

Rapport

Mission deuxième cycle des études de médecine

Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ
Quentin HENNION-IMBAULT



Résumé : propositions et recommandations

La mission deuxième cycle s'inscrit dans la suite de la grande conférence de la santé, des expérimentations PACES (Première Année Commune aux Études de Santé) et de la mise en place de la réforme du troisième cycle. Cette réforme globale des études médicales est essentielle pour adapter la formation des futurs médecins aux bouleversements majeurs que connaît notre système de santé.

La plupart des propositions de ce rapport ne sont pas d'ordre législatif mais certaines le sont, tout particulièrement la sortie du tout ECNi et la modification des référentiels. Ce rapport présente **treize propositions et des recommandations** pour réadapter le deuxième cycle à la modernité de la médecine d'aujourd'hui et de demain.

➤ **Proposition 1 : Revaloriser l'enseignement de certaines disciplines.**

Une place plus importante doit être donnée à l'enseignement de la sémiologie dans le premier cycle en priorisant les savoirs indispensables. Il s'agira d'un **prérequis au passage en deuxième cycle**. Il ne s'agit pas de diminuer l'importance d'autres matières essentielles à la formation de médecin, mais de remettre la sémiologie à la place qu'elle doit occuper. De la même façon, il est nécessaire d'accompagner l'organisation des enseignements de SHS et de médecine générale.

➤ **Proposition 2 : Organiser la refonte et la hiérarchisation des informations des référentiels.**

Au deuxième cycle, l'évaluation des connaissances impose un préalable majeur : la **fonte drastique des référentiels dans une démarche pédagogique**. Ce travail, qui doit être mené avec les collèges de spécialités, est indispensable du fait d'une confusion actuelle entre les objectifs du deuxième et du troisième cycle. La généralisation de la pédagogie inversée et la réduction importante des cours « magistraux » dispensés en présentiel permettront d'augmenter le temps consacré à l'apprentissage en situation professionnelle.

➤ **Proposition 3 : Ouvrir aux différents modes d'exercice dès le premier cycle.**

La confrontation quasi-exclusive de l'étudiant au monde hospitalier et plus particulièrement au CHU ne lui permet pas de découvrir les autres modes d'exercice. Ainsi, le premier cycle devra intégrer une **découverte des différents modes d'exercice** avec une large information donnée aux étudiants.

Concrètement, en DFGSM2 l'étudiant devra être mis en situation professionnelle par l'organisation de stages dans deux domaines : la médecine générale et la responsabilité sociale.

En DFGSM3, les stages d'apprentissage de la sémiologie devront être effectués au CHU mais aussi hors du CHU.

➤ **Proposition 4 : Diversifier l'offre de stages lors du deuxième cycle.**

De la même manière, il faut diversifier l'offre de stages de deuxième cycle afin qu'elle reflète mieux les différents modes d'exercice de la médecine : au-delà d'ouvrir des stages dans les **cabinets de ville** (toutes spécialités confondues), l'accueil des étudiants au sein des **centres hospitaliers non-universitaires** doit leur permettre d'apprendre le métier de praticien en établissement de santé dans sa diversité d'exercice.

L'étudiant doit également pouvoir apprendre l'exercice de la médecine dans les structures médico-sociales, les dispensaires, les maisons de santé pluri professionnelles, les

centres de santé, la PMI, l'exercice de la médecine scolaire, du travail, en industrie des produits de santé, dans les médias médicaux...

➤ **Proposition 5 : Renforcer l'apprentissage et l'approche par compétences.**

Il faut rééquilibrer le deuxième cycle en valorisant l'acquisition de compétences et en renforçant l'utilisation de la simulation. L'évaluation des compétences doit être continue, au fil de l'eau, qualitative sur les lieux de stage pratique, avec l'utilisation d'un **portfolio d'apprentissage**.

L'évaluation finale s'incarne sous la forme d'un **Certificat de Compétences Cliniques (CCC)** d'entrée dans le troisième cycle, passé en fin de DFASM3 et qui s'effectue par un examen oral en présence d'un jury composé de deux examinateurs tirés au sort parmi les enseignants de la région ou au-delà.

➤ **Proposition 6 : Mieux impliquer et reconnaître les étudiants en stage.**

Les stages à **temps complet** offrent de meilleures conditions de compagnonnage et d'intégration des étudiants dans les services et doivent s'étendre à toutes les UFR.

Dans les textes, il faut revoir les missions des étudiants et leurs responsabilités pendant les stages afin qu'ils soient **intégrés plus activement dans le soin**, la vie de l'équipe et de l'établissement d'accueil. Il faut associer les étudiants aux réunions de service, médicales et pluridisciplinaires, et les intégrer de manière plus forte au fonctionnement de l'hôpital.

➤ **Proposition 7 : Généraliser la création de cellules « initiative territoire ».**

Des **cellules « initiative territoire »** doivent être mises en place dans les UFR avec l'ensemble des acteurs du territoire. Ces cellules doivent pouvoir **informer l'étudiant** des possibilités d'installation dans la région, des différents modes d'exercice. Elles doivent également pouvoir l'accompagner pendant ses études pour l'aider dans son **approche professionnelle en lien avec le territoire**.

➤ **Proposition 8 : Accompagner les étudiants dans la personnalisation de leurs parcours.**

Il faut encourager et accompagner, par des **bilans d'orientation réguliers et des entretiens**, la **personnalisation du parcours professionnalisant** de l'étudiant au cours du deuxième cycle. Le principal objectif est d'aider l'étudiant à choisir son orientation professionnelle en fonction de ses désirs et habiletés.

Par ailleurs, l'étudiant n'entrant pas seulement en UFR de médecine mais aussi à l'Université dans sa globalité, il doit pouvoir en tirer pleinement profit et puiser dans la richesse de l'université pour compléter sa propre formation.

➤ **Proposition 9 : Formaliser l'outil numérique au service de la formation.**

Les propositions formulées dans ce rapport placent l'étudiant au centre d'un processus d'apprentissage professionnalisant basé sur une approche par compétences. L'enjeu est de concilier des formations personnalisées, cohérentes, étant donné la diversité des métiers et des modalités d'exercice. Seule **l'utilisation à l'échelle nationale du numérique** permet de mener à bien ce challenge.

➤ **Proposition 10 : Valoriser les parcours spécifiques et favoriser l'engagement vers des doubles parcours.**

L'engagement vers des parcours spécifiques sera encouragé, valorisé, qu'il s'agisse d'une simple découverte en dehors du tronc commun médical ou d'un engagement plus

formel (M1, M2, PHD...). Le cas particulier des doubles cursus pourrait donner lieu à une possibilité de « **dérogation** », sous conditions, à la régulation nationale. La mise en place de postes de **DES en surnombre** serait une solution pour un contingent limité d'étudiants. Un contrat « CESP recherche » permettrait de proposer aux étudiants réalisant une thèse précoce de rentrer dans un **parcours Contrat d'Engagement Recherche (CER)** qui les autoriserait à choisir une spécialité sur une liste de postes « sanctuarisée ».

➤ **Proposition 11 : Créer les voies de sortie pour les étudiants souhaitant quitter la filière.**

Un certain nombre d'étudiants sortent du cursus (tout au long du deuxième cycle) et ont de grandes difficultés à poursuivre leurs études dans le cadre d'un projet professionnel classique pour entrer dans le troisième cycle des études médicales. Aujourd'hui, il y a peu de réponses proposées à ces étudiants qui sont souvent en grande détresse.

Il faut aménager la possibilité pour ces étudiants de **s'engager pendant leur sixième année vers un autre projet professionnel**. Ce dispositif qui peut donner accès à un diplôme (Master 2 études médicales) devra être anticipé pour engager l'étudiant vers un autre métier et valoriser en même temps ses études médicales.

➤ **Proposition 12 : Réorganiser le deuxième cycle pour libérer une sixième année pré-professionnalisante.**

L'apprentissage des connaissances théoriques (ayant fait l'objet d'une réduction importante) sera concentré sur le début du deuxième cycle, de telle façon que **tout le tronc commun doit être acquis à la fin de la DFASM2**. Ceci permet de dégager la DFASM3 pour une approche compétences, stages et personnalisation de parcours.

La **sixième année sera ainsi une année de stages cliniques** permettant à l'étudiant de terminer son deuxième cycle et de tester la spécialité pour laquelle il s'oriente. Elle est conclue par le Certificat de Compétences Cliniques d'entrée dans le troisième cycle.

➤ **Proposition 13 : Supprimer les ECNi au profit d'une régulation en « matching ».**

Le classement général des étudiants semble aujourd'hui obsolète et inadapté. En effet, bien que le système éducatif et universitaire français soit traditionnellement construit sur une notion de comparabilité des étudiants, de « moyennes générales », ou encore de mérite voire d'élitisme, ces notions semblent aujourd'hui constituer des obstacles à une réponse adaptée aux défis du système de santé. Inspiré des méthodes réalisées au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique, **l'adéquation poste/candidat** repose dorénavant sur **trois scores : connaissances, compétences et parcours/initiatives**.

Nous proposons d'aller progressivement vers la suppression des ECNi suivant le calendrier du schéma suivant :

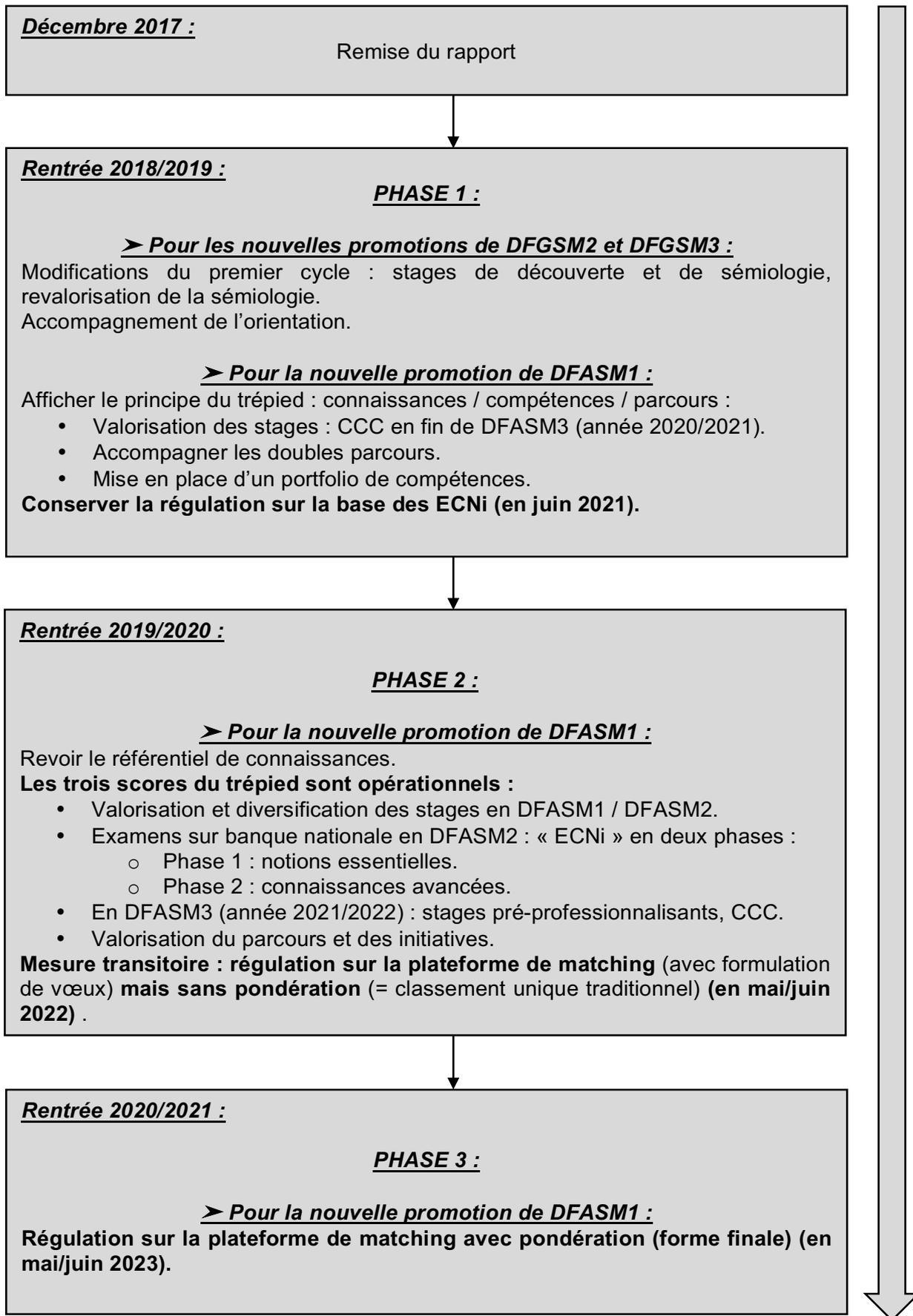


Table des matières

RESUME : PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS	3
TABLE DES MATIERES	7
INTRODUCTION	8
A – POINTS CLES DE LA LETTRE DE MISSION.....	8
B – METHODE : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL	9
C – ENJEUX DE LA MISSION, CALENDRIER, REDACTION DU RAPPORT	10
CONSTATS GENERAUX ET OBSERVATIONS	11
A – LA FRACTURE ENTRE LES OBJECTIFS ET LA REALITE DU DEUXIEME CYCLE	11
B – PERSPECTIVES INTERNATIONALES SUR L'ENTREE EN TROISIEME CYCLE	13
1 – Sélection sur candidature.....	13
2 – Sélection sur examens distincts.....	14
3 – Sélection sur examen national unique.....	14
4 – Sélection sur un algorithme.....	15
PROPOSITIONS DE LA MISSION	16
A – REINVENTER LA PEDAGOGIE DANS LES UFR.....	16
1 – Proposition 1 : Revaloriser l'enseignement de certaines disciplines.....	16
2 – Proposition 2 : Organiser la refonte et la hiérarchisation des informations des référentiels.....	21
B – AFFIRMER LE CARACTERE PROFESSIONNALISANT DE LA FILIERE	23
1 – Proposition 3 : Ouvrir aux différents modes d'exercice dès le premier cycle	23
2 – Proposition 4 : Diversifier l'offre de stages lors du deuxième cycle	25
3 – Proposition 5 : Renforcer l'apprentissage et l'approche par compétences.....	27
4 – Proposition 6 : Mieux impliquer et reconnaître les étudiants en stage.....	31
5 – Proposition 7 : Généraliser la création de cellules « Initiative Territoire ».....	33
C – ADAPTER LA FORMATION POUR UNE MEILLEURE ORIENTATION DES ETUDIANTS	35
1 – Proposition 8 : Accompagner les étudiants dans la personnalisation de leurs parcours.....	35
2 – Proposition 9 : Mettre à profit l'outil numérique en tant que support pour l'étudiant	38
3 – Proposition 10 : Valoriser les parcours spécifiques et favoriser l'engagement vers des doubles parcours.....	40
4 – Proposition 11 : Créer les voies de sortie pour les étudiants souhaitant quitter la filière.....	44
D – TRANSFORMER LA REGULATION A L'ENTREE DU TROISIEME CYCLE.....	45
1 – Proposition 12 : Réorganiser le deuxième cycle pour libérer une sixième année pré-professionnalisante	45
2 – Proposition 13 : Supprimer les ECNi au profit d'une régulation en « matching »	46
CONCLUSIONS	50
ANNEXES	52

Introduction

La mission deuxième cycle des études de médecine s'inscrit dans la suite de la grande conférence de la santé, des expérimentations PACES et de la mise en place de la réforme du troisième du cycle. Cette **réforme globale des études de médecine** est essentielle pour adapter la formation des futurs médecins aux bouleversements majeurs que connaît notre système de santé.

Cette mission porte sur **l'organisation du deuxième cycle** des études de médecine ainsi que sur les **modalités d'entrée dans le troisième cycle**. Elle s'articule avec les travaux des autres missions lancées en parallèle :

- Modalités d'entrée à l'université, en particulier dans les études de santé (Jean-Paul Saint-André);
- Intégration universitaire des filières sanitaires et sociales (Stéphane Le Bouler) ;
- Bien-être des étudiants en santé (Donata Marra) ;
- Suivi de la mise en place de la réforme du troisième cycle à la rentrée 2017 (IGAS - IGAENR).

Le deuxième cycle faisant suite au premier, la mission sur le deuxième cycle doit aussi amener à **reconsidérer le premier cycle et la préparation des étudiants**, tout particulièrement leur formation à la sémiologie et au raisonnement clinique et scientifique dont la qualité et/ou quantité diminuent. Il est notoire également qu'il y a une « perte de temps » utile au cours des premier et deuxième cycles qui pourraient être mieux organisés, notamment pour la découverte de champs plus larges de la médecine, des doubles parcours ou des initiatives étudiantes originales.

Le co-pilotage de cette mission par un **binôme « doyen-étudiant »** est un signal fort. En effet, la réussite d'une réforme en profondeur du deuxième cycle des études médicales dépend vraisemblablement d'un partage d'idées pour faire des propositions communes et préparer les étudiants et les enseignants à une médecine moderne, pluri-professionnelle et humaniste.

A – Points clés de la lettre de mission

Cette mission était attendue par la conférence des doyens, les collègues d'enseignants et par les étudiants. Elle fait aussi suite à la mise en place du système SIDES, apte à proposer dans son évolution un contenu pédagogique structuré et personnalisé (projet PIA DUNE) de même qu'une évaluation des connaissances fiable et pouvant s'organiser au plan local, régional et national.

Par ailleurs, il devient impossible de perpétuer une pédagogie limitée à la seule préparation des ECNi au détriment de l'évaluation des compétences autour d'un vrai référentiel. La réforme du troisième cycle exigeait aussi la remise en cause de la formation du deuxième cycle et du mode d'entrée dans le troisième cycle.

Les éléments principaux de la lettre de mission datée du 2 août 2017 (annexe 1) sont repris ici :

- La survenue de nombreux événements indésirables lors des ECNi 2017 mettant en cause notre capacité collective à élaborer des sujets pertinents.
- L'accent insuffisant mis sur l'acquisition et l'évaluation des compétences cliniques.

- La pression mise sur les étudiants concernant les performances aux ECNi surdéterminant l'ensemble de la démarche pédagogique, rendant les innovations difficiles et décourageant parfois l'investissement des étudiants en stage.
- Les doubles cursus qui restent confidentiels et les difficultés aux ECNi des étudiants qui les suivent.
- Les difficultés rencontrées par les étudiants issus de passerelles entrantes.
- La valorisation insuffisante de l'entrepreneuriat, des initiatives étudiantes et de l'initiation à la recherche pour tous.
- L'absence de passerelles sortantes permettant aux étudiants en deuxième cycle une validation de leurs acquis et/ou une poursuite d'études.
- La réflexion autour d'options pour sortir d'une orientation « couperet » par les ECNi dans le respect d'un nécessaire mécanisme de régulation des flux par spécialité et par région. Le choix de la spécialité médicale (du DES suivi au cours du troisième cycle), doit être guidé par trois facteurs d'égale importance :
 - Le projet professionnel construit par l'étudiant encadré par ses enseignants ;
 - Les besoins territoriaux tels que définis au plus près du terrain ;
 - Les capacités de formation.

B – Méthode : composition des groupes de travail

Plusieurs périmètres ont permis de fournir dans les délais impartis (fin d'année 2017) un rapport précis et documenté avec des actions concrètes et des propositions à arbitrer.

Un **groupe de travail élargi** s'est réuni tous les mois. Y ont pris part :

- La conférence des doyens de médecine :
 - Marc Braun (Nancy), Pascale Jolliet (Nantes), Didier Gosset (Lille), Jean Sibilia (Strasbourg), Christian Berthoud (Brest), Olivier Palombi (chargé de mission numérique, Grenoble), Gilles Rodes (Lyon-Est), Carole Burillon (Lyon-Sud), Djillali Annane (UVSQ), Michel Mondain (Montpellier), Fabrice Zeni (Saint Etienne), Jean-Luc Dumas (Paris XIII), Gilbert Vicente (secrétaire, Strasbourg).
- Le groupe pédagogique de la conférence des doyens de médecine : Patrick Dehail (Bordeaux), Pierre Pottier (Nantes).
- Les collèges de spécialité : Luc Mouthon et Olivier Farges.
- Les enseignants de médecine générale : Laurence Compagnon.
- Des personnalités de l'engagement étudiant (associations, syndicats, élus...) :
 - Yanis Merad (ANEMF), Camille Tricart (ISNAR-IMG), Olivier Le Pennetier et Abdellah Hedjoudje (ISNI), Laurent Gilardin (ISNCCA), Zoé Boulot (Lyon), Sarah Halioui (Paris), Clément Le Roux (Tours), Raphael Wagner (Bordeaux), Romain Verdeau (Brest), Marie Delfino (Marseille), Sebastien Foucher (Paris).
- Le Conseil National des Universités : Olivier Claris.
- Le Centre National de Gestion : Danielle Toupillier et l'équipe du CNG (annexe 2)
- La commission santé de la CPU : Yvon Berland et Kevin Neuville.
- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins : Robert Nicomède, délégué par le président.
- Les conférences de présidents de CME : Michel Claudon (CHU) et Thierry Godeau (CH).
- La conférence des Directeurs Généraux de CHU.
- Les conférences des doyens de pharmacie et d'odontologie : Bernard Müller et Corinne Tadéi.
- Le Comité National de Coordination de la Recherche : Antoine Magnan.
- La DGESIP : Jean-Christophe Paul.

- La DGOS : François Lemoine, Cyril Roule et Mathias Albertone.
- Les rapporteurs des autres missions : Jean-Paul Saint-André (PACES), Stéphane Le Bouler (FSS), Donato Marra (bien-être).
- La FHF : Marie Houssel.

Cependant, pour être opérationnel, **un comité de pilotage** restreint a été défini, permettant de faire une synthèse plus régulière et procéder aux entretiens (CNG, INSERM, FHF, Société INSPIRE, HEC, CFA...).

- | | |
|--|------------------------------------|
| • Jean-Luc Dubois-Randé et Quentin Hennion-Imbault ; | • Yanis Merad ; |
| • Jean Sibilia ; | • Luc Mouthon et Olivier Farges ; |
| • Djillali Annane ; | • Laurence Compagnon ; |
| • Marc Braun ; | • Pierre Pottier ; |
| • Pascale Jolliet ; | • Yvon Berland et Kevin Neuville ; |
| • Olivier Palombi ; | • DGESIP et DGOS ; |
| • Gilbert Vicente ; | • CNG. |

Le CoPil s'est réuni tous les 15 jours et la mise en commun d'un document partagé a permis de construire progressivement un deuxième cycle renouvelé et concerté.

C – Enjeux de la mission, calendrier, rédaction du rapport

Le fil conducteur de cette mission a été, objectivement, de sortir du tout ECN, et de proposer un réel changement de paradigme afin de valoriser les compétences, de mettre en place une approche des connaissances modernes utilisant largement l'outil numérique, de favoriser les initiatives individuelles des étudiants mais aussi des UFR et des universités, et de valoriser des parcours professionnels incluant les doubles parcours.

Les échanges ont été nombreux, libres aidés de nombreuses auditions pour aboutir à des propositions consensuelles aptes à modifier profondément le deuxième cycle et lui redonner une place essentielle dans la formation des jeunes médecins dans le monde d'aujourd'hui.

L'écriture du rapport a été faite à plusieurs et avec la contribution des nombreux acteurs des groupes et a fait l'objet d'une large concertation finale.

Constats généraux et observations

A – La fracture entre les objectifs et la réalité du deuxième cycle

La formation médicale doit répondre à deux objectifs fondamentaux. D'abord, **former les futurs médecins** à l'exercice de leur métier qui consiste à répondre au mieux aux besoins de santé de la population. Le second objectif est de **former les professionnels chez qui l'expérience de l'exercice de la médecine est nécessaire** pour la société, sans être nécessairement une pratique médicale (chercheurs, enseignants-chercheurs, journalistes, administration/management de la santé...).

Dans ce cadre général, le deuxième cycle des études médicales a pour objectif, plus spécifiquement, **l'acquisition de connaissances et de compétences génériques** communes à tout médecin quel que soit son exercice futur, dont fait partie la découverte de la recherche biomédicale et des autres modes d'exercices plus spécifiques.

Le deuxième cycle doit également faciliter **l'individualisation des parcours de formation** dans le cadre de la préparation d'un projet professionnel construit et validé par l'UFR, et susceptible d'évoluer au cours d'une carrière (quatrième cycle...).

Dès lors, le deuxième cycle doit proposer :

- Un **cadre précis d'acquisition et d'évaluation des connaissances et des compétences**, appuyé par des outils pédagogiques modernes (e-portfolio, etc) et des stages « professionnalisants » correspondant au mieux aux modalités futures de l'exercice médical, dans toute leur **diversité de modes d'exercice**.
- Une **souplesse et diversité des parcours** afin de pouvoir soutenir des initiatives professionnelles (le plus précocement possible dans le cursus) et d'offrir aux étudiants des perspectives variées à travers des formations complémentaires.

Cependant, le constat actuel est que le deuxième cycle est dominé par la préparation des ECNi. Son déroulement théorique, tel qu'il est écrit dans l'arrêté de mai 2013, pourrait pourtant paraître assez cohérent en première lecture et simplement amener à quelques modifications d'actualisation (on note également que l'arrêté fait très peu référence à l'ECNi). Pourtant, il y a une vraie fracture tant l'esprit de l'arrêté est éloigné de la réalité de ce qui se passe en pratique dans nos établissements, et ce constat précède en partie le **mal-être exprimé par les étudiants**. Les causes en sont plurielles :

- Leur **place dans l'équipe clinique et leur statut** au sein des services hospitaliers ou auprès du praticien sont flous, très hétérogènes d'une UFR à l'autre et au sein même d'une UFR, d'un terrain de stage à l'autre. Le temps passé par les étudiants au lit du malade diminue au sein même des stages, du fait probablement de l'absence de définition de leur place réelle dans l'équipe et de tâches qui relèvent d'autres personnels.
- Leur **encadrement** et leur **évaluation** sont assez lâches et souvent empiriques.
- Leur **travail clinique est rarement valorisé** (pour les étudiants, les stages se limitent trop souvent / exclusivement à une accumulation non ou peu encadrée des connaissances plutôt qu'à une approche plus personnalisée permettant l'acquisition de compétences).
- Le **bachotage compétitif** universitaire pour réussir les **ECNi** (Épreuves Classantes Nationales informatisées), seule évaluation prise en compte pour l'orientation en

troisième cycle, avec la prépondérance donnée aux savoir livresques et théoriques – prépondérance actée par les enseignants. Le rapport IGAS – IGAENR sur le sujet montre l'effet pervers de ces dernières dont la préparation se fait au détriment des stages (l'enseignement numérique décentralisé et l'isolement des étudiants majorant probablement cette tendance, alors que tout doit pousser vers des activités communes partagées).

Surtout, cet arrêté ne correspond plus à l'évolution des méthodes d'enseignement et encore moins à une approche personnalisée, humaniste, prenant en compte des parcours professionnels ou des initiatives étudiantes originales.

Ce contexte conduit à promouvoir exclusivement des acquisitions théoriques décontextualisées du soin et de l'approche du patient dans sa globalité, une accumulation de connaissances techniques et morcelées très éloignée de la construction des compétences de l'étudiant de deuxième cycle pourtant énoncées dans l'arrêté.

Le « **tout ECNi** » est par ailleurs extrêmement contraignant et ne permet pas d'initiative originale de parcours. Les doubles parcours, en particulier pour des scientifiques mais aussi pour d'autres formations (par exemple, en management), dont la cohérence pourrait être discutée et préparée en amont avec l'étudiant, se voient perturbés par le passage obligatoire par les ECNi. L'évaluation des compétences doit par contre être valorisée et mieux évaluée, par le suivi à l'aide d'un portfolio du parcours de chacun et par le passage d'un vrai CCC harmonisé sur le plan national.

Les ECNi ont pour unique objectif de réguler la répartition des étudiants dans les différentes subdivisions et dans les différentes spécialités, en fonction de leur classement et d'un numerus clausus (par DES et par subdivision), aujourd'hui très en décalage avec les besoins de santé des territoires. **Ainsi, l'orientation dans la spécialité et sur le territoire des étudiants ne dépend absolument pas d'un projet professionnel de l'étudiant, et est parfois même en contradiction avec ses aspirations. Il est alors évident que les ECNi, leur préparation et, par conséquent, le 2^{ème} cycle tout entier dans sa forme actuelle, sont une source d'angoisse et de « mal-être » majeure pour les étudiants.**

Par ailleurs, les ECNi ne peuvent pas légitimement être considérées comme un outil d'évaluation des compétences, et n'évaluent que partiellement les connaissances théoriques. Celles-ci peuvent parfaitement être évaluées par l'utilisation d'examens numériques locaux et, si besoin, nationaux de type SIDES (en témoignent les efforts importants faits lors de la mise en place des ECNi pour faire apparaître plus de « clinique » dans l'évaluation : pas de retour en arrière possible dans le cas clinique, photos de bonne qualité, perspective de sons, de vidéos qui tardent à être incorporées et pourraient favoriser ceux qui ont passé du temps en stage et ont de vraies compétences cliniques).

