNY, membre de la sous-section 53-01 : médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement du CNU, université Pierre et Marie Curie

M. le professeur Pierre-Jean WEILLER, Président de la sous-section 53-01 médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement du CNU, université Aix-Marseille

## Immunologie

M. le professeur François LEMOINE, président de la sous-section 47-03 d'immunologie du CNU, université Pierre et Marie Curie

### Maladies infectieuses et tropicales

M. le professeur Christian CHIDIAC, responsable pédagogie du Collège de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), université Claude Bernard Lyon 1

M. le professeur Christian MICHELET, président du CMIT, université Rennes-I.

M. le professeur Christian PERRONNE, président de la sous-section 45-03 du CNU, université Versailles Saint Quentin

M. le professeur Pierre WEINBRECK, vice-président du Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales, université de Limoges

### Médecine générale

M. le professeur Vincent RENARD, président du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), université Paris-Est Créteil.

### Médecine d'urgence :

M. le professeur Pierre CARLI, sous-section 48-01 anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence du CNU, université Paris Descartes

Mme le docteur Françoise CARPENTIER, présidente du collège de médecine d'urgence de Rhône-Alpes, université de Grenoble

M. le professeur Bruno RIOU, président de la collégiale nationale de médecine d'urgence, université Pierre et Marie Curie

### Médecine vasculaire :

M. le professeur Christian BOISSIER, responsable du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine vasculaire, université de Saint-Etienne

Mme la professeure Alexandra BURA-RIVIERE, membre de la sous-section 51-04 de chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire du CNU, université Paul Sabatier Toulouse III

M. le professeur Reda HASSEN-KHODJA, président de la sous-section 51-04 de chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire du CNU, université de Nice

### Nutrition

M. le professeur Eric BERTIN, président du collège des enseignants de nutrition des UFR de médecine, université Lille-II

Mme la professeure Martine LAVILLE, présidente de la sous-section 44-04 de nutrition du CNU, université Claude Bernard Lyon-I

### Pédiatrie

Mme la professeure Brigitte CHABROL, présidente de la société française de pédiatrie, université Aix-Marseille

M. le professeur Olivier CLARIS, président de la sous-section 54-01 de pédiatrie du CNU, université Claude Bernard Lyon-I

Mme la professeure Judith LANDMAN-PARKER, enseignant coordonnateur de pédiatrie, université Pierre et Marie Curie

Mme Noémie LAVOINE, présidente de l'AJP (Association des Jeunes Pédiatres)

### Pharmacologie

M. le professeur Marc BARDOU, président du collège des enseignants de pharmacologie médicale, université de Dijon

M. le professeur Régis BORDET, membre de la sous-section 48-03 de pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique ; addictologie du CNU, université Lille II

### Psychiatrie

M. le professeur Nicolas GEORGIEFF, président de la sous-section 49-04 de pédopsychiatrie-addictologie, université Claude Bernard Lyon-I

M. le professeur Frédéric ROUILLON, président de la sous-section 49-03 de psychiatrie d'adultes ; addictologie, université Paris Descartes

Mme Déborah SEBBANE, présidente de l'AFFEP (Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie)

### Réanimation

M. le professeur Antoine BARON-VIEILLARD, université Versailles-Saint Quentin

M. le professeur Jean CHASTRE, président de la sous-section 48-02 de réanimation ; médecine d'urgence du CNU, université Pierre et Marie Curie

M. le professeur François FOURRIER, président du Collège national des enseignants de réanimation, université Lille-II

Conseil national des universités (CNU-Santé) Commission permanente du Conseil national des universités (CPCNU)

Le Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques est l'instance nationale compétente à l'égard du recrutement et du suivi de la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

MEDECINE

**Section 42 - Morphologie et morphogenèse**

- Sous-section 4201 - [Anatomie](#)
- Sous-section 4202 - [Cytologie et histologie](#)
- Sous-section 4203 - [Anatomie et cytologie pathologiques](#)

**Section 43 - Biophysique et imagerie Médecine**

- Sous-section 4301 - [Biophysique et médecine nucléaire](#)
- Sous-section 4302 - [Radiologie et imagerie Médecine](#)

**Section 44 - Biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition**

- Sous-section 4401 - [Biochimie et biologie moléculaire](#)
- Sous-section 4402 - [Physiologie](#)
- Sous-section 4403 - [Biologie cellulaire](#)
- Sous-section 4404 - [Nutrition](#)

**Section 45 - Microbiologie, maladies transmissibles et hygiène**

- Sous-section 4501 - [Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière \(2 options\)](#)
- Sous-section 4502 - [Parasitologie et mycologie](#)
- Sous-section 4503 - [Maladies infectieuses ; maladies tropicales \(2 options\)](#)

**Section 46 - Santé publique, environnement et société**

- Sous-section 4601 - [Epidémiologie, économie de la santé et prévention](#)
- Sous-section 4602 - [Médecine et santé au travail](#)
- Sous-section 4603 - [Médecine légale et droit de la santé](#)
- Sous-section 4604 - [Biostatistiques, informatique Médicale et technologies de communication](#)

**Section 47 - Cancérologie, génétique, hématologie, immunologie**

- Sous-section 4701 - [Hématologie ; transfusion \(2 options\)](#)
- Sous-section 4702 - [Cancérologie ; radiothérapie \(2 options\)](#)

- Sous-section 4703 - [Immunologie](#)
- Sous-section 4704 - [Génétique](#)

**Section 48 - Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique**

- Sous-section 4801 - [Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence \(2 options\)](#)
- Sous-section 4802 - [Réanimation ; médecine d'urgence \(2 options\)](#)
- Sous-section 4803 - [Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie \(3 options\)](#)
- Sous-section 4804 - [Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie \(3 options\)](#)

**Section 49 - Pathologie nerveuse et musculaire, pathologie mentale, handicap et rééducation**

- Sous-section 4901 - [Neurologie](#)
- Sous-section 4902 - [Neurochirurgie](#)
- Sous-section 4903 - [Psychiatrie d'adultes ; addictologie \(2 options\)](#)
- Sous-section 4904 - [Pédopsychiatrie ; addictologie \(2 options\)](#)
- Sous-section 4905 - [Médecine physique et de réadaptation](#)

**Section 50 - Pathologie ostéo-articulaire, dermatologie et chirurgie plastique**

- Sous-section 5001 - [Rhumatologie](#)
- Sous-section 5002 - [Chirurgie orthopédique et traumatologique](#)
- Sous-section 5003 - [Dermato-vénéréologie](#)
- Sous-section 5004 - [Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie \(2 options\)](#)

**Section 51 - Pathologie cardiorespiratoire et vasculaire**

- Sous-section 5101 - [Pneumologie ; addictologie \(2 options\)](#)
- Sous-section 5102 - [Cardiologie](#)
- Sous-section 5103 - [Chirurgie thoracique et cardiovasculaire](#)
- Sous-section 5104 - [Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire \(2 options\)](#)

**Section 52 - Maladies des appareils digestif et urinaire**

- Sous-section 5201 - [Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie \(3 options\)](#)
- Sous-section 5202 - [Chirurgie digestive](#)
- Sous-section 5203 - [Néphrologie](#)
- Sous-section 5204 - [Urologie](#)

**Section 53 - Médecine interne, gériatrie et chirurgie générale**

- Sous-section 5301 - [Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie \(4 options\)](#)

- Sous-section 5302 - [Chirurgie générale](#)

**Section 54 - Développement et pathologie de l'enfant, gynécologie-obstétrique, endocrinologie et reproduction**

- Sous-section 5401 - [Pédiatrie](#)
- Sous-section 5402 - [Chirurgie infantile](#)
- Sous-section 5403 - [Gynécologie-obstétrique ; gynécologie Médicale \(2 options\)](#)
- Sous-section 5404 - [Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie Médicale \(2 options\)](#)
- Sous-section 5405 - [Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie Médicale \(2 options\)](#)

**Section 55 - Pathologie de la tête et du cou**

- Sous-section 5501 - [Oto-rhino-laryngologie](#)
- Sous-section 5502 - [Ophtalmologie](#)
- Sous-section 5503 - [Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie](#)

## **STATUTS DES INTERNES – CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Partie réglementaire

Sixième partie : Établissements et services de santé

Livre Ier : Établissements de santé

Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques

Chapitre III : Internes et étudiants en médecine et en pharmacie

Section 1 : Statut des internes en médecine, en odontologie et en

Pharmacie

Sous-section 1 : Dispositions générales.

### **Article R6153-1**

Les sous-sections 1 à 3 de la présente section s'appliquent aux internes en médecine, en odontologie et en pharmacie qui accomplissent leur troisième cycle d'études dans les conditions prévues aux articles L. 632-2, L. 632-5, L. 633-2 et L. 634-1 du code de l'éducation.

### **Article R6153-2**

Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation. Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine comprenant :

- neuf demi-journées d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ;
- et deux demi-journées par semaine consacrées à sa formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre

L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières, ambulatoires ou universitaires. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé.

L'interne reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

### **Article R6153-3**

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

L'interne en médecine en cours de formation de biologie médicale, participe, en outre, à l'étude du métabolisme des substances médicamenteuses et toxiques ainsi qu'à l'élaboration et à la validation des analyses biologiques concourant à la prévention, au diagnostic et à la surveillance des traitements.

### **Article R6153-4**

L'interne en pharmacie participe à l'ensemble des activités de l'entité dans laquelle il accomplit son stage, par délégation et sous la responsabilité du praticien ou du pharmacien auprès duquel il est placé.

Il a notamment pour mission :

1° De participer à la préparation, au contrôle et à la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à l'étude du métabolisme des substances médicamenteuses et toxiques ;

2° De participer à l'élaboration et à la validation des analyses biologiques concourant à la prévention, au diagnostic et à la surveillance des traitements ;

3° D'assurer la liaison entre l'entité dans laquelle il accomplit son stage et les structures de soins.

### **Article R6153-5**

L'interne en odontologie exerce, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève, des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins qui concernent les maladies de la bouche, des dents et des maxillaires.

### **Article R6153-6**

Les internes sont soumis au règlement des établissements ou organismes dans lesquels ils exercent leur activité. Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées et participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique.

Ils ne peuvent en particulier, sous peine de sanctions disciplinaires, s'absenter de leur lieu de stage qu'au titre des congés prévus à la sous-section 2 et des obligations liées à leur formation théorique et pratique.

Pendant la durée d'un stage, les internes ne peuvent effectuer de remplacements dans l'entité où ils sont accueillis.

Sous-section 2 : Entrée en fonctions, gestion, rémunération et avantages sociaux.

#### **Article R6153-7**

Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule.

Il atteste en outre qu'il remplit les conditions d'immunisation contre certaines maladies fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les internes relèvent du service de santé au travail de l'entité où ils effectuent leur stage. À défaut, ils relèvent du service de santé au travail de leur centre hospitalier universitaire d'affectation.

#### **Article R6153-8**

À l'issue de la procédure nationale de choix, les internes sont affectés par arrêté du directeur général du Centre national de gestion publié au Journal officiel de la République française. Les internes en médecine sont affectés dans une subdivision et une discipline. Les internes en odontologie sont affectés dans un centre hospitalier universitaire. Les internes en pharmacie sont affectés dans une interrégion et une spécialité.

Les affectations semestrielles sont prononcées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Les internes sont rattachés administrativement par décision du directeur général de l'agence régionale de santé à un centre hospitalier universitaire, selon des modalités fixées par un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Les internes sont nommés par le directeur général du centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés administrativement.

#### **Article R6153-9**

Après sa nomination, l'interne relève, quelle que soit son affectation, de son centre hospitalier universitaire de rattachement pour tous les actes de gestion attachés à ses fonctions hospitalières notamment la discipline, la mise en disponibilité, les congés ainsi que le versement des éléments de rémunération mentionnés à l'article R. 6153-10 à l'exception du 3° et des charges sociales afférentes.

Toutefois, lorsque l'interne est affecté dans un autre établissement de santé, un établissement du service de santé des armées, auprès d'un praticien agréé-maître de stage des universités, un organisme ou un laboratoire, un centre de santé ou une structure de soins agréée alternative à l'hospitalisation différent du centre hospitalier universitaire de rattachement ayant versé la rémunération, le remboursement à ce dernier des sommes ainsi versées et des charges afférentes fait l'objet d'une convention dont les modalités sont précisées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de la santé, de la sécurité sociale et, le cas échéant, de la défense.

Lorsque l'interne est affecté dans un établissement de santé, la convention peut prévoir que celui-ci assure directement le versement à l'interne des éléments de rémunération mentionnés à l'article R. 6153-10.

## Article R6153-10

L'interne en activité de service perçoit, après service fait :

1° Des émoluments forfaitaires mensuels dont le montant, qui varie suivant une ancienneté calculée en fonction du nombre de stages semestriels accomplis et dans laquelle n'entre pas en compte le temps passé en disponibilité ou dans la position spéciale dite sous les drapeaux, est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé. Ces émoluments suivent l'évolution des traitements de la fonction publique constatée par le ministre chargé de la santé ; ils sont majorés, pour les internes chargés de famille, d'un supplément dont le montant est calculé selon les règles fixées à l'article 10 du décret du 24 novembre 1985 relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'État et des personnels des collectivités territoriales pour le supplément familial de traitement.

Ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'ancienneté les stages semestriels au cours desquels l'activité effective a eu une durée inférieure à quatre mois du fait de l'accomplissement du service national ou d'une disponibilité.

Lorsqu'un ou plusieurs stages ont été interrompus pendant plus de deux mois au titre des articles R. 6153-13 à R. 6153-18 ou R. 6153-25 les émoluments versés au cours de chaque stage supplémentaire correspondant effectué en application de l'article R. 6153-20 demeurent identiques à ceux du stage le précédant immédiatement.

Lorsqu'un ou plusieurs stages supplémentaires sont effectués en application de l'article R. 6153-20 pour des raisons autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent, les émoluments versés varient de la façon suivante :

- pour le premier semestre supplémentaire, ils demeurent identiques à ceux du stage le précédant immédiatement ;
- pour les autres semestres supplémentaires, ils ne varient pas en fonction de l'ancienneté des intéressés et sont fixés dans l'arrêté mentionné ci-dessus à un montant qui ne peut être inférieur à celui des émoluments dus pour le premier stage du troisième cycle des études médicales ;

2° S'il ne bénéficie pas dans l'établissement ou l'organisme d'affectation du logement, de la nourriture, du chauffage et de l'éclairage, une indemnité représentative, selon le cas, de tout ou partie de ces avantages, fixée dans les conditions prévues au 1° du présent article ;

3° Le cas échéant, des indemnités liées au service des gardes et d'astreintes selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

4° A partir de la quatrième année, les internes bénéficient d'une prime de responsabilité dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

5° Des indemnités pour participation, en dehors des obligations de service, à des enseignements et aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements

hospitaliers. Le montant et les conditions d'attribution de ces indemnités sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ;

6° Le remboursement de ses frais de déplacements temporaires engagés à l'occasion de leur mission dès lors qu'ils ne peuvent utiliser un véhicule de l'établissement, dans les conditions prévues par la réglementation applicable en la matière aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière ;

7° Les internes de première et deuxième année perçoivent une indemnité de sujétion dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé.

#### **Article R6153-11**

L'année-recherche, prévue à l'article 12 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, à l'article 8 du décret n° 88-996 du 19 octobre 1988 relatif aux études spécialisées du troisième cycle de pharmacie et à l'article 12 du décret n° 94-735 du 19 août 1994 relatif au concours et au programme pédagogique de l'internat en odontologie, ne peut être réalisée que lorsqu'un contrat d'année-recherche a été conclu entre l'étudiant concerné, le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et le directeur du centre hospitalier universitaire de rattachement. Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé fixe les modalités de déroulement de l'année-recherche ainsi que les clauses types du contrat.

L'étudiant perçoit une rémunération égale à la moyenne des émoluments de deuxième et troisième années d'internat prévus au 1° de l'article R. 6153-10. Le centre hospitalier universitaire de rattachement assure la rémunération de l'étudiant. Il est remboursé par l'État au vu des justificatifs nécessaires.

#### **Article R6153-12**

L'interne a droit à un congé annuel de trente jours ouvrables, le samedi étant décompté comme jour ouvrable ; au cours de ce congé, il perçoit les rémunérations mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10. La durée des congés pouvant être pris en une seule fois ne peut excéder vingt-quatre jours ouvrables.

#### **Article R6153-13**

L'interne bénéficie d'un congé de maternité, d'adoption ou paternité d'une durée égale à celle prévue par la législation de la sécurité sociale. Est garanti, pendant la durée de ce congé, le maintien de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10.

L'interne peut bénéficier d'un congé de présence parentale non rémunéré d'une durée maximum de trois cent dix jours sur trente-six mois et d'un congé parental d'éducation à temps plein non rémunéré de trois ans pour un enfant jusqu'à l'âge de trois ans ou d'un an pour un enfant âgé de trois à seize ans.

Un congé de solidarité familiale est accordé dans les conditions prévues par les articles L. 3142-16 à L. 3142-21 du code du travail et aux dispositions réglementaires prises pour leur application à

l'interne dont un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou une personne partageant le même domicile souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. La durée de ce congé est assimilée à une période de services actifs. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

#### **Article R6153-14**

Est garanti à l'interne en congé de maladie le versement, pendant les trois premiers mois de ce congé, de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10 et de la moitié de celle-ci pendant les six mois suivants.

Un congé sans rémunération de quinze mois au maximum peut être accordé, sur sa demande, après avis du comité médical prévu à l'article R. 6152-36, à l'interne qui ne peut, à l'expiration d'un congé de maladie de neuf mois consécutifs, reprendre ses fonctions pour raison de santé.

#### **Article R6153-15**

L'interne que le comité médical a reconnu atteint de tuberculose, de maladie mentale, de poliomyélite, d'une affection cancéreuse ou de déficit immunitaire grave et acquis a droit à un congé de trente-six mois au maximum pendant lequel lui est garanti, au cours des dix-huit premiers mois, le versement des deux tiers de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10 et, pendant les dix-huit mois suivants, le versement de la moitié de cette rémunération.