Les ECN sont-elles finalement, dans leur configuration actuelle, le bon outil au vu des récents problèmes rencontrés ? Le rapport IGAS-IGAENR a bien montré les limites de l'exercice et, au-delà de la sécurisation attendue des prochaines ECN, leur suppression est à l'ordre du jour.

Ainsi, les ECN classent les étudiants selon un « mérite » lié à leur capacité de bachotage en ne tenant pas compte d'un éventuel « mérite » dans leur capacité à répondre à différents besoins scientifiques ou du système de santé. **Intégrer cette seconde notion**

(au moins pour partie) nécessite de sortir d'un système de classement unique uniformisé.

B – Perspectives internationales sur l'entrée en troisième cycle

Il est assez difficile de trouver les informations sur l'organisation de l'entrée en 3^{ème} cycle dans les différents pays du monde. Cette partie ne se veut ni exhaustive, ni parfaitement exacte : elle a pour objectif de découvrir d'autres fonctionnements, et de voir les éléments intéressants de chaque type de sélection.

1 – Sélection sur candidature

La majorité des pays semble préférer appliquer le principe de "l'offre et la demande" pour l'accès au 3^{ème} cycle. Les modalités organisationnelles de ce mode d'accès au 3^{ème} cycle varient d'un pays à l'autre mais le principe est le même : l'étudiant propose une candidature là où il souhaite aller, il est sélectionné par la structure qui va l'accueillir.

Avantages

- Ce mode de sélection "au cas par cas", est censé permettre de mieux faire correspondre le profil du poste à l'étudiant.
- Ce mode de sélection permet à la structure d'accueil de prendre en compte les éléments qui l'intéressent, et d'y attribuer une importance différente selon ce qu'elle souhaite (connaissances, compétences, parcours, qualités, profil, etc).

Inconvénients

- Peut provoquer une inégalité des chances avec un risque de favoritisme.
- Difficile à mettre en place avec une répartition nationale.

➤ **Allemagne** : chaque étudiant doit passer « l'approbation » qui lui permet de s'établir professionnellement en tant que médecin. On retrouve la notion qu'il y a un test de langue dans plusieurs Universités (niveau B2 exigé). Pour la spécialisation, chaque Land définit la durée des études d'une spécialisation et les contenus. Le choix de spécialité est régulé par "l'offre et la demande", et l'étudiant postule directement auprès des hôpitaux. Il doit ensuite compléter la maquette imposée pour la spécialité qu'il désire.

➤ **Autriche** : candidatures individuelles auprès des hôpitaux ou des organisations de chaque "état fédéral" en charge de la procédure d'allocation des postes.

➤ **Finlande** : les Universités sont en charge du troisième cycle mais l'internat se fait dans le système de santé. Les étudiants s'inscrivent dans une université et acquièrent le statut de "physician in training". Ils doivent ensuite organiser leur internat : l'université ne garantit pas que l'étudiant ait un poste dans un hôpital.

➤ **Norvège** : les « junior doctors » doivent travailler dans des postes qui comptent pour la spécialisation. Ils doivent aussi participer à des enseignements. Les postes disponibles sont accessibles sur le site des autorités dont c'est la charge.

➤ **Pays Bas** : candidature auprès des "bureaux de spécialités". Les procédures de sélection et de candidatures varient selon les spécialités.

➤ **République Tchèque** : la sélection est fonction de l'employeur et donc de la spécialité.

➤ **Suède** : la spécialisation correspond à des postes définis. Les étudiants doivent candidater pour les postes (informations sur les sites, ou en appelant les chefs de service).

2 – Sélection sur examens distincts

Certains pays choisissent d'organiser des examens. Ce type de sélection peut prendre différentes formes : examens différents selon les régions, ou selon les spécialités. Souvent, on peut passer ces examens et ne pas avoir la garantie d'obtenir une place.

Avantages

- Ce mode de sélection permet souvent aux étudiants de passer plusieurs examens possibles.
- Cela permet une forme de régulation, sans être obligé de s'intéresser à tous les dossiers individuels.

Inconvénients

- Risque que les étudiants se retrouvent "sans rien".

➤ **Estonie** : examens d'entrée en Juin, en Estonien. Examens différents selon les spécialités, avec possibilité de s'inscrire dans 2 spécialités. L'examen comporte une partie orale et une partie écrite. Tous les examens des spécialités se passent sur une même période. Le choix du lieu de la spécialisation se fait en accord avec le « coordinateur » de la spécialité.

➤ **Argentine** : les programmes de spécialisation sont organisés par les facultés. Il existe différents types de programmes, les étudiants s'inscrivent selon les programmes souhaités, à l'examen pour y accéder. Différentes épreuves organisées selon le lieu, ces épreuves sont plus ou moins faciles.

➤ **Belgique** : nécessité d'effectuer un "Masters de spécialisation" (y compris pour la médecine générale) dont les quotas sont régulés par le gouvernement. Les étudiants doivent s'inscrire à un test de sélection qui est différent pour chaque spécialité

3 – Sélection sur examen national unique

Il existe quelques pays, qui comme la France, ont une sélection nationale. Il est alors intéressant de voir s'il existe des différences avec la France. Il y en a assez peu, le Portugal semble être comme la France, dans une volonté de changement. On peut noter que l'Espagne intègre une part de contrôle continu avec la prise en compte des notes antérieures pour 10%.

Avantages : efficace pour la régulation.

Inconvénients

- Anxiogène pour les étudiants.
- Peu d'adéquation entre le profil de l'étudiant et son choix (en tout cas elle n'est pas imposée par ce mode de sélection).

➤ **Portugal** : examen national sur un contenu fixé. Le classement permet de choisir la spécialité. Jusqu'à présent, il y avait assez de postes pour que chaque étudiant qui passe ce concours puisse avoir une spécialité, mais cela risque de changer. Source *datant de 2015 : débat en cours à l'époque, donc changements possibles*

➤ **Espagne** : examen national composé de 225 QRU, d'une durée de 5h. La note de l'examen compte pour 90%, les 10% restant correspondent aux notes obtenues pendant le cursus de l'étudiant. Tous les étudiants ne pourront pas accéder à une spécialité.

4 – Sélection sur un algorithme

Le Canada a mis en place un algorithme qui prend en compte les vœux étudiants, et les vœux des programmes (qui étudient donc les candidatures).

Avantages

- Permet une régulation (puisque s'il y a 2 postes pour un programme, il n'y aura pas plus de 2 étudiants attribués).
- Permet d'adapter les profils des étudiants au programme puisque les programmes réalisent eux aussi une liste de vœux.

Inconvénients

- Risque que des étudiants et/ou des programmes ne trouvent pas de programmes et/ou d'étudiants qui correspondent (s'ils n'ont pas mis assez de choix).

➤ **Canada** : utilisation d'un algorithme (*Roth-Peranson algorithm*) où les étudiants classent les programmes qu'ils veulent choisir, dans leur ordre de choix. Les programmes classent les candidats choisis dans leur ordre de choix. Les postes sont ensuite attribués en partant des choix des étudiants. S'ils n'ont pas accès à leur premier choix, on regarde s'ils peuvent avoir leur deuxième choix, et ainsi de suite. Les vœux étudiants sont parcourus à partir du premier choix de l'étudiant jusqu'à atteindre un programme où il est accepté. Les programmes acceptent les candidats en partant du candidat le plus voulu, jusqu'à atteindre le nombre de candidats qui souhaitent être dans le programme. Les étudiants qui n'ont pas classé assez de programmes peuvent se retrouver sans programme. Les programmes qui n'ont pas classé assez d'étudiants peuvent se retrouver sans étudiants.

Propositions de la mission

Le schéma en annexe 3 met en place l'architecture globale de ce que pourraient être les études médicales.

A – Réinventer la pédagogie dans les UFR

1 – Proposition 1 : Revaloriser l'enseignement de certaines disciplines

a – L'enseignement de la sémiologie

La sémiologie doit occuper une place importante des enseignements de premier et deuxième cycles, aussi bien sur le versant théorique que pratique. Les objectifs de cet apprentissage sont de :

- Développer la motivation intrinsèque des étudiants pour la sémiologie et le raisonnement clinique (démarche diagnostique).
- Centrer l'enseignement du premier cycle sur les fondamentaux indispensables à l'acquisition des compétences cliniques, à savoir le perfectionnement permanent du raisonnement médical et de l'examen clinique.

➤ Premier cycle

Un des obstacles actuels à un enseignement approprié de la sémiologie est le manque de disponibilité ou de préparation d'encadrants pour les étudiants de premier cycle.

Il semble donc important de désigner des enseignants compétents qui seront encouragés à enseigner la sémiologie pratique aux étudiants de premier cycle, en nombre suffisant pour favoriser un enseignement par petits groupes d'étudiants.

Il convient donc de **changer radicalement le contexte de préparation des Chefs de Cliniques des Universités – Assistants Hospitaliers (CCU-AH)**, avec l'éventuelle formalisation d'un contrat pédagogique avec l'UFR, et de revoir le rôle des différents acteurs de la formation de l'étudiant, sans quoi l'enseignement de la sémiologie aura des difficultés à se développer.

Recommandations :

1. Libérer du temps de formation pour les CCU-AH.
2. Valoriser les valences pédagogiques dans l'attribution des postes hospitalo-universitaires.

Un autre obstacle important à la formation en sémiologie concerne les modalités d'apprentissage (en PACES et via des QCM) des deux disciplines qui conditionnent son acquisition, à savoir l'anatomie et la physiologie. La facilitation de l'apprentissage de la sémiologie doit passer par une meilleure intégration de l'anatomie (anatomie sur le vivant, écho-anatomie, anatomie fonctionnelle) et de la physiologie à cet enseignement, en privilégiant le recours à ces deux disciplines dans le raisonnement clinique.

Les objectifs de l'apprentissage doivent être déterminés sur un carnet de stage sur lequel l'étudiant reporte ses acquis. L'étudiant doit être préparé à l'interrogatoire, à l'examen

clinique et au raisonnement médical en privilégiant la **simulation** et les données de l'**examen du sujet sain**.

En **DFGSM2**, la sémiologie doit plutôt être enseignée sous forme d'**enseignements/travaux dirigés par petits groupes d'étudiants** (environ une dizaine) en insistant d'abord sur l'examen du sujet sain. Les objectifs pédagogiques sont de :

- Présenter l'examen clinique, son intérêt, ses pièges...
- Décomplexer l'étudiant en médecine du contact avec le corps humain. Les étudiants doivent être habitués rapidement à s'examiner eux-mêmes sous la responsabilité d'un enseignant (testing moteur, examen des articulations, pouls, réflexes...).
- Préparer l'étudiant au raisonnement médical face à un symptôme, basé sur des nœuds discriminants sémiologiques.

En **DFGSM3**, après avoir acquis les fondamentaux en petits groupes l'année précédente, quatre nouvelles approches sont à privilégier en plus de l'approche en mode d'exercice (voir B.1) :

- **Des stages doivent être mis en place tout au long de l'année universitaire**, assez variés pour permettre de couvrir l'essentiel de la sémiologie clinique d'organe. La réglementation actuelle impose 400 heures de stages d'initiation aux fonctions hospitalières au minimum au cours du premier cycle, mais est loin d'être appliquée dans l'ensemble des UFR. Au cours de ces stages, sous contrôle d'un enseignant, les étudiants doivent apprendre à examiner des patients, à rapporter une observation médicale et à la critiquer.

Recommandations :

3. Appliquer la réglementation concernant les stages de premier cycle dans l'ensemble des UFR.
4. Structurer ces stages de façon à permettre un enseignement adapté de la sémiologie clinique et une acquisition des compétences fondamentales.

- **L'utilisation de la simulation doit être généralisé** (*consulter également le rapport HAS 2012*) :
 - Le recours à des mannequins doit être déployé pour l'apprentissage des **gestes**.
 - La **simulation « relationnelle »** doit également être mise à profit : les **consultations simulées** par les étudiants et les jeux de rôles d'interrogatoire sont très pertinents et efficaces (car ludiques) et profitent autant au pseudo-patient qu'au pseudo-médecin et à l'auditoire, sous contrôle bien sûr d'un enseignant.

Recommandations :

5. Généraliser le recours à la simulation technique et relationnelle.
6. Repenser le modèle économique des plateformes de simulation pour assurer leur pérennité et leur accessibilité pour un maximum d'étudiants.

- **Le tutorat de sémiologie** : il est important que les étudiants soient accompagnés par un tuteur dans leur acquisition de compétences et de connaissances sémiologiques.

Au cours des séances de tutorat, le tuteur vérifie la pertinence des acquis, les affine, et évalue l'aptitude au raisonnement clinique.

- **Le contrôle des acquis en sémiologie** : il est impératif que les connaissances et compétences sémiologiques acquises en fin de premier cycle soient validées par un **examen oral sanctionnant** et dont la validation doit être un prérequis au passage en deuxième cycle.

À ce stade, et quel que soit le schéma retenu, les étudiants doivent être formés à l'examen clinique. Les UFR peuvent avoir des réponses différentes en fonction de leur environnement, mais dans un cadre d'harmonisation nationale souple.

➤ Deuxième cycle :

En deuxième cycle, l'acquisition du raisonnement et de la démarche clinique se poursuivent à l'aide de trois outils :

- **Les stages** doivent préférentiellement être organisés en **temps plein** afin que l'étudiant développe une démarche clinique en compagnonnage approfondi avec l'équipe médicale dont il fait partie.
- **Les simulations sur comédien professionnel ou patient expert** prennent le relais des simulations entre étudiants, en privilégiant les aspects relationnels.
- **L'enseignement sur le raisonnement médical** (souvent négligé à l'heure actuelle) favorisant des groupes de discussion de dossiers, type « mini-staff ».

Ce n'est qu'au cours du 3^{ème} cycle qu'il convient de privilégier les connaissances théoriques spécialisées selon le DES choisi par l'étudiant.

b- La place de la médecine générale

La médecine générale reste une des grandes oubliées de la formation médicale et des étudiants en médecine alors que près de la moitié d'entre eux sont destinés à la pratiquer.

Le stage obligatoire en médecine générale (arrêté du 18 juin 2009) et les unités d'enseignement optionnelles sont des exemples d'avancées allant dans le sens d'une meilleure inclusion. Cependant, **la généralisation de ce stage prend du temps et des versions tronquées sont souvent proposées** (pour 25% des étudiants). Or, le choix d'une discipline est souvent affaire de rencontre et d'identification à un modèle professionnel.

De plus, cette identification est également l'affaire des **enseignements à la faculté** qui pourraient être introduits par la question de la cohérence des soins au travers des trois niveaux de recours aux soins, mais aussi associés à ce que l'on pourrait appeler les valences professionnelles ou les problématiques de soins et d'accompagnement, particulièrement développées par les médecins généralistes.

Sur ce premier aspect, un des moyens pour que les étudiants s'identifient plus facilement dans un projet professionnel de médecine générale en DFASM est d'avoir des enseignants issus des disciplines et enseignant leur discipline. Pour que les universitaires de

médecine générale enseignent de la médecine générale, il faut que des contenus en lien avec les soins premiers soient prévus dans les programmes et items des futurs examens de deuxième cycle, au même titre que les contenus des autres spécialités.

L'augmentation de la place de la médecine générale dans le parcours de formation initiale théorique des futurs médecins et la refonte de la répartition des questions à décliner en deuxième cycle des études de médecine semblent nécessaires.

Intégrer naturellement la médecine générale dans la formation des étudiants passe par une réflexion sur les pratiques. Par exemple, il semble logique d'envisager que la partie du référentiel de connaissance concernant l'angine soit dévolue aux médecins généralistes, de même que son enseignement, car cette pathologie n'est pas prise en charge par les ORL.

Ainsi, plutôt que de répartir en silos par discipline toutes les questions et l'organisation de la formation, on pourrait envisager une **organisation des enseignements en fonction de la prise en charge en premier, deuxième ou troisième recours**. Cela faciliterait la compréhension par tous les étudiants des éléments du « carré de white » et des conséquences qui en découlent pour leur démarche diagnostique.

Certaines **compétences** sont particulièrement présentes en pratique quotidienne du médecin généraliste. On peut citer l'apprentissage de techniques de communication, l'éducation thérapeutique, mais sans doute bien d'autres aspects de la médecine également. Il semble pertinent que leur intégration dans le deuxième cycle pour tous les étudiants soit aussi portée par les enseignants de médecine générale.

La **recherche en médecine générale et en soins premiers** est en plein essor (observance, environnement médico-social, approche territoriale...). Pourtant cet aspect de la recherche et de la culture de la recherche est aujourd'hui quasiment absent de la formation des étudiants avant le troisième cycle. La double identification professionnelle en stage auprès des MSU et à la faculté auprès des généralistes pourrait autant faciliter le choix de la médecine générale qu'apporter une vision globale du système de santé. **Être confronté très tôt à des enseignants chercheurs de médecine générale** pourra aussi inciter à imaginer une carrière universitaire de médecine générale et à appréhender la diversité que représente cette spécialité à part entière.

Recommandations :

7. Faciliter et renforcer l'accès au statut de MSU.
8. Impliquer les médecins généralistes dans l'enseignement théorique, pour ce qui concerne leur pratique quotidienne plus que celle d'une autre spécialité.
9. Intégrer à l'apprentissage de la « culture de la recherche » l'approche de la recherche en soins premiers pour tous.

c- Les sciences humaines et sociales

Les enseignements de Sciences Humaines et Sociales (SHS) sont aujourd'hui présents dans les trois premières années des études médicales, et le sont particulièrement dans les UFR qui ont recruté des spécialistes des SHS.

Les SHS développent **l'ouverture d'esprit des étudiants**. Elles favorisent une démarche de réflexion et permettent d'appréhender les transformations de la médecine ainsi

que les enjeux humains, relationnels, éthiques, sociaux et politiques liés aux domaines du soin et de la santé.

Ces enjeux, qui concernent non seulement le praticien mais le citoyen, appellent une formation spécifique qui doit aller au-delà du bon sens moral et d'un « humanisme » supposé consensuel. Les SHS transmettent une capacité et des outils pour comprendre et analyser les situations complexes mais aussi pour se questionner sur le monde dans lequel cette médecine s'exerce. La réflexivité et les connaissances transmises par les SHS permettent **d'acquérir des compétences et des qualités professionnelles et humaines qui font partie intégrante de l'exercice médical** et qui importent aux patients et à la société.

Le deuxième cycle des études médicales est un moment clé pour le développement du professionnalisme. En effet, c'est lors de l'externat et à travers ce que les étudiants vivent lors de leur formation clinique qu'ils commencent à se forger une identité professionnelle. Ils apprennent peu à peu à contextualiser leurs connaissances, à faire avec la diversité et l'incertitude des situations. Ils rencontrent des modèles de rôles et d'organisations sur lesquels ils ont besoin de réfléchir.

Les enseignements de SHS prennent alors tout leur sens en s'articulant de manière de plus en plus précise aux pratiques. **Ils contribuent de façon décisive à mettre en perspective et à interroger ces expériences déterminantes.** Or, ils n'ont actuellement qu'une place embryonnaire dans le second cycle, en n'étant présents que de façon optionnelle, sans que les étudiants qui les choisissent puissent valoriser les compétences qu'ils y ont acquises.

Les SHS sont en première ligne pour aider les étudiants à développer, notamment, trois compétences majeures dans l'exercice du métier de médecin : la **réflexivité**, la **communication** et la **responsabilité** :

- À travers les enseignements de SHS, les étudiants acquièrent les notions élémentaires indispensables concernant les **fondements historiques, anthropologiques et épistémologiques de la santé et de la médecine**. Ils prennent conscience des **enjeux relationnels, juridiques, économiques et sociaux de l'exercice médical**. Ils sont capables de réfléchir par eux-mêmes sur ces fondements et ces enjeux, en tenant compte du fait que la santé et la médecine sont au carrefour de ces problématiques.
- Les étudiants sont encouragés à considérer l'autre et à s'en soucier, dans sa singularité et sa complexité. Les SHS permettent, par exemple en contribuant à des activités de mise en situation (simulation) ou par des approches narratives, de développer l'intelligence émotionnelle ainsi que des habiletés d'expression et de communication indispensables tant à l'enquête clinique qu'à l'information du patient, la décision partagée et l'accompagnement dans la vie avec la maladie. Elles permettent de développer une **approche centrée sur les patients**, qui ne méconnaît pas les inégalités sociales de santé et qui est capable de repérer, au-delà des différences culturelles, les similitudes et certains invariants humains.
- Les étudiants sont amenés à travers les SHS à développer leur réflexion sur la **responsabilité déontologique, éthique et sociale du médecin dans ses diverses missions** (de santé publique, de soin et de recherche) et dans l'horizon de la construction de la démocratie en santé, en faisant place aux **valeurs de l'accompagnement et de l'autonomie**. Les étudiants apprennent à entretenir des

collaborations interdisciplinaires et interprofessionnelles, qui sont déterminantes pour la réussite des parcours de soin des patients.

En résumé, **des enseignements de SHS sont indispensables dans le tronc commun du second cycle**, pour nourrir la réflexion à l'échelle de la relation médecin-patient mais aussi pour la prise en compte du contexte sanitaire, des enjeux politiques et des déterminants sociaux de la santé.

Ces enseignements permettent aussi aux étudiants de comprendre et de mieux se situer dans les transformations démographiques, épistémologiques et technologiques actuelles de la médecine, et de penser et d'élaborer leurs rôles et leurs interactions avec les patients, leur entourage, avec l'ensemble des professionnels de santé et la société. Les outils conceptuels de SHS les préparent à un **exercice professionnel indépendant, responsable et centré sur les patients**. Ils les encouragent dans leur **engagement pour la santé de la population**, à travers des choix d'exercices professionnels variés, équilibrés et porteurs de sens.

Recommandations :

10. Intégrer au tronc commun des enseignements de SHS pour enrichir l'appréhension d'un monde complexe par les étudiants.
11. Accompagner les facultés en difficulté dans le recrutement d'enseignants spécialistes des SHS.

Pour plus d'informations, consulter la contribution des enseignants de SHS en annexe 4.

2 – Proposition 2 : Organiser la refonte et la hiérarchisation des informations des référentiels

Les connaissances à acquérir lors du deuxième cycle des études de médecine sont définies dans l'arrêté du 8 avril 2013, qui fixe les 362 « items » distribués sur onze Unités d'Enseignement. Seulement, nous pouvons constater en pratique une **inflation majeure des connaissances attendues** des étudiants, atteignant un niveau d'hyper-spécialité témoignant d'une **confusion entre les objectifs de deuxième et troisième cycle**.

Un **référentiel national structuré et validé par tous** (grâce à l'implication commune des collèges de spécialité) est la clé de voûte d'une approche multi-niveaux (locale, régionale et nationale) fluide et ne créant pas d'inégalités. **La fonte drastique des référentiels est indispensable**, en recentrant les objectifs du deuxième cycle sur les connaissances « socles », avec les **key features** (*fondements indispensables*) et les notions éclairant la prise en charge dans n'importe quelle spécialité, en reléguant l'apprentissage de la spécialité au troisième cycle.

Recommandations :

12. Mettre en œuvre un travail coordonné des collèges de spécialité autour de la rédaction d'un référentiel national harmonisé.
13. Hiérarchiser les contenus pédagogiques selon la nécessité de leur maîtrise par n'importe quel étudiant (key feature, connaissances idéales pour la pratique de n'importe quelle spécialité, connaissances spécifiques à la spécialité)

La réduction de la quantité de connaissances à acquérir doit s'assortir d'une refonte des modalités d'enseignement dans les UFR. La quantité de cours magistraux doit être réduite au maximum, au profit d'enseignements privilégiant des **pédagogies innovantes** telles que les classes inversée, debriefing de cas cliniques, utilisation des ressources numériques (jeu sérieux par exemple), travaux de groupe...

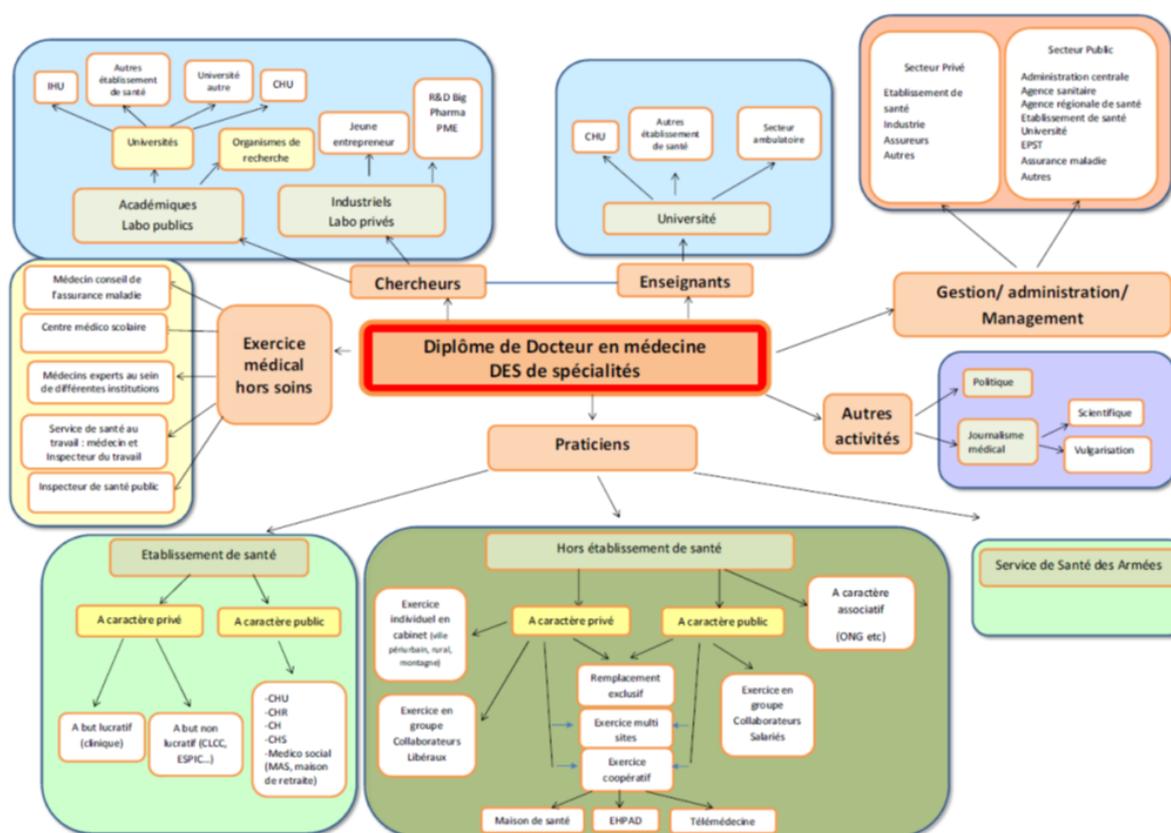
B – Affirmer le caractère professionnalisant de la filière

1 – Proposition 3 : Ouvrir aux différents modes d'exercice dès le premier cycle

Le deuxième cycle doit être préparé dès le premier cycle, et les deuxième et troisième années doivent conduire l'étudiant à connaître les différents modes d'exercice qui pourront ensuite guider son choix. **La confrontation quasi-exclusive de l'étudiant au monde hospitalier et plus particulièrement au CHU ne lui permet pas de découvrir les autres modes d'exercice** (voir schéma ci-dessous ou annexe 5).

En pratique, le système actuel est basé sur un apprentissage quasi-exclusif du métier de praticien en CHU, une découverte tardive et très minimale de l'exercice de la médecine générale en cabinet, omettant tous les autres métiers de praticiens, d'exercice hors soins, ou du métier de médecin-chercheur.

De même, l'**approche pluri-professionnelle** doit être beaucoup plus importante et appréhendée plus précocement dans le parcours. Des séances interactives avec les autres professions de santé devront être mises en place.



a – Au cours du DFGSM2

Le **DFGSM2** doit être une année beaucoup plus active dans l'approche des modes d'exercice avec de l'information dispensée aux étudiants et la généralisation de forums métiers. Concrètement, durant cette année, l'étudiant doit être mis en situation

professionnelle par l'organisation de stages de courte durée (deux semaines) dans deux domaines : la médecine générale et la responsabilité sociale.

➤ Stage en médecine générale :

Il est souhaitable que la première confrontation de l'étudiant avec les patients puisse se faire dans le cadre de l'exercice médical le plus courant, c'est à dire la médecine générale. Les objectifs du stage d'initiation en médecine générale seront de permettre à l'étudiant de découvrir :

- Le principal mode d'exercice de la médecine.
- La relation médecin-patient, les notions d'éthique, d'information, de respect du secret médical et de responsabilité.
- Les bases de l'interrogatoire et de l'examen clinique.
- La place du médecin généraliste au sein du système de santé et des parcours de soins.

➤ Stage en responsabilité sociale

Les UFR de médecine ont un rôle sociétal majeur : les objectifs de la formation des étudiants en médecine font référence à l'acquisition de connaissances scientifiques et médicales mais également de compétences qui constituent le socle de l'exercice médical futur. L'étudiant doit, au cours de son cursus, suivre une démarche intellectuelle à la fois holistique et analytique pour appréhender la complexité (biologique, clinique, psychologique, sociale) du patient et de la maladie. Il doit aussi appréhender les évolutions économiques, environnementales et culturelles susceptibles d'influencer les conditions de santé.

C'est le rôle des UFR de sensibiliser et de former les étudiants à ces questions : l'étudiant en médecine, doit ainsi comprendre le rôle qu'il sera amené à jouer en tant que futur professionnel de santé dans la société.