#### **Article R6153-16**

L'interne atteint d'une affection qui figure sur la liste mentionnée à l'article 28 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires, à l'exception des pathologies mentionnées à l'article R. 6153-15 et qui exigent un traitement ou des soins coûteux et prolongés, a droit à un congé de longue maladie d'une durée de trente-six mois au maximum pendant lequel lui est garanti, au cours des douze premiers mois, le versement des deux tiers de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10 et, durant les vingt-quatre mois suivants, le versement de la moitié de cette rémunération. L'interne qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de même nature que s'il a repris ses activités pendant une année au moins.

#### **Article R6153-17**

En cas de maladie ou d'accident imputable à l'exercice des fonctions exercées dans le cadre de sa formation ou en cas de maladie contractée ou d'accident survenu à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, l'interne bénéficie, après avis du comité médical, d'un congé pendant lequel il perçoit la totalité de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10.

À l'issue d'une période de douze mois de congé, l'intéressé est examiné par le comité médical qui, suivant le cas, propose la reprise de l'activité ou la prolongation du congé, avec maintien des deux tiers de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de l'article R. 6153-10 jusqu'à guérison ou consolidation pour une période qui ne peut excéder vingt-quatre mois.

### **Article R6153-18**

L'interne contraint de cesser ses fonctions pour raisons de santé peut bénéficier, à l'issue des congés mentionnés aux articles R. 6153-14 à R. 6153-17, d'un congé supplémentaire non rémunéré d'une durée maximale de douze mois s'il est reconnu par le comité médical que son incapacité est temporaire.

Si le comité médical estime, le cas échéant à l'issue de ce nouveau congé de douze mois, que l'intéressé ne peut reprendre ses fonctions, il est mis fin à celles-ci.

### **Article R6153-18-1**

L'interne peut bénéficier d'un temps partiel thérapeutique lui permettant de reprendre progressivement ses fonctions en cas d'amélioration de son état de santé après avis favorable du comité médical, dans les conditions suivantes :

1° L'interne peut être autorisé à accomplir un temps partiel thérapeutique :

a) Après un congé de longue maladie ou de longue durée, pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an par affection ayant ouvert droit à un congé de longue maladie ou de longue durée ;

b) Après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice de leurs fonctions, pour une période maximale de six mois renouvelable une fois ;

2° Le temps partiel thérapeutique peut être accordé :

a) Soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;

b) Soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation à ses fonctions compatible avec son état de santé ;

3° Les internes autorisés à travailler à temps partiel pour raison thérapeutique perçoivent la totalité des émoluments forfaitaires prévus au 1° de l'article R. 6153-10, de l'indemnité prévue au 4° de l'article R. 6153-10 ainsi que, le cas échéant, des indemnités compensatrices d'avantages en nature prévues au même article.

Pour que le semestre au cours duquel l'interne bénéficie d'un temps partiel thérapeutique soit validé, la durée de service effectif ne doit pas être inférieure à quatre mois à temps plein. L'interne qui bénéficie d'un temps partiel thérapeutique peut, à sa demande, être dispensé d'effectuer des gardes et astreintes, après avis du médecin du travail.

### **Article R6153-19**

Pour l'application des articles R. 6153-14 à R. 6153-18, le comité médical est saisi soit par le directeur général de l'agence régionale de santé de la subdivision d'affectation, soit par le directeur de l'établissement de santé d'affectation, soit par le directeur général du centre hospitalier universitaire, dans ces deux derniers cas, la saisine est effectuée après avis du président de la commission médicale d'établissement.

L'interne dont le cas est soumis à un comité médical est avisé, au moins quinze jours à l'avance, de la date de la réunion du comité médical. Si la demande lui en est faite, l'interne communique au comité médical les pièces médicales en sa possession.

L'interne est tenu de se présenter devant le comité médical. Il peut demander que soient entendus un ou plusieurs médecins de son choix, qui ont accès au dossier constitué par le comité médical.

#### **Article R6153-20**

Lorsque, au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois au titre des articles R. 6153-13 à R. 6153-18, R. 6153-25, R. 6153-26 ou R. 6153-40 ou s'absente pendant plus de deux mois dans des conditions qui lui font encourir les sanctions disciplinaires prévues au deuxième alinéa de l'article R. 6153-6, le stage n'est pas validé.

Un stage semestriel qui, soit en application de ces dispositions, soit par décision des autorités universitaires compétentes, n'a pas été validé, est comptabilisé au titre de la durée maximale pour effectuer la formation du troisième cycle. Il entraîne l'accomplissement d'un stage semestriel supplémentaire.

#### **Article R6153-21**

L'interne conserve pendant ses congés son droit à la totalité du supplément familial mentionné à l'article R. 6153-10.

#### **Article R6153-22**

Les prestations en espèces allouées par les caisses de sécurité sociale aux internes viennent en déduction des sommes dont le versement leur est garanti par les dispositions de la présente section. L'établissement qui assure la rémunération des internes est subrogé dans les droits de l'assuré aux prestations en espèces de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article R. 323-11 du code de la sécurité sociale.

#### **Article R6153-23**

Les internes sont affiliés au régime général de la sécurité sociale.

En application de l'article 1er du décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'État et des collectivités, ils bénéficient également du régime de retraite géré par l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques. L'assiette des cotisations est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de l'intérieur et de la santé.

#### **Article R6153-24**

Le droit syndical est reconnu aux internes.

Ils peuvent créer des organisations syndicales, y adhérer, y exercer des mandats. Ils ne peuvent subir aucun préjudice ou bénéficier d'avantages en raison de leurs engagements syndicaux. Des autorisations spéciales d'absence sont accordées par le directeur de l'établissement, dans les

conditions et limites fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, aux représentants syndicaux élus des internes, à l'occasion de la participation de ceux-ci à des réunions syndicales.

#### **Article R6153-25**

L'accomplissement de l'internat est suspendu pendant la durée légale du service national pendant laquelle l'intéressé est placé dans une position spéciale dite sous les drapeaux.

#### **Article R6153-26**

L'interne peut être mis en disponibilité par le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement dans l'un des cas suivants :

1° Accident ou maladie grave du conjoint, d'une personne avec laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant :

La durée de l'interruption ne peut, en ce cas, sauf dérogation, excéder une année renouvelable une fois ;

2° Études ou recherches présentant un intérêt général :

La durée de l'interruption ne peut, en ce cas, excéder une année renouvelable une fois ;

3° Stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger :

La durée de l'interruption ne peut, en ce cas, excéder une année renouvelable une fois ;

4° Convenances personnelles, dans la limite d'un an renouvelable une fois.

La mise en disponibilité au titre des 2° et 3° du présent article ne peut être accordée qu'après six mois de fonctions effectives de l'interne. Elle ne peut être accordée qu'après un an de fonctions effectives au titre du 4° de ce même alinéa.

L'intéressé formule auprès de l'établissement ou de l'organisme dans lequel il exerce ses fonctions la demande qui est, le cas échéant, transmise pour décision au directeur de l'établissement public de rattachement, au moins deux mois avant la date de début envisagée.

À l'issue de sa disponibilité, l'interne est réintégré dans son centre hospitalier régional de rattachement, dans la limite des postes disponibles. L'interne qui souhaite mettre fin à sa disponibilité avant le terme prévu doit prévenir son établissement au moins deux mois avant le terme.

L'interne placé en disponibilité au titre du 2° du présent article peut effectuer des gardes d'internes dans un établissement public de santé, après accord du directeur de cet établissement et sous la responsabilité du chef de pôle ou, à défaut, du praticien responsable de la structure interne où il effectue sa garde. Il en est de même pour l'interne placé en disponibilité au titre du 3° dans le cadre d'un stage de formation.

### **Article R6153-27**

Les internes qui accomplissent un stage relevant de leur formation à l'étranger, le cas échéant dans le cadre d'une mission humanitaire, sont placés dans une position spéciale pendant laquelle ils cessent de bénéficier des indemnités et remboursement prévus aux 3°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 6153-10 et des dispositions prévues aux articles R. 6153-11 à R. 6153-18 et R. 6153-25. Les stages accomplis dans cette position sont pris en compte, s'ils sont validés, pour le calcul de la durée des fonctions accomplies par les internes.

### **Article R6153-28**

Les internes peuvent également participer, dans la limite d'une durée maximale de deux mois par an, à l'encadrement médical de séjours d'activités physiques, sportives et culturelles, organisées pour des personnes atteintes de pathologie lourde, dans le cadre de leur traitement.

Cette participation est subordonnée à l'accord de leur chef de pôle ou, à défaut, le responsable de la structure interne dont ils relèvent et est régie par une convention entre l'organisme organisateur du séjour et le centre hospitalier universitaire de rattachement. Les stipulations de cette convention sont conformes à la convention type établie par arrêté du ministre chargé de la santé.

### **Sous-section 3 : Garanties disciplinaires**

#### **Article R6153-29**

Sans préjudice des peines que les juridictions universitaires pourraient infliger à l'intéressé par application des dispositions du décret n° 92-657 du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les établissements publics d'enseignement supérieur placés sous la tutelle du ministre chargé de l'enseignement supérieur, les sanctions disciplinaires applicables à un interne pour des fautes commises dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses activités au titre des stages pratiques sont :

- 1° L'avertissement ;
- 2° Le blâme ;
- 3° L'exclusion des fonctions pour une durée qui ne peut dépasser cinq ans.

#### **Article R6153-30**

Les sanctions mentionnées aux 1° et 2° de l'article R. 6153-29 sont prononcées par le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement de l'interne, après consultation du praticien ou du pharmacien sous la responsabilité duquel l'intéressé est placé pendant son stage et après procédure écrite contradictoire pour la sanction prévue au 2° de l'article R. 6153-29. Le président de l'université et le directeur de l'unité de formation et de recherche où est inscrit l'interne sont avisés de la sanction dans les quinze jours qui suivent la notification de celle-ci à l'intéressé.

#### **Article R6153-31**

L'exclusion des fonctions mentionnée au 3° de l'article R. 6153-29 est prononcée par le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement de l'interne, après consultation du

praticien ou du pharmacien sous la responsabilité duquel celui-ci est placé pendant son stage et au vu de l'avis émis par le conseil de discipline de la région sanitaire dans le ressort de laquelle se sont produits les faits reprochés.

#### **Article R6153-32**

Le conseil de discipline est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé qui en nomme les autres membres.

Ce conseil comporte trois sections de douze membres chacune.

Le secrétariat du conseil de discipline est assuré par les services de l'agence régionale de santé.

#### **Article R6153-33**

La première section, compétente à l'égard des internes et des résidents en médecine, comprend :

- 1° Le directeur général de l'agence régionale de santé, président ou son représentant ;
- 2° Un directeur d'établissement public de santé de la région, choisi sur une liste de trois noms proposés par la Fédération hospitalière de France ;
- 3° Deux membres du personnel enseignant et hospitalier titulaire, relevant du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers universitaires et nommés sur une liste d'au moins quatre noms proposés par les commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires de la région ;
- 4° Deux praticiens hospitaliers relevant de la section 1 du chapitre II du présent titre parmi les noms proposés par les commissions médicales d'établissement de chacun des établissements de la région, chaque commission médicale d'établissement ne pouvant proposer qu'un nom ;
- 5° Six internes en médecine relevant en priorité de la discipline de l'intéressé, ou six résidents lorsque l'intéressé appartient à cette catégorie ; les six internes ou résidents, affectés dans la région, sont proposés par leurs organisations syndicales représentatives respectives.

#### **Article R6153-34**

La deuxième section, compétente à l'égard des internes en pharmacie, comprend :

- 1° Le directeur général de l'agence régionale de santé, président ou son représentant ;
- 2° Un directeur d'établissement public de santé de la région, choisi sur une liste de trois noms proposés par la Fédération hospitalière de France ;
- 3° Deux enseignants des unités de formation et de recherche de pharmacie de la région exerçant des fonctions hospitalières, nommés sur une liste d'au moins quatre noms proposés par les commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires de la région ;
- 4° Un pharmacien des hôpitaux et un biologiste des hôpitaux relevant du décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers

et universitaires, choisis parmi les noms proposés par les commissions médicales d'établissement de chacun des établissements de la région, chaque commission médicale d'établissement ne pouvant proposer qu'un nom ;

5° Six internes en pharmacie affectés dans la région et proposés par les organisations syndicales représentatives des intéressés.

#### **Article R6153-35**

La troisième section, compétente à l'égard des internes en odontologie, comprend :

1° Le directeur général de l'agence régionale de santé, président ou son représentant ;

2° Un directeur d'établissement public de santé de la région, choisi sur une liste de trois noms proposés par la Fédération hospitalière de France ;

3° Deux membres titulaires du personnel enseignant et hospitalier en odontologie relevant soit du décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire des centres hospitaliers et universitaires, soit du décret n° 65-803 du 22 septembre 1965 portant statut du personnel particulier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires, nommés sur une liste d'au moins quatre noms proposés par la ou les commissions médicales d'établissement du ou des centres hospitaliers universitaires de la région ;

4° Deux praticiens hospitaliers odontologistes exerçant leur activité hospitalière soit à temps plein et relevant de la section 1 du chapitre II du présent titre, soit à temps partiel et relevant de la section 2 du chapitre II du présent titre, choisis parmi les noms proposés par les commissions médicales d'établissement de la région, chaque commission ne pouvant proposer qu'un nom ;

5° Six internes en odontologie proposés, quel que soit leur centre hospitalier universitaire de rattachement, par les organisations représentatives des intéressés ou, à défaut de telles propositions, désignés par tirage au sort par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les internes en fonctions. Les modalités de ce tirage au sort sont définies par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

#### **Article R6153-36**

Les membres du conseil autres que le président ont un suppléant qui est désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

Les membres, titulaires ou suppléants, du conseil sont nommés pour une durée de trois années renouvelable, à l'exception des internes qui sont désignés pour une durée d'une année renouvelable. Il est pourvu, dans un délai de deux mois, aux vacances survenues en cours de mandat. Les nouveaux membres siègent jusqu'au renouvellement du conseil.

Ne peuvent siéger au conseil de discipline pour une affaire déterminée et sont remplacés par leur suppléant :

1° Le conjoint de l'interne concerné, une personne avec laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ou une personne ayant avec l'interne un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus ;

2° La personne qui est à l'origine de l'instance disciplinaire ;

3° L'interne qui est en cause dans l'affaire et plus généralement les personnes qui sont directement intéressées par celle-ci.

#### **Article R6153-37**

Le conseil de discipline est saisi par le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement à la demande, éventuellement, du directeur de l'établissement ou de l'organisme où l'interne accomplit son stage.

L'interne poursuivi est avisé qu'il dispose d'un délai de trente jours pour prendre connaissance de son dossier, comprenant tous les éléments d'information soumis au conseil de discipline, et pour présenter sa défense. Il est également avisé, au moins quinze jours à l'avance, de la date de sa comparution devant le conseil.

La personne poursuivie peut présenter devant le conseil de discipline des observations écrites ou orales, faire entendre des témoins et se faire assister d'un conseil de son choix.

Le droit de citer des témoins appartient également à l'administration.

Le président, ou le rapporteur désigné par lui au sein de la section, peut faire entendre toute personne dont il juge l'audition utile et demander à l'autorité qui a saisi le conseil toute information complémentaire.

#### **Article R6153-38**

La section compétente du conseil de discipline ne peut valablement délibérer que si au moins six de ses membres, dont le président ou son remplaçant, sont présents.

Les votes sont émis à bulletin secret.

En cas de partage égal des voix, il est procédé à une nouvelle délibération. Si au deuxième tour de scrutin le partage égal est maintenu, une sanction plus légère est mise aux voix par le président. En cas de poursuites devant une juridiction pénale, le conseil de discipline peut surseoir à émettre son avis jusqu'à la décision de cette juridiction.

#### **Article R6153-39**

L'avis du conseil est motivé ; il est adressé par son président au directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement qui informe l'interne de sa décision.

L'avis est également notifié au directeur général de l'agence régionale de santé, au responsable de l'organisme ou établissement où se sont déroulés les faits litigieux, le cas échéant au responsable de l'organisme ou établissement dans lequel l'interne exerce ses fonctions au moment de la notification,

au ministre chargé de la santé, ainsi qu'au président de l'université et au directeur de l'unité de formation et de recherche où est inscrit l'interne.

#### **Article R6153-40**

Sans préjudice des dispositions des articles R. 6153-29 à R. 6153-39, le responsable de l'organisme ou établissement dans lequel l'interne exerce ses fonctions peut suspendre l'activité de celui-ci lorsqu'elle est de nature à compromettre le bon fonctionnement du service ; le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement en est avisé sans délai. Pendant la période où il fait l'objet d'une suspension, l'interne bénéficie des éléments de rémunération prévus aux 1° et 2° de l'article R. 6153-10.

La suspension prend fin de plein droit si le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement n'a pas engagé de poursuites dans les quinze jours qui suivent la réception de l'avis mentionné au premier alinéa du présent article ou si cette autorité ne s'est pas prononcée quatre mois après cette réception.

Toutefois, lorsque l'intéressé fait l'objet de poursuites pénales, la suspension peut être prolongée pendant toute la durée de la procédure.

#### **Sous-section 4 : Personnes faisant fonction d'interne.**

##### **Article R6153-41**

Dans le cas où un poste, dans une structure agréée, susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article R. 6153-43.

La liste des postes non pourvus d'internes ou de résidents situés dans des pôles ou structures agréés en application de l'article 30 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ou de l'article 3 du décret n° 88-996 du 19 octobre 1988 relatif aux études spécialisées du troisième cycle de pharmacie est communiquée au directeur général de l'agence régionale de santé, qui peut autoriser l'affectation sur ces postes de personnes appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2° de l'article R. 6153-42.

L'affectation est décidée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée. Le directeur de l'établissement de santé informe le médecin ou le pharmacien de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les étudiants ou praticiens faisant fonction d'interne sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage. Cette durée peut être ensuite renouvelée tous les six mois.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux postes d'interne en odontologie.

#### **Article R6153-42**

Peuvent être désignés en tant que faisant fonction d'interne :

1° Les médecins ou pharmaciens titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine qui effectuent des études en France en vue de la préparation de certains diplômes dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;

2° Les étudiants en médecine ou en pharmacie ressortissants d'un des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant respectivement validé les six premières années des études médicales ou les cinq premières années des études pharmaceutiques dans un de ces États, ou les étudiants en pharmacie ayant été admis au concours de l'internat prévu par le décret n° 88-996 du 19 octobre 1988 relatif aux études spécialisées du troisième cycle de pharmacie, dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'enseignement supérieur et ministre chargé de la santé.

#### **Article R6153-43**

À l'issue du choix et lorsqu'il reste des postes d'internes ou de résidents vacants, les anciens internes et les anciens résidents qui viennent de terminer leur cursus peuvent, sur leur demande, accomplir un semestre supplémentaire, renouvelable éventuellement une fois, après accord du directeur de l'établissement et après avis du praticien responsable du stage.

#### **Article R6153-44**

Les dispositions des deuxièmes et troisièmes alinéas de l'article R. 6153-2 et celles des articles R. 6153-3 à R. 6153-7, R. 6153-12 à R. 6153-19 et R. 6153-21 à R. 6153-24 sont applicables aux étudiants faisant fonction d'interne et aux anciens résidents qui accomplissent un ou deux semestres supplémentaires dans les établissements publics de santé.

Les dispositions des articles R. 6153-29 à R. 6153-42 s'appliquent aux étudiants faisant fonction d'interne mentionnés au 1° et au 2° de l'article R. 6153-42 et aux anciens résidents mentionnés à l'article R. 6153-43. Dans le cas où le conseil de discipline prévu à l'article R. 6153-32 se réunit afin d'examiner le cas d'un étudiant faisant fonction d'interne ou d'un ancien résident, les six internes ou résidents qui siègent respectivement à la première et à la deuxième section mentionnées à ce même article sont remplacés en nombre égal par des étudiants faisant fonction d'interne ou d'anciens résidents proposés dans les mêmes conditions ou, à défaut de telles propositions, tirés au sort parmi les étudiants faisant fonction d'interne ou les résidents en poste dans la région. Les modalités de ce tirage au sort sont fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Les dispositions de l'article R. 6153-10, à l'exception des quatre derniers alinéas du 1° et du 4°, leur sont applicables.

Toutefois, les émoluments forfaitaires mensuels mentionnés au 1° de l'article R. 6153-10 ne varient pas, pour les étudiants faisant fonction d'interne, en fonction de leur ancienneté.

Les étudiants nommés faisant fonction d'interne à l'issue de leur internat conservent le bénéfice du montant des émoluments qu'ils perçoivent au cours de leur dernière année d'internat.

## **Article R 6153-45**

Les internes et les assistants des hôpitaux des armées qui effectuent un stage ailleurs que dans un établissement du service de santé des armées restent soumis à leur statut et continuent de percevoir leur solde.

Leur sont cependant applicables les dispositions des articles R. 6153-2 à R. 6153-6, du 3° de l'article R. 6153-10 et des articles R. 6153-29 à R. 6153-40.

Le directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement avise l'autorité compétente du service de santé des armées de la procédure disciplinaire qu'il a décidé d'engager contre l'interne ou l'assistant des hôpitaux des armées et lui transmet le dossier de l'intéressé. Un représentant de ce service peut assister avec voix consultative aux séances du conseil de discipline. Lorsqu'une sanction a été prononcée par le directeur général du centre hospitalier régional universitaire de rattachement de l'interne ou de l'assistant des hôpitaux des armées, elle est communiquée à l'autorité compétente du service de santé des armées, en même temps et dans les mêmes formes qu'au président de l'université dont relève l'intéressé.

Document généré le 02 septembre 2011 - C

## Cahier des charges pour l'organisation d'un DES

### I. L'organisation générale de la formation

- Définir les objectifs généraux de la formation sur la base du métier et des compétences à acquérir (référentiel de compétences)
- Indiquer la durée souhaitée du DES (qui ne doit pas être supérieure à la durée actuelle)
- Préciser l'existence et la nature d'éventuelles options :
  - S'agit-il d'option ouvrant à un exercice exclusif ?
  - à une compétence ?
  - S'agit-il d'une FST ?

### II. Organisation des trois phases définies dans le rapport

#### 1. Phase socle

- Durée (en semestre)
- Stages de niveau 1 :
  - Les stages de niveau 1 doivent être organisés en **milieu académique** (service universitaire ou service ayant un lien existant et formalisé avec le service universitaire). Le service d'accueil doit de plus avoir une activité et un seuil d'encadrement minimaux définis.  
En tenant compte de ces impératifs, indiquer **les critères d'agrément du stage de niveau 1**
  - Au moins **un stage de six mois dans la spécialité**, le ou les autre(s) dans la discipline (chirurgie, médecine ou biologie)
- Enseignements hors stages :
  - Sous quelle(s) forme(s) sont-ils organisés : (TD, enseignement à distance, formation partagée avec d'autres professionnels de santé....) ; volume horaire.
  - Connaissances transversales :
    - Compétences génériques*: communication avec le patient et l'entourage ; communication interprofessionnelle (autres spécialités médicales, autres métiers de soins, métiers dans le champ de la santé) ; éthique médicale, gestion des risques....
    - Compétences transversales* : douleurs, soins palliatifs...
  - Indiquer le niveau de mutualisation envisagé**
  - Connaissances de base dans la spécialité
- Définir avec précision les **compétences** devant être acquises à la fin de la phase socle
- Indiquer avec précision les **modalités d'évaluation des compétences** acquises

#### 2. Phase intermédiaire

- Durée (en semestre)

- Stages de niveau 2 :
  - Stage(s) dans la spécialité
  - Stage(s) obligatoire(s) dans d'autres spécialités : Préciser si ce(s) stage(s) concerne(nt) ou non une FST (en justifiant la faisabilité)
  - Stage(s) libre(s) éventuellement (les justifier)
  - Stage(s) en ambulatoire éventuellement
  - Stages couplés
- Enseignement hors stages
  - Dans la spécialité
  - Dans d'autres spécialités (FST ou non). Des enseignements hors de la spécialité peuvent ne pas être suffisamment importants quantitativement pour justifier une FST ou un stage mais doivent cependant apparaître dans la maquette (douleur, soins palliatifs, addiction, gérontologie...)
- Définir avec précision les compétences devant être acquises à la fin de la phase intermédiaire dans la spécialité, dans les spécialités complémentaires
- Indiquer avec précision les modalités d'évaluation des compétences dans la spécialité
- Indiquer avec précision les modalités d'évaluation des compétences complémentaires correspondant à une autre spécialité
- Mémoire et thèse nécessaires pour entrer dans la phase de mise en responsabilité  
Le mémoire est évalué par un comité d'évaluation puis après avis favorable est soutenu en vue de l'obtention de la thèse (voir rapport)  
Indiquer
  - le contenu
  - les modalités d'évaluation du mémoire: critères, comité d'évaluation.
  - les modalités de soutenance de la thèse (sur le sujet du mémoire)

### 3. Phase de mise en responsabilité

**Indiquer si la phase de mise en responsabilité est nécessaire pour votre spécialité.**

En cas de réponse positive, préciser

- La durée (en semestre)
- Stage(s) de niveau 3
  - Critères d'agrément
  - Durée de chaque stage (1semestre ou un an)
  - Nombre
  - Stage(s) en ambulatoire
- Enseignement hors stages

Son objectif est de **préparer le futur médecin à son activité professionnelle** qu'elle soit ambulatoire ou non : information sur les différents types d'exercice, initiation à la gestion d'un cabinet (aspects réglementaires, financiers, ressources humaines...).

- Modalités d'évaluation des stages

### **III. Les Options**

- Décrire avec précision le contenu en stages et/ou en enseignement hors stage des options
  - Ouvrant à une compétence particulière au sein de la spécialité
  - Ouvrant à un exercice exclusif

- Sous forme de FST
- Indiquer à quel moment au cours de la formation l'option doit débiter et à quel moment et selon quelle modalité le choix doit être fait.
- **Les options sauf exception justifiée (surspécialisation) ne doivent pas allonger la durée de formation.**

#### **IV. La composition de l'équipe pédagogique**

Décrire avec précision la composition de l'équipe pédagogique

Si des stages ou des enseignements hors stages d'une autre spécialité sont inclus dans la maquette au moins un responsable pédagogique de cette spécialité doit faire partie de l'équipe pédagogique.

Dans le cas des FST c'est le coordonnateur de la FST qui a en charge sa validation

#### **V. Coordination au niveau national**

Une coordination nationale du fonctionnement de la formation est-elle souhaitée ? Sous quelle forme ?

**Décret n° 2014-291 du 4 mars 2014 modifiant le régime indemnitaire et certaines modalités de mise en disponibilité des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie**

Publics concernés : internes en médecine, en odontologie et en pharmacie.

Objet : nouvelles dispositions indemnitaires et statutaires pour les internes en médecine, en odontologie et en pharmacie.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret a pour objet de créer une indemnité forfaitaire de transport pour les internes qui accomplissent des stages en soins ambulatoires ainsi qu'une prime de responsabilité pour les internes de médecine générale effectuant leur stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS). Ce décret prévoit également de porter de deux à trois ans la durée de disponibilité pour études ou recherches présentant un intérêt général dans les cas de préparation d'une thèse de doctorat pour les internes qui se destinent à une carrière hospitalo-universitaire.

Références : le code de la santé publique peut être consulté, dans sa rédaction issue du présent décret, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6153-1 ;

Le Conseil d'État (section de l'administration) entendu,

Décète :

**Article 1**

L'article R. 6153-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Une prime de responsabilité, versée aux internes de médecine générale lorsqu'ils accomplissent un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé et aux internes de médecine, pharmacie et odontologie à partir de leur quatrième année d'internat, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé ; »

2° Après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Une indemnité forfaitaire de transport, versée aux internes qui accomplissent un stage ambulatoire dont le lieu est situé à une distance de plus de quinze kilomètres, tant du centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés administrativement que de leur domicile. Cette indemnité n'est cumulable avec aucun dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport directement versé à l'intéressé. Un arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé en fixe le montant et les modalités de versement ».

## **Article 2**

Au 2° de l'article R. 6153-26 du même code, les mots : « une fois » sont complétés par les mots : « sauf dans le cas de la préparation d'une thèse de doctorat, pour laquelle la durée d'interruption est de trois ans ».

## **Article 3**

À l'article R. 6153-27 du même code, les mots : « prévus aux 3°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 6153-10 » sont remplacés par les mots : « prévus aux 3°, 4°, 5°, 6° et 8° de l'article R. 6153-10 ».

## **Article 4**

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 4 mars 2014.

Jean-Marc Ayrault

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales

et de la santé,

Marisol Touraine

Le ministre de l'économie et des finances,

Pierre Moscovici

La ministre de l'enseignement supérieur

et de la recherche,

Geneviève Fioraso

Le ministre délégué

auprès du ministre de l'économie et des finances,

chargé du budget,

Bernard Cazeneuve

**Étude du Conseil national de l'ordre des médecins sur la répartition des  
licences de remplacement par spécialités en 2013 et 2014  
(réalisée à la demande de la mission)**