L'objectif d'un stage en responsabilité sociale sera de **sensibiliser l'étudiant aux situations d'inégalités sociales et de santé**, et de **comprendre le rôle des associations** ou organismes qui contribuent à les réduire, et avec lesquels, futur médecin, il collaborera. Ce stage aura lieu dès la deuxième année au sein de structures associatives, de structures médico-sociales (centre de jour, EPHAD, structures d'accueil de personnes en situation de vulnérabilité, de précarité, d'exclusion sociale ou de handicap) et bénéficier d'enseignements sur la structuration des acteurs médico-sociaux.

b – Au cours du DFGSM3

Pendant le DFGSM3, l'étudiant doit découvrir les principaux modes d'exercice de la médecine. Cette découverte passe par des stages pouvant se superposer, ou non, avec les stages d'apprentissage de la sémiologie.

- Le métier de **praticien** dans sa diversité, i.e. en établissement de santé et hors établissement de santé, étroitement lié, ou non, à un plateau technologique.
- Le métier de **médecin non praticien**, e.g. médecin du travail, médecin en informatique médicale, médecin inspecteur de santé publique, médecin expert, etc.
- Le métier de **médecin-manager**.
- Le métier de **médecin enseignant-chercheur**.

Recommandations :

14. Implémenter des stages courts de découverte de la médecine générale et de la responsabilité sociale en deuxième année.
15. Articuler avec l'approche sémiologique (voir A.1) des stages de découverte des modes d'exercice en troisième année.

c – Service sanitaire

Un service sanitaire doit se mettre en place, à la demande du Président de la République, et fait lui-même l'objet d'une mission spécifique menée par le Pr. Loïc Vaillant. Les étudiants acceptent le principe de ce service qui met l'accent sur la **prévention** et considèrent qu'il doit s'effectuer après un temps de **formation théorique** aux grands enjeux de santé publique et de **formation pratique** aux compétences de communication nécessaires pour qu'ils soient aptes à en faire un retour « professionnel » aux personnes qu'ils rencontreront : employés, collégiens-lycéens, citoyens...

Une **approche collective** en **mode projet** avec des étudiants plus jeunes (DFGSM) et plus expérimentés (DFASM) pourrait ainsi amener à valider son service sanitaire tout au long des études et donner une souplesse au système.

2 – Proposition 4 : Diversifier l'offre de stages lors du deuxième cycle

Pour permettre aux étudiants de deuxième cycle de rencontrer un maximum de modes d'exercice différents, il faut diversifier de manière importante l'offre de stages de deuxième cycle. La première condition est une réorganisation du temps de stage.

a – Augmenter qualitativement le temps de présence en stage

La généralisation, autant que possible, des **stages à temps complet**, plutôt qu'une présence le matin seulement, permettrait une meilleure intégration de l'étudiant au sein de l'équipe, une meilleure compréhension de la prise en charge des patients, et une participation aux activités autres que la visite, telles que les staffs, les consultations, etc. **L'étudiant pourra ainsi mieux appréhender l'ensemble des activités de la pratique médicale.** Les périodes hors stages seraient consacrées non seulement à l'acquisition des connaissances, mais aussi aux autres approches valorisantes du parcours de l'étudiant.

Recommandation :

16. Favoriser, autant que possible, le passage à une organisation des stages en « temps complet » en adaptant le reste de la formation afin qu'elle reste équilibrée.

b – Favoriser une diversité des terrains de stage

Diversifier l'offre de stages est primordial afin qu'elle reflète mieux les différents modes d'exercice de la médecine. Au-delà d'ouvrir des stages dans les **cabinets de ville (toutes spécialités de ville)**, l'accueil des étudiants au sein des **Centres Hospitaliers non universitaires** doit leur permettre d'apprendre le métier de praticien en établissement de santé dans sa diversité d'exercice. L'étudiant doit également pouvoir apprendre l'exercice de la médecine dans les structures médico-sociales, les dispensaires, centres de santé (dont

MSP), PMI, l'exercice de la médecine scolaire, du travail, en industrie, des produits de santé, dans les médias médicaux...

➤ **Renforcer le rôle des Centres Hospitaliers dans l'accueil des étudiants**

Il est pertinent d'envisager une **augmentation des stages en Centre Hospitalier**, qui ont une réelle plus-value pédagogique. L'encadrement y est généralement de qualité, notamment en raison d'un taux d'encadrement plus favorable au compagnonnage. Par ailleurs, les situations cliniques rencontrées sont différentes et ces terrains participent à la promotion du lien hôpital-ville.

Plusieurs conditions doivent toutefois être réunies :

- Veiller à l'organisation des stages : **temps plein** (voir B.2).
- Assurer la **qualité pédagogique** des stages au même titre que ceux des CHU.

Recommandation :

17. Désigner au sein de chaque CME (de CH universitaire ou non) un référent pédagogique responsable du suivi des terrains de stage, de la politique d'accueil des étudiants et du lien avec la commission des stages et des gardes de l'UFR.

La **commission des stages et des gardes** de l'UFR est chargée de faire des propositions sur les lieux de stage et les modalités de leur évaluation, sur l'organisation, le contenu du carnet de stage, la formation des encadrants. Elle vérifie l'adéquation avec les objectifs de la formation : les projets pédagogiques de chaque lieu de stage lui sont soumis avant agrément. Dans une perspective de plus grande association des centres hospitaliers, **cette commission devra s'ouvrir à des représentants de ces établissements.**

Par ailleurs, il est nécessaire de reconnaître dans la durée le caractère pédagogique des stages en Centre Hospitalier, afin de permettre la définition d'un projet pédagogique pérenne. Ceci passe par :

- Une articulation réfléchie entre étudiants de deuxième et troisième cycle.
- La reconnaissance de l'investissement des Centres Hospitaliers dans la pédagogie, notamment par un fléchage de fonds provenant des Mission d'Évaluation, de Recherche de Référencement et d'Investigation (MERRI).
- L'affirmation de la mission pédagogique des Praticiens Hospitaliers (PH) au sein des équipes hospitalo-universitaires ou non, avec pour conséquence :
 - La redéfinition des équipes pédagogiques, animées par un ou plusieurs hospitalo-universitaire(s), autour d'un projet pédagogique commun.
 - La formation des encadrants non-universitaires.
 - Le cas échéant, la valorisation de la mission pédagogique des encadrants non-universitaires.

Recommandation :

18. Valoriser l'engagement des établissements et/ou des praticiens en faveur de la pédagogie, et encourager une coordination des acteurs de la formation autour du parcours de l'étudiant.

➤ **Promouvoir des stages « praticien » dans l'ensemble des spécialités**

Les stages « praticien » de deuxième cycle sont reconnus par les étudiants comme ayant une réelle plus-value pédagogique car la relation de compagnonnage qui se crée apporte une transmission de savoirs plus directe. Par ailleurs, la **promotion de ce mode d'exercice** est primordiale pour que les étudiants puissent appréhender en connaissance de cause leur orientation à l'approche du choix de DES.

La valorisation de ces stages doit passer par une ouverture du statut de Maître de Stages Universitaire (MSU) et pose la question de la gestion de la cohorte de MSU issus d'autres spécialités que la médecine générale, ne pouvant pas être recrutés et suivis par le Département de Médecine Générale de l'UFR.

Par ailleurs, un frein majeur au déploiement large de stages chez le praticien est la difficulté qu'ont un certain nombre d'UFR à recruter suffisamment de MSU. Dans certaines UFR, la réglementation imposant un stage de médecine générale chez un MSU pour chaque étudiant de deuxième cycle est actuellement impossible à appliquer en totalité. C'est pourquoi le recrutement de MSU est un prérequis inévitable pour développer cette offre de stages.

Recommandation :

19. Accroître de manière significative le nombre de MSU en déployant une politique d'attractivité autour du statut, en ciblant l'ensemble des spécialités.

➤ Permettre l'accueil des étudiants dans de bonnes conditions matérielles

La projection d'étudiants sur le territoire doit s'accompagner des outils nécessaires pour leur garantir des conditions d'accueil favorables. La mise à disposition d'un logement ou de financements permettant à l'étudiant de se loger est indispensable pour le bon déroulement du stage. Le cas échéant, des solutions alternatives comme la prise en charge des transports pourront se substituer. Il faut aussi privilégier, autant que possible, la préservation d'un contact intergénérationnel, par exemple en proposant aux étudiants de deuxième cycle d'être logés avec leurs aînés à l'internat.

Recommandation :

20. Garantir des solutions de logement, voire de transport, si besoin à l'aide de financements ad hoc, à destination des étudiants de deuxième cycle.

3 – Proposition 5 : Renforcer l'apprentissage et l'approche par compétences

Il faut rééquilibrer le deuxième cycle en valorisant l'acquisition de compétences, car il est actuellement trop centré sur les connaissances théoriques. Les compétences attendues qu'il convient de développer au cours du 2^e cycle ont été publiées dans le bulletin officiel du MESR n°20 du 16 mai 2013. Elles sont au nombre de sept, et sont déclinées en sous-compétences.

Ces **compétences génériques doivent être retravaillées** afin que les acteurs s'en saisissent. C'est l'objet d'un travail déjà engagé par la commission pédagogique de la Conférence des Doyens. **La revalorisation de ce référentiel de compétences est une des propositions de la mission deuxième cycle**, avec l'ajout d'une notion de **progressivité** de

l'acquisition des compétences pour permettre aux étudiants de mieux cibler leur apprentissage.

a – Approche pédagogique par compétences

➤ Définition d'une compétence

On retiendra celle de Jacques Tardif, communément admise, qui résume assez bien ses caractéristiques : « *Une compétence est un savoir agir complexe qui s'appuie sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes dans une famille de situations* ».

Cette définition renvoie les « savoir-faire », tels que les gestes techniques (par exemple « réaliser une ponction pleurale », « réaliser un frottis cervico utérin », « suturer une plaie superficielle »...) à des **ressources internes**. Ces dernières, de même que tous les « savoirs » à proprement parler (connaissances théoriques) et les « savoir-être » (attitudes du domaine social ou affectif), se combinent lors de la mise en œuvre de la compétence.

Ces différents savoirs ont vocation à être évalués, mais l'évaluation d'une **performance** (ce qu'on peut observer), sous forme d'**Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS)** par exemple, ne donnera qu'un aperçu parcellaire de la compétence.

Elle ne pourra donc pas se substituer à une évaluation plus complexe. La compétence a comme caractéristique de se construire et sa maîtrise demande du temps et l'exposition à des situations de complexité progressive. L'évaluation doit donc également s'adapter à cette notion de **progressivité**.

Ainsi, il faudra revoir avec les étudiants l'acceptabilité de la prise en compte de ces évaluations plus complexes au côté des ECOS dans le score de compétences du matching.

➤ Adapter la formation à l'approche par compétences

Une autre définition de la compétence proposée par Florence Parent et Jean Jouquan (Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé. De Boeck 2015) plus récemment est particulièrement adaptée au champ des professions de santé : « *Savoir agir adéquatement en milieu professionnel* »

La mise en situation professionnelle est en effet au cœur de l'apprentissage et de l'évaluation des compétences. Ainsi, les stages cliniques sont le lieu privilégié de l'acquisition et de l'évaluation des compétences.

Dans une approche par compétence, l'acquisition et l'évaluation des compétences en stage reposent sur la **rétroaction et le débriefing** effectués dans le cadre du **modèle de rôle** et/ou de la **supervision pédagogique** (directe ou indirecte) (annexe 6).

On peut ainsi envisager dans un premier temps de mettre à disposition de l'étudiant un **référentiel** lui indiquant à quelle période du cursus on attend qu'il maîtrise telle ou telle composante de chaque compétence (annexe 7). Les objectifs sont :

- De permettre à l'étudiant de cibler les acquisitions qu'il doit faire sur le lieu de stage.
- D'inverser le paradigme de l'étudiant attendant que les savoirs lui soient enseignés, pour rendre l'étudiant **acteur de sa formation** en lui donnant un certain degré d'autonomie dans l'acquisition de la compétence.
- De permettre à l'étudiant d'autoévaluer sa progression dans l'acquisition des compétences attendues.

Cette déclinaison de niveaux nécessite la mise en place d'un **groupe de travail sur le long terme** (à titre d'exemple, la construction des niveaux de compétences en Médecine Générale a nécessité neuf séminaires de deux jours).

Il sera nécessaire d'apporter du **contenu théorique** aux étudiants à la fois sur ce qu'est la compétence mais également sur les aspects théoriques de chaque compétence.

Il faut également se préparer à une **évaluation en situation** (pendant et à l'issue des stages) mais aussi à une **évaluation à distance de la situation**, développant une posture réflexive. Que ce soit au cours d'entretien individuel avec un superviseur, au cours d'un travail en groupe d'échange ou par le biais de travaux d'écriture clinique (voire médecine narrative), l'étudiant doit non seulement démontrer qu'il agit mais aussi selon quel processus il est arrivé à agir.

Ceci implique :

- De proposer des situations (cliniques ou non) pertinentes qui permettront à l'étudiant d'illustrer sa progression dans chacune des sept compétences, et d'être en mesure de l'observer dans ces situations (**supervision pédagogique**).
- De dégager un **temps réservé à l'enseignement** pour les enseignants en médecine, indépendant de l'activité de soins ou de recherche.
- D'être capable de lui faire un retour constructif (**rétroaction**) au cours d'un « **débriefing** » afin d'informer l'étudiant de la distance qu'il reste à parcourir entre ce qu'on a observé et la compétence visée dans le but d'en déduire des pistes de formation.
- De dispenser une **formation pédagogique aux enseignants** sur les notions de compétences, rétroaction, supervision, débriefing, prescription pédagogique, guidance... La formation pédagogique des enseignants devrait s'effectuer dans l'idéal par la validation d'un diplôme de pédagogie médicale.

Un module d'initiation à la pédagogie médicale centrée sur la notion de compétence clinique pourrait être proposé à tous les enseignants en e-learning. Il pourrait se décliner selon le programme suivant :

- Compétence clinique : définition, caractéristiques et implications pour la formation médicale.
- Apprentissage des compétences en contexte clinique : modèle de rôle – rétroaction – débriefing.
- Évaluation des compétences : principes et outils d'évaluation.

Recommandations :

21. Former les enseignants à l'approche par compétences.
22. Mettre à dispositions des étudiants un référentiel de compétences définissant une progressivité dans l'acquisition de chaque compétence.

b – Dispositifs standardisés d'évaluation des compétences

Les dispositifs standardisés d'évaluation des compétences reposeront sur une **évaluation continue qualitative, au fil de l'eau sur le lieu des stages pratiques**, et sur une **évaluation finale quantitative, dont la note contribuera à la procédure de « matching » entre les choix des étudiants de second cycle et les postes d'internes ouverts** (voir D.2).

➤ Évaluation continue des compétences

Il est impératif que cette évaluation utilise les mêmes critères (dans leur version qualitative) que l'évaluation finale si l'on souhaite que les étudiants s'y investissent pleinement. Ainsi, cette évaluation pourra être présentée tant comme un outil de développement progressif des compétences que comme un entraînement à l'évaluation finale participant au classement national (à l'instar des conférences d'entraînement sur SIDES actuellement pour l'évaluation des connaissances).

Cette évaluation reposera sur les principes pédagogiques de supervision, rétroaction et débriefing. Elle comportera 2 dimensions :

- Une **supervision indirecte** (exposé de l'externe et débriefing de l'enseignant) à la fin de chaque stage à partir d'un support de débriefing (annexe 8) comprenant deux parties :
 1. Une première partie remplie par l'étudiant, dans laquelle il décrit, pour chacune des sept compétences, la situation rencontrée pendant son stage qui selon lui l'illustre le mieux
 2. Une seconde partie remplie par l'étudiant en auto-évaluation et par l'enseignant pendant le débriefing en présence de l'étudiant, à partir de la première partie.
- Une **supervision directe** (observation en temps réel de l'étudiant pendant une activité clinique en stage) sur les compétences cliniques minimales, spécifiques du stage et à définir par le maître de stage. L'évaluateur utilisera un support de débriefing similaire à celui utilisé pour la supervision indirecte, centré en particulier sur les compétences « Clinicien » et « Communicateur » (annexe 9).

Ces deux supports constitueront les **traces d'apprentissage et d'évaluation** qui seront consignées dans un **Portfolio Numérique d'Apprentissage (PNA)**. L'analyse du portfolio (validation des niveaux de compétences attendus) déterminera la validation des stages à la fin de chaque année et la validation du second cycle.

Il semble opportun de profiter de la mise en place du portfolio de deuxième cycle pour penser celui-ci en continuité avec le portfolio de troisième cycle et le DPC, de façon à tendre vers un **portfolio unique** suivant le professionnel du début de sa formation à la fin de sa carrière.

➤ Évaluation finale des compétences

Elle s'effectuera par un **examen oral** en présence d'un **jury composé d'au moins 2 examinateurs tirés au sort** parmi les enseignants de la région ou de l'inter-région (selon les effectifs) **de telle façon qu'un examinateur ne puisse pas évaluer un étudiant de sa propre faculté**. Les examinateurs ne connaîtront pas le nom des étudiants qu'ils auront à évaluer. Le score quantitatif de l'évaluation finale est pris en compte dans la régulation par « matching » à l'issue du deuxième cycle.

▶ Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS)

L'évaluation par ECOS doit permettre d'évaluer les savoirs de l'étudiant mobilisé dans un panel de situations cliniques données. Ce mode d'évaluation standardisé doit permettre à

l'étudiant de reproduire les attitudes et aptitudes acquises au long des stages, et ainsi démontrer sa capacité à mobiliser ses compétences dans des circonstances données.

Ces ECOS pourront intégrer différents aspects des compétences attendues d'un étudiant de fin de deuxième cycle, notamment les aspects « clinicien » et « communicateur ».

► Analyse du portfolio

Elle pourrait se dérouler sous forme d'épreuves orales similaires aux séances en supervision indirecte. L'étudiant devrait présenter, pour chacune des 7 compétences, la situation rencontrée au cours de ses stages en second cycle la plus illustrative de sa progression. Les situations seraient choisies parmi celles qui auront été consignées dans le portfolio.

Les examinateurs utiliseraient les mêmes critères d'évaluation que les maîtres de stage en supervision indirecte. L'évaluation de chaque sous-compétence serait quantitative (*de type échelle de Likert à 5 niveaux par exemple*) permettant au final de calculer un score qui sera la moyenne des scores donnés par les 2 examinateurs (annexe 10). Un outil de notation en ligne pourra être proposé pour procéder au calcul automatique du score.

Il faudra revoir avec les étudiants l'acceptabilité de la prise en compte de ces évaluations plus complexes au côté des ECOS dans le score de compétences du matching.

Recommandations :

23. Mettre en place une évaluation au fil de l'eau des compétences grâce à un Portfolio Numérique d'Apprentissages.
24. Évaluer en fin de DFASM3 les compétences de l'étudiant à l'aide d'ECOS pour intégrer ce score de compétences au matching.

4 – Proposition 6 : Mieux impliquer et reconnaître les étudiants en stage

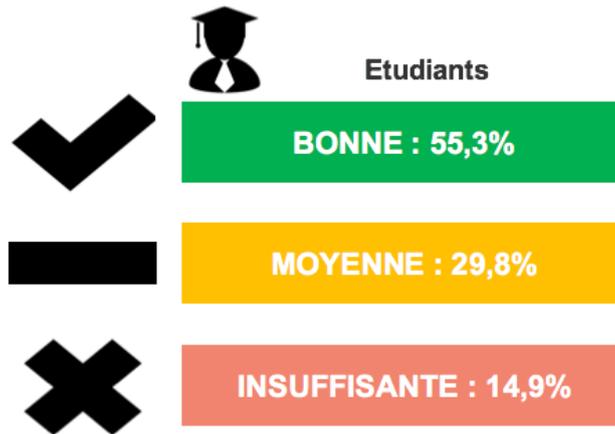
Le doublement du numérisé en quinze ans s'est répercuté sur le deuxième cycle, qui est passé de 13 400 étudiants en 2002 à 25 600 en 2014. Les flux d'étudiants accueillis dans les services, largement augmentés, entraînent aujourd'hui des tensions au niveau du potentiel d'encadrement des stages, qui n'a pas suivi cette évolution.

La qualité de l'accueil des étudiants en stage a de fait subi les conséquences de cette tension, et la satisfaction des étudiants à son égard en a également fait les frais.

► Accueil des étudiants en stage

Un travail commun a été mené par la FHF et l'ANEMF auprès des conférences concernées par l'accueil des étudiants en stage. Une charte d'accueil des étudiants de deuxième cycle a ainsi été signée en mai 2017, affichant 10 objectifs (annexe 11).

Evaluation de la qualité de l'accueil en stage par les étudiants- source enquête FHF-Arthur Hunt sur la GRH médicale, 2017



L'accueil des étudiants se joue à deux échelles : celle de l'**établissement** (accès au système d'information, aux infrastructures de l'établissement, explication du fonctionnement général de la structure...) et celle du **service** (explication des objectifs du stage, présentation du fonctionnement du service...).

Recommandation :

25. Généraliser l'accès pour tous les étudiants de deuxième cycle au système d'information de l'établissement, avec un compte propre aux autorisations d'accès adaptées.

➤ **Évaluation des stages**

Évaluer les stages est une étape indispensable pour en améliorer le déroulement. Les lieux de stage font l'objet d'un agrément et d'un suivi par l'UFR, et sont évalués par les étudiants. L'exploitation de ces résultats reste cependant dans l'ensemble limitée.

Un des objectifs de la charte signée par l'ensemble des conférences vise ainsi à **améliorer l'appropriation des résultats de cette évaluation** :

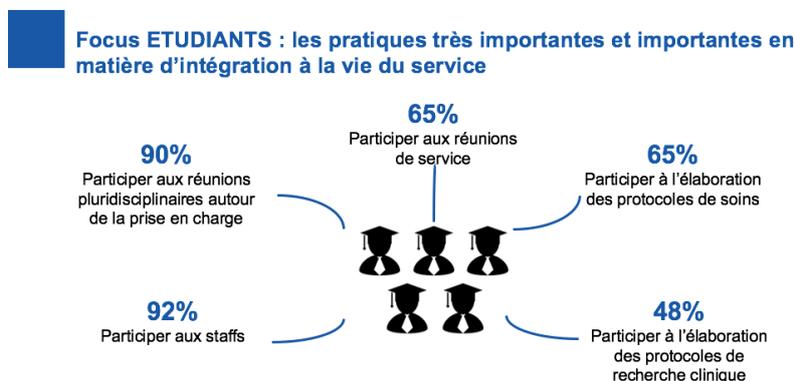
- L'évaluation pédagogique des stages doit faire l'objet d'un échange et d'une analyse partagée en vue d'une **présentation formelle par les étudiants et les responsables pédagogiques en CME**.
- La participation des étudiants à la CME doit être à ce titre encouragée et accompagnée.
- La dispensation des agréments de stages doit suivre une procédure plus rigoureusement basée sur le projet pédagogique et l'évaluation gérée par les étudiants.
- Une évaluation des stages, indépendante des facultés, devra également servir à l'analyse de la réforme, éventuellement avec l'aide d'outils nationaux déjà en place (GELULES...).

Recommandation :

26. Adopter dans l'ensemble des UFR des outils d'évaluation des stages indépendants des facultés.

➤ Place de l'étudiant de deuxième cycle en stage

Evaluation de la qualité de l'accueil en stage par les étudiants- source enquête FHF-Arthur Hunt sur la GRH médicale, 2017



Agir en situation est un des meilleurs moyens d'acquérir des compétences. C'est d'ailleurs une volonté des étudiants que d'être **mieux intégrés dans l'équipe de soin**, notamment en participant aux différentes réunions des services.

Cependant, la place de l'étudiant de second cycle est difficile à définir a priori, tant elle dépend du terrain de stage, de l'étudiant lui-même ainsi que des stages qu'il a déjà effectués. La proposition 4 (voir B.2) donne un levier primordial à des avancées sur le sujet : la dotation d'un agrément pour les stages de second cycle, nécessitant la formulation d'un **projet pédagogique pour chaque terrain**, permet de cadrer plus spécifiquement les missions de l'étudiant en médecine dans chaque stage.

Ainsi, la commission des stages et des gardes devient l'organe accompagnant les terrains de stage afin qu'ils trouvent la meilleure place pour l'étudiant de second cycle en leur sein (rédaction du dossier clinique à partir des informations recueillies, médecine narrative, prescription médicamenteuse et de soins de support supervisée, conciliations médicamenteuses et éducation thérapeutique...).

Recommandation :

27. Créer un agrément de stage de deuxième cycle basé sur l'existence d'un projet pédagogique et nécessitant un suivi rigoureux par la commission des stages et des gardes.

5 – Proposition 7 : Généraliser la création de cellules « Initiative Territoire »

Une **cellule « initiative territoire »** au sein de chaque UFR doit pouvoir informer l'étudiant des possibilités d'installation dans la région, des différents modes d'exercice et l'accompagner pendant ses études. Ce paragraphe reprend les points principaux du groupe « initiative territoire » dirigé pour la conférence des doyens par le Pr. Patrice Diot (annexe 12).

L'objectif est d'accompagner les étudiants dans les UFR dans leur approche professionnelle et en liaison avec le territoire. Les cellules « initiative territoire » se réuniront **une fois par an** avec pour objectifs de :

- Définir les enjeux des territoires en amont des commissions de répartition.
- Informer et accompagner les étudiants dans leur parcours professionnel.
- Promouvoir la maîtrise de stage universitaire afin d'enrichir les possibilités d'encadrement en milieu libéral dans le maximum de spécialités.
- Faire converger le nombre de postes d'internes ouverts dans une subdivision avec le numerus clausus de la PACES de ladite subdivision, en étant très attentifs, dans tous les cas, à ne pas aller au-delà des capacités de formation.

a – Au premier cycle

Les leviers d'action identifiés au niveau du premier cycle relèvent de la **diversification des étudiants**, la **découverte précoce de l'exercice de la médecine** (voir B.1) et l'intégration de la **pluri-professionnalité**.

Recommandations :

28. Faciliter l'accès aux études de santé en partenariat avec les collectivités locales.
29. Diversifier les modalités d'entrée dans les études de santé.
30. Mettre en place des stages de découverte de la médecine générale dès le premier cycle.
31. Permettre la découverte des CH non universitaires lors de stages de premier cycle.
32. Encourager des enseignements pluri-professionnels lors du premier cycle.

b – Au deuxième cycle

Les leviers d'action identifiés au niveau du deuxième cycle sont relèvent d'une **intégration plus importante des étudiants dans des stages diversifiés**, de la **définition de thématiques d'enseignement en rapport avec les besoins du système de santé** ou encore de la **promotion d'un encadrement par des professionnels plus variés et mieux formés**.

Recommandations :

33. Créer des enseignements basés sur des thématiques prioritaires nationales et locales, avec l'appui de structures territoriales comme l'Ordre ou les URPS.
34. Investir dans l'accueil et l'hébergement des étudiants, avec l'appui des collectivités territoriales.
35. Promouvoir l'engagement étudiant sous toutes ses formes.
36. Faciliter l'accès à des formations en pédagogie médicale, et valoriser la mission pédagogique des PH.
37. Créer dans les facultés un département des maîtres de stage recrutant, formant et gérant la cohorte de maîtres de stage, quelle que soit leur spécialité.

Le CESP doit rester un levier pour accompagner des étudiants particulièrement motivés sur un mode d'exercice et sur un territoire. **D'autres approches incitatives peuvent être mises en place, en particulier lors du « matching » avec un bonus territoire.**

C – Adapter la formation pour une meilleure orientation des étudiants

1 – Proposition 8 : Accompagner les étudiants dans la personnalisation de leurs parcours.

Les études de médecine sont l'objet d'une **orientation beaucoup trop passive** due notamment à l'échéance des ECNi, seul déterminant des perspectives professionnelles de l'étudiant. Pourtant, le deuxième cycle ouvre sur 44 portes d'entrées différentes dans le troisième cycle : l'orientation et la personnalisation de parcours doivent permettre à chaque étudiant de faire un choix de DES en connaissance de cause afin de limiter au maximum les discordances entre postes et projets.

L'accompagnement des étudiants, à l'aide de **bilans d'orientation précoces et itératifs**, est indispensable pour faciliter la personnalisation de leur parcours en fonction de leurs désirs et habiletés. Ceci dit, la possibilité d'un droit au remord et de passerelles en cas d'hésitation ou de changement d'orientation reste fondamentale. L'ensemble de la mission s'accorde pour rester dans une **approche large du choix de l'étudiant à ce stade des études**. Il ne s'agit en aucun cas d'une spécialisation précoce mais d'un accompagnement de la réflexion des étudiants et de la coloration de leur parcours tout au long de leurs études.

a – Objectifs de l'accompagnement

L'**objectif principal** de cette démarche est de faciliter les choix d'orientation de l'étudiant, au départ entre des groupes de disciplines (*plus simples à identifier, tels que : chirurgie, spécialités médicales, imagerie, ...*), puis à les affiner pour déterminer les vœux d'orientation à l'issue du deuxième cycle entre les 44 DES composant le troisième cycle.