**Direction des Services du Tableau  
Et Section Ethique et Déontologie**

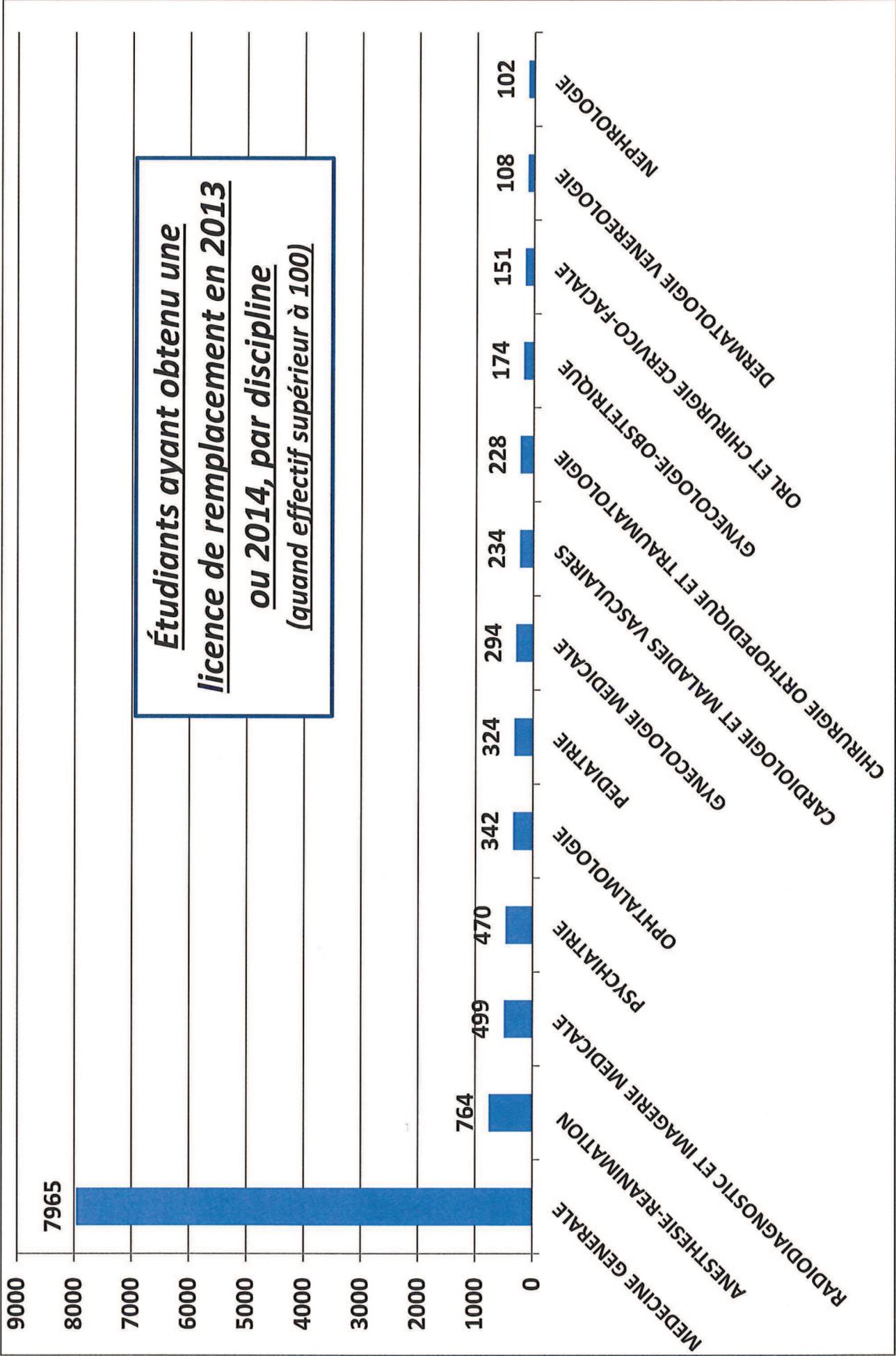
**ÉTUDE SUR LES  
LICENCES DE  
REMPACEMENT  
OBTENUES EN  
2013 et 2014**

## Étudiants ayant obtenu une licence de remplacement en 2013 ou 2014

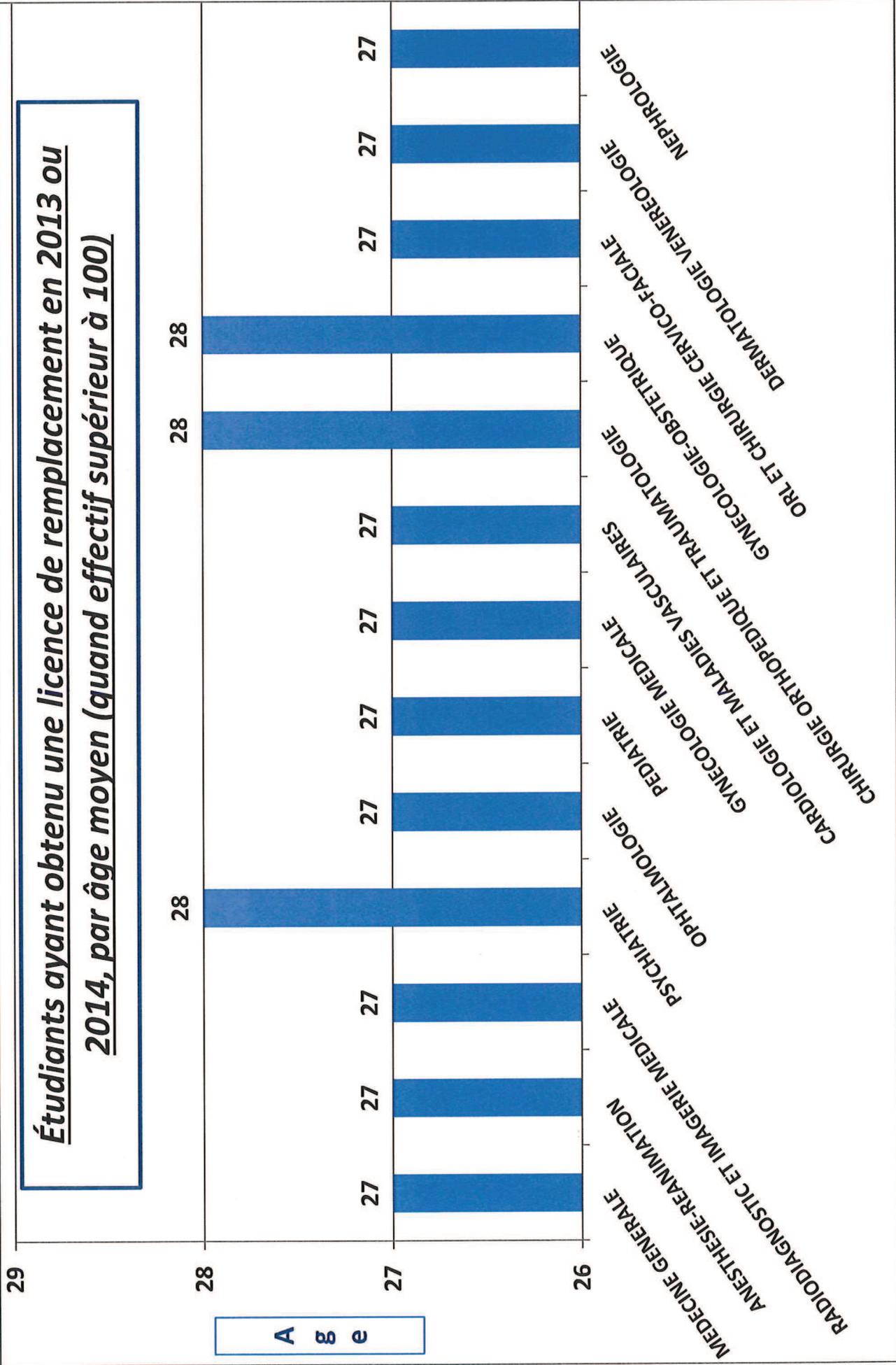
Spécialité	Effectifs	Age moyen	Durée requise pour obtention licence (Années)	Durée moyenne avant licence (Années)	Durée d'obtention du diplôme à partir début DES (Années)
MEDECINE GENERALE	7965	27	1 an et 6 mois	2 ans et 3 mois	3 ans
ANESTHESIE-REANIMATION	764	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	5 ans
RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	499	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 8 mois	5 ans
PSYCHIATRIE	470	28	2 ans et 6 mois	2 ans et 10 mois	4 ans
OPHTALMOLOGIE	342	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 10 mois	5 ans
PEDIATRIE	324	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
GYNECOLOGIE MEDICALE	294	27	2 ans	2 ans et 10 mois	4 ans
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	234	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 11 mois	4 ans
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	228	28	3 ans et 6 mois	4 ans et 1 mois	7 ans
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	174	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 10 mois	5 ans
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE	151	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	5 ans
DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE	108	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	4 ans
NEPHROLOGIE	102	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
CHIRURGIE UROLOGIQUE	82	29	3 ans et 6 mois	4 ans et 9 mois	7 ans
ONCOLOGIE OPTION MEDICALE	79	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 3 mois	5 ans
ONCOLOGIE OPTION RADIOTHERAPIE	73	28	2 ans et 6 mois	3 ans	5 ans
MEDECINE NUCLEAIRE	70	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 10 mois	4 ans
RHUMATOLOGIE	65	27	2 ans et 6 mois	3 ans	4 ans
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	64	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	62	29	3 ans et 6 mois	4 ans et 1 mois	7 ans
PNEUMOLOGIE	60	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	4 ans
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	59	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 8 mois	5 ans
BIOLOGIE MEDICALE	58	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
NEUROLOGIE	47	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 4 mois	4 ans
MEDECINE DU TRAVAIL	47	29	2 ans et 6 mois	3 ans et 4 mois	4 ans
MEDECINE INTERNE	37	28	3 ans	4 ans et 1 mois	5 ans
STOMATOLOGIE	32	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 5 mois	4 ans
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES	30	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	4 ans
CHIRURGIE GENERALE	30	28	3 ans et 6 mois	4 ans et 1 mois	5 ans
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	28	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 11 mois	4 ans
CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	23	29	3 ans et 6 mois	4 ans et 4 mois	7 ans
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	15	28	3 ans et 6 mois	3 ans et 11 mois	7 ans
CHIRURGIE VASCULAIRE	12	30	3 ans et 6 mois	5 ans et 4 mois	7 ans
HEMATOLOGIE OPTION MALADIES DU SANG	9	29	2 ans et 6 mois	4 ans	5 ans
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	8	31	3 ans et 6 mois	5 ans et 8 mois	7 ans
CHIRURGIE INFANTILE	3	29	3 ans et 6 mois	5 ans et 3 mois	7 ans
SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	2	32	2 ans et 6 mois	4 ans et 10 mois	4 ans
ONCOLOGIE OPTION ONCO-HEMATOLOGIE	2	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 10 mois	5 ans
HEMATOLOGIE OPTION ONCO HEMATOLOGIE	2	26	2 ans et 6 mois	2 ans et 6 mois	5 ans
GENETIQUE MEDICALE	1	29	2 ans et 6 mois	3 ans et 10 mois	4 ans
<b>TOTAL ou MOYENNE</b>	<b>12655</b>	<b>27 ans</b>	<b>2 ans et 8 mois</b>	<b>3 ans et 6 mois</b>	<b>4 ans et 11 mois</b>

## Étudiants ayant obtenu une 1ère licence de remplacement en 2013 ou 2014

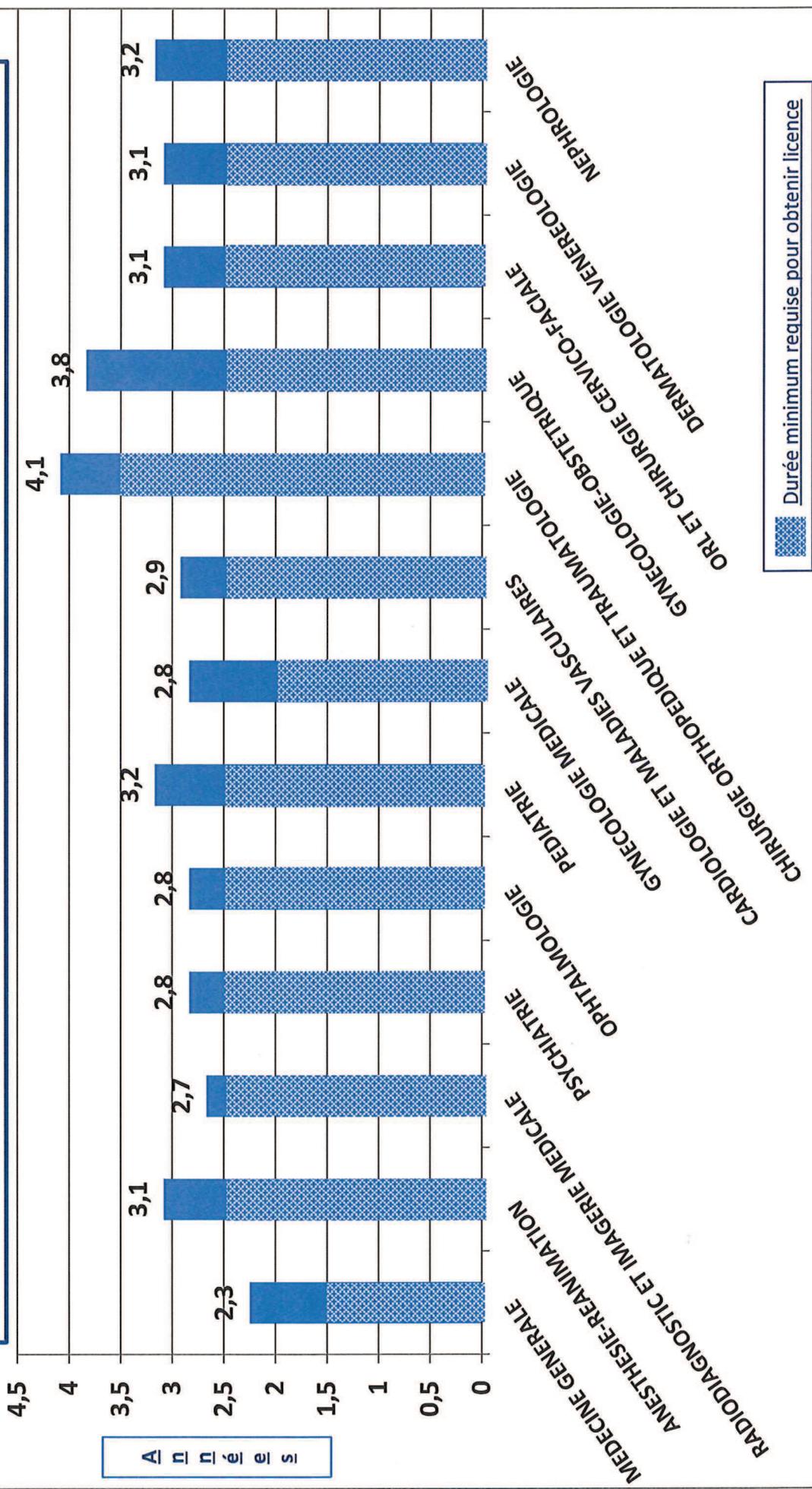
Spécialité	Effectifs	Age moyen	Durée requise pour obtention licence (Années)	Durée moyenne avant licence (Années)	Durée d'obtention du diplôme à partir début DES (Années)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	47	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 8 mois	5 ans
ANESTHESIE-REANIMATION	567	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	5 ans
BIOLOGIE MEDICALE	53	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	188	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 11 mois	4 ans
CHIRURGIE GENERALE	30	28	3 ans et 6 mois	4 ans et 1 mois	5 ans
CHIRURGIE INFANTILE	3	29	3 ans et 6 mois	5 ans et 3 mois	7 ans
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	12	29	3 ans et 6 mois	3 ans et 11 mois	7 ans
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	182	28	3 ans et 6 mois	4 ans et 1 mois	7 ans
CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	21	29	3 ans et 6 mois	4 ans et 4 mois	7 ans
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	8	31	3 ans et 6 mois	5 ans et 8 mois	7 ans
CHIRURGIE UROLOGIQUE	61	29	3 ans et 6 mois	4 ans et 9 mois	7 ans
CHIRURGIE VASCULAIRE	10	30	3 ans et 6 mois	5 ans et 4 mois	7 ans
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	53	29	3 ans et 6 mois	4 ans et 1 mois	7 ans
DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE	85	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	4 ans
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES	25	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	4 ans
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	63	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
GENETIQUE MEDICALE	1	29	2 ans et 6 mois	3 ans et 10 mois	4 ans
GYNECOLOGIE MEDICALE	195	27	2 ans	2 ans et 10 mois	4 ans
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	139	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 10 mois	5 ans
HEMATOLOGIE OPTION MALADIES DU SANG	6	29	2 ans et 6 mois	4 ans	5 ans
HEMATOLOGIE OPTION ONCO HEMATOLOGIE	2	26	2 ans et 6 mois	2 ans et 6 mois	5 ans
MEDECINE DU TRAVAIL	34	30	2 ans et 6 mois	3 ans et 4 mois	4 ans
MEDECINE GENERALE	5040	27	1 an et 6 mois	2 ans et 3 mois	3 ans
MEDECINE INTERNE	35	28	3 ans	4 ans et 1 mois	5 ans
MEDECINE NUCLEAIRE	65	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 10 mois	4 ans
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	28	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 11 mois	4 ans
NEPHROLOGIE	80	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
NEUROLOGIE	43	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 4 mois	4 ans
ONCOLOGIE OPTION MEDICALE	54	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 3 mois	5 ans
ONCOLOGIE OPTION ONCO-HEMATOLOGIE	2	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 10 mois	5 ans
ONCOLOGIE OPTION RADIOTHERAPIE	54	28	2 ans et 6 mois	3 ans	5 ans
OPHTALMOLOGIE	233	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 10 mois	5 ans
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE	106	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	5 ans
PEDIATRIE	261	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	4 ans
PNEUMOLOGIE	54	27	2 ans et 6 mois	3 ans et 1 mois	4 ans
PSYCHIATRIE	403	28	2 ans et 6 mois	2 ans et 10 mois	4 ans
RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	339	27	2 ans et 6 mois	2 ans et 8 mois	5 ans
RHUMATOLOGIE	59	27	2 ans et 6 mois	3 ans	4 ans
SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	2	32	2 ans et 6 mois	4 ans et 10 mois	4 ans
STOMATOLOGIE	20	28	2 ans et 6 mois	3 ans et 5 mois	4 ans
<b>TOTAL OU MOYENNE</b>	<b>8663</b>	<b>27 ans</b>	<b>2 ans et 8 mois</b>	<b>3 ans et 6 mois</b>	<b>4 ans et 11 mois</b>



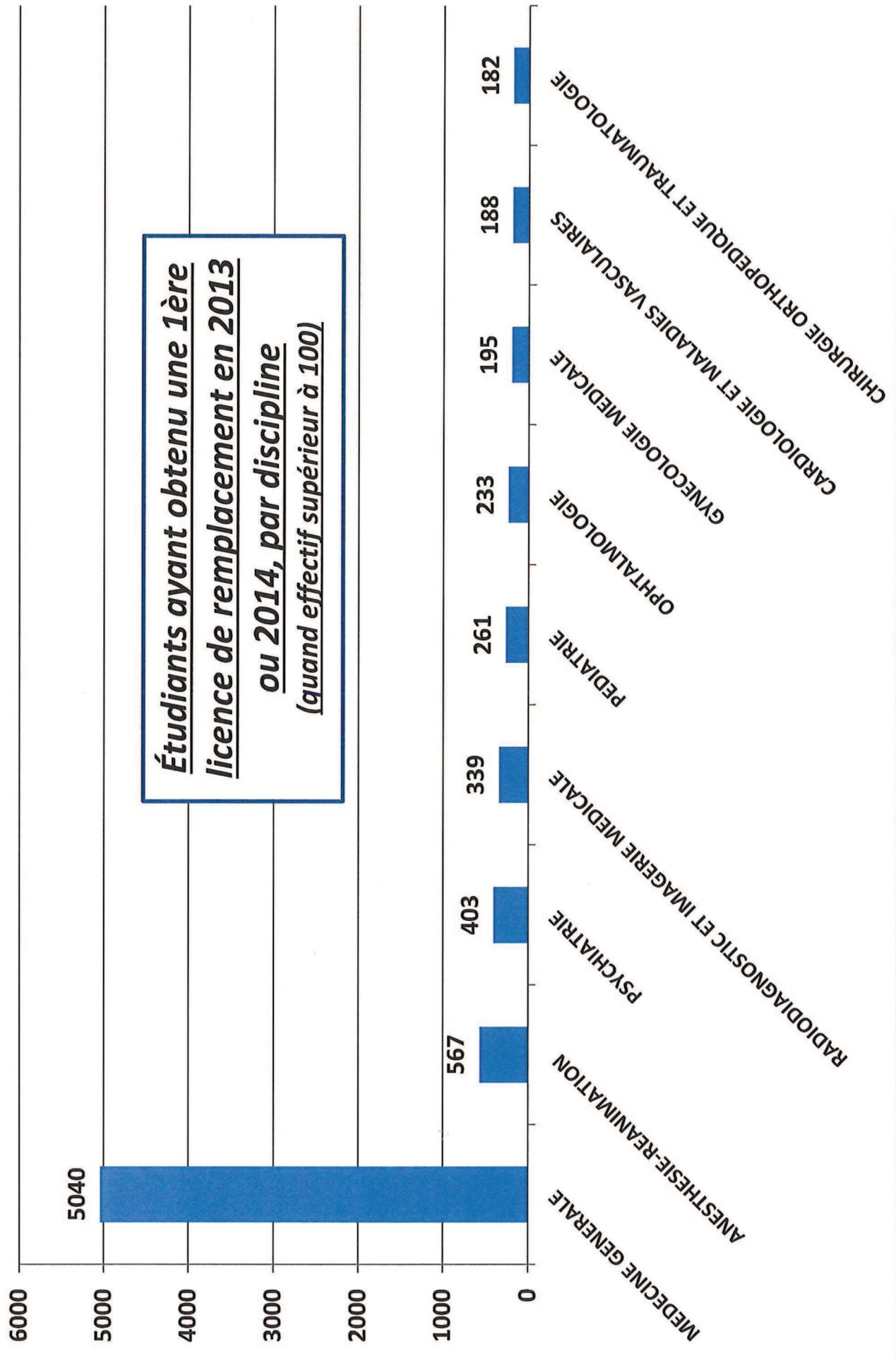
**Étudiants ayant obtenu une licence de remplacement en 2013 ou 2014, par âge moyen (quand effectif supérieur à 100)**



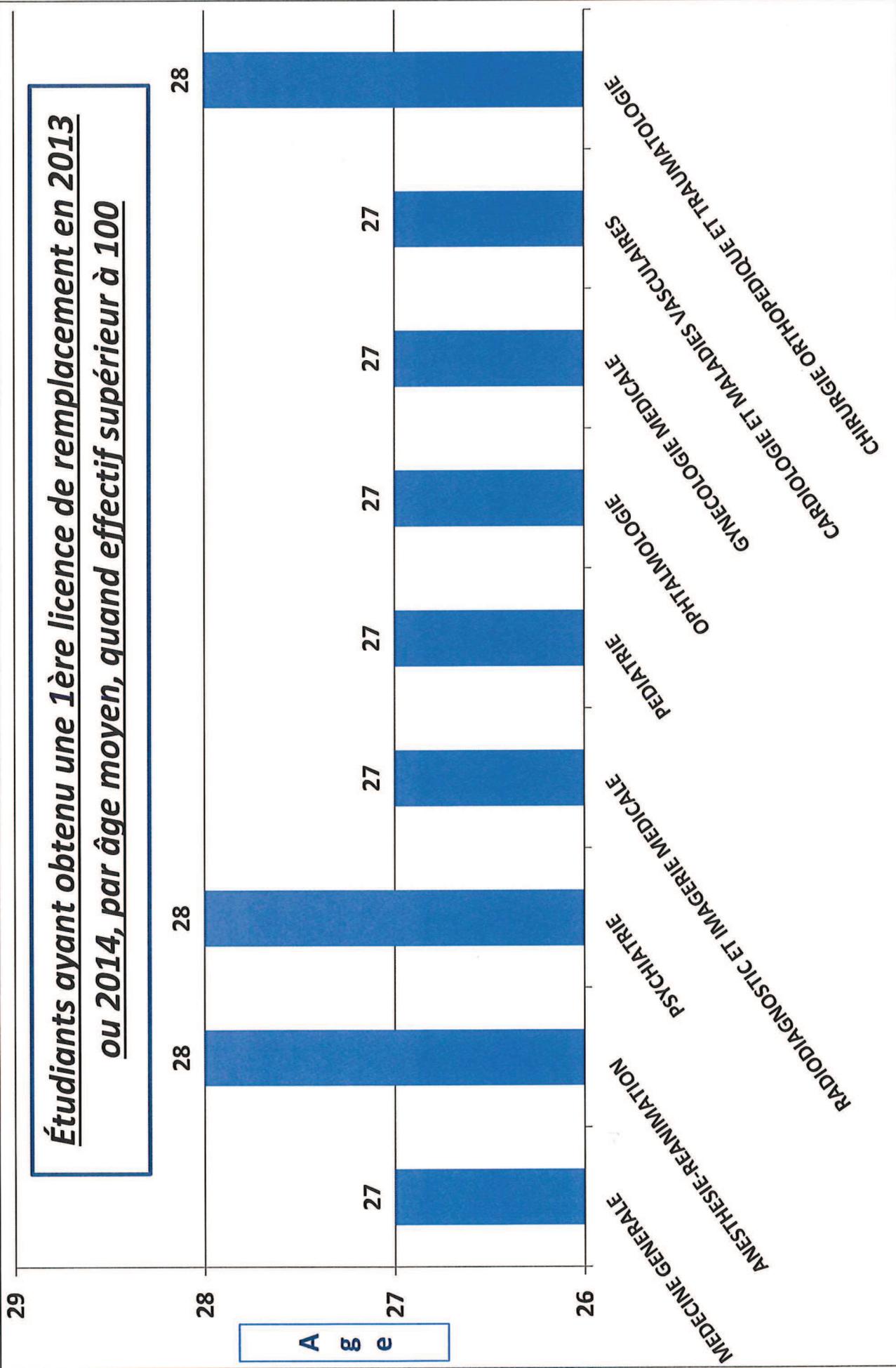
**Étudiants ayant obtenu une licence de remplacement en 2013 ou 2014,  
par durée moyenne d'obtention de la licence, (effectif > 100)**