Cette démarche d'orientation aura également des **objectifs secondaires**, directs ou indirects :

- Identifier les avancées de l'étudiant au-delà des seules connaissances et compétences génériques.
- Exposer la nécessité de l'orientation aux étudiants et initier dès lors une forme d'orientation démographique (car corrélée aux besoins de santé) plus progressive que celle actuellement en vigueur.
- Valoriser les valeurs transversales de la médecine au delà d'un choix de spécialité.
- Encourager des projets d'orientation dirigés vers des spécialités pour lesquelles il existe un besoin de santé particulier.
- Faire comprendre qu'une réorientation est possible au cours d'une carrière.

Ainsi, ce processus permet de sortir d'une vision exclusivement « spécialité centrée » et d'y intégrer la diversité des exercices et des métiers, ce que permet l'**approche par mode d'exercice**. La découverte des modes d'exercice lors du premier cycle doit encourager l'étudiant à se projeter dans ceux-ci lors de la construction de son projet d'orientation au deuxième cycle, notamment en lui permettant de choisir d'orienter la personnalisation de son parcours vers un mode d'exercice donné.

b – Instaurer un suivi individualisé de l'orientation

Le suivi de l'orientation doit faire l'objet de **plusieurs bilans tout au long du cursus**, pouvant prendre plusieurs formes : entretiens, questionnaires, analyse du PNA, tutorat, ... Certains points du cursus semblent incontournables :

- Point « d'entrée » : fin de DFASM3.
- Points d'orientation : en DFASM1 et en DFASM2.
- Point « de sortie » : en DFASM3.

Un tel suivi nécessite des ressources numériques (voir C.2) et **humaines**. En effet, il apparaît nécessaire de mettre en place des conseillers d'orientation (psychologues de formation ou médecins-tuteurs ?) et une commission de suivi dans chaque faculté pour les dossiers de projet professionnel plus difficiles ou particuliers, ou pour les cas où un changement de tuteur serait nécessaire. Les scolarités devront pouvoir s'organiser pour permettre une autonomie de l'étudiant dans la création de sa maquette d'apprentissage (stages choisis, ordre de passage des unités d'enseignements...) à l'instar de ce qui existe en Amérique du Nord par exemple.

Ces propositions sont connexes de celles qui seront probablement formulées par la mission sur le bien-être des étudiants en santé menée par le Pr. Donata Marra : en effet, les champs de l'orientation et de la personnalisation du parcours sont parfois très difficiles à dissocier de la question du suivi psychologique d'étudiants en situation de difficulté. Il semble donc assez complexe de ne pas inclure dans une structure faisant le suivi des projets d'orientation une composante psychologique ou de remédiation.

L'expérience du B.I.P.E (Bureau Interface Professeurs Etudiants) que le Pr. Donata Marra dirige à la faculté de médecine de l'Université Paris 6 est une initiative remarquable. L'accompagnement fait aux étudiants, sur les champs d'orientation mais aussi sur des aspects plus personnels, donne des perspectives fondatrices dans l'avènement des parcours personnalisés.

➤ Identifier les motivations et expériences des étudiants

L'étudiant doit avoir la possibilité de formuler, dès le premier cycle, des **motivations** et des **expériences** :

- Motivations du choix du cursus médical / de l'exercice de la médecine.
- Éventuels autres projets professionnels envisagés.
- Autres expériences documentées, individuelles ou collectives.
- Attraction ou répulsion pour une spécialité ou un mode d'exercice donné, et facteurs l'expliquant.
- Facteurs ayant guidé le choix de l'UFR.

Ces informations serviront de base à la construction du projet professionnel. Elles pourront bien évidemment être amenées à changer au fur et à mesure que l'étudiant progresse dans sa formation.

➤ Évaluer la cohérence des projets

Il faudra aider l'étudiant à **mettre en cohérence ses désirs et ses habiletés**, de telle sorte qu'il puisse construire un projet réaliste, en regard de ses capacités mais aussi des besoins du système de santé. **Cette approche n'est pas coercitive**, mais s'appuie sur l'analyse du PNA, du parcours pédagogique accompli, des notes aux examens facultaires ou sur d'autres outils d'évaluations pouvant être très divers (entretien, mise en situation, ...).

➤ Aménager le parcours de formation de l'étudiant

Il apparaît primordial de permettre une personnalisation des parcours de formation selon quatre principes :

- Le choix des stages d'externat en prenant en compte les volontés de l'étudiant et la cohérence par rapport à son projet (dans un esprit d'harmonie pour permettre à tous les étudiants d'une faculté d'avoir le même nombre de stage dans les terrains particulièrement souhaités)
- L'identification et la facilitation de projets cohérents correspondant à des besoins de santé existants.
- L'aide à la découverte de modes d'exercice, de cursus ou de spécialités plus tardive.
- L'encouragement de parcours diversifiés ciblés, ceux-ci étant devenus plus limités au troisième cycle.

Recommandations :

38. Généraliser des structures d'écoute et d'aide à la personnalisation de parcours à l'image du B.I.P.E.
39. Accompagner la construction du projet professionnel en jalonnant le cursus universitaire d'étapes d'orientation permettant d'ajuster la personnalisation du parcours étudiant.
40. Permettre aux étudiants d'organiser leurs enseignements et leurs stages en fonction de leur projet professionnel (dans la limite de l'organisation possible dans chaque faculté).

c – Les prérequis d'un suivi fonctionnel

La mise en place d'un suivi efficace nécessite plusieurs **prérequis** :

- Fournir à l'ensemble des étudiants une **information sur les parcours** (spécialités, modes d'exercice, ...) claire et documentée, provenant de sources multiples, affichant les enjeux politiques actuels et dépassant l'angle du salaire moyen. Ceci pourra être réalisé grâce à l'organisation de **Forums des Métiers de la Santé**.
- Expliquer clairement à toute la communauté universitaire les rouages de la personnalisation de parcours et son implication dans le matching.
- Faire bénéficier chaque étudiant de l'**encadrement par un tuteur professionnel** identifié (HU par défaut, possiblement n'importe quel professionnel s'il est identifié et engagé auprès de l'UFR).
- Informer de l'existence de passerelles, de changements de spécialités ou d'exercice en cours de carrière, ...

Recommandation :

41. Établir à grande échelle des stratégies d'information exhaustives sur les parcours possibles.

d – Les limites et pistes de réflexion

Il existe un certain nombre de limites à l'approche proposée. Pour commencer, les données factuelles permettant d'orienter et personnaliser un parcours au cours du deuxième cycle des études de médecine sont rares, et proviennent pour l'essentiel du Royaume Uni et

de l'Amérique du Nord (USA, Canada), sans qu'elles puissent être directement extrapolées à la France (annexe 13).

Ainsi, il existe de ce point de vue une opportunité – une nécessité – de mener une **recherche structurée**, qui pourrait être placée sous les auspices de l'ONDPS, des représentations des étudiants et de la Conférence des Doyens.

De plus, le modèle actuel est à l'origine d'**incertitudes** sur :

1. La capacité des étudiants à s'orienter plus précocement.
2. La capacité des disciplines ou spécialités à définir les compétences ou les profils requis pour les exercer, ainsi que la pertinence et la performance des critères de choix.
3. La concordance entre le choix et la satisfaction du choix, c'est-à-dire entre la représentation et la réalité du métier.

Par ailleurs, la volonté de personnalisation du parcours lors du deuxième cycle ouvre plusieurs questions :

- Quel **degré de liberté** pour cette personnalisation ? Doit-on proposer des parcours préconstruits et s'y limiter, ou la construction de parcours sur mesure est-elle réalisable en pratique ?
- Sa mise en place suppose une acceptation large de son principe et de ses enjeux par l'ensemble des acteurs de la formation et de l'exercice (hôpitaux, administrations centrales, etc).

Dans ce contexte, il sera pertinent d'ouvrir des perspectives de recherche sur ce domaine :

- Opportunité d'une **enquête nationale sur les aspirations des étudiants et les expériences des jeunes spécialistes**, les données extranationales ne pouvant être directement corrélées à la France.
- Développer une **recherche prospective longitudinale** permettant une évaluation à distance de la réforme et de ses outils.

Recommandation :

42. Faire de l'accompagnement à la création personnalisée de parcours un sujet de recherche, afin de permettre une évaluation des pratiques et leur amélioration a posteriori.

2 – Proposition 9 : Mettre à profit l'outil numérique en tant que support pour l'étudiant

Les propositions de la mission placent l'étudiant au centre d'un processus d'apprentissage professionnalisant basé sur une approche par compétences. L'enjeu est de concilier des formations personnalisées mais cohérentes, étant donné la diversité des métiers et des modalités d'exercice, avec la mise en place d'un outil de gestion de flux répondant aux besoins de la collectivité : seule l'**utilisation à l'échelle nationale du numérique** permet de mener à bien ce défi.

Les facultés de médecine dans leur ensemble partagent une expérience numérique commune réussie à travers la **plateforme nationale SIDES** qui permet aujourd'hui de réaliser des examens et des entraînements dématérialisés sur tablettes ou sur ordinateurs.

Le schéma organisationnel autour d'une plateforme commune qui allie partage de contenu et autonomie de chaque faculté a fait ses preuves et encourage l'ensemble de la

communauté, portée par la conférence des Doyens, à considérer le numérique comme un outil structurant à l'échelle nationale, capable d'accompagner de nouvelles réformes.

Le GIP UNESS.fr, université numérique thématique en santé et sport est l'opérateur national des universités pour les formations en Santé. Il est donc possible, pour tous les acteurs, de s'appuyer sur cette structure afin de dépasser le cadre de l'évaluation (SIDES) et afin d'accompagner les réformes en cours (comme c'est le cas pour la réforme du troisième cycle des études médicales) ou à venir.

Afin de répondre à tous les besoins numériques du 2ème cycle, tant au niveau local qu'au niveau national, l'outil SIDES existant, qui se limite aujourd'hui à l'évaluation, doit **évoluer vers un Environnement Virtuel d'Apprentissage pour le 2ème cycle (EVA-2C)**.

➤ Diffusion de ressources pédagogiques

Un contenu de formation de qualité et actualisé régulièrement est un élément essentiel. Le numérique permet **la construction et la mise à jour collaborative** de ces contenus, facilite **l'accessibilité** et permet la mise en place d'**approches pédagogiques innovantes**, telles la "classe inversée" qui est parfaitement adaptée à la formation théorique.

➤ Personnalisation active de parcours

Chaque étudiant doit être équipé d'un espace personnel numérique afin de lui permettre de colliger ses traces d'apprentissages. Cet espace doit être à la fin un recueil d'informations tangibles (notes d'examens, évaluations de stage, performances en simulation, certificats...) mais aussi un espace d'expression (réflexif) destiné à structurer son parcours vers une activité professionnelle visée. Nous proposons le terme de **Portfolio Numérique d'Apprentissage (PNA)** pour désigner cet espace numérique personnel.

➤ Interface enseignants-étudiants

L'approche par compétences repose sur des échanges riches et structurés, sur le terrain de stage et en dehors, entre les enseignants et les étudiants. Le numérique facilite cette médiation en permettant un **suivi individuel de chaque apprenant** et un **travail partagé de l'ensemble des formateurs autour d'un étudiant**. La continuité du suivi est donc assurée tout au long des parcours et l'apprentissage progressif des compétences est rendu possible.

➤ Régulation des flux

Il est possible de mettre en place un environnement numérique structuré qui offrirait aux UFR une autonomie maximum tout en gardant une trame commune avec les autres centres, afin de permettre une **simulation du projet de chaque étudiant**. Pour cela un environnement numérique partagé à l'échelle nationale s'impose.

Il sera ainsi possible de maîtriser davantage les flux en inscrivant, tôt dans les parcours de formations, les projets professionnels élaborés par chaque étudiant.

➤ Évaluation de la formation et recherche

La démarche qualité dans le cadre de la formation s'impose comme une dimension essentielle en particulier dans un système complexe, comme la formation des médecins, qui implique de nombreux acteurs sur une longue période. Le numérique permet de suivre des indicateurs au fil de l'eau.

De plus, la **recherche en pédagogie** est essentielle afin de faire évoluer les pratiques. Cette activité peut constituer aussi une source de valorisation importante des enseignants-chercheurs.

3 – Proposition 10 : Valoriser les parcours spécifiques et favoriser l'engagement vers des doubles parcours

Repenser le deuxième cycle en médecine est une chance qu'il faut saisir pour **diversifier de façon plus reconnue et plus officielle les profils de médecins**. Les enjeux actuels exigent que l'on puisse redynamiser la formation médicale pour former les acteurs du système de santé de demain : il faudra des médecins cliniciens, c'est certain, mais il faudra aussi des médecins chercheurs pour continuer à faire progresser la santé, des médecins formés au management pour gérer et repenser l'organisation des structures de soin, des médecins formés à la communication, à la politique ou au droit pour participer aux décisions de santé publique, des médecins formés à l'entrepreneuriat pour faire exceller la France dans son ambition et son innovation en santé ou encore des médecins formés aux sciences humaines, pour veiller aux décisions prises, et ramener les médecins toujours à l'humain et à son ancrage dans une société moderne.

Il faut donc saisir cette opportunité pour modifier la « culture » de la formation médicale unique et encourager les étudiants à se saisir pleinement de leur formation, à être ambitieux dans leur parcours mais aussi pour le système de santé qu'ils intègrent.

a - Équivalences Master 1

Dans un esprit de diversification des profils et des parcours professionnels, il semble nécessaire de ne pas seulement favoriser les enrichissements de parcours au-delà du tronc commun médical (*recherche, management, économie...*), mais également d'en **valider le niveau**.

En effet, si l'esprit de la réforme se fonde sur un encouragement de l'investissement par les étudiants de notions annexes au tronc commun médical, celles-ci peuvent correspondre à **différents niveaux d'engagement** :

1. Un **niveau « découverte »** de notions illustrant un intérêt de l'étudiant pour les éléments étudiés dans le but de nourrir une culture riche et variée importante dans l'exercice médical.
2. Un **niveau « approfondissement »** marquant plus fortement la volonté de l'étudiant de s'impliquer dans ce domaine.
3. Un **niveau « expert »** traduisant un profilage précoce vers une activité particulière pour laquelle l'étudiant s'investit massivement et prioritairement.

Le premier niveau s'apparente aux **suppléments au diplôme**, peut déjà être valorisé dans le cursus et le matching et permet à chacun d'explorer des champs qui le sensibiliseront, lui permettant par la suite de réinvestir la culture acquise dans le cadre de collaborations professionnelles par exemple.

Le deuxième niveau doit donner lieu à une **délivrance d'équivalents Master 1**, validant réellement l'investissement de l'étudiant dans une direction et facilitant une utilisation de ce parcours pour validation d'acquis (orientation hors médecine) ou comme marqueur attractif d'un profil particulier (matching ou embauche).

Enfin, le troisième niveau s'apparente à un véritable **double cursus** (M2 voire PhD) qui peut être valorisé selon le paragraphe suivant.

La validation d'équivalents Master 1 est un enjeu crucial pour l'**orientation** de l'étudiant à la fois au sein de ses études de médecine et pour d'éventuelles sorties vers une autre filière ou profession (voir C.4). Ils doivent être facilités et considérés comme faisant partie intégrante de la formation médicale des étudiants le désirant.

Par exemple, il semble cohérent dans ce contexte de permettre à des étudiants de valider un stage professionnel, en recherche ou en management par exemple, à la place d'un stage clinique (pour les étudiants ne souhaitant pas faire ces stages en sus du temps de stages obligatoires). Cette mesure, déjà autorisée, doit être massivement diffusée.

Recommandation :

43. Faciliter la validation par tout étudiant le souhaitant d'un équivalent Master 1 en recherche biomédicale mais aussi dans d'autres domaines.

b- Doubles cursus

Dans le contexte des ECNi, les étudiants choisissant un double-parcours se retrouvent trop souvent en difficulté pour accéder à la discipline qui correspond à leur projet de recherche. En effet, **ces parcours morcelés sont source de difficultés** et de sacrifices alors même qu'ils répondent à un besoin du système hospitalo-universitaire.

Ce besoin, notre société le ressent dans le domaine biomédical, mais également dans des champs bien plus larges. "L'interaction du secteur de la santé avec les sciences humaines et sociales, le droit, l'économie et la gestion est nécessaire. Elle permettra de comprendre les limites des organisations actuelles, de lever des verrous, d'imaginer d'autres possibles." (Frédérique Vidal, Inter-assises Hospitalo-Universitaires 2017)

Ces ouvertures participeraient à enrichir la diversité des profils des médecins formés, les collaborations possibles et contribueraient probablement au meilleur épanouissement des étudiants. Elles sont donc cruciales et doivent être **prises en compte dans la procédure de matching, dans le volet « parcours/initiatives »** (voir D.2).

Le double-parcours ou les UE personnalisantes doivent donc être encouragés. Il faudra cependant **veiller à la diversité des offres et à leur répartition**. Tous les étudiants doivent pouvoir accéder à des propositions dans les mêmes champs ou avoir la possibilité d'une mobilité si la formation désirée n'est accessible qu'ailleurs.

Cela nécessitera aussi la possibilité d'**aménagement**s pour ces étudiants, et possiblement de réfléchir à des **solutions d'enseignements dématérialisés** dont pourraient se saisir les enseignants de chaque faculté.

Enfin, ces parcours devraient être encouragés, mais aussi **préparés avec l'étudiant** pour le conseiller et l'informer sur les possibilités et pistes qui s'offrent à lui, et s'assurer que ses choix correspondent à ses motivations, et à ses capacités.

➤ Contexte et difficultés actuelles

La formation des étudiants doubles-cursus dit « **MD-PhD** » est un enjeu fondamental pour renforcer la place de la France parmi les leaders mondiaux de la santé et de la recherche biomédicale ou dans le domaine de l'expertise, du management ou des sciences humaines et sociales. Ce chapitre se concentre par moment sur les doubles formations en recherche biomédicale mais **le même schéma s'applique à d'autres doubles parcours** qui exprimeront les atouts et la richesse de l'offre universitaire et les orientations de telle ou telle UFR. **L'acquisition de cette double-formation permet aux médecins de développer une**

compétence originale à l'interface entre le soin et la recherche clinique, translationnelle et/ou fondamentale.

Un étudiant en médecine souhaitant acquérir une formation à la recherche poursuit en général une voie "classique" avec des UE de Master 1 durant les premier et deuxième cycles des études, validant le Master 1 en fin de 2^{ème} cycle. L'implication en recherche pendant le troisième cycle se résume souvent à la validation d'une année Master 2, en parallèle de leur formation clinique ou lors d'une interruption du cycle pendant une année recherche dont les financements sont contingentés. La thèse de sciences peut alors être réalisée pendant le troisième cycle, mais cela est contraint par les maquettes de spécialités de la réforme du troisième cycle et l'obtention de financements supplémentaires (école de l'INSERM, fondations, associations, financements propres des unités d'accueil...).

Ces étudiants docteurs en sciences ont souvent des difficultés à réintégrer le troisième cycle en raison d'un reclassement parfois jugé injuste lors du choix de stage au retour de leur période de thèse.

Les médecins peuvent aussi entamer une thèse de sciences après leur troisième cycle. Ceci entraîne des inscriptions en école doctorale parfois au-delà des trois ou quatre années habituelles pour les sciences de la vie, retardant l'obtention du doctorat et la préparation de leurs dossiers pour ceux qui se destinent aux carrières hospitalo-universitaires.

Il est intéressant de noter que **les double-cursus autres que « médecine-science » sont très peu développés à l'heure actuelle**, malgré des formations probablement très intéressantes pour les étudiants en médecine : management, sciences humaines, sciences politiques, droit, etc.

➤ Doubles cursus de formation précoce à la recherche à l'heure actuelle

Pour améliorer la formation à la recherche des professions de santé, des filières de formation précoces ont été mises en place ces quinze dernières années en France. L'intérêt d'un double-cursus précoce est d'entretenir chez l'étudiant une appétence pour la recherche mais également de construire sa formation et son projet de carrière de manière progressive.

Ces doubles cursus médecine-sciences encouragent la **validation précoce** (avant le deuxième cycle) **d'un master 2** suivie d'une thèse de sciences comme dans les filières scientifiques (annexe 14).

➤ Lien avec le troisième cycle aujourd'hui

Actuellement, il faut donc distinguer deux cohortes d'étudiants justifiant des aménagements du deuxième cycle :

- **Voie 1** : les étudiants qui valident leur master 2 précocement, puis s'engagent dans une thèse de sciences pendant ou après le troisième cycle. Ces étudiants sont peu impactés par les ECNi : en effet, ils ne sont pas restreints par un projet de recherche qui pourrait rentrer en contradiction avec leur choix de DES
- **Voie 2** : les étudiants qui valident le master 2 et la thèse de sciences avant la fin du deuxième cycle. A l'heure actuelle ces étudiants sont très pénalisés car ils s'éloignent de leur cursus médical pendant un certain temps. Le retour est difficile, et surtout, ils n'ont aucune garanti d'obtenir un poste en lien avec leur expertise et leur projet scientifique.

À l'heure actuelle, la majeure partie des étudiants choisissent la voie 1. Les étudiants choisissant la deuxième voie représentent donc un nombre de cas limités, et on pourrait envisager des **aménagements de parcours** et des **fléchages de postes** dans un fonctionnement inspiré du « CESP ». Cependant, on peut se demander si ce choix, minoritaire à l'heure actuelle, n'est pas lié aux ECNi, et si on ne verra pas augmenter le nombre d'étudiant choisissant de valider le master 2 et la thèse de sciences avant la fin du deuxième cycle si l'on modifie l'organisation du 2ème cycle des études médicales.

➤ Propositions d'aménagement du deuxième cycle et de l'entrée en DES pour les étudiants de la voie 2

L'organisation d'un parcours du deuxième cycle des études médicales spécifique aux étudiants de double cursus qui ont validé l'autre versant du double parcours avant la fin de leur deuxième cycle médical serait profitable, s'il réunit trois conditions :

- i. **Il ne doit pas sacrifier la formation médicale**, car la plupart de ces étudiants souhaitent être des médecins cliniciens mais avec une compétence originale supplémentaire.
- ii. Un étudiant ayant fait un double parcours médecine-recherche doit **pouvoir rester en lien avec la recherche** pendant son parcours de formation médicale. Dans l'hypothèse d'une entrée dans le troisième cycle aménagée pour ce profil d'étudiant, la maquette de formation pourrait être personnalisée dans l'optique de viser un sous-groupe de spécialités pour une meilleure adéquation avec le projet de l'étudiant.
- iii. Le "matching" devra permettre aux étudiants d'**accéder plus simplement à un choix de spécialité en adéquation avec leurs formations** (projet, et éventuellement territoire). La procédure de matching devrait permettre cela, notamment à travers des pondérations ciblées et adaptées aux double-parcours.

Pour aller plus loin que ce matching, deux dispositifs pourraient être envisagés :

- La possibilité d'une **commission de « dérogation » à la répartition par le matching**. Les critères pour bénéficier d'une telle possibilité seraient à définir. On pourrait imaginer la mise en place de **postes de DES en surnombre** pour ce contingent limité d'étudiants. Les chiffres montrent que cette voie concernerait une quinzaine d'étudiants à l'heure actuelle. Le développement des double-parcours et la suppression de l'ECNi pourrait cependant augmenter ce nombre, rendant la possibilité d'une commission de dérogation difficile.
- Un **contrat "CESP-Recherche"** permettant de proposer aux étudiants réalisant un double-parcours de rentrer dans un parcours, avec un contrat les engageant vers une voie adaptée à leurs parcours (par exemple, un « Contrat d'Engagement Recherche »). Ils pourraient alors choisir dans une **liste de postes « sanctuarisée »**.

Il est intéressant de noter que certains parcours MD-PhD anglo-saxons prévoient une **courte période de remise en situation clinique** pour les étudiants PhD avant qu'ils ne reprennent l'équivalent du deuxième cycle des études médicales. Dans l'état des propositions de modification du second cycle, **la sixième année pré-professionnalisante** (voir D.1) **pourrait être considérée comme étant une année de remise en situation pour ces étudiants**. Étant donné que la sixième année serait dévolue pour tous aux compétences et à la personnalisation, il ne resterait à ces étudiants qu'à s'investir dans le recouvrement de leurs compétences puisqu'ils auront déjà construit leur parcours personnel. La réalisation

d'une **thèse de sciences entre la cinquième et sixième année** semble donc être une possibilité à explorer.

Recommandation :

44. Proposer des aménagements de parcours pour les étudiants engagés dans des doubles cursus afin de leur permettre de mettre en adéquation leurs projets de formation médical et scientifique.

Des compléments, ainsi que des propositions d'aménagement du troisième cycle sont consultables en annexe 15.

4 – Proposition 11 : Créer les voies de sortie pour les étudiants souhaitant quitter la filière

Un certain nombre d'étudiants sortent du système et ont de grandes difficultés à poursuivre dans le cadre d'un projet professionnel classique et entrer dans le troisième cycle des études médicales. Aujourd'hui, **il y a peu de réponses proposées à ces étudiants décrocheurs et souvent en grande détresse.**

Le projet mis en place dans le cadre de ce rapport est celui d'un **équivalent master 2** qui pourrait être validé comme tel en **fin de cinquième année**. L'idée est que ces étudiants puissent s'engager pendant leur sixième année vers un autre projet professionnel. Ce dispositif qui peut donner lieu à un diplôme (**master études médicales**) devra être anticipé pour engager l'étudiant vers un autre métier et valoriser en même temps ses études médicales.

Cette proposition, associée à une **réelle possibilité de validation d'équivalent M1 non médical offerte à tous les étudiants**, permettra à un nombre plus important d'étudiants de réorganiser leur orientation avec des procédures facilitées.

L'enjeu majeur des ajustements d'orientation pour un étudiant est **l'information sur les possibilités offertes**. Actuellement, beaucoup de parcours hors médecine à l'issue du DFGSM sont mal connus, alors même que les étudiants en médecine correspondent souvent à un profil recherché par les structures de formation. Il en est sans doute de même pour la sortie du second cycle.

Recommandations :

45. Développer des outils d'information sur les orientations intra- et extra- études de médecine.
46. Permettre à chaque étudiant qui le souhaite de valider un équivalent M1.
47. Valider un équivalent Master 2 en fin de 5^e année pour les étudiants souhaitant valoriser leur parcours médical en dehors de l'exercice de la médecine.

D – Transformer la régulation à l'entrée du troisième cycle

1 – Proposition 12 : Réorganiser le deuxième cycle pour libérer une sixième année pré-professionnalisante

Le deuxième cycle est actuellement composé d'un bloc monolithique, se reposant sur un seul niveau d'objectifs pédagogiques, sans niveau intermédiaire. Cette absence de graduation des objectifs, conjuguée à l'inflation démesurée de la quantité de connaissances théoriques exigées (voir A.2), favorise le bachotage compétitif des items des ECNi au détriment des autres aspects de la formation.

La mission deuxième cycle propose une **organisation du deuxième cycle plus structurée**, avec des **phases successives permettant de cibler des objectifs intermédiaires** et de dégager une **sixième année pré-professionnalisante**.

a – Focus sur les connaissances théoriques en DFASM1 et DFASM2

Comme la proposition 2 (voir A.2) l'explique, il est indispensable d'opérer une **réduction drastique de la quantité de connaissances théoriques exigibles**. Cette refonte des référentiels doit permettre de concentrer l'apprentissage des connaissances théoriques sur la DFASM1 et la DFASM2.

Dans un premier temps, l'apprentissage des **key features** est la priorité. Cette période permet de faire un premier tour « basique » des connaissances à acquérir. Ensuite, l'apprentissage se focalise sur les **connaissances approfondies** et le **raisonnement clinique**.

À l'issue du premier semestre de DFASM2, l'ensemble des connaissances théoriques exigibles au deuxième cycle doit avoir été balayé. L'étudiant aura ainsi la possibilité de faire la synthèse de tous les apprentissages et de les mettre en relation lors du deuxième semestre de DFASM2, ce qui revient à **condenser l'organisation actuelle** (cette phase se déroulant actuellement lors de la DFASM3).

b – Sixième année pré-professionnalisante

La concentration de l'approche « connaissances » sur les DFASM1 et DFASM2 permettra de libérer la sixième année de la contrainte du bachotage afin de donner aux étudiants la **possibilité de s'investir pleinement en stage et de poursuivre la personnalisation de leur parcours**.

Ainsi, la **DFASM3** se focaliserait sur :

- L'approfondissement de l'apprentissage des **compétences cliniques** déjà engagé en DFASM1 et DFASM2.
- Une **intégration croissante dans la vie des services hospitaliers** et une **autonomie plus importante** dans les missions attribuées.
- La possibilité de personnaliser son parcours de manière encore plus souple :
 - **Mobilités** inter-CHU ou internationales.
 - **Diplômes supplémentaires** et/ou **UE libres diversifiées**.
 - Parcours spécifiques identifiés en **recherche** ou sur des **valences non cliniques** (pédagogie, management, économie, ...).

L'étudiant aurait ainsi **l'opportunité de confirmer ou d'infirmier son orientation** en fonction de son expérience plus immersive dans ce domaine.

L'implication des étudiants et le niveau du service rendu dans les terrains de stage croissants pourront justifier une **revalorisation financière du statut d'étudiant hospitalier en DFASM3**, pour **s'aligner par exemple sur la rémunération des stagiaires** (intermédiaire entre le salaire d'un étudiant-hospitalier et celui d'un interne).