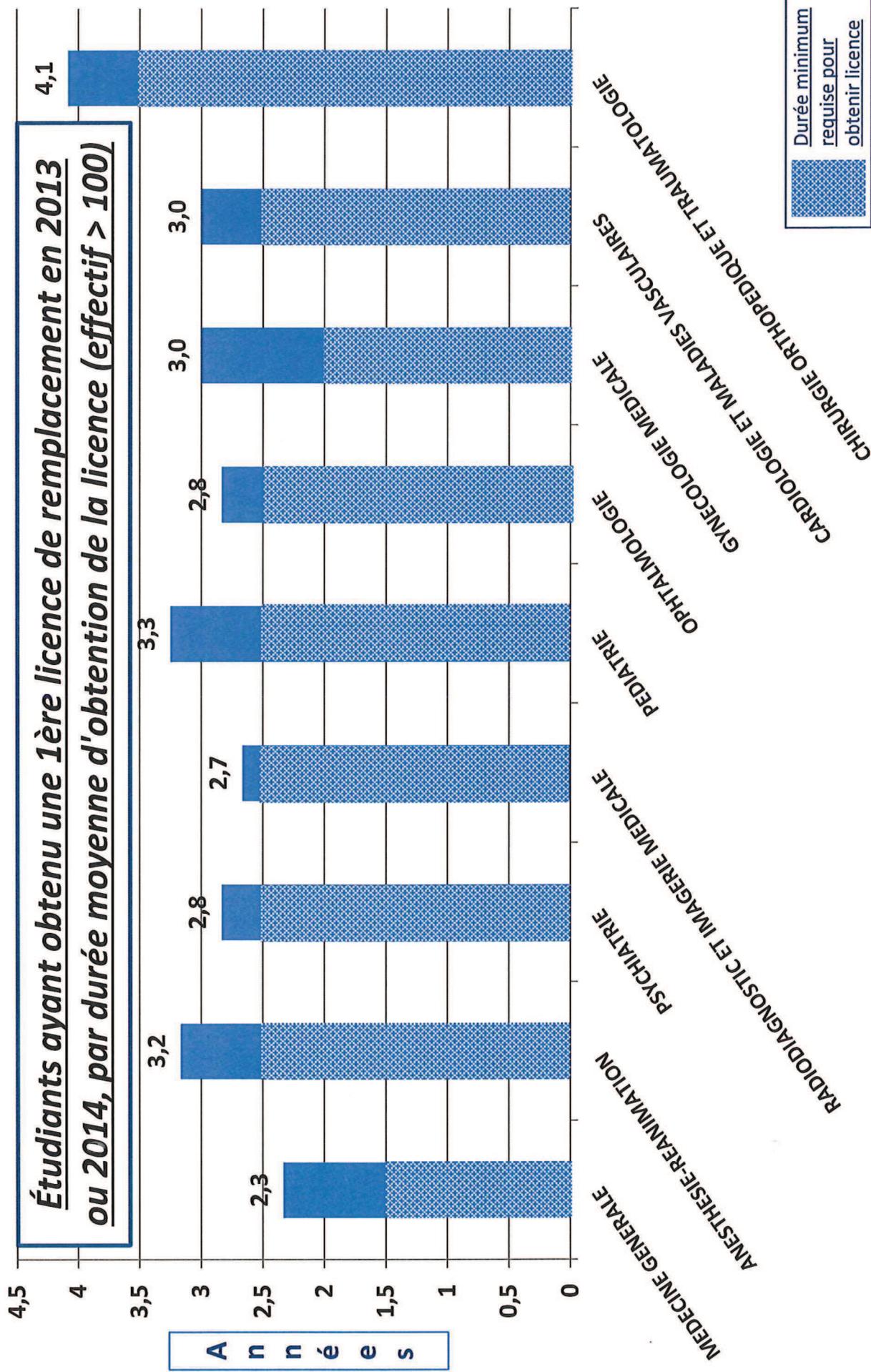
**Étudiants ayant obtenu une 1ère  
licence de remplacement en 2013  
ou 2014, par discipline  
(quand effectif supérieur à 100)**



**Étudiants ayant obtenu une 1ère licence de remplacement en 2013 ou 2014, par âge moyen, quand effectif supérieur à 100**



**Étudiants ayant obtenu une 1ère licence de remplacement en 2013 ou 2014, par durée moyenne d'obtention de la licence (effectif > 100)**



**BOEN du 28 octobre 2004 : études médicales / liste et réglementation des  
DES de médecine**





accueil ► bulletin officiel [B.O.] ► n°39 du 28 octobre 2004 - sommaire ► MENS0402086A

## Enseignement supérieur, recherche et technologie

### ÉTUDES MÉDICALES

Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

NOR : MENS0402086A

RLR : 432-3b

ARRÊTÉ DU 22-9-2004 JO DU 6-10-2004

MEN - DES A12

SAN

*Vu code de l'éducation ; D. n° 2003-76 du 23-1-2003 ; D. n° 2004-67 du 16-1-2004 ; avis du CNESER du 21-6-2004.*

#### Chapitre I - Liste des diplômes d'études spécialisées de médecine

Article 1 - La liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales est pour chaque discipline fixée comme suit :

##### Spécialités médicales

- Anatomie et cytologie pathologiques.
- Cardiologie et maladies vasculaires.
- Dermatologie et vénéréologie.
- Endocrinologie et métabolisme.
- Gastro-entérologie et hépatologie.
- Génétique médicale.
- Hématologie.
- Médecine interne.
- Médecine nucléaire.
- Médecine physique et de réadaptation.
- Néphrologie.
- Neurologie.
- Oncologie.
- Pathologies cardio-vasculaires.
- Pneumologie.
- Radiodiagnostic et imagerie médicale.
- Rhumatologie.

##### Spécialités chirurgicales

- Chirurgie générale.
- Neurochirurgie.
- Ophtalmologie.
- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.
- Stomatologie.

##### Anesthésie-réanimation

- Anesthésie-réanimation.

##### Biologie médicale

- Biologie médicale.

##### Gynécologie médicale

- Gynécologie médicale.

##### Gynécologie obstétrique

- Gynécologie obstétrique.

##### Médecine générale

- Médecine générale.

##### Médecine du travail

- Médecine du travail.

##### Pédiatrie

- Pédiatrie.

##### Psychiatrie

- Psychiatrie.

##### Santé publique

- Santé publique et médecine sociale.

#### Chapitre II - Réglementation

Article 2 - Le contenu de chaque diplôme d'études spécialisées est précisé dans une maquette annexée au présent arrêté. Celle-ci définit la durée de la formation, le programme des enseignements théoriques et les stages de formation pratique.

Article 3 - Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux diplômes d'études spécialisées de médecine, à l'exception du diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, dont la réglementation est fixée par le décret n° 2003-76 du 23 janvier 2003 susvisé.

Article 4 - Sont admis à s'inscrire en vue des diplômes d'études spécialisées mentionnés à l'article 1er ci-dessus, les internes en médecine et autres catégories d'étudiants assimilés des armées classés aux épreuves classantes nationales prévues par l'article 4 du décret du 16 janvier 2004 susvisé.

Les candidats affectés à l'issue des épreuves classantes nationales qui postulent aux diplômes d'études spécialisées, prennent une inscription administrative annuelle auprès d'une des universités de la subdivision dans laquelle ils sont affectés, selon les règles fixées par le ou les conseils des unités de formation et de recherche de médecine et approuvées par le ou les présidents d'université concernés.

Article 5 - L'inscription définitive à un diplôme d'études spécialisées s'effectue au plus tôt après accomplissement effectif d'un stage spécifique de la spécialité dans un service agréé au titre de ce diplôme, et au plus tard à la fin du quatrième semestre après nomination en qualité d'interne, sur avis de l'enseignant coordonnateur, dont le rôle, les compétences, le mode de désignation et la durée de mandat sont fixés à l'article 8 du présent arrêté.

Article 6 - Les enseignements sont organisés par les unités de formation et de recherche de médecine des

universités habilitées à cet effet, selon des modalités déterminées par leur conseil et après approbation du ou des présidents d'université. Les enseignements sont dispensés au sein des unités de formation et de recherche, des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires et des autres établissements d'affectation des candidats.

Article 7 - La préparation de chaque diplôme d'études spécialisées ou de chacune des options d'un tel diplôme est placée sous la responsabilité d'un enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques de chaque diplôme d'études spécialisées dans l'interrégion. Il est désigné pour une durée de trois ans renouvelable une fois consécutivement, sur présentation d'un projet pédagogique de formation, par les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion ou les présidents des comités de coordination des études médicales, après avis des conseils des unités de formation et de recherche concernées ainsi que des enseignants de la spécialité.

Article 8 - Les enseignants coordonnateurs interrégionaux d'un même diplôme d'études spécialisées sont chargés, après concertation, de formuler des propositions :

a) aux unités de formation et de recherche de médecine en ce qui concerne le contenu, les modalités et les méthodes d'évaluation des enseignements.

b) aux différentes commissions de subdivision d'agrément des stages, prévues à l'article 30 du décret du 16 janvier 2004 susvisé en ce qui concerne les critères d'agrément des services, en prenant en compte notamment :

1. L'encadrement et les moyens pédagogiques ;
2. Le degré de responsabilité des internes ;
3. La nature et l'importance des activités de soins et éventuellement de recherche clinique.

En tant que de besoin, les coordonnateurs de deux diplômes d'études spécialisées se concertent sur le contenu et les conditions d'accès aux enseignements théoriques de leur formation et font des propositions d'agrément commun de stage.

Article 9 - Pour la préparation de chaque diplôme d'études spécialisées, l'enseignant coordonnateur est assisté d'une commission interrégionale de coordination et d'évaluation. Pour le diplôme d'études spécialisées de médecine générale, l'enseignant coordonnateur est assisté, dans chaque unité de formation et de recherche médicale de la subdivision, soit par un département de médecine générale créé par l'université dans les conditions prévues à l'article L. 713-3 du code de l'éducation, soit par une commission de coordination et d'évaluation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Article 10 - La commission interrégionale de coordination et d'évaluation instituée pour chaque spécialité comprend :

- l'enseignant coordonnateur du diplôme ou, le cas échéant, les enseignants coordonnateurs des options du diplôme ;

- et au minimum trois autres personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires dont deux au moins de la spécialité. Ces enseignants sont responsables de l'enseignement des diplômes d'études spécialisées concernées ; ils doivent appartenir à différentes unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion.

S'agissant de la médecine générale, les enseignants associés sont autorisés à siéger au sein de la commission interrégionale.

Deux des membres de la commission doivent être extérieurs au centre hospitalier universitaire dont relève l'interne. Les membres de la commission sont nommés pour une durée de trois ans par les directeurs des unités de formations et de recherche de médecine.

Article 11 - La commission interrégionale de coordination et d'évaluation se réunit au moins une fois par an sur convocation de l'enseignant coordonnateur, pour examiner le contenu et les modalités d'enseignement et de validation des enseignements et des stages. Elle entend, à titre consultatif, un interne inscrit dans le diplôme d'études spécialisées ; il est désigné par l'enseignant coordonnateur sur proposition de l'association des internes de la spécialité considérée, et le cas échéant du syndicat d'internes en médecine le plus représentatif.

La commission est consultée, pour avis, par l'enseignant coordonnateur du diplôme d'études spécialisées concerné dans le cadre du dépôt des dossiers de demande d'agrément des lieux de stage de formation pratique d'internes, fournis par chaque chef de service hospitalier ou extra-hospitalier.

Article 12 - La commission interrégionale propose la délivrance du diplôme d'études spécialisées au cours du dernier semestre d'internat. Elle se fonde sur :

- la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées, attestée par un carnet de stage ou à défaut par les fiches mises en annexe à l'arrêté relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des internes ;

- un mémoire rédigé et soutenu par l'interne et portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Ce mémoire peut porter sur un thème spécifique ou être constitué d'un ensemble de travaux. Le sujet de ce mémoire doit être préalablement approuvé par l'enseignant coordonnateur. Avec son accord, la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire si elle porte sur un sujet de la spécialité et si elle est soutenue lors de la dernière année d'internat ;

- un document de synthèse rédigé par l'interne portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, notamment dans le cadre de la préparation d'un diplôme d'études approfondies ou d'un master, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et tout autre formation ou expérience complémentaires ;

- des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur et, le cas échéant, des enseignants coordonnateurs d'autres spécialités ;

- de l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne.

Article 13 - Les candidats n'ayant pas obtenu leur diplôme à la fin de leurs études de troisième cycle en qualité d'interne ont la possibilité de se présenter, à nouveau, devant la commission. Ils doivent, pour cela, reprendre une inscription universitaire.

Article 14 - Lors de la validation terminale de la formation des internes, la commission visée à l'article 10 ci-dessus peut prendre en considération des stages pratiques supplémentaires validés dans des services agréés au titre d'un autre diplôme d'études spécialisées et des enseignements différents de ceux des diplômes d'études spécialisées auxquels sont inscrits les intéressés, à condition qu'ils soient effectués en plus des obligations de formation théorique et pratique exigées par la maquette du diplôme d'études spécialisées concerné, et selon les règles fixées par les conseils des unités de formation et de recherche et approuvées par les présidents d'universités.

Article 15 - Le directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur général de la santé au ministère de la santé et de la protection sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 septembre 2004

Pour le ministre de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur et de la recherche  
et par délégation,  
Le directeur de l'enseignement supérieur  
Jean-Marc MONTEIL  
Pour le ministre de la santé  
et de la protection sociale  
et par délégation,

Le chef du service politique de santé et qualité  
du système de santé  
Didier EYSSARTIER

**Annexe A**

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES**  
**- DURÉE : CINQ ANS**

**I - Enseignements (trois cents heures environ)**

**A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en anatomie et cytologie pathologiques ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en anatomie et cytologie pathologiques.

**B) Enseignements spécifiques**

- Principes des techniques histo-chimiques, immunohisto-chimiques et de biologie cellulaire et moléculaire utilisées en anatomie et cytologie pathologiques ; recueil et transfert des données ;
- Autopsies médico-scientifiques de l'adulte, de l'enfant et du fœtus ;
- Organisation et prise en charge des prélèvements autopsiques, extemporanés et des urgences en anatomie et cytologie pathologiques ;
- Épidémiologie et physiopathologie des maladies inflammatoires et dysimmunitaires, des pathologies de surcharge et troubles du métabolisme, des maladies cardiovasculaires, de l'athérome et des troubles circulatoires, des pathologies environnementales et iatrogènes, du vieillissement, des syndromes malformatifs et des maladies génétiques ;
- Principes de cancérogenèse ; classification et dépistage des tumeurs et des états pré-cancéreux ; histo- et cytodagnostic ; histopronostic et suivi thérapeutique ;
- Principes généraux et suivi anatomo-cytopathologique des transplantations d'organes ;
- Applications de l'anatomo-cytopathologie aux appareils et systèmes suivants : cardiovasculaire, respiratoire, digestif et foie, génital féminin et sein, grossesse, embryon, fœtus et enfant, urinaire et génital masculin, glandes endocrines, système nerveux, tissus hémo- lymphopoiétiques, peau, appareil locomoteur, ORL, œil, cavité buccale.

**II - Formation pratique**

A) Sept semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'anatomie et cytologie pathologiques, dont au moins cinq doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents ;

B) Trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'anatomie et cytologie pathologiques, ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

**Annexe B**

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES - DURÉE : QUATRE ANS**

**I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)**

**A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en cardiologie et maladies vasculaires ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en cardiologie et maladies vasculaires ;

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie, embryologie et physiologie du système cardiovasculaire ;
- Principes de biologie cellulaire et moléculaire appliqués au système cardiovasculaire ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en cardiologie et maladies vasculaires ;
- Épidémiologie et génétique des affections cardiovasculaires ;
- Facteurs de risques cardiovasculaires et prévention des affections cardiovasculaires ;
- Explorations invasives et non-invasives en cardiologie et maladies vasculaires ;
- Physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du système cardiovasculaire : maladie coronaire, hypertension artérielle systémique et pulmonaire, hypotension orthostatique, valvulopathies et endocardites infectieuses, myocardiites et myocardiopathies, péricardites, troubles du rythme et de la conduction, cardiopathies congénitales, tumeurs du cœur, pathologie aortique, artériopathies des membres, maladie thrombo-embolique, malformations vasculaires, insuffisance cardiaque ;
- Organisation et prise en charge des urgences cardiovasculaires ;
- Principes généraux, indications et suivi de la chirurgie cardiaque et vasculaire et des transplantations.

**II - Formation pratique**

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de cardiologie et maladies vasculaires, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine vasculaire ou de chirurgie vasculaire, ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées de cardiologie et maladies vasculaires.

C) Trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de cardiologie et maladies vasculaires, de préférence dans des services agréés pour les diplômes d'études spécialisées d'endocrinologie et métabolismes, de médecine interne, de néphrologie, de neurologie, de pédiatrie (à orientation cardiologique), de pneumologie ou de radiodiagnostic et imagerie médicale, ou pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de réanimation médicale.

**Annexe BB**

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE - DURÉE : QUATRE ANS**

**I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)**

**A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en dermatologie et vénéréologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en dermatologie et vénéréologie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie, embryologie, développement, biologie et physiologie de la peau, des muqueuses et des phanères ;
- Principes de génétique, d'immunologie, d'infectiologie et d'oncologie appliqués à la peau, aux muqueuses et aux phanères ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en dermatologie et vénéréologie ;
- Explorations endoscopiques, histologiques et fonctionnelles de la peau, des muqueuses et des phanères ;
- Epidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies de la peau, des muqueuses et des phanères : dermatoses infectieuses, parasitaires et mycosiques, dermatoses inflammatoires, allergiques et dysimmunitaires, dermatoses tropicales, tumeurs cutanées et lymphomes, manifestations dermatologiques des maladies systémiques, pathologie des glandes sébacées, sudorales et des annexes, pathologie des muqueuses, pathologie vasculaire et phlébologie, pathologie de la lumière et de la pigmentation ;
- Epidémiologie, prise en charge et prévention des maladies sexuellement transmissibles ;
- Dermatologie pédiatrique et génodermatoses ;
- Thérapeutiques et petite chirurgie dermatologiques, photothérapie, dermatologie esthétique et cosmétologique.

**II - Formation pratique**

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Quatre semestres libres, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

**Annexe C****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'ENDOCRINOLOGIE ET MÉTABOLISMES - DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en endocrinologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en endocrinologie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie, embryologie, développement et physiologie des glandes endocrines ;
- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à l'endocrinologie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en endocrinologie ;
- Explorations morphologiques, histologiques et fonctionnelles en endocrinologie ;
- Bases physiologiques de la nutrition et de l'alimentation ;
- Epidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies des glandes endocrines : insuffisances antéhypophysaires et syndromes d'hypersécrétion hypophysaire, insuffisances thyroïdienne et hyperthyroïdies, hypo-, pseudo-hypo- et hyperparathyroïdies, insuffisances surrénaliennes et hypercorticisismes, hypogonadismes, hyperandrogénie, dysgénésies gonadiques, troubles héréditaires de l'hormonosynthèse, tumeurs sécrétantes et non sécrétantes ;
- Epidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des troubles du métabolisme et des pathologies de la nutrition : diabète, hypoglycémies, obésité et troubles du comportement alimentaire, dyslipoprotéïnémies ;
- Epidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des états intersexués, des troubles pubertaires et de la reproduction ;
- Organisation et prise en charge des urgences en endocrinologie.
- Principes généraux, indications et suivi de la chirurgie et des transplantations en endocrinologie.

**II - Formation pratique**

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'endocrinologie et métabolismes, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de cardiologie et maladies vasculaires, de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale, de médecine nucléaire, de neurologie, de néphrologie ou de pédiatrie (à orientation endocrinologique), ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées d'endocrinologie et métabolismes.

C) Trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées d'endocrinologie et métabolismes ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

**Annexe D****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE GASTROENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE - DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en hépato-gastroentérologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en hépato-gastroentérologie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie, embryologie, développement et physiologie du foie et de l'appareil digestif ;
- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués au foie et à l'appareil digestif ;

- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en hépato-gastroentérologie ;
- Explorations endoscopiques, histologiques et fonctionnelles du foie et de l'appareil digestif ;
- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du foie et de l'appareil digestif : diarrhées infectieuses, parasitoses, infection à *Helicobacter pylori*, pathologie motrice et sensitive du tube digestif, maladies inflammatoires, maladie coeliaque, déficits immunitaires, hépatites virales, hépatopathies auto-immunes, pathologies des voies biliaires, pancréatites aiguës et chroniques, cancers digestifs, pathologie iatrogène et dépendances en particulier liées à l'alcool ;
- Bases physiologiques de la nutrition et de l'alimentation ; nutrition artificielle ;
- Endoscopie et proctologie pratique ; utilisation diagnostique et thérapeutique ;
- Organisation et prise en charge des urgences en hépato-gastroentérologie ;
- Principes généraux, indications et suivi de la chirurgie et des transplantations en hépato-gastroentérologie.

## II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie, ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie.

C) Trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

### Annexe E

#### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE (CLINIQUE, CHROMOSOMIQUE ET MOLÉCULAIRE)**

**- DURÉE : QUATRE ANS**

## I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en génétique ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale appliqués à l'exercice de la génétique.

### B) Enseignements spécifiques

- Structure des chromosomes et organisation du matériel nucléaire ;

- Mécanismes cytogénétiques et moléculaires des remaniements chromosomiques constitutionnels et acquis ;

- Structure et organisation moléculaire et dynamique des génomes nucléaires et mitochondrial ;

- Gènes du développement : compréhension des mécanismes de l'embryogenèse normale et pathologique ;

- Régulation normale et pathologique de l'expression des gènes ;

- Cartographie physique et génétique ; clonage positionnel ; notions de bio-informatique ;

- Analyses de liaison et de ségrégation ;

- Transgénèse et modèles animaux ;

- Hérité mendélienne ; hérité non traditionnelle ; hérité mitochondriale ;

- Génétique moléculaire des maladies humaines constitutionnelles et acquises ;

- Caryotype normal et pathologique ; expression clinique des anomalies chromosomiques constitutionnelles ;

- Syndromologie et étiologie des syndromes malformatifs ;

- Génétique des maladies multifactorielles ;

- Génétique des populations : loi de Hardy-Weinberg, sélection, dérive génétique, déséquilibre de liaison ;

- Génétique épidémiologique ; génétique des caractères quantitatifs ;

- Conseil génétique ; calcul de risque ;

- Indication et organisation des tests génétiques, du diagnostic prénatal et du diagnostic préimplantatoire ;

- Dépistage néonatal et médecine prédictive ;

- Thérapeutique et prévention des maladies génétiques.

## II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de génétique médicale (clinique, chromosomique et moléculaire) dont un semestre dans un service à orientation "génétique moléculaire", un semestre dans un service à orientation "génétique chromosomique" et un semestre dans un service à orientation "génétique clinique".

Trois au moins de ces semestres doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents ;

B) Un semestre dans un service agréé pour les diplômes d'études spécialisées de pédiatrie ;

C) Trois semestres libres, comportant au plus un semestre dans un service agréé pour les diplômes d'études spécialisées de génétique médicale (clinique, chromosomique et moléculaire) ou de pédiatrie.

### Annexe F

#### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'HÉMATOLOGIE - DURÉE : CINQ ANS**

Le diplôme d'études spécialisées d'hématologie comporte deux options :

- Maladies du sang ;

- Onco-hématologie.

## I - Enseignements (trois cents heures environ)

### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en hématologie ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en hématologie.

**B) Enseignements de base communs aux deux options**

- Principes de biologie cellulaire et moléculaire, de cytogénétique, de génomique, d'histopathologie, d'immunologie et d'oncologie appliqués à l'hématologie et à la cancérologie ;
- Pharmacologie (métabolismes, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en hématologie et cancérologie ;
- Explorations par les techniques d'imagerie en hématologie et cancérologie ;
- Cellules souches et différenciation des lignées ; mort cellulaire et oncogénèse ;
- Cancérogenèse physique, chimique et virale ; croissance et progression tumorale ; métastases ;
- Auto-immunité, immunologie et généralités sur l'histopathologie des tumeurs ;
- Hémostase et angiogénèse ;
- Épidémiologie, physiopathologie, cyto- et histopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du sang : maladie de Hodgkin, lymphomes non-hodgkiniens, myélomes, syndromes myélo- et lymphoprolifératifs, myélodysplasies, leucémies aiguës, syndromes paranéoplasiques ;
- Principes généraux des thérapeutiques en onco-hématologie : chimiothérapie, hormonothérapies, biothérapies (transfusions, thérapie cellulaire, immunothérapie) et de la chirurgie oncologique ; introduction à la radiobiologie et à la radiothérapie ;
- Prise en charge de la douleur ; accompagnement et soins palliatifs ;
- Aspects psychologiques et sociaux.

**C) Enseignements spécifiques****a) de l'option maladies du sang**

- Facteurs de croissance, cytokines et anticorps monoclonaux, immunophénotypage ;
- Exploration, diagnostic, prévention et traitement des anémies, des cytopénies auto-immunes, de l'aplasie médullaire, des syndromes hémorragiques et des thromboses ; complications infectieuses ;
- Généralités sur les tumeurs solides ;
- Autogreffes et allogreffes ;
- Transfusions et thérapies cellulaires.

**b) de l'option onco-hématologie**

- Facteurs de croissance, cytokines et anticorps monoclonaux, immunophénotypage ;
- Exploration, diagnostic, prévention et traitement des tumeurs du sein, des tumeurs des voies aérodigestives supérieures, des tumeurs digestives, des tumeurs bronchopulmonaires et mésothéliomes, des tumeurs du rein et de la prostate, de l'utérus et des ovaires ;
- Innovation et pharmacologie des chimiothérapies ;
- Autogreffes et allogreffes ;
- Transfusions et thérapies cellulaires ;
- Innovations thérapeutiques.

**II - Formation pratique****A) Formation commune de base**

- Deux semestres dans des services cliniques agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'hématologie (option maladies du sang).
- Un semestre dans un centre de transfusion- thérapie cellulaire agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires d'hémobiologie-transfusion.
- Un semestre dans un laboratoire d'hématologie agréé pour le diplôme d'études spécialisées de biologie médicale. Trois au moins de ces semestres doivent être effectués dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans deux services ou départements différents.

**B) Option maladies du sang**

- a) un ou deux semestres dans des services agréés pour les diplômes d'études spécialisées d'hématologie (option maladies du sang) ou d'oncologie (option oncologie médicale) ou dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de réanimation médicale ;
- b) un ou deux semestres dans des laboratoires d'anatomie pathologique, d'hématologie, d'immunologie ou de virologie agréés pour les diplômes d'études spécialisées d'anatomie et cytologie pathologiques ou d'hématologie, ou dans un centre de transfusion-thérapie cellulaire agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires d'hémobiologie-transfusion ;
- c) deux semestres au moins dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que ceux d'anatomie et cytologie pathologiques, d'hématologie, d'oncologie et d'hémobiologie-transfusion.

**C) Option onco-hématologie**

- a) deux semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'oncologie (option oncologie médicale), et un semestre dans un service de radiothérapie agréé pour le diplôme d'études spécialisées d'oncologie (option oncologie radiothérapique) ;
- b) un semestre dans un laboratoire d'anatomie pathologique ou biologie des tumeurs agréé pour le diplôme d'études spécialisées d'anatomie et cytologie pathologiques ;
- c) deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que ceux d'anatomie et cytologie pathologiques, d'hématologie, d'oncologie, d'hémobiologie-transfusion.

**Annexe G****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE INTERNE****- DURÉE : 10 SEMESTRES****I - Enseignements (trois cents heures environ)**

Pour les internes nommés à compter du 1er novembre 2003.

**A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine interne ;
- Épidémiologie et santé publique ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine interne, économie de la santé.

**B) Enseignements spécifiques**

- Maladies inflammatoires et/ou systémiques, notamment connectivites et autres pathologies auto-immunes, sarcoidose et granulomatoses systémiques, vascularites, amyloses, fibroses idiopathiques, polyarthrite, mastocytose, histiocytoses ;
- Pathologie artérielle dégénérative et inflammatoire, maladie veineuse thrombo-embolique ;
- Maladies infectieuses et tropicales ;
- Lymphomes, cancers métastasés, syndromes paranéoplastiques ;

- Particularités de la pathologie et de la prise en charge du patient âgé ;
- Pathologie liée à l'environnement ;
- Allergie ;
- Immunodépression ;
- Troubles endocriniens et métaboliques ;
- Imbrication somatopsychique ;
- Principales maladies orphelines et maladies génétiques à révélation tardive ;
- Principales familles médicamenteuses et éléments de pharmacologie clinique ;
- Épidémiologie et problèmes de santé publique.

## II - Formation pratique

A) Trois semestres au moins dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de médecine interne dont deux au moins doivent être effectués dans des services hospitalo- universitaires.

B) Un semestre dans un service de gériatrie.

C) Un semestre dans un service d'accueil et des urgences ou dans un service de réanimation ou dans un service de soins intensifs.

D) Cinq semestres dans des services hospitaliers agréés pour un autre diplôme d'études spécialisées ou pour un diplôme d'études spécialisées complémentaires, notamment de cancérologie, d'allergologie et immunologie clinique, de médecine vasculaire, de nutrition, de pathologie infectieuse et tropicale.

Les internes préparant le diplôme d'études spécialisées de médecine interne doivent effectuer deux semestres sur les dix semestres de la formation pratique dans des services d'un centre hospitalier non universitaire agréé pour le diplôme d'études spécialisées de médecine interne ou pour un autre diplôme d'études spécialisées.

## Annexe G'

### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE NUCLÉAIRE** **- DURÉE : QUATRE ANS**

#### I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

##### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en médecine nucléaire ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine nucléaire.

##### B) Enseignements spécifiques

1. Notions fondamentales sur la radioactivité et les rayonnements ;

2. Dosimétrie, radiobiologie, radiothérapie, radioprotection ;

3. Agents, instrumentation et méthodologie ;

4. Logistique des explorations et stratégie diagnostique ;

5. Modélisation des études cinétiques à l'aide de molécules marquées ;

6. Radio-analyse, radiopharmacie et radiopharmacologie ;

7. Radiothérapie métabolique ;

8. Imagerie fonctionnelle et métabolique par RMN, multimodalité, recalage, fusion d'images ;

9. Apport et méthodologie de l'utilisation des positons en recherche ;

10. Médecine nucléaire appliquée à l'exploration cardiovasculaire et pulmonaire, à l'endocrinologie, l'hématologie, l'oncologie, la rhumatologie, la néphro-urologie, la pédiatrie, la neurologie, etc. ;

11. Aspects administratifs et réglementaires en médecine nucléaire.

Les enseignements sont réalisés à l'Institut national des sciences et techniques nucléaires à Saclay, à l'exception des items 4 à 9.

#### II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de médecine nucléaire, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo- universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Quatre semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de médecine nucléaire ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

## Annexe H

### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION** **- DURÉE : QUATRE ANS**

#### I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

##### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de recherche clinique et épidémiologique en médecine physique et de réadaptation ;

- Organisation, gestion éthique, droit et responsabilité médicale en médecine physique et de réadaptation.

##### B) Enseignements spécifiques

- Bases anatomiques de la médecine physique et de réadaptation ;

- Physiologie de la posture et du mouvement, de la cognition et du comportement, du fonctionnement sphinctérien et de l'adaptation à l'effort ;

- Bilan clinique et paraclinique ;

- Épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des incapacités et handicaps :

troubles des gestes et de préhension, troubles de l'équilibre, de la marche, de la locomotion et des déplacements, troubles des gestes et de préhension, troubles de l'adaptation à l'effort, troubles des

fonctions cognitives et de la communication, troubles de la maîtrise sphinctérienne ;

- Médecine physique et de réadaptation et activités physiques et sportives ;

- Médecine physique et de réadaptation de l'enfant et de la personne âgée ;

- Prise en charge de la douleur par les méthodes médicamenteuses, physiques et de médecine manuelle ;

- Prise en charge des altérations de la qualité de vie ;

- Psychologie et réadaptation sociale des personnes handicapées.

#### II - Formation pratique

- A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de médecine physique et de réadaptation, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.
- B) Deux semestres dans un service agréé pour des diplômes d'études spécialisées de neurologie, de pédiatrie ou de rhumatologie.
- C) Deux semestres libres, comportant au plus un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de médecine physique et de réadaptation.]

**Annexe I****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE NÉPHROLOGIE - DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en néphrologie ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en néphrologie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie, embryologie, développement et physiologie du rein et de l'appareil urinaire ;

- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à la néphrologie ;

- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en néphrologie ;

- Explorations endoscopiques, histologiques et fonctionnelles du rein et de l'appareil urinaire ;

- Régulation de la composition du milieu intérieur ; troubles hydro-électrolytiques et de l'équilibre acido-basique ;

- Classification des néphropathies ;

- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du rein et de l'appareil urinaire : insuffisance rénale aiguë et fonctionnelle, hypertension artérielle,

glomérulonéphrites primitives et secondaires, infections urinaires, néphropathies interstitielles acquises,

uropathies malformatives, lithiases, cancer du rein, néphropathies congénitales et héréditaires,

néphropathies toxiques et médicamenteuses, atteintes rénales au cours des maladies systémiques,

néphropathies vasculaires, insuffisance rénale chronique ;

- Organisation et prise en charge des urgences en néphrologie ;

- Dialyse, transplantations et organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale terminale.

**II - Formation pratique**

A) Trois semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de néphrologie, dont deux au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de réanimation médicale.

C) Quatre semestres libres, comportant au plus un semestre dans un service ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées de néphrologie, de préférence dans des services agréés pour les diplômes d'études spécialisées de cardiologie et maladies vasculaires, d'endocrinologie et métabolismes, de médecine interne ou de pédiatrie (à orientation néphrologique).

**Annexe J****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE NEUROLOGIE****- DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en neurologie ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en neurologie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie, embryologie, développement et physiologie du système nerveux ;

- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués au système nerveux ;

- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en neurologie ;

- Neuropsychologie et psychobiologie des comportements ;

- Explorations fonctionnelles en neurologie ;

- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du système nerveux : épilepsie, céphalées, maladies du système extrapyramidal, maladies

neurodégénératives acquises et génétiques, tumeurs, maladies vasculaires, maladies infectieuses, maladies

inflammatoires, maladies des nerfs périphériques et des muscles ;

- Grands cadres sémiologiques et nosologiques en psychiatrie ;

- Toxicomanies et dépendances ;

- Organisation et prise en charge des urgences en neurologie ;

- Principes généraux de neurochirurgie et de neurotraumatologie.

**II - Formation pratique**

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de neurologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de neurologie, ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées de neurologie.

C) Trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de neurologie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

**Annexe K****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'ONCOLOGIE - DURÉE : CINQ ANS**

Le diplôme d'études spécialisées d'oncologie comporte trois options :

- oncologie médicale ;

- oncologie radiothérapique ;

- onco-hématologie.

**I - Enseignements (trois cents heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en oncologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en oncologie.