Recommandations :

48. Impliquer de manière plus importante et immersive les étudiants de DFASM3 dans les stages.
49. Proposer une souplesse importante dans la personnalisation du parcours étudiant lors de la DFASM3.
50. Revaloriser la rémunération des étudiants de DFASM3, en corrélation avec l'augmentation de leur implication dans les stages.

2 – Proposition 13 : Supprimer les ECNi au profit d'une régulation en « matching »

La mission deuxième cycle a fait le constat que **les ECNi sont actuellement collectivement décriées**, aussi bien par les étudiants que par les enseignants et les professionnels en exercice. En effet, ce système de régulation a montré plusieurs faiblesses :

- **Sanctuarisation d'un critère unique** (les connaissances théoriques, souvent hyperspécialisées) au détriment du reste de la formation.
- **Absence de prise en compte du projet professionnel** de l'étudiant, faisant d'office une « perte de temps » de toute tentative d'orientation active.
- **Effet « couperet »** de l'évaluation ponctuelle délétère d'un point de vue psychologique.

Néanmoins, les acteurs reconnaissent également que tout n'est pas à jeter dans les ECNi :

- Les **progrès techniques** permis par le défi des ECNi ont permis d'obtenir des infrastructures numériques fonctionnelles dans chaque faculté, ouvrant de nombreuses possibilités.
- Les étudiants souhaitent obéir à un **système de régulation égal** (ce qui est le cas pour les ECNi, hormis lors de dysfonctionnements comme ceux ayant eu lieu en juin 2017) et reposant sur une **ventilation nationale des postes d'internes**.

Il convient donc de proposer une solution alternative à l'ECNi permettant de répondre à leurs faiblesses et ne revenant pas sur leurs forces.

a – Le principe du « matching » ou appariement étudiant-poste

Le classement général des étudiants ne fait plus l'unanimité : en effet, les acteurs semblent aujourd'hui s'accorder autour de la nécessité d'adopter une démarche **à plusieurs critères et pondérée**.

C'est pourquoi un système de régulation menant une **approche multi-factorielle sous la forme d'un « matching » ou appariement algorithmique** semble particulièrement adaptée.

La mission propose de se baser sur un **trépied** :

- Les **connaissances théoriques**.
- Les **compétences cliniques et relationnelles**.
- Le projet professionnel de l'étudiant reflété par son **parcours étudiant**, témoignant de ses affinités avec telle ou telle spécialité, tel ou tel territoire, tel ou tel mode d'exercice et valorisant ses initiatives.

Le principe du « matching » est le suivant : les étudiants formulent des vœux pour postuler sur les différents postes d'internes ouverts, un classement est édité pour chaque poste (selon des pondérations qui lui sont propres) et un algorithme permet la répartition des étudiants sur les postes en fonction de l'adéquation entre les profils et les postes.

Recommandation :

51. Baser la régulation de l'entrée en troisième cycle sur une approche multi-factorielle se basant sur les connaissances, les compétences et le parcours de l'étudiant, pondéré selon le (s) poste (s) visé (s).

b – L'évaluation du trépied connaissances / compétences / parcours

En amont du « matching », l'étudiant doit avoir été évalué sur chaque critère du trépied, de façon à être caractérisé par différents **scores** (de connaissances, de compétences et de parcours).

➤ Évaluation des connaissances

La mission propose une évaluation des connaissances théoriques décomposée en deux phases : une **phase I se limitant aux key features** et une **phase II explorant les connaissances approfondies et le raisonnement clinique avancé**.

L'évaluation de phase I peut être envisagée selon deux formes :

- Une **épreuve terminale de phase I** à la fin du premier semestre de DFASM2, sur le modèle des ECNi actuelles (mais se basant sur les key features uniquement).
- Un **contrôle continu de phase I** au cours de la DFASM2 basé sur des épreuves standardisées issues d'une banque nationale, dont l'acceptabilité par les étudiants devrait être confirmée et dont le poids devrait être déterminé de façon à réduire au maximum les risques psycho-sociaux éventuels.

L'évaluation de phase II prend la forme d'une **épreuve terminale de phase II** à la fin du deuxième semestre de DFASM2, sur le modèle des ECNi actuelles (mais se basant sur les connaissances approfondies et le raisonnement clinique avancé, afin d'exploiter pleinement les connaissances du second cycle). Les composantes de l'épreuve de phase II sont **pondérées** de telle sorte que le score de cette épreuve soit différent pour chaque DES ou groupe de DES (filrière) en fonction du profil de réussite de l'étudiant.

➤ Évaluation des compétences

Comme évoqué dans la proposition 5, les compétences cliniques disposent de plusieurs outils d'évaluation standardisés :

- Une évaluation longue basée sur le PNA tout au long du DFASM.
- Deux évaluations courtes basées sur les ECOS et l'analyse du PNA en fin de DFASM3.

L'intégration d'une évaluation dans le « matching » nécessite que celle-ci soit quantitative, c'est pourquoi l'évaluation longue ne peut pas y être éligible. L'**intégration de l'évaluation en ECOS** semble naturelle, cependant l'intégration directe de l'analyse du PNA devra faire l'objet d'une vérification de l'acceptabilité par les étudiants et de la capacité des encadrants à son organisation en toute pertinence.

➤ Prise en compte de l'expérience individuelle et valorisation des initiatives

Le parcours de l'étudiant est valorisé en le traduisant en un score de parcours. L'ensemble des expériences de l'étudiant sont consignées dans le PNA, puis font l'objet d'une **traduction numérique** pour alimenter des **valences disciplinaires** (DES ou groupes de DES) et **professionnelles** (modes d'exercices et valences non cliniques).

Afin d'éviter des liens d'opportunité ou des « courses à la personnalisation » issus de stratégies d'adaptation, des dispositifs de sécurisation doivent être mis en place :

- **Plafonnement** des valences (le maximum atteignable dans la faculté où il est le plus faible).
- **Standardisation** de la traduction des expériences en valences.
- **Collégialité** de la procédure de traduction.

À terme, l'étudiant dispose ainsi d'un score de parcours pondéré différemment pour chaque poste (DES et/ou subdivision) en fonction de chaque valence.

c – Mise en place pratique du « matching »

La procédure réelle de « matching » ne peut démarrer qu'en fin de DFASM3 (une fois le score de compétences évalué). Malgré cela, les étudiants doivent pouvoir commencer à **formuler des vœux dès le début de DFASM3**, de façon à ce qu'une **simulation mise à jour en temps réelle** permette aux étudiants d'avoir une idée de leur positionnement et d'ajuster leur projet le cas échéant. La modification des vœux doit rester possible jusqu'au début de la procédure de « matching » en fin de DFASM3.

La procédure finale doit suivre une **organisation par vagues** d'adéquation entre les vœux des étudiants et les classements par poste. **Les classements par poste sont établis à partir des scores de chaque candidat pondérés en fonction du référentiel de pondération propre à chaque poste.**

Au cas où le candidat dernier pris et le candidat premier refusé sur un poste seraient trop peu discriminés par leur taux d'adéquation, les **départager à l'aide de l'analyse du PNA** pourra être envisagé.

Les vagues sont organisées de manière itérative, et mettent en congruence suffisamment d'étudiants et de postes, de telle sorte qu'au terme de la procédure, **un nombre suffisant de postes d'internes est pourvu** (taux d'inadéquation très faible). Les étudiants disposent de la possibilité de redoubler par dérogation motivée (comme actuellement), de

telle façon qu'ils peuvent, au besoin, personnaliser à nouveau leur parcours – s'ils ont changé de projet d'orientation au dernier moment par exemple.

CONCLUSIONS

La nécessité de reconstruire les études de santé est un réel consensus tant le bachotage et le mal-être envahissent le quotidien des étudiants, et tant les ECNi ont fini par totalement détourner le deuxième cycle de ses objectifs fondamentaux.

Les premières mesures portées par le rapport concernent la nécessité de **faire à nouveau se rencontrer les objectifs de formation avec les aspirations des étudiants**, qui se rejoignent sur de nombreux points (*l'apprentissage de la sémiologie, le travail autour d'une médecine humaniste, la découverte des modes d'exercices...*). Et il est à noter que la structuration d'un deuxième cycle progressif sera le support d'une meilleure projection des étudiants dans leur volonté d'apprentissage.

Cette notion se retrouve évidemment dans la **réaffirmation du caractère professionnalisant des études de médecine**, qui « se réfère à l'agir professionnel, qui conjugue les savoirs spécifiques à chaque profession et le comportement attendu des professionnels concernés vis-à-vis de l'ensemble de la société »¹. C'est un pilier de la formation médicale Française, reconnu dans le monde entier. Cette approche saura, au long cours, évoluer pour être le support des changements nécessaires à notre système de santé.

Il s'agit en effet d'un prérequis à une plus grande diversité des parcours. Loin des cours magistraux et des parcours identiques pour tous, ce rapport propose de **soutenir, créer, innover autour de parcours plus personnels**, d'accompagner les étudiants dans leur créativité, et développer les initiatives des facultés pour répondre aux enjeux de demain. Cette créativité si utile à notre société, trouvera un moteur puissant dans ce qu'elle permet en termes d'implication des étudiants, pouvant alors trouver un sens tout personnel à leur engagement dans ces études exigeantes. Cette singularité des parcours permettra petit à petit de **sortir de la comparaison élitiste au profit d'une culture de la différence, de la collaboration, de la diversité**.

Tout cela n'est envisageable que dans une **sortie du classement général sur critère unique tel que le proposent les ECNi actuellement**. L'intégration du projet professionnel – à travers un parcours étudiant, des compétences et des connaissances est un outil de **valorisation de tous les profils étudiants**. Le système de régulation proposé permet également une meilleure souplesse pour assumer les évolutions futures, par la diversité des aspects de l'évaluation mais également par l'acceptation que des étudiants sortant des études de médecine sont aussi une richesse pour la formation ou la profession qui les accueillera, au même titre que les passerelles entrantes sont une richesse pour notre profession.

Ces constats, ces propositions et ces perspectives donnent à ce rapport une dimension particulière quand on sait qu'il est issu d'une concertation de l'ensemble des acteurs concernés. L'engouement pour ses principes fondateurs est un signal positif vis-à-vis de la mobilisation des acteurs de terrains pour en faire une réussite.

Cependant, l'ambition du rapport fait naître chez ces mêmes acteurs une crainte du grand saut qu'il propose. Il sera en effet nécessaire d'**accompagner au mieux l'ensemble des acteurs** et de s'assurer d'une information large, précise et claire à toutes les personnes concernées. Ceci est indispensable pour que la transition vers ce nouveau deuxième cycle soit une réussite, qui se veut collective.

C'est porteur d'un souffle nouveau que cette proposition de transformation des études de médecine devra s'intégrer dans les changements à venir de l'enseignement supérieur. Qu'il s'agisse du décloisonnement des enseignements ou de l'universitarisation des formations sanitaires et sociales, les changements espérés se doivent d'être à l'origine d'études souples et réactives face aux évolutions de notre société.

ANNEXES

Annexe 1	
Lettre de mission	53
Annexe 2	
Contribution du CNG	55
Annexe 3	
Organisation générale de la proposition de réforme	59
Annexe 4	
Contribution du Collège des Humanités Médicales	60
Annexe 5	
Métiers de la médecine	66
Annexe 6	
Approche par compétences : définitions.....	67
Annexe 7	
Approche par compétences : proposition de référentiel de compétences	68
Annexe 8	
Approche par compétences : support de supervision indirecte	69
Annexe 9	
Approche par compétences : support de supervision directe	78
Annexe 10	
Approche par compétences : proposition de grille d'évaluation.....	81
Annexe 11	
Charte d'accueil des étudiants hospitaliers.....	89
Annexe 12	
Initiative Territoire	92
Annexe 13	
Orientation et personnalisation de parcours	98
Annexe 14	
Contribution de l'INSERM	100
Annexe 15	
Contribution sur les doubles cursus.....	104
Annexe 16	
Contribution de l'AMSA	109



Annexe 1

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS,
ET DE LA SANTÉ

Les Directeurs de Cabinet

N/Réf. : CAB/FV/IR/SG/072017

Paris, le 02 AOUT 2017

Monsieur le Président Dubois-Randé, Monsieur Hennion-Imbault,

Le deuxième cycle des études de médecine est actuellement considérablement déterminé par la préparation des étudiants aux épreuves classantes nationales qui ne permettent pas des innovations pédagogiques hors du programme des ECN.

Ces épreuves, et le développement du DES et de la filière universitaire de médecine générale ont probablement contribué à homogénéiser les comportements des étudiants jusque-là très marqués par la scission entre ceux qui présentaient, ou ne présentaient pas l'ancien internat.

L'évolution de l'examen sous une forme informatisée a contribué au développement numérique dans les facultés de médecine et à la mise en commun de contenus.

Des évolutions en profondeur apparaissent pourtant nécessaires : la deuxième édition de l'iECN, qui vient de s'achever a été marquée par de nombreux événements indésirables, mettant en cause la capacité collective que nous avons à élaborer des sujets pertinents, alors même que l'organisation strictement technique paraît de mieux en mieux rodée. Comme la ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation s'y sont engagées, une mission d'enquête des deux inspections est en cours et ses conclusions seront rendues le 15 septembre et présentées au comité de suivi de l'iECN fin septembre.

Le vécu très douloureux des étudiants, ainsi que les données de l'enquête réalisée par les associations étudiantes révèlent par ailleurs un mal-être, dont certains déterminants sont sans doute communs aux étudiants de différentes filières de santé. Une mission va être confiée dans les semaines qui viennent au Docteur Donata Marra, qui nous remettra ses conclusions en fin d'année.

Monsieur Jean-Luc Dubois-Randé

Président de la Conférence des Doyens
de faculté de médecine

Monsieur Quentin Hennion-Imbault

.../...

Enfin les associations étudiantes ainsi que la conférence des doyens de faculté de médecine, mais aussi d'autres parties prenantes comme l'académie de médecine sont préoccupées par l'accent insuffisant mis sur l'acquisition et l'évaluation des compétences, notamment cliniques. La pression mise sur les étudiants concernant les performances aux iECN surdétermine l'ensemble de la pédagogie, rendant les innovations difficiles et décourageant parfois l'investissement des étudiants en stage.

Les doubles cursus restent confidentiels et les étudiants qui les suivent ne réussissent pas toujours bien aux iECN. Les étudiants issus des passerelles entrantes rencontrent parfois des difficultés qui sont peut-être autant liées à l'inadaptation des études à ces étudiants, qu'à une éventuelle mauvaise réorientation.

Ces trois éléments que sont les difficultés d'organisation des iECN, le mal-être des étudiants en médecine et la perception d'un second cycle corseté par l'ECN appellent une réflexion globale sur l'organisation du second cycle, et les modalités d'entrée en troisième cycle.

D'éventuelles évolutions ne pourront s'appliquer qu'à moyen terme et ne dispensent donc en aucune façon d'une sécurisation des éditions à venir de l'iECN. Mais il est important de réfléchir des maintenant aux alternatives.

Nous souhaitons donc que vous puissiez conjointement nous proposer un rapport examinant la situation actuelle et les évolutions possibles.

Vous veillerez à inclure le point de vue de l'ensemble des parties prenantes dans votre réflexion, et lorsqu'il est disponible, à proposer des éléments de comparaison soit avec d'autres formations professionnalisantes en France soit avec des formations médicales à l'étranger.

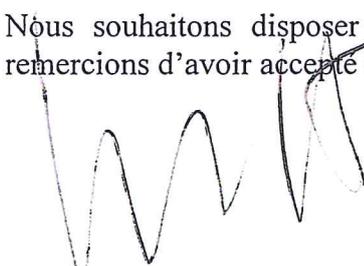
Nous souhaitons en particulier une analyse des options possibles pour renforcer l'acquisition et l'évaluation des compétences cliniques, personnaliser davantage les parcours, favoriser les doubles parcours pour un nombre significatif d'étudiants, valoriser l'entrepreneuriat, les initiatives étudiantes, l'initiation à la recherche.

Nous souhaitons également une réflexion quant aux passerelles sortantes permettant aux étudiants en deuxième cycle une validation de leurs acquis et/ou une poursuite d'études.

Concernant les modalités d'orientation vers les différentes filières de troisième cycle nous souhaitons que les options possibles pour sortir d'une orientation couperet par l'ECN soient exposées, dans le respect d'un nécessaire mécanisme de régulation des flux par spécialité et par région.

Vous pourrez naturellement vous appuyer sur les services de la DGESIP et de la DGOS pour la réalisation de cette mission.

Nous souhaitons disposer de votre rapport pour la fin de l'année 2017 et nous vous remercions d'avoir accepté cette mission de première importance.



Philippe BAPTISTE



Gilles de MARGERIE

Paris, le 3 novembre
2017

COPIL « Réforme du 2^{ème} cycle des études médicales »

- Contribution du CNG -

+
+ +

Les pré requis de toute nouvelle procédure de choix de spécialité :

- ✓ Il importe de bien dissocier les objectifs pédagogiques de la réforme du 2^{ème} cycle des études médicales et la nécessité pour l'Etat de répondre également à un autre objectif qui est celui de la régulation des flux de nouveaux médecins par spécialité et territoire en fonction des besoins de santé publique. C'est une donnée fondamentale qui doit structurer la réflexion en amont et sur laquelle l'Etat doit être en capacité de fournir une anticipation suffisante des besoins pressentis, via une gestion prévisionnelle par disciplines, spécialités et territoires, afin que les étudiants ne se lancent pas dans des constructions de parcours professionnels débouchant sur des impasses au moment d'entrer dans le 3^{ème} cycle.
- ✓ Pour le CNG, un système moderne est un système **simple, lisible, équitable, sécurisé et efficace.**

Le remplacement des ECN par un système de « matching » doit être analysé sous cette quadruple exigence :

- Un système simple et lisible : il convient de déterminer comment combiner des résultats obtenus localement par les étudiants avec une logique nationale, l'Etat ne pouvant assumer la responsabilité de notes ou coefficients attribuées localement hors de sa direction et de son contrôle.
Le système de régulation « APB like » évoqué dans le groupe de travail par certains participants reposerait sur trois critères donnant lieu à notation : connaissances théoriques, compétences

cliniques, personnalisation du parcours. L'analyse objective des données qui permettraient d'identifier la ou les spécialités de préférence d'un étudiant est une perspective séduisante : trop de changements de dernière minute lors de la procédure de choix de poste sont regrettés ensuite.

La méthode n'est cependant valable que si elle est robuste, transparente et n'est pas détournée pour créer des effets d'aubaine.

Il est probable, qu'une fois les règles connues, les étudiants, dont les capacités d'adaptation sont fortes, n'essaient d'orienter le choix vers ce qu'ils veulent plutôt que vers ce qui leur conviendrait. Les ECN étant critiquées pour leur aspect jugé « stressant » avec des épreuves concentrées sur 2,5 jours et qui vont décider seules de l'orientation de leur carrière, le nouveau système doit être conçu pour ne pas faire peser sur les étudiants une pression excessive dès la deuxième année, en traçant chacune des notes, actions, épreuves d'entraînement sur SIDES, stage pour définir un profil.

Les stratégies par les étudiants visant à obtenir le profil le plus ciblé peuvent générer une compétition permanente pour les stages les plus adaptés, plus stressante in fine que des épreuves classantes et faussant au final l'objectif initialement poursuivi d'adéquation compétences/poste.

Par ailleurs, le système de matching « APB like » qui aboutirait à une affectation quasi automatique de l'étudiant sur un poste en fonction de son profilage doit tirer tous les enseignements des critiques portées à la plateforme APB ; la CNIL a récemment rappelé que l'article 10 de la loi Informatique et Libertés précise qu'*aucune "décision produisant des effets juridiques à l'égard d'une personne ne peut être prise sur le seul fondement d'un traitement automatisé de données destiné à définir le profil de l'intéressé ou à évaluer certains aspects de sa personnalité"*.

La démultiplication des intervenants dans ce processus nouveau de notation doit faire l'objet d'une analyse des risques approfondie, aboutissant à des préconisations permettant l'harmonisation des grilles de notation au plan national, afin de limiter les disparités entre UFR et garantir l'égalité de traitement des étudiants (avec peut-être appréciation d'un tronc commun des connaissances indispensables à l'exercice de la profession de médecin et éléments objectifs de différenciation pour le choix de la/des spécialité(s), compte tenu des enjeux associés. Il doit y avoir un interlocuteur clairement identifié au plan national, responsable de l'ensemble de la procédure et pouvant en garantir la parfaite régularité, transparence et équité.

La question des étudiants européens doit être intégrée dans la réflexion. La France ne peut pas aller au-delà de la directive

européenne qui leur permet de se présenter aux ECN sur la base de leur diplôme européen de 2^{ième} cycle, en exigeant pour le surplus des notes connaissances théoriques/cliniques/personnalisation du parcours, c'est-à-dire en intervenant dans le séquençage du 2^{ième} cycle des autres pays de l'UE.

- Un système équitable et sécurisé : cette question de l'équité et de la sécurisation est fondamentale. Les ECNi se déroulent aujourd'hui - sous la réserve de mise en œuvre des dernières propositions du rapport IGAENR/IGAS- selon un schéma technique ayant fait l'objet d'une série documentée et approfondie d'analyses de risques. Ceux-ci sont considérés unanimement comme maîtrisés car répertoriés via des cartographies détaillées, et un suivi en continu des mesures correctives associées et de plans de secours de premier et deuxième recours.

De ce fait, le classement qui résulte des ECN est considéré comme sûr et légitime, alors même que les épreuves comportent par nature une part de hasard due notamment au choix des sujets. L'anonymat contribue à renforcer cette légitimité et est une garantie d'équité entre candidats. Dès lors, les étudiants acceptent de ne pas obtenir le poste souhaité si leur classement ne le leur permet pas et les contentieux à ce sujet sont exceptionnels. Ces contentieux se sont toujours soldés par un rejet par le juge des demandes reconventionnelles des étudiants concernés. Au moment de la procédure de choix informatisée, le CNG peut de surcroît apporter la preuve de toutes les traces informatiques (nombre, origine et heures des différents « clics » ayant conduit au choix final). La progression croissante d'année en année d'étudiants se déclarant « absents » au moment de la procédure de choix, et déléguant de la sorte au CNG la validation de leur premier choix accessible, est un signe de confiance dans ce système informatisé.

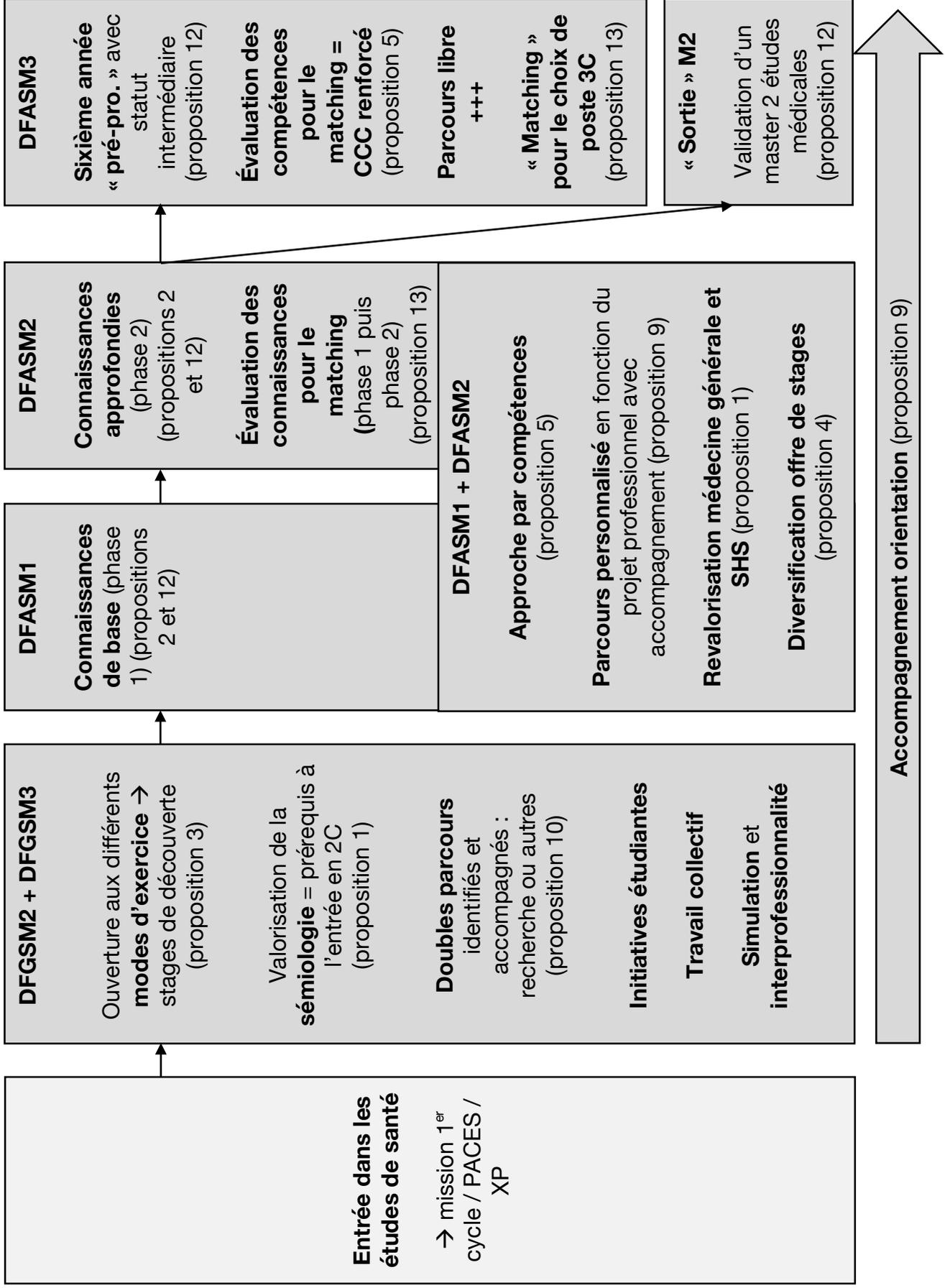
Cette exigence forte par rapport au risque contentieux doit naturellement être intégrée à toute réflexion sur un système alternatif de choix de poste. Le fondement du refus d'un poste doit être juridiquement inattaquable et s'appuyer sur des éléments objectifs transparents et préalablement acceptés comme critères de choix. Les risques de recours contentieux seront grands, y compris contre les algorithmes mis en œuvre. C'est ainsi que la CNIL a récemment jugé que "*l'information des candidats sur le portail APB est insuffisante*", au regard des exigences de l'article 32 de la loi Informatique et Libertés, s'agissant notamment de l'identité du responsable de traitement, de la finalité du traitement et des droits des personnes, et que "*la procédure de droit d'accès ne permet pas aux personnes d'obtenir des informations précises relatives à*

***l'algorithme** et à son fonctionnement, notamment la logique qui sous-tend le traitement APB ou le score obtenu par le candidat".* Pourtant, l'article 39 de la loi Informatique et Libertés stipule que les personnes qui exercent leur droit d'accès doivent pouvoir obtenir "les informations permettant de connaître et de contester la logique qui sous-tend le traitement automatisé en cas de décision prise sur le fondement de celui-ci et produisant des effets juridiques à l'égard de l'intéressé".

- Un système efficace : les ECN se sont révélées très efficaces pour faire coïncider les besoins de santé publique par discipline, spécialité et territoire définis par l'Etat via la liste des postes proposés, et la sortie d'une cohorte d'étudiants du 2^{ième} cycle. La mise en place du statut d'auditeur a permis de redonner aux étudiants plus de souplesse dans leurs possibilités de positionnement avec de facto une chance supplémentaire et a abouti à une réduction notable du taux d'inadéquation étudiants/postes. Les ECN permettent à chacun d'avoir un poste dans une spécialité, ce qui est un cas minoritaire par rapport à ce qui se pratique dans la plupart des autres pays. Tout nouveau système qui ne viserait pas cet objectif pourrait être vu comme une régression.

La définition d'un profil centré sur les seules orientations de l'étudiant n'est en rien une garantie d'ajustement aux postes offerts relevant d'une politique de l'Etat et susceptible de générer autant de frustrations que les rangs de classement issus des ECN : comment dire à un étudiant qui est profilé sur une spécialité depuis plusieurs années qu'il ne pourra finalement pas l'obtenir ? Pour le moins, Il paraît utile de prévoir un profilage étoffé, non limité à une seule spécialité mais ouvert sur des spécialités secondaires, tertiaires voire plus.

Annexe 3



Annexe 4

Pistes de travail pour une formation en sciences humaines et sociales dans le 2^e cycle des études médicales.

Contribution du Collège des humanités médicales

Le Collège des humanités médicales (COLHUM¹) a pour vocation de promouvoir et développer l'enseignement et de la recherche en sciences humaines et sociales dans les UFR de médecine. Depuis sa création en 2008, le Collège regroupe des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, noue des liens avec des acteurs universitaires et institutionnels pour développer ces enseignements, organise des événements nationaux et internationaux, développe des ressources à destination des étudiants, etc.

1) Constats

Aujourd'hui, les enseignements de sciences humaines et sociales (SHS) ont une place embryonnaire dans le second cycle des études médicales. Ces enseignements n'existent que sous la forme de certificats optionnels ou d'UE de master, sans possibilité pour les étudiants externes de valoriser les compétences acquises lors de ces formations. En outre, près de la moitié des UFR de médecine de France n'ont toujours pas dans leurs équipes d'enseignant qualifié (titulaire d'un doctorat) dans les disciplines des SHS. Et si des enseignements optionnels sont proposés, seuls un petit nombre d'UFR peuvent proposer des enseignements de SHS vraiment structurés, c'est-à-dire cohérents et pensés en lien étroit avec pratiques médicales et non comme simples ajouts à l'enseignement biomédical. Tous les étudiants en médecine de France ne sont donc pas, vis-à-vis des SHS, logés à la même enseigne.

Le 2^e cycle des études médicales est pourtant un moment-clé pour le développement du professionnalisme. Il correspond aussi, d'après certaines études, à un moment d'érosion des capacités d'empathie chez les étudiants². C'est lors de l'externat que les étudiants commencent à se forger une identité professionnelle à travers ce qu'ils vivent au cours de leur formation. Les étudiants apprennent peu à peu à contextualiser leurs connaissances, à faire avec la diversité et l'incertitude des situations, ils rencontrent des modèles de rôles et ont besoin d'une réflexion sur ces modèles³. Les SHS permettent d'apporter aux étudiants des connaissances et des compétences pour cette réflexivité. Elles permettent aussi de développer leurs habiletés de communication, leur sens

1 Collège des humanités médicales : <http://colhum.hypotheses.org>

2 Neumann, Melanie et al., « Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents », *Academic Medicine*, vol. 86, no. 8, août 2011, pp. 996-1009.

3 Chamberland, Martine et Hivon, René, « Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique », *Pédagogie Médicale*, vol. 6, no. 2, mai 2005, pp. 98-111.

des responsabilités, leurs capacités de pratique collaborative interprofessionnelle, leur esprit critique, etc. Les SHS permettent en fait d'accompagner le développement du professionnalisme, c'est-à-dire de la capacité des étudiants à observer de manière non-jugeante, à avoir une écoute attentive, à conduire une démarche de raisonnement et de décision centrée sur le patient, tenant compte du vécu et des déterminants sociaux de la santé⁴.

Si l'on observe à l'échelle internationale un fort mouvement en faveur des humanités médicales, c'est sans doute qu'elles sont plus que jamais indispensables à la formation médicale. Les enseignements de SHS permettent aux étudiants de comprendre et de mieux se situer dans les grandes transformations démographiques, épistémologiques et technologiques actuelles de la médecine. Ils permettent de nourrir la réflexion à l'échelle de la relation médecin-patient, mais aussi sur le contexte sanitaire, les enjeux politiques et les déterminants sociaux de la santé. Les SHS fournissent des outils aux étudiants pour penser et élaborer leurs rôles et leurs interactions avec les patients, leur entourage, et avec l'ensemble des professionnels de santé et la société au sens large. Ces outils les préparent à un exercice professionnel indépendant et responsable, et les encouragent dans leur engagement pour la santé de la population, à travers des choix d'exercices professionnels variés, équilibrés et porteurs de sens.

La refonte du deuxième cycle dessinée dans le présent rapport fournit l'occasion de redonner aux SHS leur juste place dans la formation de deuxième cycle. Il s'agit en effet de diversifier les parcours, de développer des compétences acquises progressivement à la faculté et en stage, de tester des connaissances mais aussi des compétences, avec des modalités de validation qui n'étoufferaient pas l'esprit critique et l'ouverture d'esprit. Dans ce contexte, le Collège des humanités médicales propose ici un certain nombre de pistes de travail et invite les personnes intéressées (enseignants, chercheurs, étudiants, patients, etc.) à le rejoindre dans cette réflexion.

2) Pistes de travail pour l'acquisition de connaissances en SHS

Le Collège des humanités médicales a travaillé ces dernières années dans le but de participer à la formulation de questions dans les banques de sujet SIDES, sur des sujets sur lesquels les SHS apportent des savoirs importants et pertinents. Même si ces sujets sont réunis dans le manuel du Collège⁵ utilisé régulièrement dans les enseignements en médecine, on ne dispose pas d'un référentiel qui listerait de façon exhaustive les connaissances à acquérir dans le cadre de la formation médicale. La richesse des SHS en médecine tient à sa pluridisciplinarité et donc à sa diversité. Par ailleurs, il y a des situations très différentes d'une UFR à l'autre. De plus, les connaissances en SHS ne peuvent de toute façon pas faire l'objet d'un contrôle qui s'apparenterait à une récitation de cours. Les connaissances en SHS sont indissociables d'une aptitude au raisonnement et à l'argumentation, permettant de mobiliser des concepts, notions, méthodes et approches dans le but de formuler, d'analyser et de résoudre un problème ou de répondre à une question transversale.

4 Pelaccia, Thierry, dir., Comment former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé?, Louvain-la-Neuve, France, De Boeck supérieur, 2016, chap. 1.

5 Médecine, santé et sciences humaines: Manuel, Paris, Les Belles Lettres, coll « médecine et sciences humaines », 2011.

Introduire les SHS dans la validation des connaissances acquises au cours du second cycle des études médicales suppose donc d'identifier des modalités pertinentes, robustes et équitables pour le faire. Parmi les différentes pistes de travail existantes (par exemple celle consistant à apprendre à produire des QCM intelligents sur des sujets de SHS), l'une d'elles consiste à proposer une épreuve rédactionnelle en cinquième année. Savoir s'exprimer par écrit et organiser sa pensée sont des savoir-faire importants pour les médecins. Le développement des compétences rédactionnelles est aussi un enjeu majeur dans un monde universitaire de plus en plus numérique. Une épreuve rédactionnelle pourrait donc être envisagée pour tester la capacité à problématiser, à développer un argumentaire, à réfléchir sur les différentes composantes d'une situation complexe, en mobilisant les savoirs des SHS.

Différents types d'épreuves rédactionnelles sont envisageables et pourraient être explorées, en s'appuyant sur l'expérience accumulée au sein du Collège concernant ce type d'épreuve et les modalités de corrections. Par exemple, on pourrait s'inspirer de l'épreuve de lecture critique d'article et proposer aux étudiants de lire et problématiser un texte de SHS en santé, en discutant ses enjeux historiques, épistémologiques, sociaux ou éthiques. Une autre piste consisterait à proposer une épreuve de synthèse de documents accompagnée d'une discussion (sur le modèle de ce qui se fait à Sciences Po, qui renforce la pluridisciplinarité et permet de faire des liens avec les questions d'actualité). Une troisième option consisterait à demander aux étudiants de répondre à une question ouverte, sous la forme d'une dissertation ou d'un essai. Une quatrième possibilité consisterait à demander aux étudiants de rédiger des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) à partir d'un cas. Cela permettrait de tester la capacité à mobiliser des savoirs de SHS dans des situations issues d'expériences de terrain.

Quelle que soit sa forme, une épreuve rédactionnelle en cinquième année, qui compterait pour la validation des connaissances, devrait être proposée soit en contrôle continu, soit en contrôle terminal. S'il s'agissait de contrôle continu, alors cette épreuve rédactionnelle devrait être organisée localement. Cela supposerait de se mettre au niveau du plus petit dénominateur commun présent dans chaque UFR. Pour l'organiser au titre du contrôle terminal, il faudrait qu'un programme ou une liste de thématiques soient arrêtées nationalement et renouvelées régulièrement, avec un « bouquet de ressources » incluant le manuel mais non limitées à celui-ci (bouquet d'articles ou/et chapitres de livres) accessibles à tout étudiant de France. Il faudrait alors prêter attention au risque d'induire un « effet bachotage » si le corpus est trop restreint / fermé. Il faudrait aussi que des facultés puissent mandater assez de membres compétents pour constituer un jury chargé de corriger cette épreuve annuellement. Compte tenu de l'investissement déjà demandé pour l'épreuve rédactionnelle en PACES dans certaines de nos facultés et les faibles ressources actuellement disponibles, il convient de rester prudent.

Il est également nécessaire de réfléchir attentivement à la question de l'égalité des chances entre candidats. Les ECNi aujourd'hui consistent en un protocole assurant l'égalité formelle entre candidats. Mais les aspirations formulées par les auteurs de ce rapport consistent à réguler la sélection, au terme du second cycle, par la progressivité des acquisitions, la personnalisation des parcours, ainsi que par la réflexion articulant la définition d'un projet à la fois professionnel et personnel et la considération de la place des professions médicales dans la société, des enjeux de santé publique, etc. Ce sens-là de l'équité (opérer une sélection qui compose entre aspirations

personnelles et attention aux besoins d'une société) est tout à fait différent de ce que l'on entend par l'égalité d'un mécanisme assurant que la meilleure performance accomplie le jour « J » à un examen permet d'obtenir le « meilleur » poste (relativement à des critères de revenu et/ou de prestige, etc.). Il convient donc de réfléchir à la place et les modalités d'une épreuve permettant de tester des connaissances en SHS, en exigeant des épreuves d'une grande fiabilité, mais également sensibles à la diversité des façons de les préparer et de les aborder.

3) Pistes de travail pour la validation des compétences à travers les SHS

Les enseignements de SHS passent à la fois par l'acquisition de connaissances issues des disciplines de SHS, mais aussi par le développement de compétences. Ces dernières ont déjà pour l'essentiel été explicitées dans le BO du 16 mai 2013. Pour les SHS, on retiendra notamment les aspects de réflexivité, de communication et de responsabilité, mais sans exclure d'autres savoirs qui peuvent également être nourris à travers les SHS, comme les capacités de raisonnement ou encore la pratique collaborative interprofessionnelle.

Le Collège des humanités médicales envisage une distinction entre des compétences-socles (que tout étudiant en médecine devait valider) et des compétences d'approfondissement (au choix). Les compétences socle SHS relèveraient du tronc commun de la formation, en répondant à un cadrage national. Elles pourraient être travaillées et validées localement dans chaque faculté à partir des disciplines et spécialités représentées. Les compétences socles seraient validées dans chaque faculté, avec 4 (?) issues possibles : non-acquis / acquis niveau base / acquis niveau intermédiaire / acquis niveau élevé. Tous les étudiants en médecine devraient avoir acquis ces compétences et avoir attesté cette acquisition. Les étudiants qui dépasseraient le niveau de base obtiendraient (éventuellement) un avantage dans certains choix lors de l'appariement (*matching*), en fin de 6^e année.

Les compétences d'approfondissement SHS seraient, elles, proposées par chaque faculté selon leurs possibilités propres. Les compétences d'approfondissement entreraient en ligne de compte dans le choix de certaines carrières (par exemple et de manière non exhaustive, médecine générale, psychiatrie, médecine du travail, santé publique, spécialités s'exerçant en réseau ville-hôpital, etc.) Ces approfondissements peuvent être proposés sous forme d'UE de Master, de certificat optionnel, ou toute autre forme d'enseignement dont le nombre d'heures annuelles est supérieur à un certain volume (50h). Pour permettre une égalité dans l'appariement, toutes les facultés devraient proposer aux étudiants, disons, au moins deux choix d'approfondissement de SHS. Dans ce cas, seuls deux approfondissements pourraient être pris en compte au terme de la 6^e année. Et ils seraient réputés équivalents entre eux et entre toutes les facultés. Les compétences d'approfondissement feraient l'objet d'une attestation simple (validé/non-validé), sans distinction de degrés d'acquisition.

Une réflexion poussée devrait permettre d'identifier les modalités les plus appropriées pour la validation de ces compétences à travers des enseignements de SHS. Quelques pistes de travail peuvent être envisagées :

S'agissant premièrement de la **réflexivité**, on peut attendre que les étudiants soient capables de comprendre des enjeux épistémologiques, éthiques et sociaux de la pratique médicale (éthique

médicale, inégalités en santé, bon usage du médicament, économie de la santé et du médicament, évolution des expériences et parcours médicaux et sociaux des patients liée à l'évolution sociale et épidémiologique, approche culturelle des différentes visions du soins et de la santé, etc.). Les enseignants de SHS qualifiés pourraient établir un cahier des charges national du type de travail susceptible de valider une spécialisation SHS à la fin de cursus des études médicales. Par exemple : un quota d'heures d'enseignement suivies, la réalisation d'un travail mis en ligne validé par un jury pluridisciplinaire (local ou pas) à un ou deux stades de la formation, avec la rédaction d'un mémoire d'études en quatrième année (ou encore la présentation orale d'une question, la réalisation d'une bibliographie commentée ou d'un projet créatif, etc.) La visée est d'aboutir à l'équivalent de la validation d'un certificat de compétences délivré par chaque faculté sous l'autorité du ou des responsables pédagogiques. Une piste serait de demander aux étudiants de réaliser un travail en autonomie (individuel ou en petit groupe ?) sur un sujet (tiré au sort?) en lien avec les programmes de recherche (locaux ?) dans une liste (nationale?) de sujets sur la thématique « médecine et société » qui donnerait lieu à la remise d'un résumé ou d'une autre production, qui sera évalué par un jury interdisciplinaire local. L'UFR et le Collège des Humanités médicales fourniraient des ressources bibliographiques pour traiter ces sujets.

S'agissant des compétences de **communication**, les enseignements purement techniques peuvent être utiles mais sont à eux seuls insuffisants. Il s'agit bien d'aider les étudiants à développer des capacités d'écoute, de savoir prendre en compte la singularité de chaque patient, de comprendre les différentes composantes de l'observance et du lien thérapeutique qui se jouent dans la relation médecin-patient et dans les pratiques de soin en général. Pour sensibiliser à l'acquisition de telles compétences, des tests d'écoute pourraient être proposés (une vidéo d'un entretien médical serait projetée et suivie d'un questionnaire sur ce qui a été compris et entendu). On pourrait aussi mobiliser des patients formateurs : l'étudiant serait chargé de réaliser un entretien avec une personne atteinte d'une maladie chronique, volontaire pour participer à l'enseignement médical, À la fin de cet entretien qui porterait par exemple sur le retentissement de la maladie sur la vie du patient, ce dernier prendrait quelques minutes pour donner un feedback (écrit ou oral) sur l'entretien. La simulation, la mise en situation par des jeux de rôles pourraient également être développés.

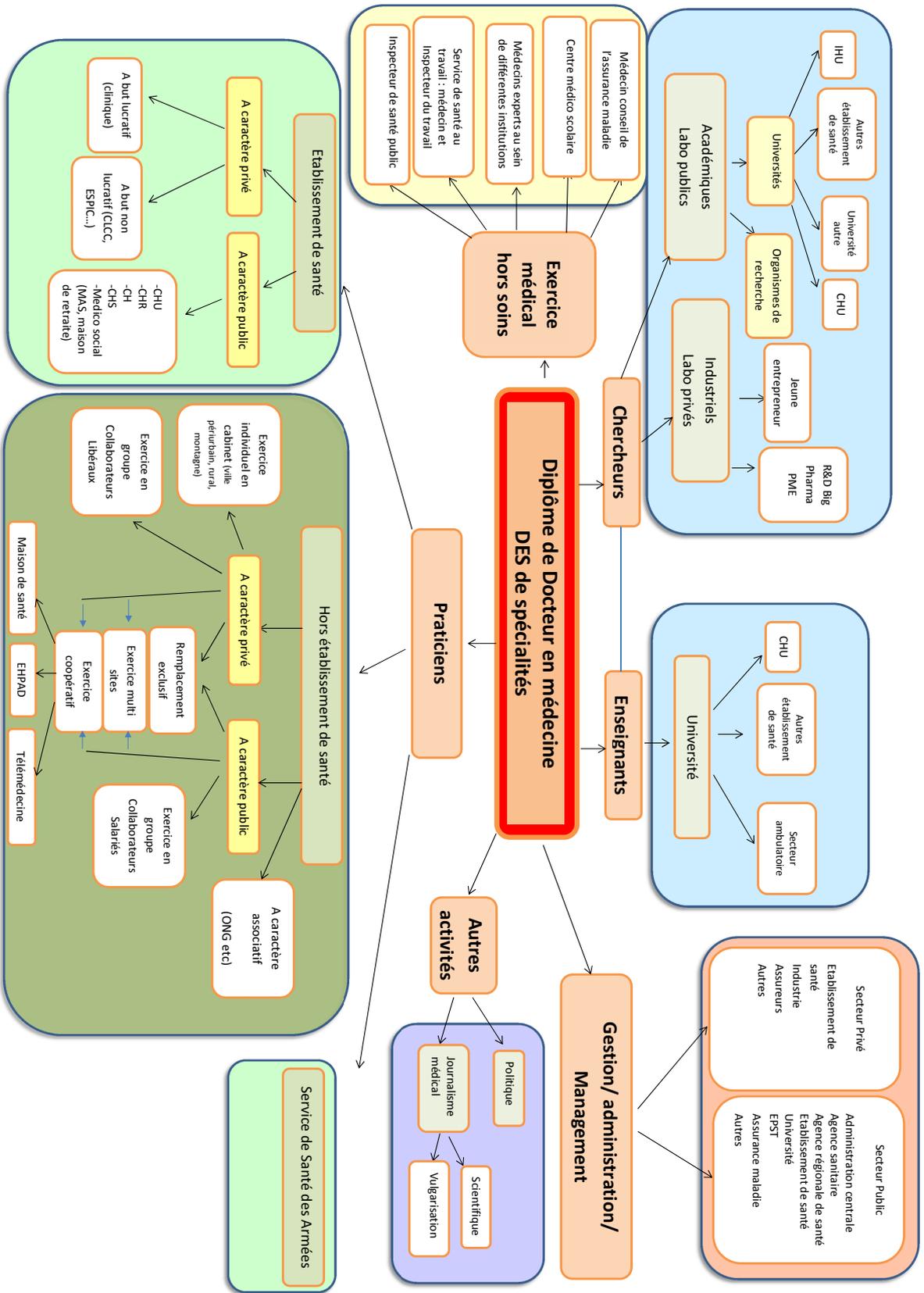
La capacité à agir en **responsabilité** aux plans éthique et déontologique peut se travailler de façons différentes. On peut envisager de recourir aux « Formation par concordance de jugement »⁶ ou encore travailler sur les mises en situation à travers la simulation. À ce propos, s'il est indispensable de s'exercer aux gestes techniques, y compris les gestes « sensibles », sur des mannequins, il restera toujours une première fois sur – ou plutôt avec – un patient. La question du consentement doit donc être particulièrement travaillée et remise en perspective. De plus, le sens que prennent les gestes simulés pour les patients comme pour les étudiants échappe au domaine de la simulation. C'est précisément ce qui exige de construire ce sens au moyen des concepts et des corpus de SHS, afin de prendre la mesure des multiples caractéristiques et situations des patients (liées à la culture, aux facteurs sociaux, au genre, à la vulnérabilité et à l'autonomie, etc.). Les compétences de responsabilité peuvent se travailler également du point de vue de la responsabilité sociale, en

6 Charlin, Bernard et al., « Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique », Pédagogie Médicale, vol. 3, no. 3, août 2002, pp. 135-144.

revenant lors d'ateliers en petits groupes sur des expériences de stage ou d'autres terrains. Ces ateliers seraient étayés par des connaissances et des outils conceptuels issus des sciences sociales, permettant de réfléchir sur la répartition du pouvoir, sur les déterminants des relations interprofessionnelles par exemple, ou encore sur les théories de la justice et leur application pour l'accès au soin.

Le Collège des humanités médicales participera activement aux discussions sur ces différentes pistes pédagogiques et d'autres encourage, et encourage les étudiants et les UFR à prendre part à cette discussion. L'enjeu est de pouvoir proposer des enseignements de sciences humaines et sociales pertinents et adaptés à ce moment crucial de la formation en deuxième cycle des études médicales.

Annexe 5



Annexe 6

Approche par compétences : définitions

Rétroaction (1) : Restitution à l'étudiant d'informations spécifiques (à l'action) basées sur la comparaison entre la performance observée et la performance standard idéalement attendue, dans le but d'améliorer ses performances futures.

Débriefing : Réflexion guidée ou facilitée après une mise en situation dont l'objectif principal est d'identifier les processus et les ressources utilisés ainsi que les lacunes dans les connaissances ou compétences.

Modèle de rôle (2) : Processus dans lequel un professionnel de santé-enseignant démontre des compétences cliniques, modélise et articule une réflexion experte et manifeste des caractéristiques d'un bon professionnel.

Le praticien est observé par un ou plusieurs étudiants dans l'exercice de sa profession. Un temps de débriefing est organisé pendant ou immédiatement après chaque temps d'observation pendant lequel le praticien explicite les raisons qui l'ont conduit à poser telle ou telle question, réaliser tel ou tel geste à l'examen, demander tel ou tel examen complémentaire, prescrire tel ou tel traitement, se comporter de telle ou telle manière etc...

Supervision pédagogique (3): le praticien observe l'externe (1 praticien-enseignant/ 1 externe) dans une situation professionnelle pertinente pour son activité future puis lui fournit une rétroaction pédagogique au cours d'un débriefing (qui peut être assisté par des supports ou des guides). L'observation peut être **directe** (l'enseignant est présent au moment de l'action) assistée ou non par des supports ou des grilles d'observation ou **indirecte** (l'enseignant n'était pas présent au moment de l'action), à partir de supports décrivant l'action (présentations orales d'observations, récits écrits, enregistrements vidéo de consultations...)

1. Van de Ridder et al. *What is feedback in medical education ? Med Educ* 2008.
2. Passi et al. Doctor role modelling in medical education BEME guide N°27. *Medical Teacher* 2013, 35.
3. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie médicale* 2005.

Annexe 8

STAGE 1

Support pour le débriefing en supervision indirecte

A REMPLIR PAR L'EXTERNE

Pour chacune des compétences suivantes, sélectionnez et décrivez l'activité réalisée pendant votre stage qui l'illustre le mieux

	Description de la situation
Clinicien L'étudiant utilise son savoir médical et ses habiletés pour analyser, à partir du contexte de soins et de la plainte du patient, une situation clinique et pour dispenser des soins dans une approche centrée sur les patients.	
Communicateur Échangeant de façon dynamique avec le patient et son entourage, collaborant avec les différents professionnels du système de santé, l'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité des soins.	
Coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle L'étudiant travaille en partenariat avec d'autres intervenants qui participent de manière appropriée au soin du patient.	
Acteur de santé publique L'étudiant participe à la vie des structures de soins et à la bonne gestion des ressources. Il contribue à l'efficacité et à l'efficience du système de soins pour améliorer l'état de santé global des patients et des populations.	

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Clinicien"

Non acquis* en cours* acquis*

évaluation par l'externe (auto) et par l'enseignant (hétéro)	Non acquis*		en cours*		acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	
Démontre la capacité d'obtenir les antécédents du patient et de les consigner de façon exacte, concise et organisée dans divers contextes cliniques.							
Démontre la capacité de consigner une anamnèse adaptée.							
Réalise l'examen somatique de patients de tout âge, et les principaux gestes techniques associés.							
Reconnaît les personnes exposées à des problèmes de santé courants qui mettent leur vie en danger.							
Démontre la capacité à mener un raisonnement hypothético-déductif en mobilisant ses connaissances des processus anatomophysio-pathologiques.							
Développe les procédures diagnostiques des pathologies et urgences les plus fréquentes et sait amorcer le traitement approprié.							
Tient compte des compréhensions du patient, des critères éthiques et culturels qui interviennent dans la situation.							
Développe une capacité d'observation globale de la situation.							
Sait présenter oralement de manière claire et concise sa démarche clinique auprès de l'ensemble de ses interlocuteurs.							

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle "

	Non acquis*		en cours *		acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	
évaluation par l'externe (auto) et par l'enseignant (hétéro) connaît les rôles, les compétences et les responsabilités de tous les membres de l'équipe soignante et en tient compte dans la pratique							
participe avec application aux activités d'une équipe interprofessionnelle ainsi qu'aux prises de décisions							
démontre sa capacité à faire appel aux ressources du système de santé							
participe, avec les différents acteurs de santé, à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage							
participe à l'acquisition des savoirs par les plus jeunes au sein de l'équipe soignante pluriprofessionnelle							

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'EXTERNE

Pour chacune des compétences suivantes, sélectionnez et décrivez l'activité réalisée pendant votre stage qui l'illustre le mieux

Scientifique	Description de la situation
<p>L'étudiant comprend que pendant toute sa vie professionnelle il devra remettre en question et chercher à réactualiser ses connaissances afin de garantir son domaine d'expertise. Il comprend l'intérêt de la démarche scientifique pour élaborer de nouveaux savoirs.</p>	<p>Description de la situation</p>
<p>Responsable aux plans éthique et déontologique</p> <p>L'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme.</p>	<p>Description de la situation</p>
<p>Réflexif</p> <p>L'étudiant doit développer tout au long de son parcours d'apprentissage sa capacité d'auto-évaluation et celle de se poser des questions pertinentes en situation réelle de soins et de prévention, en tenant compte du contexte clinique, institutionnel, légal et social. Il doit démontrer sa capacité à se remettre en question et à argumenter ses décisions.</p>	<p>Description de la situation</p>

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Communicateur"

	Non acquis*				en cours*		acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	
évaluation par l'externe (auto) et par l'enseignant (hétéro)									
établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie									
obtient les renseignements pertinents et les points de vue du patient, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse									
apprend à gérer son stress et celui des autres acteurs									
discerne quelle information doit être délivrée au patient, à son entourage, aux collègues et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur									
s'appuie sur les nouvelles technologies de l'information									

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Acteur de santé publique"

	Non acquis*				en cours *		acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	
évaluation par l'externe (auto) et par l'enseignant (hétéro)									
utilise le système de santé aux échelons local, régional et national et connaît les principaux systèmes de santé dans le monde									
intègre autant que possible les besoins individuels et collectifs à son exercice									
tient compte des déterminants de la santé et de la maladie, y compris les aspects physiques, psychosociaux, culturels et spirituels, dans sa démarche clinique									
promeut la santé, la prévention et le dépistage des maladies									
participe à l'élaboration d'un parcours de soins adapté à la situation du patient									

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Scientifique"

	Non acquis*		en cours*		acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	
évaluation par l'externe (auto) et par l'enseignant (hétéro)							
situe la place de la recherche dans l'apport des connaissances nouvelles et dans l'évolution de la pratique professionnelle							
démontre sa connaissance des différents aspects de la recherche biomédicale							
explique les différents niveaux de preuve et les limites de ses connaissances scientifiques							
accède aux informations (gestion internet et anglais médical) et sait les évaluer de manière critique							
démontre sa capacité d'acquérir des concepts relatifs à la médecine factuelle et à les utiliser dans diverses situations cliniques							
participe à la formulation d'une problématique de recherche face à une situation non résolue et envisage les pistes susceptibles de résoudre cette problématique							

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Responsable aux plans éthique et déontologique"

	Non acquis*				en cours*		acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro			
connaît et respecte les principes de la déontologie médicale ;									
respecte la confidentialité des patients et fait preuve de sensibilité et de respect par rapport aux droits, aux opinions et à la diversité des patients									
prend en compte et agit en faveur d'une plus grande sécurité des soins au patient									
connaît le cadre médico-légal, en matière de dignité de la personne, de fin de vie, de consentement éclairé et de respect des éléments et produits du corps humains									
est sensibilisé à l'éthique de la santé et de la recherche en matière de divulgation, conflits d'intérêts, protection des personnes et relation avec l'industrie									

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Étudiant :

Dimensions de la compétence "Réflexif"

	Non acquis*				acquis*		conseils donnés
	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	Auto	Hétéro	
est capable d'établir des priorités dans ses activités et de les justifier ;							
prend conscience de ses limites personnelles et matérielles et tend à les repousser ;							
est capable de solliciter autrui si nécessaire							
est dans une démarche constante d'auto-évaluation de ses pratiques dans le but de les améliorer ;							
intègre, en tant que futur professionnel, les notions d'erreur médicale et de sécurité du patient.							

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT PENDANT L'OBSERVATION DE L'EXTERNE

Pour chacune des compétences suivantes, sélectionner et décrivez l'activité réalisée pendant votre stage qui l'illustre le mieux

Clinicien	Description de la situation
<p>L'étudiant utilise son savoir médical et ses habiletés pour analyser, à partir du contexte de soins et de la plainte du patient, une situation clinique et pour dispenser des soins dans une approche centrée sur les patients.</p>	
Communicateur	Description de la situation
<p>Échangeant de façon dynamique avec le patient et son entourage, collaborant avec les différents professionnels du système de santé, l'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité des soins.</p>	

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Clinicien"

	Non acquis*	en cours*	acquis*	conseils donnés
Démontre la capacité d'obtenir les antécédents du patient et de les consigner de façon exacte, concise et organisée dans divers contextes cliniques.				
Démontre la capacité de consigner une anamnèse adaptée.				
Réalise l'examen somatique de patients de tout âge, et les principaux gestes techniques associés.				
Reconnaît les personnes exposées à des problèmes de santé courants qui mettent leur vie en danger.				
Démontre la capacité à mener un raisonnement hypothético-déductif en mobilisant ses connaissances des processus anatomo-physio-pathologiques.				
Développe les procédures diagnostiques des pathologies et urgences les plus fréquentes et sait amorcer le traitement approprié.				
Tient compte des compréhensions du patient, des critères éthiques et culturels qui interviennent dans la situation.				
Développe une capacité d'observation globale de la situation.				
Sait présenter oralement de manière claire et concise sa démarche clinique auprès de l'ensemble de ses interlocuteurs.				