**B) Enseignements de base communs aux trois options**

- Principes de biologie cellulaire et moléculaire, de cytogénétique, de génomique, d'histopathologie, d'immunologie et d'oncologie appliqués à l'hématologie et à la cancérologie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en hématologie et cancérologie ;
- Explorations par les techniques d'imagerie en hématologie et cancérologie ;
- Cellules souches et différenciation des lignées ; mort cellulaire et oncogénèse ;
- Cancérogenèse physique, chimique et virale ; croissance et progression tumorale ; métastases ;
- Auto-immunité, immunologie et généralités sur l'histopathologie des tumeurs ;
- Hémostase et angiogénèse ;
- Épidémiologie, physiopathologie, cyto- et histopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des tumeurs du sein, des tumeurs bronchopulmonaires et mésothéliomes, des tumeurs digestives, des tumeurs du rein et de la prostate, de l'utérus et des ovaires, de la maladie de Hodgkin et des lymphomes non-hodgkiniens ;
- Principes généraux des thérapeutiques en onco-hématologie : chimiothérapie, hormonothérapies, biothérapies (transfusions, thérapie cellulaire, immunothérapie) et de la chirurgie oncologique ; introduction à la radiobiologie et à la radiothérapie ;
- Prise en charge de la douleur ; accompagnement et soins palliatifs ;
- Aspects psychologiques et sociaux.

**C) Enseignements spécifiques****a) de l'option oncologie médicale**

- Facteurs de croissance, cytokines et anticorps monoclonaux, immunophénotypage ;
- Approfondissement de l'étude des tumeurs solides mentionnées au paragraphe précédent (enseignements de base communs aux trois options) ;
- Exploration, diagnostic, prévention et traitement des sarcomes des os et tissus mous, des tumeurs cutanées, des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures, des tumeurs du système nerveux central ;
- Syndromes paranéoplasiques ;
- Tumeurs de l'enfant ;
- Autogreffes ;
- Innovations thérapeutiques.

**b) de l'option oncologie radiothérapique**

- Notions physiques de base ;
- Approfondissement de l'enseignement de la radiobiologie, de la radiophysique, des techniques d'irradiation par organe, de la dosimétrie et de la radioprotection ;
- Exploration, diagnostic, prévention et traitement des tumeurs énumérées au paragraphe précédent (enseignements spécifiques de l'option oncologie médicale) ;
- Tumeurs de l'enfant ;
- Innovations en radiothérapie.

**c) de l'option onco-hématologie**

- Facteurs de croissance, cytokines et anticorps monoclonaux, immunophénotypage ;
- Exploration, diagnostic, prévention et traitement des maladies du sang : maladie de Hodgkin, lymphomes non-hodgkiniens, myélomes, syndromes myélo- et lymphoprolifératifs ; myélodysplasies, leucémies aiguës, syndromes paranéoplasiques ;
- Innovation et pharmacologie des chimiothérapies ;
- Autogreffes et allogreffes ;
- Transfusions et thérapies cellulaires ;
- Innovations thérapeutiques.

**II - Formation pratique****A) Formation commune de base**

- a) trois semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'oncologie, dont deux dans des services cliniques agréés pour l'option oncologie médicale et un dans un service agréé pour l'option oncologie radiothérapique. Deux au moins de ces semestres doivent être effectués dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans deux services ou départements différents ;
- b) un semestre dans un laboratoire d'anatomie pathologique ou biologie des tumeurs agréé pour le diplôme d'études spécialisées d'anatomie et cytologie pathologiques.

**B) Option oncologie médicale**

- a) un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées d'oncologie (option oncologie médicale), deux semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie, et un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale ;
- b) deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que ceux d'anatomie et cytologie pathologiques, d'oncologie (trois options), de radiodiagnostic et imagerie médicale, et de cancérologie.

**C) Option oncologie radiothérapique**

- a) deux semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'oncologie (option

oncologie radiothérapique), un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie, et un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale ;  
 b) deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que ceux mentionnés au paragraphe b) de l'option oncologie médicale.

#### D) Option onco-hématologie

a) deux semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'hématologie (option maladies du sang), un semestre dans un centre de transfusion sanguine agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires d'hémodiologie-transfusion, et un semestre dans un laboratoire d'hématologie agréé pour le diplôme d'études spécialisées de biologie médicale ;  
 b) deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que ceux d'anatomie et cytologie pathologiques, d'hématologie, d'oncologie, de cancérologie et d'hémodiologie-transfusion.]

#### Annexe L

### DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE - DURÉE : QUATRE ANS

#### I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

- Insuffisance cardiaque ; cœur pulmonaire ; myocardiopathies ; retentissement cardiaque des affections extracardiaques ;
- Maladies coronariennes ;
- Valvulopathies et endocardites infectieuses ;
- Cardiopathies congénitales ;
- Hypertension artérielle ;
- Physiologie et pathologie vasculaire ;
- Trouble du rythme cardiaque ;
- Maladie du péricarde ;
- Explorations non invasives en pathologie cardio-vasculaire : électrocardiographie au repos, d'effort et ambulatoire (Holter) : vectocardiographie ; phonomécanographie ; utilisation des ultrasons, des isotopes et imagerie par résonance magnétique nucléaire ;
- Explorations invasives et pathologie cardio-vasculaire ;
- Pharmacologie cardio-vasculaire ;
- Prévention et thérapeutique en pathologie cardio-vasculaire.

#### II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de pathologie cardio-vasculaire, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés.

B) Quatre semestres effectués de préférence dans des services agréés pour les diplômes d'études spécialisées et les diplômes d'études spécialisées complémentaires suivants :

- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
- Endocrinologie et métabolismes ;
- Médecine interne ;
- Médecine vasculaire ;
- Néphrologie ;
- Neurologie ;
- Pédiatrie ;
- Pneumologie ;
- Radiodiagnostic ;
- Réanimation médicale.

#### Annexe L'

### DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PNEUMOLOGIE - DURÉE : QUATRE ANS

#### I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

##### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en pneumologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en pneumologie.

##### B) Enseignements spécifiques

- Anatomie, embryologie, développement et physiologie de l'appareil respiratoire ;
- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à la pneumologie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en pneumologie ;
- Explorations endoscopiques, histologiques et fonctionnelles de l'appareil respiratoire ; tests cutanés allergologiques ;
- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies de l'appareil respiratoire : infections respiratoires, insuffisances respiratoires aiguës, bronchopneumopathies obstructives, dilatation des bronches, mucoviscidose, tuberculose, pneumopathies interstitielles, asthme et pneumopathies d'hypersensibilité, cancer du poumon, maladies de la plèvre et du médiastin, maladies vasculaires, maladie thrombo-embolique, syndrome d'apnée du sommeil, pneumopathies congénitales et héréditaires, pathologie respiratoire de l'immunodéprimé, insuffisance respiratoire chronique ;
- Pathologie respiratoire iatrogène, professionnelle et environnementale ;
- Organisation et prise en charge des urgences en pneumologie ;
- Principes généraux, indications et suivi de la chirurgie et des transplantations en pneumologie.

#### II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de pneumologie dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

- B) Un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de pneumologie ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées de pneumologie.  
 C) Trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de pneumologie, de préférence dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de cardiologie et maladies vasculaires, de médecine interne, d'oncologie, de pédiatrie (à orientation pneumologique), de radiodiagnostic et imagerie médicale, ou dans des services agréés pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires, de préférence d'allergologie et immunologie clinique ou de réanimation médicale.

## Annexe M

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE RADIODIAGNOSTIQUE ET D'IMAGERIE MÉDICALE**  
**- DURÉE : CINQ ANS**

## I - Enseignements (trois cents heures environ)

## A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de recherche clinique et épidémiologique en radiodiagnostic et imagerie médicale ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en radiodiagnostic et imagerie médicale.

## B) Enseignements spécifiques

- Notions fondamentales sur la radioactivité et les rayonnements ;
- Effets des radiations ionisantes, dosimétrie, radiobiologie, radioprotection ;
- Bases physiques et technologiques de l'imagerie par les rayons X, les ultrasons, la résonance magnétique nucléaire et les autres techniques d'imagerie non invasives ;
- Produits de contraste ;
- Bases physiques et technologiques en médecine nucléaire, applications ;
- Imagerie anatomique et fonctionnelle normale, variantes, évolution climatérique par les différentes techniques d'imagerie ;
- Imagerie diagnostique et interventionnelle : femme, sein, fœtus, enfant, tête-cou, système nerveux, locomoteur, cardiovasculaire, imagerie urologique, thorax, digestif ;
- Organisation et prise en charge des urgences en imagerie médicale.

## II - Formation pratique

A) Huit semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale, dont cinq au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Deux semestres dans des services agréés pour des diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires autres que le diplôme d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale.

## Annexe N

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE RHUMATOLOGIE - DURÉE : QUATRE ANS**

## I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

## A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en rhumatologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en rhumatologie.

## B) Enseignements spécifiques

- Anatomie, embryologie, développement et physiologie de l'appareil locomoteur ;
- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à la rhumatologie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en rhumatologie ;
- Régulation du métabolisme phosphocalcique ;
- Imagerie et explorations de l'appareil locomoteur ;
- Classification des affections ostéo-articulaires ;
- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies ostéo-articulaires : arthrites infectieuses, rhumatismes inflammatoires et connectivites, arthropathies métaboliques, arthrose rachidienne et des membres, pathologie péri-articulaire et disco-vertébrale, algies radiculaires et vertébrales, ostéopathies métaboliques et endocriniennes, dystrophies osseuses, tumeurs des os, pathologie ostéo-articulaire d'origine professionnelle ou sportive, pathologie ostéo-articulaire du sujet âgé et de l'enfant ;
- Podologie ;
- Organisation et prise en charge de la douleur et des urgences en rhumatologie ;
- Rhumatologie interventionnelle ;
- Thérapeutiques, médecine physique, rééducation, crénothérapie, médecines manuelles et alternatives en rhumatologie.

## II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de rhumatologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Deux semestres dans un service agréé pour les diplômes d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie, de médecine interne, de médecine physique et de réadaptation, de neurologie, d'oncologie ou de radiodiagnostic et imagerie médicale, ou pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires d'allergologie et immunologie clinique ou de chirurgie orthopédique et traumatologie.

C) Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de rhumatologie ou dans des services agréés pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

## Annexe O

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE CHIRURGIE GÉNÉRALE**  
**- DURÉE : CINQ ANS**

**I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements de base**

- Anatomie chirurgicale ;
- Acte opératoire, méthodologie chirurgicale ;
- Pathologie générale ;
- Traumatologie ;
- Urgences chirurgicales non traumatiques.

**B) Enseignements spécifiques**

Enseignements dispensés dans le cadre de la formation théorique du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaires pour lequel est agréé le service dans lequel l'interne est affecté.

**II - Formation pratique**

A) Huit semestres dans des services agréés pour l'un des diplôme d'études spécialisées ou des diplômes d'études spécialisées complémentaires de la discipline des spécialités chirurgicales, dont :

- un semestre au moins dans les services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de chirurgie générale, mention chirurgie osseuse ;
- un semestre au moins dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de chirurgie générale, mention chirurgie viscérale.

B) Deux semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

**Annexe P****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE NEUROCHIRURGIE**

**- DURÉE : CINQ ANS**

**I - Enseignements (trois cents heures environ)**

- Sciences fondamentales du système nerveux ;
- Examen complémentaires du système nerveux ;
- Pression hydrodynamique et hémodynamique intracrâniennes : régulation et pathologie ;
- Traumatismes cranio-cérébraux ;
- Urgences vasculaires cérébrales et traitement chirurgical de l'ischémie cérébrale ;
- Traumatismes rachidiens, médullo-radicaux ; plaies des nerfs ;
- Tumeurs cérébrales ; lésions expansives non tumorales ;
- Tumeurs cranio-cérébrales extra-parenchymateuses ;
- Malformations vasculaires cérébrales ;
- Pathologie radiculo-médullaire non traumatique ; pathologie chirurgicale des nerfs périphériques ;
- Neurochirurgie fonctionnelle ;
- Neurochirurgie pédiatrique.

**II - Formation pratique**

A) Cinq semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de neurochirurgie.

B) Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires de chirurgie.

C) Trois semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité, dont un de préférence dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de neurologie.

En vue de leur inscription définitive au diplôme d'études spécialisées de neurochirurgie, les internes devront avoir acquis une formation théorique portant notamment sur :

- la traumatologie ;
- les urgences chirurgicales non traumatiques ;
- l'anatomie chirurgicale ;
- la pathologie générale, l'acte opératoire, la méthodologie chirurgicale.

**Annexe Q****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'OPHTALMOLOGIE**

**- DURÉE : CINQ ANS**

**I - Enseignements (trois cents heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en ophtalmologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en ophtalmologie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Principes généraux de chirurgie ;
- Anatomie, embryologie, développement et physiologie du globe oculaire et de ses annexes ;
- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à l'ophtalmologie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en ophtalmologie ;
- Explorations fonctionnelles en ophtalmologie ;
- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du globe oculaire et de ses annexes : affections orbitaires, pathologies palpébrales et de l'appareil lacrymal, anomalies de la réfraction, maladies de la conjonctive et de la cornée, pathologies du cristallin et chirurgie de la cataracte, maladies inflammatoires, maladies de la choroïde et de ses vaisseaux, maladies de la rétine et de ses vaisseaux, dystrophies choriorétiniennes héréditaires, pathologie vitréorétinienne chirurgicale, tumeurs de l'œil et de ses annexes, glaucomes et hypotonies oculaires, pathologies oculomotrices et pathologie iatrogène ;
- Expression oculaire des maladies systémiques et manifestations oculaires d'affections neurologiques, infectieuses, endocrinologiques et chirurgicales à point de départ extra-oculaire ;

- Dépistage, prise en charge et prévention des maladies cécitantes et liées au vieillissement ;
- Organisation et prise en charge des urgences en ophtalmologie.

## II - Formation pratique

- A) Six semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'ophtalmologie, dont quatre au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.
- B) Quatre semestres dans des services agréés pour des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisée, dont au moins un semestre dans un service agréé pour un diplôme d'études spécialisées de la discipline des spécialités médicales (de préférence endocrinologie et métabolismes, médecine interne ou neurologie) et au moins un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, de neurochirurgie ou d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ; au cours de ces quatre semestres, un septième semestre peut éventuellement être effectué dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées d'ophtalmologie.

### Annexe R

#### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE**

**- DURÉE : CINQ ANS**

## I - Enseignements (trois cents heures environ)

### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale appliqués à l'exercice de l'oto-rhino-laryngologie et de la chirurgie cervico-faciale.

### B) Enseignements spécifiques

- Principes généraux de chirurgie ;
- Anatomie, embryologie, développement et physiologie de l'oreille, des cavités rhino-sinusiennes et des voies aéro-digestives ;
- Principes de génétique, d'immunologie et d'oncologie appliqués à l'oto-rhino-laryngologie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en oto-rhino-laryngologie ;
- Explorations fonctionnelles en oto-rhino-laryngologie ;
- Pathologie de l'oreille ;
- Pathologie rhino-sinusienne ;
- Pathologie du larynx et des voies aéro-digestives ;
- Audio-phonologie ;
- Cancers des voies aéro-digestives ;
- Pathologie ORL de l'enfant et du nourrisson, y compris les malformations cervico-faciales ;
- Traumatologie cervico-faciale ;
- Pathologie des aires ganglionnaires cervicales ;
- Pathologie des loges salivaires et thyroïdiennes ;
- Chirurgie plastique, esthétique et réparatrice cervico-faciale ;
- Chirurgie des tumeurs cutanées cervico-faciales ;
- Pathologie du rocher et de la base du crâne ;
- Organisation et prise en charge des urgences en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.

## II - Formation pratique

- A) Six semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, dont quatre au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.
- B) Quatre semestres dans des services agréés pour une autre spécialité, dont deux au moins dans des services de la discipline spécialités chirurgicales. L'un de ces deux stages doit être effectué dans un service de chirurgie générale, viscérale, vasculaire, thoracique et cardiovasculaire ou orthopédique et traumatologie ; l'autre doit être effectué, soit dans le même type de service, soit dans un service de neurochirurgie, de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, ou de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

### Annexe S

#### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE STOMATOLOGIE**

**- DURÉE : QUATRE ANS**

## I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

- Embryologie, anatomie, physiologie, anatomopathologie dento-maxillo-faciale ;
- Affection des dents, du paradonte et de l'appareil manducateur ;
- Orthopédie dento-maxillo-faciale ;
- Stomatologie médicale ;
- Tumeurs bénignes et malignes de la muqueuse buccale et des maxillaires ;
- Affections des glandes salivaires ;
- Traumatologie dento-maxillaire ;
- Réhabilitation orale, prothèse maxillo-faciale.

## II - Formation pratique

- A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de stomatologie.
- B) Quatre semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

### Annexe T

#### **DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION**

**- DURÉE : CINQ ANS**

**I - Enseignements (trois cents heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de recherche clinique et épidémiologique en anesthésie-réanimation.

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en anesthésie- réanimation.

**B) Enseignements spécifiques**

- Anatomie fonctionnelle appliquée à l'anesthésie ; physiologie, pharmacologie et physique appliquées à l'anesthésie-réanimation ;

- Douleur, analgésie-anesthésie loco-régionale ;

- Fonction respiratoire et anesthésie ;

- Fonction cardio-vasculaire et anesthésie ;

- Système nerveux et anesthésie ;

- Troubles du métabolisme et anesthésie ;

- Hémostase et transfusion ;

- Anesthésie en obstétrique ;

- Anesthésie pédiatrique ;

- Anesthésie en ORL, ophtalmologie et stomatologie ;

- Anesthésie en chirurgie générale ;

- Réanimation respiratoire ;

- Réanimation cardio-vasculaire ;

- Réanimation neurologique ;

- Réanimation et milieu intérieur-nutrition ;

- Réanimation pédiatrique et en obstétrique ;

- Réanimation et pathologie infectieuse ;

- Réanimation digestive ;

- Réanimation en traumatologie ;

- Médecine d'urgence ;

- Évaluation et éthique en réanimation.

**II - Formation pratique**

A) Sept semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées d'anesthésie-réanimation, dont quatre semestres dans des services d'anesthésie comprenant la pratique de l'anesthésie et des soins périopératoires dans les spécialités suivantes :

- chirurgie générale ;

- chirurgie pédiatrique ;

- chirurgie du segment céphalique (oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie) ;

- chirurgie orthopédique ;

- chirurgie urologique ;

- chirurgie thoracique et cardiovasculaire,

et trois semestres de formation en réanimation dont au moins deux doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Au moins un semestre doit être effectué dans un service de réanimation adulte ou pédiatrique.