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

A REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT AVEC L'EXTERNE

Date :

Enseignant :

Etudiant :

Dimensions de la compétence "Communicateur"

	Non acquis*	en cours*	acquis*	conseils donnés
établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie				
obtient les renseignements pertinents et les points de vue du patient, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse				
apprend à gérer son stress et celui des autres acteurs				
discerne quelle information doit être délivrée au patient, à son entourage, aux collègues et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur culture, en s'appuyant sur les recommandations de bonne				
s'appuie sur les nouvelles technologies de l'information				

* cf. guide pour le descriptif de chaque niveau

Annexe 10

A REMPLIR PAR LES MEMBRES DU JURY

Date :

Etudiant (N° d'anonymat):

Dimensions de la compétence "Clinicien"

échelle de Likert	1	2	3	4	5
Démontre la capacité d'obtenir les antécédents du patient et de les consigner de façon exacte, concise et organisée dans divers contextes cliniques.					
Démontre la capacité de consigner une anamnèse adaptée.					
Réalise l'examen somatique de patients de tout âge, et les principaux gestes techniques associés.					
Reconnaît les personnes exposées à des problèmes de santé courants qui mettent leur vie en danger.					
Démontre la capacité à mener un raisonnement hypothético-déductif en mobilisant ses connaissances des processus anatomo-physio-pathologiques.					
Développe les procédures diagnostiques des pathologies et urgences les plus fréquentes et sait amorcer le traitement approprié.					
Tient compte des compréhensions du patient, des critères éthiques et culturels qui interviennent dans la situation.					
Développe une capacité d'observation globale de la situation.					
Sait présenter oralement de manière claire et concise sa démarche clinique auprès de l'ensemble de ses interlocuteurs.					
sous-total					
Total "Clinicien" :					

A REMPLIR PAR LES MEMBRES DU JURY

Date :

Etudiant (N° d'anonymat):

Dimensions de la compétence "Communicateur"

	échelle de Likert					
	1	2	3	4	5	
établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie						
obtient les enseignements pertinents et les points de vue du patient, de son entourage, des collègues et des soignants, et sait en faire la synthèse						
apprend à gérer son stress et celui des autres acteurs						
discerne quelle information doit être délivrée au patient, à son entourage, aux collègues et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur						
s'appuie sur les nouvelles technologies de l'information						
sous-total						

A REMPLIR PAR LES MEMBRES DU JURY

Date :

Etudiant (N° d'anonymat):

Dimensions de la compétence "Coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle"

échelle de Likert	1	2	3	4	5
connaît les rôles, les compétences et les responsabilités de tous les membres de l'équipe soignante et en tient compte dans la pratique					
participe avec application aux activités d'une équipe interprofessionnelle ainsi qu'aux prises de décisions					
démontre sa capacité à faire appel aux ressources du système de santé					
participe, avec les différents acteurs de santé, à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage					
participe à l'acquisition des savoirs par les plus jeunes au sein de l'équipe soignante pluriprofessionnelle					
sous-total					
Total "Coopérateur" :					

A REMPLIR PAR LES MEMBRES DU JURY

Date :

Etudiant (N° d'anonymat):

Dimensions de la compétence "Acteur de santé publique"

	échelle de Likert					
	1	2	3	4	5	
utilise le système de santé aux échelons local, régional et national et connaît les principaux systèmes de santé dans le monde						
intègre autant que possible les besoins individuels et collectifs à son exercice						
tient compte des déterminants de la santé et de la maladie, y compris les aspects physiques, psychosociaux, culturels et spirituels, dans sa démarche clinique						
promeut la santé, la prévention et le dépistage des maladies						
participe à l'élaboration d'un parcours de soins adapté à la situation du patient						
sous-total						Total "Acteur santé publique" :

A REMPLIR PAR LES MEMBRES DU JURY

Date :

Étudiant (N° d'anonymat):

Dimensions de la compétence "Scientifique"

échelle de Likert	1	2	3	4	5
situe la place de la recherche dans l'apport des connaissances nouvelles et dans l'évolution de la pratique professionnelle					
démontre sa connaissance des différents aspects de la recherche biomédicale					
explique les différents niveaux de preuve et les limites de ses connaissances scientifiques					
accède aux informations (gestion internet et anglais médical) et sait les évaluer de manière critique					
démontre sa capacité d'acquérir des concepts relatifs à la médecine factuelle et à les utiliser dans diverses situations cliniques					
participe à la formulation d'une problématique de recherche face à une situation non résolue et envisage les pistes susceptibles de résoudre cette problématique					
sous-total					

Total "Scientifique" :

Dimensions de la compétence "Responsable aux plans éthique et déontologique"

	échelle de Likert					
	1	2	3	4	5	
connait et respecte les principes de la déontologie médicale ;						Total "Ethique" :
respecte la confidentialité des patients et fait preuve de sensibilité et de respect par rapport aux droits, aux opinions et à la diversité des patients						
prend en compte et agit en faveur d'une plus grande sécurité des soins au patient						
connait le cadre médico-légal, en matière de dignité de la personne, de fin de vie, de consentement éclairé et de respect des éléments et produits du corps humains						
est sensibilisé à l'éthique de la santé et de la recherche en matière de divulgation, conflits d'intérêts, protection des personnes et relation avec l'industrie						
sous-total						

Total "Ethique" :

A REMPLIR PAR LES MEMBRES DU JURY

Date :

Étudiant (N° d'anonymat):

Dimensions de la compétence "Réflexif"

échelle de Likert	1	2	3	4	5
est capable d'établir des priorités dans ses activités et de les justifier ;					
prend conscience de ses limites personnelles et matérielles et tend à les repousser ;					
est capable de solliciter autrui si nécessaire					
est dans une démarche constante d'auto-évaluation de ses pratiques dans le but de les améliorer ;					
intègre, en tant que futur professionnel, les notions d'erreur médicale et de sécurité du patient.					
sous-total					

Total "Réflexif" :

SUPPORT DE PRESENTATION ORALE POUR L'EXTERNE

Pour chacune des compétences suivantes, sélectionnez et décrivez l'activité réalisée pendant votre stage qui l'illustre le mieux

<p style="text-align: center;">Scientifique</p> <p>L'étudiant comprend que pendant toute sa vie professionnelle il devra remettre en question et chercher à réactualiser ses connaissances afin de garantir son domaine d'expertise. Il comprend l'intérêt de la démarche scientifique pour élaborer de nouveaux savoirs.</p>	<p style="text-align: center;">Description de la situation</p>
<p style="text-align: center;">Responsable aux plans éthique et déontologique</p> <p>L'étudiant a une attitude guidée par l'éthique, le code de déontologie et adopte un comportement responsable, approprié, intègre, altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public se préparant ainsi au professionnalisme.</p>	<p style="text-align: center;">Description de la situation</p>
<p style="text-align: center;">Réflexif</p> <p>L'étudiant doit développer tout au long de son parcours d'apprentissage sa capacité d'auto-évaluation et celle de se poser des questions pertinentes en situation réelle de soins et de prévention, en tenant compte du contexte clinique, institutionnel, légal et social. Il doit démontrer sa capacité à se remettre en question et à argumenter ses décisions.</p>	<p style="text-align: center;">Description de la situation</p>



Annexe 11

Charte d'accueil des étudiants hospitaliers de second cycle dans les établissements publics de santé

La mission dévolue aux établissements publics, Centres hospitaliers universitaires et Centres hospitaliers, d'accueil et d'accompagnement des étudiants lors de leurs stages, contribue pleinement au processus de formation médicale. Il s'agit d'une responsabilité qui oblige autant qu'une opportunité de transmettre, au-delà de compétences purement médicales, les valeurs portées par l'hôpital public.

Cette charte est proposée pour être portée dans chaque établissement, qui s'organise comme il le souhaite dans une démarche d'amélioration des conditions d'accueil et de formation des étudiants hospitaliers.

Signée par le chef d'établissement, par le président de la CME et le directeur de l'UFR, elle acte la dynamique dans laquelle l'hôpital s'engage, en lien avec les doyens des Facultés de médecine et l'ANEMF, à mettre en place une politique d'accueil des étudiants hospitaliers. Les responsables pédagogiques, parties prenantes dans sa mise en œuvre, sont également signataires de la charte lors de leur demande d'agrément.

La charte s'inscrit dans une logique de droits et de devoirs et est structurée autour de cinq thématiques complémentaires : l'accueil, l'encadrement, les conditions de stage, la bonne information des patients et l'évaluation.

ACCUEIL SUR LE LIEU DE STAGE

- 1. Un accueil des étudiants hospitaliers est organisé par la direction, la CME et par le responsable pédagogique identifié par l'Université.**

L'accueil pratique est fait par la direction des affaires médicales au niveau de l'établissement. Un circuit de remise des équipements (bips, blouse, badge, code d'accès informatique, clés ou autres modalités d'accès aux bâtiments) est organisé. Si possible, cette remise a lieu le premier jour du stage.

Un accueil pédagogique est organisé par le responsable pédagogique identifié par l'Université dans le service, qui expose l'activité, l'organisation et l'organigramme du service, les principales coordonnées, les missions attendues des étudiants, les modalités d'évaluation et les horaires de stage. L'ensemble de ces informations sont recueillies dans un carnet de stage.

Afin que les étudiants hospitaliers puissent réaliser leur stage de manière la plus éclairée possible, une synthèse opérationnelle leur est remise en début de stage présentant :

- Le projet d'établissement et notamment le projet médical ;
- le règlement intérieur de l'établissement, du système d'information ;
- les modalités de restauration et de vie au sein de l'établissement ;
- la gouvernance de l'établissement, la CME, ses sous-commissions, ainsi que les modalités de représentation des étudiants hospitaliers en CME et le cas échéant les coordonnées du représentant des étudiants hospitaliers en CME ;
- l'organigramme de la Direction, et notamment les coordonnées du bureau des affaires médicales.

ENCADREMENT DU STAGE

2. L'encadrement des stagiaires est formalisé.

Le responsable pédagogique est identifié et connu. Un praticien senior est systématiquement présent pour superviser l'étudiant hospitalier.

Le carnet de stage remis lors de l'accueil de l'étudiant présente les objectifs pédagogiques ainsi que les compétences inscrites dans le programme DFASM à acquérir sur le terrain de stage.

3. Les étudiants ont un droit et un devoir à la formation.

Les étudiants hospitaliers sont, dans le cadre de leur formation, associés à la prise en charge des patients.

La mise en œuvre des modalités et des objectifs de formation présentés dans le carnet de stage ainsi que le projet pédagogique sont respectés.

Le calendrier des stages est affiché dans le service, ou du moins communiqué à l'équipe médicale et paramédicale.

Le temps de stage est organisé et respecté.

4. En fonction des spécificités des lieux de stage, une information relative à la sécurité des gestes et pratiques et aux éventuels risques juridiques est délivrée à l'étudiant dans le service.

Au regard des spécificités de certains services (types de prise en charge, ...), une information claire et appropriée est délivrée afin de permettre aux étudiants hospitaliers de mieux comprendre leur environnement et le cas échéant de se protéger.

5. Les étudiants hospitaliers respectent le règlement intérieur de l'hôpital dans lequel ils sont affectés ainsi que le code de déontologie.

CONDITIONS MATERIELLES DE STAGE

6. Des moyens matériels sont mis à disposition des étudiants hospitaliers au sein des services où ils sont affectés pour réaliser leur stage et leurs gardes dans de bonnes conditions.

Pendant les gardes, une chambre et un repas sont mis à disposition.

L'indemnisation des étudiants hospitaliers, notamment des gardes, est versée conformément aux textes.

7. Le repos de sécurité, tel que défini dans la loi, est respecté.

INFORMATION DES PATIENTS ET DES ÉTUDIANTS HOSPITALIERS

8. Les centres hospitaliers accueillant des étudiants garantissent aux membres médicaux et non-médicaux de l'équipe hospitalière d'accueil, et aux patients, une juste information concernant la présence et la place des étudiants.

EVALUATION

9. Une présentation de l'évaluation pédagogique des stages est réalisée annuellement en CME par les représentants des étudiants et les enseignants en charge de la pédagogie à la faculté.

L'évaluation pédagogique des stages fait l'objet d'un échange et d'une analyse partagée en vue d'une présentation formelle en CME par les étudiants et les enseignants.

10. Enfin, la mise en œuvre de la charte est régulièrement évaluée au niveau de chaque établissement et faculté, et suivie au niveau national par le biais du « baromètre des enjeux RH » de la FHF.

Annexe 12



PROPOSITIONS DU GROUPE « INITIATIVE TERRITOIRE » :

Composition du groupe de travail

Coordonnateurs

François ARNAULT (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Patrice DIOT (Conférence des Doyens de Médecine)

Membres

Nadine AGOSTI (Médecin conseil régional Centre-Val de Loire)

Sophie AUGROS Sophie (Présidente – ReAGJIR)

Christiane BEDIER (Trésorière ISNAR-IMG)

Eric BELISSANT (Doyen – Faculté médecine Rennes)

Vanik BERBERIAN (Association des Maires Ruraux de France)

Claire BERNARD (Chargée de mission santé - Régions de France)

Tiffany BONNET (Secrétaire Générale - ReAGJIR)

Roland BONNIN (Président CDOM 79)

Philippe BOUTIN (Président Conférence nationale des URPS-ML)

Michel CLAUDON (Président de la Conférence des présidents de CME des CHU)

Jean-Pierre DEWITTE (Président de la Conférence des directeurs généraux de CHU)

Agnès de FORNEL (Juriste – Exercice Professionnel, Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Alexandre DIDELOT (Secrétaire Général – ISNAR-IMG)

Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ (Président de la Conférence des Doyens de Médecine)

Olivier FARGES (Coordonnateur CNCCEM)

Bruno FAULCONNIER (Directeur Centre Hospitalier de Niort)

Emilie FRELAT (Présidente SNJMG)

William GENS (Vice-Président ANEMF)

Olivier LE PENNETIER (Président de l'InterSyndicale Nationale des Internes)

Georges LEONETTI (Doyen – Faculté médecine Aix-Marseille)

Isabelle MAINCION (Maire de la Ville aux Clercs, membre du Bureau de l'Association des Maires de France)

Henri MARRET (Vice-doyen – Faculté médecine Tours)
Michel MONDAIN (Doyen – Faculté médecine Montpellier)
Claude NEVEUR (Président CROM Centre Val-de-Loire)
Stéphane OUSTRIC (Conseil National de l'Ordre des Médecins)
Philippe PAGANELLI (Président CDOM 37)
Maxence PITHON (Président de l'ISNAR-IMG)
Zaynab RIET (Directrice du groupe hospitalier du Havre et de Pont-Audemer)
François SIMON (Conseil National de l'Ordre des Médecins)
Emmanuel TOUZÉ (Doyen – Faculté médecine Caen)
Samuel VALERO (Vice-Président chargé des Perspectives Professionnelles, ANEMF)
Denis VALZER (Fédération Hospitalière de France)
Philippe VOLARD (Président CME CH Niort)
Jean-Marie WOEHL (Vice-président Conférence nationale des présidents de CME des CH=)
Catherine ZAIDMAN (Secrétaire Générale ONDPS)

Préambule

Le groupe de travail, constitué des personnes listées ci-dessus, a travaillé depuis le 25 avril 2017 à la demande des présidents du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et de la Conférence des Doyens de Médecine pour formuler des propositions dans le cadre de l'Initiative Territoire.

Le groupe de travail a souhaité cantonner ses propositions au seul champ de la formation, dans l'idée générale d'ouvrir celle-ci le plus possible en direction, et au sein même, des territoires.

Le présent document a fait l'objet d'une large concertation, menée en plusieurs temps: une réunion plénière le 25 avril, un forum de discussion mis en place par le CNOM et ouvert du 19 juin à la fin septembre, une réunion de rédaction le 25 octobre, et la validation progressive de la version finale par échanges électroniques prolongés jusqu'au 10 novembre. Ce document fait consensus au sein du groupe.

Le groupe a organisé sa contribution en analysant successivement les trois cycles des études de médecine pour proposer des solutions concrètes, généralisables, destinées à tirer le meilleur parti de la formation au bénéfice de la démographie médicale et de l'accès aux soins. Les propositions sont ainsi classées en trois parties successives, 1^{er} cycle, 2^{ième} cycle et 3^{ième} cycle. Pour autant, cette classification apparaît parfois artificielle, certaines actions évoquées dans l'une ou l'autre des parties pouvant en réalité s'appliquer à l'une et/ou l'autre des autres parties. Ainsi, des renvois à d'autres parties du texte ont été insérés pour certaines propositions.

Pour le 1^{er} cycle :

- Promouvoir un élargissement des origines sociales et géographiques des étudiants en développant des partenariats avec les collectivités locales de nature à faciliter l'accès aux études de santé
- Accentuer la diversification des modalités d'entrée en médecine
- Mettre en place des stages de découverte de la médecine générale
- Promouvoir la découverte des CH non universitaires au sein des GHT, en ouvrant par exemple des stages de soins infirmiers ou de sémiologie dans des services offrant un encadrement pédagogique adapté

- Encourager des enseignements pluri professionnels dans tout le 1^{er} cycle

Pour le 2^{ème} cycle :

- Intégrer les enjeux actuels et à venir de l'exercice de la médecine dans la définition des thèmes prioritaires :
 - Promouvoir le travail en équipe
 - Promouvoir la pluridisciplinarité et la pluri professionnalité
 - Sensibiliser à la responsabilité collective
 - Sensibiliser à la responsabilité sociale
 - Intégrer et tirer parti de la révolution numérique dans la formation
- Obtenir une généralisation des stages temps plein (alternant avec les périodes d'enseignement facultaire) permettant l'affectation à distance de la faculté, des étudiants de 2^{ème} cycle à temps plein, pendant les périodes de stages. Le possible accès à des ressources numériques d'enseignement maintiendra un lien pédagogique entre l'étudiant et sa faculté (le développement du numérique est essentiel dans chacun des trois cycles).
- Impliquer, quand cela est nécessaire, les collectivités territoriales et les établissements de santé dans l'accueil et l'hébergement des étudiants affectés à distance de la faculté (cf modèle des internats ruraux évoqué au chapitre 3^{ème} cycle).
- Développer la pluri professionnalisation :
 - Séminaires communs
 - Traces écrites de formation : rapport de stage, mémoire
 - Stages en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle dans les territoires
- Créer une unité d'enseignement (MOOC, cas pratique, etc.) modulable en fonction des particularités régionales : « enjeux sociétaux et territoriaux », intégrant notamment l'Ordre des médecins et les URPS dans les facultés de médecine :
 - Démographie et épidémiologie
 - Déontologie
 - Gestion et approche juridique de l'exercice professionnel
 - Conduite de projets
 - Politique régionale de santé
 - Communication
 - Retour d'expérience
 - Sociologie
 - Construction de projet de service sanitaire
- Promouvoir et accompagner l'engagement étudiant sous toutes ses formes par la validation d'acquis, la mise en place de régimes spécifiques d'études et la valorisation des années de césure.

- Permettre à l'ensemble des acteurs souhaitant participer à la formation des étudiants en médecine de le faire en facilitant l'accès à des formations en pédagogie médicale pratique puis en valorisant ces missions au sein des structures hospitalières.
- Créer dans les facultés un département des maîtres de stage placé sous la responsabilité de PU, PU-PH et de praticiens non universitaires formés et intéressés par la pédagogie et l'encadrement. Les prérogatives de ce département seraient de recruter, de former, de gérer et d'évaluer l'ensemble des maîtres de stage.

Pour le 3^{ème} cycle :

- Promouvoir le développement des stages mixtes, publics et privés, dans le maximum de spécialités avec participation des internes à la permanence des soins dans la discipline concernée et dans le territoire. (S'assurer qu'un éventuel exercice mixte d'un maître de stage est bien ouvert aux internes qui lui sont affectés).
- Faire en sorte que chaque territoire garantisse un accès équitable aux prestations (logement, etc.) quel que soit le type d'affectation (public et/ou privé). La mise en place d'internats ruraux serait un modèle apprécié par les internes. Ces internats ruraux auraient vocation à être ouverts à l'ensemble des professionnels de santé en formation sur le territoire afin de permettre une mixité et des échanges accrus entre les étudiants. Des modes de financement de ces solutions par les collectivités territoriales dans le cadre de la redynamisation de leur bassin de vie sont envisageables avec comme sécurité la nouvelle aide proposée par le gouvernement dans le plan d'accès au soin.
- Veiller à une répartition équilibrée des postes entre les terrains de stages agréés dans les territoires.
- Permettre une porosité entre subdivisions pour l'affectation d'internes dans des zones limitrophes défavorisées.
- Pour le DES de médecine générale, permettre une part d'activité hospitalière lors des deux stages de médecine ambulatoire prévus par la réforme de 3^{ème} cycle, et permettre aussi une part d'activité ambulatoire au cours des stages hospitaliers. Mettre en place des groupes pédagogiques délocalisés dans les territoires incluant un tutorat adapté au plus près semestre par semestre.
- Créer des cellules « initiative territoire » se réunissant une fois par an avec pour objectifs de:
 - Définir les enjeux des territoires en amont des commissions de répartition : avec l'Ordre à l'échelon régional et départemental, URPS, ARS, FHF, FHP, FEHAP, associations des usagers, facultés de médecine, EPCI, départements et régions.
 - Promouvoir la maîtrise de stage universitaire afin d'enrichir les possibilités d'encadrement en milieu libéral dans le maximum de spécialités (cf département des maîtres de stage décrit au chapitre 2^{ième} cycle).

- Faire converger le nombre de postes d'internes ouverts dans une subdivision avec le numerus clausus de la PACES de ladite subdivision, en étant très attentifs dans tous les cas, à ne pas aller au delà des capacités de formation.

Au-delà des réflexions sur la formation initiale de 1^{er} et 2^{ème} cycle, le groupe de travail est convaincu qu'une réflexion devrait être menée pour valoriser la carrière professionnelle des médecins qui s'impliquent dans les territoires en difficulté d'accès aux soins et dans le tutorat envers les étudiants de 3^{ème} cycle. Une réflexion devrait être conduite pour la création d'un statut post DES dans les territoires, sous forme d'un service civil, qui s'intégrerait dans cette valorisation du parcours professionnel, et serait ouvert sur la base du volontariat.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de la Santé

EPCI: Etablissement Public de Coopération Intercommunale

FHP: Fédération de l'Hospitalisation Privée

FHF: Fédération Hospitalière de France

FEHAP: Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

MOOC : Cours en ligne et massif

URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PDS : Permanence Des Soins

Annexe 13

La notion de « parcours/projet professionnel à la phase précoce/dès le second cycle » est un concept nouveau, sur lequel il n'existe pas de données solides. La recherche sur les étudiants en médecine a porté davantage sur leur santé physique ou mentale, leurs caractéristiques psychologiques, cognitives ou sociales, ... plutôt que sur leur projet professionnel ⁱ. On peut d'ailleurs noter que cette recherche sur le choix de carrière :

- repose sur une recherche élaborée (qualitative et quantitative ; suivi longitudinal),
- est assez limitée au Royaume Uni et au continent Nord-Américain (USA, Canada), pour des raisons d'ailleurs diverses, mais qui tiennent à l'organisation du système de soins,
- que ces pays ont en commun un mode d'accès aux spécialités basé sur le choix par les structures de l'étudiant plutôt que le choix des structures par l'étudiant,
- qu'il semble exister peu de données en France, sans que les données internationales puissent y être simplement extrapolées ; il existe de ce point de vue une opportunité [une nécessité] de recherche structurée, un besoin d'une sorte de Groupe de Recherche sur les Carrières Médicales, à l'instar de ce qui existe au Royaume Uni (*UK Medical Careers Research Group, University of Oxford*), et qui pourrait être placée sous les auspices de l'ONDPS.

Postulats et prérequis : « Faciliter la personnalisation du parcours de l'étudiant en fonction de ces désirs et habiletés » suppose un certain nombre de postulats, dont il n'est pas certain qu'ils soient avérés :

1) Les étudiants sont-ils prêts à faire un choix précoce de spécialité ?

- degré de certitude dans une étude réalisée au Royaume Uni : 29% certains, 48% probables, 24% incertains ⁱⁱ
- est-il prudent d'être trop certain étant donnée l'incertitude sur l'adaptation aux cursus choisis ?
- les choix actuels sont actuellement déterminés par un rang de classement et une échelle nationale de choix
- il existe souvent un décalage entre la représentation d'une spécialité et la réalité de l'exercice de cette spécialité
- l'attrait pour telle ou telle spécialité varie en fonction des générations ^{iii iv}
- l'attrait et l'attractivité peuvent évoluer dans le temps ; certaines spécialités peuvent nécessiter une certaine maturité du choix (exemples gériatrie, médecine palliative, ...) alors que d'autres spécialités sont plus attractives en début qu'en fin de carrière (médecine d'urgence, ...)

2) Les compétences / profils requis sont-ils définis pour chaque spécialité ou groupe de spécialité / discipline ?

- mal connus dans chaque discipline/spécialité ce d'autant qu'ils varient en fonction des conditions/du mode d'exercice
- relèvent du domaine subjectif plutôt que du domaine objectif

3) Le choix de spécialité (a priori) est-il validé (a posteriori) par la satisfaction de l'exercice professionnel ?

- rétrospectivement, les médecins interrogés referaient en règle générale le même choix de carrière mais ceci ne signifie pas nécessairement que ce choix était adapté
- les variables associées au fait de ne pas refaire les mêmes spécialités sont : l'absence de diversité de l'activité, l'absence de concordance entre la formation et la pratique, la spécialité de MG^v

4) Quels sont les critères de choix ?

- rémunération financière versus satisfaction personnelle
- perception de la diversité de l'exercice
- charge de travail / harmonie avec la vie personnelle
- effectif réduit (sélectif) ou important
- image / valorisation de la spécialité dans la société
- affichage par les tutelles de l'intérêt, des besoins de santé actuels
- modalités d'exercice rural versus citadin ; ambulatoire versus hospitalier
- composante technique ou d'action de la spécialité

(à compléter en fonction d'une analyse plus approfondie de la littérature)

5) Existe-t-il une lisibilité des politiques de filières ?

- les choix sont orientés par les offres de stage universitaires, dans les UFR d'affectation des étudiants
- la « valorisation » des filières n'est pas claire, en dehors de la distinction généraliste / spécialiste (« ambulatoire ») et de la lutte contre les déserts médicaux

¹ Jung SS1, Park KH2, Roh H3, Yune SJ4, Lee GH5, Chun K6. Research trends in studies of medical students' characteristics: a scoping review. Korean J Med Educ. 2017 Sep;29(3):137-152. doi: 10.3946/kjme.2017.60. Epub 2017 Aug 29.

¹ Surman G1, Lambert TW, Goldacre MJ. Trends in junior doctors' certainty about their career choice of eventual clinical specialty: UK surveys. Postgrad Med J. 2013 Nov;89(1057):632-7. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131629. Epub 2013 Jul 9.

¹ Lambert TW1, Goldacre MJ, Edwards C, Parkhouse J. Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980, and 1983. BMJ. 1996 Jul 6;313(7048):19-24.

¹ Smith F1, Lambert TW2, Goldacre MJ2. Factors influencing junior doctors' choices of future specialty: trends over time and demographics based on results from UK national surveys. J R Soc Med. 2015 Oct;108(10):396-405. doi: 10.1177/0141076815599674. Epub 2015 Oct 2.

¹ Heikkilä TJ1, Hyppölä H2, Vänskä J3, Halila H3, Kujala S3, Virjo I4, Sumanen M4, Kosunen E4, Mattila K5. What predicts doctors' satisfaction with their chosen medical specialty? A Finnish national study. BMC Med Educ. 2016 Apr 26;16:125. doi: 10.1186/s12909-016-0643-z.

Jean-Luc DUBOIS RANDE
Président de la Conférence des
Doyens

Paris, le 9 octobre 2017

**Objet : DOUBLE CURSUS MEDECINE-SCIENCES ET RÉFORME DU 2ÈME
CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

*Rédigé par Pr E. CLAUSER et Dr B. BARBOUR codirecteurs de l'école de l'INSERM et les
Pr JC THALABARD et Dr V. LAMOUR président et vice-présidente du réseau national
médecine sciences.*

LES PARCOURS MÉDECINE-SCIENCES

Le cursus médecine-sciences a pour objectif de permettre à des étudiants des professions de santé motivés par une activité de recherche future, de recevoir une formation précoce et pluridisciplinaire à la recherche.

A côté de l'ENS, qui offre depuis longtemps des parcours médecine-sciences à un tout petit nombre d'étudiants en médecine (3 à 4 par an jusqu'à récemment et actuellement 10 pour ENS Ulm et 5 pour ENS Lyon), l'Ecole de l'Inserm devenue l'école de l'Inserm Liliane Bettencourt (EdILB) offre chaque année un parcours médecine-sciences à 20-30 étudiants en médecine de toute la France depuis 2003 soit 15 ans.

Le double cursus médecine-sciences de l'EdILB comporte une candidature au début de DFGSM2 (actuellement environ 200 étudiants par an), une présélection de 60 étudiants qui suivront l'école de février (15 jours de cours et séminaires) et un concours en juin qui ne gardera pour la deuxième année de l'école qu'entre 25 et 30 étudiants. Tous les étudiants de l'EdILB ont pour obligations de :

- réaliser 2 stages en laboratoire de 3 mois et des UE scientifiques de M1 en DFGSM2 et DFGSM3
- interrompre leurs études de médecine à la fin du 1er cycle pour faire un M2 scientifique.