Les autres semestres peuvent être effectués : soit dans un service d'aide médicale urgente, soit dans une structure d'anesthésie en chirurgie cardiothoracique ou en neurochirurgie, ou bien dans un service d'urgence comportant une activité de déchocage.

B) Un semestre dans un service de réanimation hospitalo-universitaire ou conventionné agréé pour le DESC de réanimation médicale.

C) Deux semestres dans des services agréés pour la spécialité.

La formation pratique hospitalière comprend la participation à des gardes formatrices dans la spécialité.

**Annexe U****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE**

**- DURÉE : QUATRE ANS**

**I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ )****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en gynécologie ;

- Épidémiologie et santé publique ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en gynécologie, économie de la santé.

**B) Enseignements spécifiques****1) Gynécologie**

- Gynécologie organique, bénigne et maligne y compris pathologies infectieuses et sénologie ;

- Urgences gynécologiques ;

- Explorations organiques et fonctionnelles (colposcopie, hystérocopie, échographie, imagerie, cytologie et anatomo-pathologie, hormonologie) ;

- Génétique et cytogénétique.

**2) Obstétrique**

- Grossesse normale, génétique et diagnostic prénatal ;

- Grossesse pathologique, urgences obstétricales ;

- Accouchement normal et pathologique.

**3) Hormonologie**

- Biochimie hormonale, biologie cellulaire et moléculaire ;

- Physiologie hormonale (puberté, cycle menstruel, ménopause) ;

- Pathologies hormonales et maladies métaboliques ;

- Pharmacologie ( hormonothérapies substitutives et autres) ;

- Contraception, orthogénie ;

- Stérilité dont assistance médicale à la procréation ;

- Sexologie et médecine psychosomatique ;

- Andrologie.

**II - Formation pratique**

a) trois semestres dans des services de gynécologie-obstétrique agréés pour le diplôme d'études spécialisées de gynécologie-obstétrique.

b) Trois semestres dans des services agréés pour les diplômes d'études spécialisées de gynécologie médicale, d'endocrinologie et métabolismes, d'oncologie ou pour le diplôme d'études spécialisées

complémentaires de médecine de la reproduction ; un de ces semestres peut également être effectué dans un service où sont réalisées des explorations fonctionnelles et agréé pour les diplômes d'études spécialisées de radiodiagnostic et imagerie médicale, ou d'anatomie et cytologie pathologiques ou pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires de biologie de la reproduction, de biologie hormonale et métabolique, de biologie moléculaire ou de cytogénétique humaine.

c) Deux semestres libres.

#### Annexe U'

### DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE - DURÉE : CINQ ANS

#### I - Enseignements (trois cents heures environ)

##### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en gynécologie obstétrique ;
- Épidémiologie et santé publique ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en gynécologie obstétrique, économie de la santé.

##### B) Enseignements spécifiques

###### 1) Formation de base

- Grossesse normale ;
- Grossesse pathologique ;
- Accouchement normal. Suites de couches normales et pathologiques ;
- Accouchements pathologiques. Interventions obstétricales ;
- Gynécologie générale ;
- Le sein et sa pathologie.

###### 2) Formation thématique

- Gynécologie médicale ;
- Oncologie gynécologique et mammaire ;
- Chirurgie gynécologique et mammaire ;
- Reproduction, sexualité, fertilité ;
- Diagnostic prénatal, médecine foetale.

#### II - Formation pratique

- A) Cinq semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique.
- B) Deux semestres dans des services agréés notamment, pour le diplôme d'études spécialisées de chirurgie générale et les diplômes d'études spécialisées complémentaires de chirurgie viscérale et digestive, de chirurgie urologique et de chirurgie vasculaire.
- C) Trois semestres libres.

#### Annexe V

### DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - DURÉE : TROIS ANS

#### I - Enseignements (deux cents heures environ)

##### A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale ;
- Épidémiologie et santé publique ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé.

##### B) Enseignements spécifiques

- La médecine générale et son champ d'application ;
- Gestes et techniques en médecine générale ;
- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;

- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;
- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

#### II - Formation pratique

- A) Trois semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale :
- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
  - un au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
  - un au titre de la médecine d'urgence.
- B) Un semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé.
- C) Un semestre auprès de praticiens généralistes agréés.
- D) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.
- Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation.

#### Annexe W

### DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE MÉDECINE DU TRAVAIL

**- DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)**

- Aspects généraux du monde du travail ;
- Différentes catégories de main d'œuvre, exercices professionnels particuliers ;
- Exercice de la médecine du travail et son cadre réglementaire ;
- Méthodologie : métrologie, épidémiologie, statistiques, informatique.
- Physiologie, ergonomie ;
- Toxicologie ;
- Pathologies professionnelles ;
- Prévention des risques professionnels.

**II - Formation pratique**

Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail, dont au moins un semestre doit être accompli dans un service extra-hospitalier.

Quatre semestres dans des services agréés pour d'autres spécialités médicales.

**Annexe X****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PÉDIATRIE****- DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en pédiatrie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en pédiatrie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Développement de l'embryon et du fœtus ; prévalence de la prématurité et de l'hypotrophie à la naissance ;
- Croissance et développement somatique, sensoriel et psychologique normal et pathologique du nourrisson et de l'enfant ;
- Puberté et sexualité de l'enfant et de l'adolescent ;
- Alimentation et nutrition du nourrisson et de l'enfant ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en pédiatrie ;
- Explorations fonctionnelles en pédiatrie ;
- Morbidité et mortalité périnatale et infantile dans le monde ;
- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies du fœtus et du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent ;
- Protection maternelle et infantile, organisation des naissances et prévention de la prématurité et de l'hypotrophie ;
- Prévention et prise en charge des malformations, des maladies génétiques, des handicaps et de la maltraitance chez l'enfant ; diagnostic anténatal et dépistage néonatal ;
- Programmes de vaccination ;
- Organisation et prise en charge de la douleur chez l'enfant et des urgences médico-chirurgicales pédiatriques.

**II - Formation pratique**

A) Cinq semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de pédiatrie, dont quatre au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

Durant ces cinq semestres, le candidat doit avoir validé au moins un stage semestriel dans une unité de pédiatrie générale, dans une unité de néonatalogie et dans une unité spécialisée dans les urgences (service de réanimation pédiatrique ou service de pédiatrie d'urgence ou prise de vingt-six gardes formatrices dans des unités de réanimation pédiatrique).

B) Un semestre dans un service agréé pour les diplômes d'études spécialisées de pédiatrie, de génétique, de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale ou de santé publique et médecine sociale ;

C) Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de pédiatrie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

**Annexe Y****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE - DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en psychiatrie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Développement et physiologie du système nerveux ;
- Principes de génétique appliqués à la psychiatrie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en psychiatrie ;
- Neurobiologie des comportements ;
- Histoire de la psychiatrie et évolution des concepts ;
- Modèles théoriques de référence : biologique et neuroanatomique, comportemental et cognitif, psychanalytique, systémique, ... ;
- Critères de diagnostic et classification des maladies mentales ;
- Épidémiologie, sémiologie descriptive et psychopathologie des grands syndromes psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée ;
- Grands cadres sémiologiques et nosologiques en neurologie ;
- Toxicomanies et dépendances ;
- Thérapeutiques biologiques, socio-éducatives, institutionnelles ; psychothérapie et thérapies familiales ;
- Organisation et prise en charge des urgences psychiatriques ;
- Psychiatrie légale.

**II - Formation pratique**

- A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, dont un au moins doit être accompli dans un service hospitalo-universitaire ou conventionné. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.
- B) Deux semestres dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- C) Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie ou le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

**Annexe Z****DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE SOCIALE - DURÉE : QUATRE ANS****I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)****A) Enseignements de base**

- Communication : techniques de communication et d'éducation pour la santé, documentation, informatique ;
- Épidémiologie : épidémiologie descriptive et analytique, statistique, démographie ;
- Planification ; évaluation des institutions sanitaires ; programmation des actions de santé et prévention ;
- Économie : organisation et gestion du système de santé, économie de la santé ;
- Droit : bases du droit administratif, constitutionnel et civil ; protection sociale, droit sanitaire et social ;
- Environnement : méthodes d'études de l'environnement physique et hygiène du milieu ; méthodes des sciences sociales appliquées à l'analyse du fonctionnement des institutions et des politiques sanitaires et sociales.

**B) Enseignements optionnels**

Deux enseignements à choisir parmi les suivants :

- Environnement et hygiène du milieu ;
- Épidémiologie ;
- Organisation et gestion des services de santé ;
- Santé communautaire.

**II - Formation pratique**

- A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale, dont au moins un semestre doit être accompli dans un service extra-hospitalier.
- B) Quatre semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

haut de page

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

**Liste des personnes rencontrées à l'occasion de la mission**

- Professeur **François Couraud**, conseiller de la DGSIP, concepteur de la réforme
- Professeur **François – René Pruvot**, CHU de Lille, concepteur de la réforme
- Professeur **Jean-Pierre Vinel**, président de la conférence des doyens, doyen de Toulouse
- Docteur **Frédéric Martineau**, président de la conférence des CME de CHG
- Professeur **Benoît Schlemmer** président des doyens des composantes « médecine » de Paris
- Professeur **Benoît Vallet** directeur Général de la santé
- **M. Jean Debeaupuis**, directeur général de l'offre de soins
- Mme **Simone Bonnafous**, directrice générale de l'enseignement supérieur
- Professeur **Jean-Louis Dubois-Randé**, conseiller de la secrétaire d'Etat à l'enseignement supérieur et à la recherche
- Professeur **François Lemoine**, conseiller de la secrétaire d'Etat à l'enseignement supérieur et à la recherche.
- Professeur **Djilali Annane**, doyen de Paris Ambroise Paré, conseiller de la ministre de la santé
- **M. Raymond Le Moign**, directeur adjoint du cabinet de la ministre de la santé
- Docteur **Patrick Bouet**, président du conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)
- **M. Adam Tornay** responsable juridique section formation et compétences du CNOM
- Mme **Françoise Profit** chef du département des professions de santé au secrétariat d'État à l'enseignement supérieur et à la recherche
- Professeur **François Richard**, urologue, AP-HP, La Pitié Salpêtrière, membre de l'académie de chirurgie.
- Mme **Lenoir-Salfati** sous directrice des ressources humaines à la DGOS
- Mme **Christine Gardel**, adjointe à la sous directrice des ressources humaines à la DGOS
- Mme **Isabelle Couaillier**, sous-direction des ressources humaines à la DGOS
- **M. Florent Tiravy**, sous-direction des ressources humaines à la DGOS
- **M. Samuel Prاتمarty**, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins à la DGOS
- **M. Pierre–Antoine Moinard**, Président de l'ISNAR

- M. **Mickaël Benzacki**, Président de l'ISNI
- Docteur **Florence de Rohan Chabot** Présidente de l'ISNCCA, praticien hospitalier au centre hospitalier spécialisé Henri Ey
- Docteur **Youri Yordanov** médecin urgentiste SAU Saint-Antoine AP-HP
- Professeur **Christian Tuillez**, conseiller médical du DGOS
- Docteur **Jean-Yves Grall**, directeur général de l'ARS Nord Pas de Calais, président de la conférence des directeurs généraux d'ARS
- Professeur **Jean-François Chazal**, doyen de l'université de médecine de Clermont-Ferrand
- Professeur **Jean-Marie Danion**, VP recherche de l'université d'Auvergne
- Professeur **Henri Laurichesse**, président CME du CHU de Clermont-Ferrand
- Docteur **Philippe Thiéblot**, président du Conseil régional de l'Ordre
- Mme **Catherine Gueneau**, services administratifs de l'Université d'Auvergne
- Mme **Armelle Drexler**, directrice des affaires médicales du CHU de Clermont-Ferrand
- Professeur **Alain Eschalier**, vice-président de l'université d'Auvergne
- M. **François Dumuis** directeur général de l'ARS d'Auvergne
- M. **Alain Meunier**, directeur général du CHU de Clermont-Ferrand
- Professeur **Brigitte Bonhomme** vice-présidente CEVU de l'université d'Auvergne
- M. **Baptiste Bouillon**, Interne
- M. **Benoît Chauveau**, Interne
- M. **Arnaud Gallon**, Interne
- Docteur **Arnaud Schoenig** (assistant )
- Docteur **Anne Michelutti** (généraliste)
- Professeur **Isabelle Barthélémy** coordonnateur chirurgie maxilo-faciale
- Professeur **Denis Pezet** coordonnateur chirurgie digestive
- Professeur **Louis Boyer** coordonnateur radiologue
- Professeur **Jean-Marc Garcier**, vice-président de l'université d'Auvergne et coordonnateur anatomie
- Professeur **Jean-Jacques Lemaire**, coordonnateur neurochirurgie
- Professeur **Pierre Michel Llorca**, psychiatre coordonnateur addictologie
- Professeur **Federico Canavese**, coordonnateur chirurgie
- Professeur **Gilles Clémont**, généraliste coordonnateur et interregional du DES

- Professeur **Bertrand Souvenne**, coordonnateur réanimation médicale
- Professeur **Jean-Paul Boiteux** coordonnateur urologie
- Professeur **Yves Boirie**, nutritionniste coordonnateur DESC de type 1 nutrition
- Professeur **Laurent Gilaun**, coordonnateur DES ORL
- Professeur **Jeannot Schmidt**, coordonnateur DESC Urgence
- Professeur **Stephane Boisgard**, coordonnateur du DES chirurgie orthopédique
- Professeur **Olivier Aumaître**, interniste coordonnateur du DES
- Professeur **Lionel Camillieri**, coordonnateur chirurgie cardiaque
- Professeur **Fredéric Chiamaribain**, Coordonnateur ophtalmologie
- Professeur **Martine Duclos**, Endocrinologie exploration fonctionnelle coordonnateur DESC de médecine du sport
- Professeur **André Labbé**, coordonnateur pédiatrie
- Professeur **Jean-René Lusson** cardiologue.
- M. **Jean-François Lanot**, directeur général adjoint du CHU de Strasbourg
- M. **David Mallet**, directeur des affaires médicales du CHU de Strasbourg
- Docteur **Cécile Ronde-Oussan**, CCA infectiologie CHU de Strasbourg
- Mme **Céline Schneider-Olivet** interne médecine générale
- Mme **Anahita Ghobabi**, interne médecine générale
- M. **Jimmy Channas**, interne en ophtalmologie
- M. **Jean-Philippe Lemoine**, interne biologie médicale
- Professeur **Christine Tranchant**, coordonnateur neurologie
- Professeur **René Vidailhet**, coordonnateur psychiatrie
- Professeur **Francis Schneider**, coordonnateur DESC réanimation médicale
- Professeur **Philippe Wolf**, coordonnateur chirurgie
- Professeur **Jean-Michel Clavert**, Président CME CHU
- Professeur **Emmanuel Andres**, coordonnateur médecine interne – CHU de Strasbourg
- M. **Michaël Zolger**, représentant 2ème cycle D3 CHU de Strasbourg
- Professeur **Jean Sibilis**, Doyen université de médecine de Strasbourg
- M. **Gilbert Vincente**, chef des services administratif de l'université
- Mme **Raphaëlle Meyer**, étudiante et représentante 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales

- Mme **Camille Jantri**, interne, psychiatrie, vice-présidente de la commission vie des internes CHU de Strasbourg
- Docteur **Lionel Barrand**, précédent président des internes biologiste médicale CHU de Strasbourg
- Professeur **Bruno Moulin**, président de la commission et des stages du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle néphrologie UFR médecine de Strasbourg
- Professeur **Alain Muller**, douleur chronique CHU de Strasbourg
- Mme **Marie Rose Henry**, direction des affaires médicales du CHU de Nantes
- M. **Stéphane Guerrand**, ARS Pays-de-Loire responsable formation
- Professeur **Pascale Joliet**, doyen de l'université de médecine de Nantes
- Professeur **Olivier Bouchot**, vice doyen de l'université de médecine de Nantes, coordonnateur du DES d'urologie
- Mme **Emmanuelle Hubert**, responsable administrative de l'UFR de médecine de Nantes
- M. **Paul Dussolier**, interne SIMGO
- M. **Coralin Lacroix**, président du SIMGO
- Mme **Diane Adam**, président du syndicat des internes de spécialités
- M. **Frédéric Burel**, représentant de l'ISNI
- Docteur **Cedric Rat**, chef de clinique médecine générale
- Docteur **Nicolas Goffinet**, chef de clinique médecine d'urgence
- Docteur **Mélanie Sicard**, chef de clinique réanimation néonatale
- Docteur **Anne-Sophie Riteau**, chef de clinique gynécologie-obstétrique
- Professeur **Daniel Villiers**, coordonnateur réanimateur médical DESC2
- Professeur **Jean-Christophe Rozé**, pédiatre coordonnateur discipline
- Professeur **Julien Nizard**, douleur soins palliatifs
- Professeur **Gilles Berrut**, gériatre coordonnateur DESC 2
- Professeur **Lionel Gonronflot**, médecine générale
- Professeur **Jean-Noël Trochu**, cardiologie
- Professeur **Karim Asehounne**, anesthésie réanimation coordonnateur DES
- Professeur **Philippe Patra**, chirurgie vasculaire coordonnateur de DESC
- Professeur **Patrice Lopès**, gynéco-obstétrique coordonnateur
- Professeur **Jean-Luc Venisse**, addictologie psychiatrie coordonnateur DESC-FFT

- Professeur **Gilles Potez**, médecine d'urgence coordonnateur DES
- Professeur **Stéphane Ploteau**, gynécologie
- Professeur **Patrick Bacqué**, doyen de l'université de Médecine de Nice
- M. **Stéphane Sweertvaegher**, directeur des affaires médicales du CHU de Nice
- Mme **Mathilde Lignot-Leloup**, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la caisse nationale d'assurance maladie
- Mme **Hedda Weissmann**, responsable du département des professions de santé, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la caisse nationale d'assurance maladie
- Mme **Sandrine Frangeul**, département des professions de santé, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la caisse nationale d'assurance maladie
- Docteur **Christian Favier**, Anesthésiste-réanimateur, CHU de Nice.