Au terme de cette formation scientifique initiale, les étudiants ont le choix :

- soit de faire une thèse précoce dans la prolongation de leur M2 et donc d'interrompre 4 ans au total leurs études médicales (voie 2).
- soit de faire leur thèse de sciences plus tard, avant pendant ou après l'internat (voie 1).

Actuellement et avec 15 ans de recul, environ 20% des étudiants suivent la voie 2 et 80% la voie 1. Parmi les étudiants qui ont choisi la voie 1, 30% d'entre eux sont diplômés d'une thèse de sciences à l'issue de leur internat (34 étudiants), les autres ont fini l'internat (18 étudiants) ou sont en cours d'internat (61 étudiants) sans avoir initié de thèse de sciences.

A côté de l'EdILB, plusieurs universités ont initié depuis plusieurs années des parcours médecine sciences qui gardent la philosophie de l'EdILB :

- favoriser les thèses précoces, seul véritable parcours MD-PhD, avec un M2 scientifique en fin de 1er cycle des études médicales.
- promouvoir une formation ouverte et précoce à la recherche fondamentale avec stages et enseignements dans la faculté d'origine ou en dehors.

Au parcours de l'ENS et de l'EdILB se sont joints les universités de Strasbourg (depuis 2015), Paris Descartes et Diderot (depuis 2006) et de Lyon (depuis 2016). Ces parcours se sont organisés en un réseau national, qui a pour but d'échanger, organiser et animer ces doubles cursus et souvent d'essayer de trouver des solutions à des problèmes organisationnels difficiles liés à ce double emploi du temps des étudiants. D'autres universités ont fait part de leur souhait de rejoindre ce réseau (Bordeaux, Toulouse etc.). Actuellement, c'est donc environ une centaine d'étudiants qui font chaque année un double-cursus en médecine, avec environ 20% qui s'engagent dans une thèse précoce.

PARCOURS MÉDECINE SCIENCES ET ECN

La question s'est posée de savoir si les étudiants, faisant un parcours médecine-sciences classique, c'est à dire avec une thèse précoce entre le 1er et le deuxième cycle des études médicales, réussissaient aussi bien ou non à l'ECN et quel était leur devenir. La seule analyse possible porte sur les étudiants de l'EdILB pour lesquels nous disposons de 15 ans de recul.

Une première étude avait été réalisée en 2014 et montrait que les étudiants de l'EdILB réussissaient globalement mieux à l'ECN que par exemple les étudiants de la Faculté Paris Descartes et qu'il n'y avait pas de différence significative entre les étudiants de l'EdILB des voies 1 et 2. Ce résultat est à nuancer car le nombre d'étudiants de la voie 2 ayant passé l'ECN était encore très petit au moment du recensement rendant l'analyse difficile.

Une nouvelle étude a été réalisée en 2017 et compare les 18 étudiants ayant suivi la voie 2 et ayant passé l'ECN aux 126 étudiants de la voie 1. Les résultats montrent malgré tout que les étudiants de la voie 2, même s'ils réussissent mieux que la moyenne des étudiants, réussissent un peu moins bien que ceux de la voie 1 tout en se situant dans les premiers percentiles. Par exemple, 33% des étudiants de la voie 2 sont classés dans les dix premiers percentiles de leur promotion alors qu'ils sont 49% pour la voie 1. Là encore la comparaison statistique est difficile en raison de la différence d'effectifs.

Ces résultats laissent penser à ce stade que l'ECN peut constituer une barrière pour le double cursus médecine-sciences car beaucoup d'étudiants ne choisissent pas la thèse précoce de peur d'échouer dans leurs études médicales et ceux qui choisissent la thèse précoce ne sont guère motivés pour reprendre le « bachotage » que représente la préparation à l'ECN après être pratiquement rentrés dans la vie active avec leur thèse de sciences.

La question des choix, orientations et avenir professionnels de ces étudiants qui font un double cursus et donc une thèse précoce ne peut pas aujourd'hui être tranchée avec des chiffres et statistiques, les premières promotions n'ayant pas encore, pour la plupart, terminé leur cursus (CCA, postdoc etc...).

L'impression générale, en côtoyant les étudiants de ces promotions, est que la plupart ne sait pas à la fin de leur thèse de sciences quelle spécialité médicale ils choisiront et que leur préoccupation est d'obtenir un choix de spécialité compatible et en relation avec leurs intérêts scientifiques et leurs projets de recherche. Le choix de spécialité s'affine au cours de leur 2ème cycle des études médicale et est en général clair dans l'année précédant l'ECN, comme pour les étudiants non engagés dans des doubles cursus.

La grande majorité d'entre eux n'a pas pour objectif une carrière exclusive de chercheur et souhaite s'investir dans une carrière hospitalo-universitaire de médecin chercheur. Ils auront allié tout au long de leur parcours une formation médicale et scientifique complète et souhaitent allier cette double compétence dans leur métier futur en milieu hospitalo-universitaire.

DOUBLE CURSUS – PERSPECTIVES

Le développement actuel du double cursus médecine-sciences dans de nombreuses facultés de médecine parisiennes et de province laisse penser qu'à terme un groupe significatif parmi les meilleurs étudiants choisira un double cursus, pour peu qu'ils y soient plus incités qu'actuellement, avec un parcours adapté et avec un choix de spécialité facilité par rapport à la procédure de l'ECN. Ces incitations et facilités pour un double parcours accepté de toutes les facultés pourraient permettre à une centaine d'étudiants par an de faire un véritable double parcours à l'anglo-saxonne avec thèse de sciences précoce, soit 1 à 2% de l'effectif total.

L'organisation d'un parcours du 2ème cycle des études médicales, spécifique aux étudiants du double cursus qui ont validé une thèse de sciences précoce, serait profitable s'il réunit deux aspects :

1) il ne doit pas sacrifier la formation médicale à la recherche, car la plupart de ces étudiants souhaitent être des médecins cliniciens hospitaliers au même titre que les autres. D'autre part, c'est cette connaissance médicale qui est génératrice d'axes de recherche translationnels en y associant la méthodologie et les connaissances des processus scientifiques acquis durant la thèse de sciences. Il est intéressant de noter que certains parcours MD-PhD anglo-saxons prévoient une courte période de remise en situation clinique pour les étudiants diplômés de doctorat scientifique avant qu'ils ne reprennent l'équivalent du 2ème cycle des études médicales. Le développement de tels dispositifs, reposant sur une organisation locale de ces stages, pourrait permettre d'accompagner l'étudiant de médecine, docteur en sciences dans son retour aux études médicales précédant l'ECN ou tout autre dispositif alternatif.

2) il doit promouvoir le métier de médecin chercheur hospitalier à part entière en personnalisant la formation et en permettant de garder un contact avec la recherche pendant la formation médicale. Dans l'hypothèse d'un ECN aménagé pour ce profil d'étudiant, la maquette des trimestres de formation/stages cliniques pourrait être personnalisée dans la perspective d'une meilleure adéquation avec le projet clinique et scientifique de l'étudiant.

En ce qui concerne l'ECN, cela serait certainement une incitation forte au parcours médecine-sciences avec thèse précoce que de permettre aux étudiants faisant avec succès ce parcours d'accéder simplement à la formation d'interne dans la spécialité qu'ils ont choisie en adéquation avec leurs intérêts et projets de recherche et dans la ville où ils effectuent leurs travaux de recherche.

Il est certain que tout aménagement de l'ECN permettant à ces étudiants d'éviter le bachotage et tenant compte de leur double cursus pour le choix de leur spécialité et leur troisième cycle, serait un progrès majeur qui serait très incitatif pour le double cursus.

EN CONCLUSION

Le double cursus médecine-science avec thèse précoce ne concerne aujourd'hui qu'un nombre limité d'étudiants, mais est en plein essor avec la création de plusieurs formations dans toute la France, créant une forte dynamique au niveau national entre coordinateurs de parcours, et entre étudiants regroupés en Association.

Un aménagement et une personnalisation du cursus facilitant les stages en laboratoire et la formation scientifique tout en assurant une solide formation de médecin constitueraient une incitation forte à ce double cursus pour les étudiants qui souhaitent le suivre. L'adaptation du 2ème cycle et par conséquent de l'ECN pour ces étudiants leur permettant de poursuivre en 3ème cycle dans la spécialité de leur choix, en adéquation avec leurs intérêts et projets de recherche, serait une incitation majeure supplémentaire.

Doubles cursus

À partir de la contribution de Jean Sibillia, Strasbourg.

I- Engagement vers des doubles parcours - compléments d'information

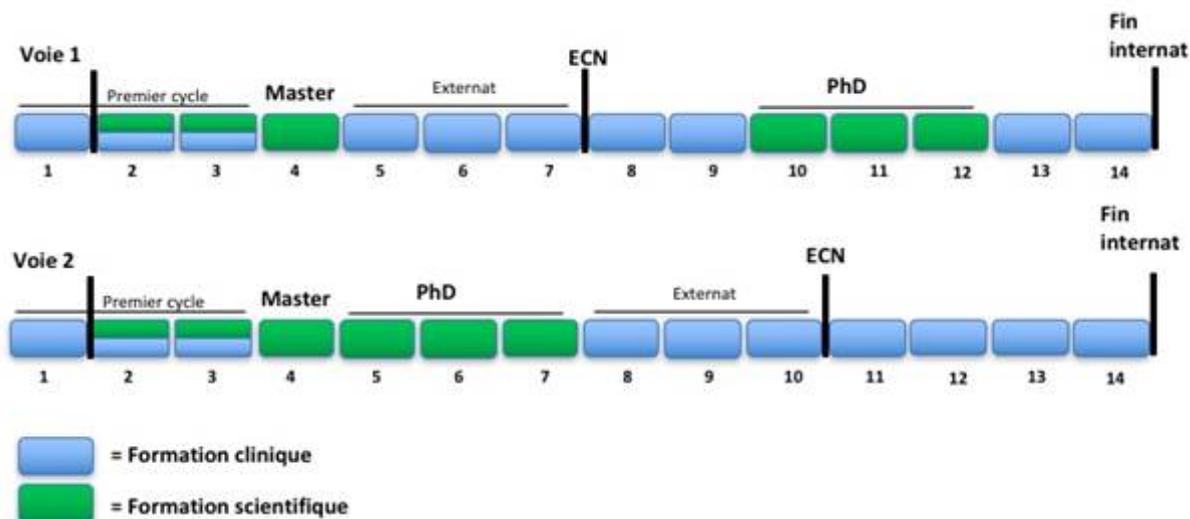
A- Doubles cursus de formation précoce à la recherche à l'heure actuelle

Un Réseau des Filières Médecine-Sciences a été fondé en 2015 par les 5 premiers cursus français : L'École de l'Inserm en partenariat avec la Fondation Bettencourt-Schueller (2003), Médecine-Sciences Universités Paris 5/7 (2006), Médecine-Sciences Université de Strasbourg, Médecine-Sciences ENS/ESPCI/Pasteur/Curie (2016) et Médecine-Sciences ENS/ Lyon Est (2016).

Ils partagent une même conception des programmes Médecine-Sciences avec des bases communes :

- Des enseignements dans toutes les disciplines scientifiques fondamentales avec des stages obligatoires en laboratoire de recherche
- L'obtention d'un master recherche avant la 4^{ème} année d'études de médecine
- La possibilité de choisir de préparer une thèse de sciences avant l'externat

Dans le cadre du renouvellement de la convention entre l'Inserm et la Fondation Bettencourt-Schueller signée en septembre 2016, les étudiants de filières membres du réseau ayant validé une thèse de sciences précoce avant l'externat, pourront sur concours, rejoindre le dispositif d'accompagnement au retour en externat du programme de l'EdILB.



L'intérêt des étudiants pour ce type de formation a poussé à la mise en place d'autres filières adaptées dans les UFR de médecine avec une extension possible à d'autres disciplines (odontologie, pharmacie...) ou métiers de la Santé. Ces formations sont principalement centrées sur des unités d'enseignement de master 1 renforcées et dirigent les étudiants vers la validation précoce d'un Master 2, souvent sans incitation particulière à la thèse précoce.

Ces cursus sont proposés ou en projet dans différentes universités dont Paris VI, Rennes, Bordeaux, Caen, Grenoble, Toulouse, Paris12, Nantes (liste non exhaustive).

Accès au 3ème cycle à l'heure actuelle :

Voie 1 : ceux qui valident le master 2 précocement, puis s'engagent dans une thèse de sciences pendant ou après le 3^{ème} cycle.

La mention disciplinaire de leur master, diplôme scientifique de 2^e cycle, affecte peu le choix de leur spécialité médicale. La plupart des masters aux interfaces en sciences de la vie, chimie-biologie ou même en physique, ingénierie (imagerie, robotique par exemple) leur donnent un socle de compétences scientifiques leur permettant d'aborder une thèse de sciences dans le contexte de nombreuses spécialités médicales.

Voie 2 : ceux qui valident le master 2 et la thèse de sciences avant la fin du 2^{ème} cycle.

Ces étudiants ont eu un investissement important. Le titre de docteur en sciences leur donne une expérience professionnelle de la recherche affirmée dans un domaine précis. La nécessité d'un choix de la spécialité en accord avec leur expertise et leur projet scientifique se pose de façon plus impérative.

Certains étudiants ont des difficultés après un arrêt prolongé (souvent d'au moins 4 ans avec M2 + Thèse) pour reprendre le 2^e cycle ce qui gêne considérablement la préparation de l'ECNi. L'épée de Damoclès que constitue les ECNi est un des freins à la réalisation d'une thèse précoce.

Le bilan de l'Ecole de l'Inserm-Liliane Bettencourt (EdILB), premier double cursus français, montre que les étudiants choisissent majoritairement la voie 1 plutôt que la voie 2 (la voie 2 concerne environ 15% des étudiants ce qui est un chiffre correspondant aux premières estimations des cursus les plus anciens). Ces étudiants sont donc par conséquent peu nombreux et pourraient bénéficier d'un dispositif particulier pendant le 2^{ème} cycle, et à minima pour l'entrée en 3^{ème} cycle.

B- Propositions d'aménagement du 3^{ème} cycle pour les étudiants de la voie 1 (étudiants qui valident un master 2, mais n'ayant pas validé une thèse de recherche avant la fin du deuxième cycle, dans le cadre de double-parcours où cela est possible)

En raison de la multiplication des étudiants titulaires de Master 2 avant le 3^{ème} cycle, il semble nécessaire d'aménager ce 3^e cycle pour permettre de valider une thèse de sciences (ou autre domaine) dans des conditions favorables à leur formation en recherche et clinique.

Ces aménagements pourraient prendre en compte les points suivants :

- La possibilité d'entreprendre un doctorat pendant le 3^e cycle avec au minimum 4 semestres et au mieux 6 semestres consacrés au projet de recherche, idéalement consécutifs.
- Le doctorat pourrait être inscrit dans le contrat pédagogique de formation de l'interne et être pris en compte dans le calcul d'ancienneté pour ses choix de stage et sa rémunération.
- Selon la spécialité, l'interne DES pourrait éventuellement effectuer des gardes durant les semestres consacrés à son projet de recherche.
- Le doctorat pourrait être entrepris à l'issue de la phase socle, ou au début de la phase d'approfondissement du 3^e cycle en fonction des spécialités, afin de permettre à l'interne DES d'acquérir une expérience clinique.
- Le choix de stage clinique au moment du retour en 3^e cycle après la thèse ne devrait pas être pénalisé par cette interruption, comme c'est le cas actuellement. La réalisation de cette thèse pendant le 3^e cycle doit au contraire favoriser leur réinsertion dans les stages de leur spécialité, ce qui serait une incitation forte à réaliser cette thèse « non médicale ».

Une solution serait de disposer également de places d'internes en "surnombre" réservées aux étudiants ayant validé un master 2 précoce (avant le 2^{ème} cycle) avec une interruption d'au moins 4 semestres, idéalement 6 semestres, consacrés à temps plein au doctorat pendant le 3^e cycle, sans quoi tout interne inscrit en doctorat sans interruption des stages cliniques pourrait prétendre au dispositif.

On peut noter que sur les trois dernières années, *en moyenne 4 étudiants par an* issus de l'EDILB avec master 2 validé avant la fin du 2^{ème} cycle se sont engagés dans une thèse avec interruption longue du 3^{ème} cycle, soit en 2017 un effectif de 19 internes DES-doctorant (*information de l'EdILB*). En tenant compte des contraintes actuelles des stages de 3^{ème} cycle, les projections incluant les 4 autres parcours du Réseau National laissent entrevoir des effectifs autour de 15 étudiants par an (pic à partir de 2023 en tenant compte des dates de démarrage des cursus locaux).

Il faut cependant souligner que ce nombre pourrait être amené à augmenter si des dispositifs incitatifs sont mis en place, et que l'on élargit cette dynamique aux cursus « autre que sciences ».

C- Organisation des étudiants des Filières Médecine-Sciences et retour des étudiants doubles cursus AMPS sur les aménagements possibles des 2^{ème} et 3^{ème} cycles

Les étudiants issus des premiers programmes Médecine-Sciences forment une communauté dynamique en plein essor. Ils ont fondé une association nationale (AMPS : <http://www.amps-asso.fr>) et participent également à l'association européenne (EMPA : www.eumdphd.com). Elles permettent des échanges d'expériences sur leurs parcours personnels et l'organisation d'évènements scientifiques.

L'Association Médecine Pharmacie – Sciences (AMPS) regroupe et représente les étudiants suivant une double formation médico-scientifique. Elle regroupe plus 600 étudiants sur tout le territoire, les plus avancés déjà doubles docteurs en post-internat.

Un sondage a été réalisé concernant les différentes solutions proposées aux problèmes rencontrés lors des doubles-cursus (voir résultats dans le tableau récapitulatif).

Il en ressort globalement que les étudiants doubles-cursus souhaitent maintenir l'égalité entre les étudiants doubles-cursus et les autres (notamment concernant les ECNi et le choix des spécialités). Cependant la perspective d'un classement défavorable aux ECNi pèse particulièrement dans la décision d'entreprendre une thèse précoce. Des solutions égalitaires permettant de repenser le 2^{ème} et le 3^{ème} cycle tout en incluant les étudiants souhaitant suivre un parcours de recherche doivent être proposées. Il sera aussi nécessaire de rediscuter du post-internat avec la possibilité de postes de Praticien Hospitalier Recherche dans les CHU et CH et de définir les profils de carrière et les débouchés professionnels privés de ces formations originales. En effet, les postes de professeurs des universités sont rares et ne permettent pas forcément de poursuivre une activité de recherche soutenue compte tenu des obligations cliniques pédagogiques et universitaires.

Récapitulatif des propositions

Cycle	Difficultés identifiées	Solutions proposées	Avis des étudiants doubles cursus (n=43)
2 ^{ème} cycle	Rares cas de classement ECNi défavorable à une spécialité en adéquation avec les projets recherche après thèse précoce (voie 2)	<p>1) Création d'une commission nationale pour les étudiants docteurs es sciences avec un rang défavorable à l'ECNi.</p> <p>Dans le cas où l'échec à l'ECNi a lieu chez un étudiant brillant ayant démontré son implication forte en recherche ET dans le cadre d'un projet de carrière bien établi : Permettre une dérogation du classement de l'ECNi et la prise d'un poste en surnombre dans la spécialité et la ville du le projet de carrière.</p>	<p>77% très en faveur/en faveur</p> <p>11% très en défaveur/en défaveur</p>
		<p>2) Création d'un CESP-recherche dès l'entrée dans le 2^{ème} cycle (après la thèse de Science précoce, voie 2).</p> <p>Dès la fin de la thèse de Sciences (voie 2), l'étudiant signe un CESP – recherche et s'engage à poursuivre un travail de recherche pendant et après l'internat. Il choisirait sa spécialité de 3^{ème} cycle à part des autres étudiants.</p>	<p>57% très en faveur/en faveur</p> <p>23% très en défaveur/en défaveur</p>

3 ^{ème} cycle	Thèse pendant le 3 ^{ème} cycle : - Reclassement au choix de stage au retour jugé injuste - Impossibilité d'arrêt > 4 ans - Absence de prise en compte des années de recherche dans l'ancienneté (rémunération)	1) Création d'un statut interne – recherche à part de la disponibilité. Il permettrait : - L'intégration de la recherche dans le 3 ^{ème} cycle sans remplacer les semestres de clinique. - Un arrêt prolongé possible (e.g. thèse + post-doctorat). - La prise en compte des années de recherche dans l'ancienneté (et donc dans la rémunération). - Eventuellement, des financements facilités (Année-Recherche de 3 ans pour thèse)	90% très en faveur/en faveur 9% très en défaveur/en défaveur
		2) Reclassement en surnombre au retour d'un travail de recherche (>= 2 ans) pendant 3 ^{ème} cycle. Proposition non exclusive de la (1). Les étudiants en 3 ^{ème} cycle interrompant leur thèse pour un travail de recherche (hors master seul) seraient considérés en surnombre lors de leur retour en clinique. Ceci n'impactera pas/peu les autres internes vu le nombre faible de ces étudiants répartis sur le territoire.	79% très en faveur/en faveur 7% en défaveur

Annexe 16

Argumentaire et recommandations pour un programme d'enseignement type Pharmfree, visant l'indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques pour l'ensemble des études médicales **Version abrégée**

Le « Pharmfree Curriculum », initialement rédigé par l'Association américaine des étudiants en médecine (American Medical Student Association, AMSA), fait suite aux réformes lancées aux Etats-Unis par l'Académie de Médecine (Institute of Medicine, IOM) et l'Association américaine des facultés de médecine (Association of American Medical Colleges, AAMC). Cette proposition de l'AMSA a pour objectif d'aider les facultés de médecine à mettre en place un enseignement qui prépare les étudiants en médecine à interagir avec les firmes pharmaceutiques pour mieux protéger la santé des patients, la santé publique et préserver la confiance du public dans la médecine. Aussi, l'objectif du cursus de type PharmFree est de fournir aux étudiants le savoir et le sens critique nécessaires à :

- Comprendre la nature des conflits d'intérêts et la manière dont ils impactent la pratique médicale ;
- Reconnaître l'influence que les firmes peuvent avoir sur la manière de soigner, et développer des stratégies pour limiter cette influence néfaste ;
- Gérer sagement leurs relations avec les industriels au bénéfice des patients et de la société.

Afin d'atteindre ces trois objectifs, l'AMSA se base sur cinq compétences transversales à faire acquérir à l'étudiant, permettant la compréhension d'un certain nombre de points, détaillés dans le tableau suivant :

Intitulé de la compétence	Points de compréhension qui doivent être acquis par l'étudiant
Savoir définir une situation de conflit d'intérêts, en expliquer les éléments constitutifs. Savoir décrire et illustrer comment les conflits d'intérêts influencent les pratiques cliniques et les recommandations professionnelles.	- Eléments constitutifs d'un conflit d'intérêts - Manière dont les conflits d'intérêts influencent les pratiques de soins et la recherche clinique - Rôle et nécessité effective de la déclaration des liens d'intérêts et de la transparence effective dans la gestion des conflits d'intérêts - Impact des conflits d'intérêts sur les guides de bonne pratique clinique et les taux de remboursement des médicaments - Manière dont le financement par l'industrie influence la FMC et les organisations produisant les recommandations comme les sociétés savantes, les agences gouvernementales... - Moyens d'éviter, de réduire ou de gérer l'impact des conflits d'intérêts liés aux relations entre les médecins et l'industrie comme les honoraires d'orateurs, les contrats de conseil, et les contrats de recherche
Savoir décrire les facteurs orientant les axes de la recherche et du développement des médicaments et des produits de santé, les étapes du développement, le parcours de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et les implications cliniques de l'obtention d'une AMM	- Etapes du R&D des médicaments et des produits de santé - Manière dont les facteurs économiques orientent la R&D et déterminent le type de médicaments qui seront développés, leur coût et leur accessibilité - Mécanismes d'AMM et processus de régulation (y compris pour les médicaments génériques) - Notions de pharmacovigilance concernant la surveillance après la mise sur le marché et le rôle du médecin dans le signalement des effets secondaires - Régulation de l'usage hors AMM des médicaments
Être capable d'évaluer de façon critique le design et les résultats d'un essai clinique, et pouvoir expliquer l'impact des biais de publication et des conflits d'intérêts sur les données de	- Importance de l'interrogation systématique des informations concernant les médicaments et les produits de santé, quelle que soit la source de ces informations - Compétences à mettre en œuvre pour analyser les résultats d'essais cliniques (design de l'étude, interprétation des données, connaissances

sécurité et d'efficacité disponibles	<p>statistiques de base)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manière dont les conflits d'intérêts et les sources de financements ont historiquement modifié les résultats d'essais et études cliniques et comment ces résultats peuvent aujourd'hui et demain être biaisés - Manière dont les biais de publications et les conflits d'intérêts des revues médicales peuvent influencer les bases de données accessibles publiquement - Processus de ghostwriting dans le contexte de campagnes de marketing - Manière dont les biais influencent les processus de décision. - Importance et possibilités d'accéder à des sources d'information indépendantes et à des revues critiques sur les médicaments.
Savoir expliquer l'impact du mécanisme de réciprocité et identifier les techniques utilisées par le marketing pour influencer les comportements des médecins	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs et stratégies développées par le marketing industriel dans différents contextes : éducation thérapeutique, cadeaux, échantillons « gratuits », utilisation des Key Opinion Leaders et de boards de conférenciers, publicité directement au consommateur, publicité dans les revues médicales, méthodes de « disease mongering », utilisation d'internet pour promouvoir des traitements, création ou soutien par l'industrie de groupes ou associations de patients, soutien de journaux médicaux
Décrire les mécanismes de formation médicale continue, identifier ses sources de biais et les sources fiables de connaissance médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Développement et accréditation des programmes de FMC, signification de l'accréditation - Méthodes d'influence de l'industrie dans le choix des sujets et des intervenants dans les actions de FMC - Moyens d'évaluer de façon critique les intervenants des actions de FMC - Choix d'espaces de FMC indépendants de l'industrie

Ces compétences transversales peuvent être acquises via des enseignements nécessitant des méthodes pédagogiques adaptées. Par exemple, les techniques éducatives qui éveillent l'étudiant et engendrent une discussion bidirectionnelle, ou l'application des principes enseignés, ont plus de chance d'être efficaces que celle de l'absorption passive. Le tableau ci-dessous énumère un certain nombre de techniques d'enseignement issues de programmes existants, d'articles publiés et de propositions des étudiants américains. Chaque méthode d'instruction a ses avantages, et les meilleurs programmes appliquent une variété de techniques pour s'assurer de toucher tous les étudiants. Les méthodes d'instructions sont illustrées avec quelques exemples de topiques, qui pourraient être explorés efficacement en utilisant cette méthode spécifique.

Type d'outil	Exemples
Études de cas de scandales sanitaires	<p>Les étudiants utilisent un scandale majeur pour analyser les facteurs l'ayant engendré, le rôle joué par les médecins, et les réponses des différents acteurs afin d'éviter qu'il ne se reproduise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La promotion hors-AMM de la gabapentine (Neurontin[®]) - Suppression des données scientifiques, marketing et retrait du Vioxx[®] - Les anti-dépresseurs et le risque de suicide dans les essais cliniques
Analyse critique de documents issus des firmes pharmaceutiques	<p>Les étudiants analysent les plaquettes, articles et publicités fournis par les laboratoires lors des congrès médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la validité et la pertinence de ce qui est revendiqué - la qualité des sources - comment l'aspect graphique renforce le message marketing - dans quelle mesure le document est en accord avec les recommandations nationales
Cours magistraux	<p>Les cours magistraux devraient favoriser le débat avec les étudiants, encourager les points de vue alternatifs, et illustrer les principes fondamentaux. Même si les cours</p>

	magistraux ne sont pas le dispositif pédagogique le plus pertinent, Vinson et al ont montré qu'un cours de 50 minutes peut influencer les opinions sur les conflits d'intérêts
Lecture critique d'article	Les étudiants abordent de manière critique une étude controversée (par exemple l'essai clinique JUPITER), évaluant le design de l'étude, l'adéquation des comparatifs utilisés, ainsi que celle du résumé par rapport à l'article, l'interprétation des résultats. Si ces paramètres sont la plupart du temps présents dans les cours de LCA, une attention particulière sera donnée aux possibles conflits d'intérêts de l'article et aux biais associés attendus, encore peu pris en compte [Etain et al.]
Jeux de rôle	Un pharmacien ou un médecin joue le rôle d'un visiteur médical et fait un exposé sur un médicament, suivi d'une analyse critique et d'une discussion
Recherche bibliographique et LCA	Les étudiants recherchent les données scientifiques sur l'impact positif et négatif du marketing des firmes pharmaceutiques sur les pratiques de prescription. Les étudiants consignent leur recherche dans un article et devront ensuite critiquer un article publié dans une revue à comité de lecture ayant un point de vue opposé au leur.
Discussions en petits groupes en TD	Les étudiants discutent la signification des conflits d'intérêts et l'impact des interactions industrie-médecins. Un article ou une vidéo est utilisée comme introduction (à savoir, le Formindep en a rassemblé un certain nombre sur sa chaîne Youtube) et guide la discussion pour s'assurer que les problèmes principaux sont abordés, et faire part des données scientifiques et remarques pédagogiques pertinentes.
Débat entre étudiants	Deux équipes d'étudiants « Pour et contre » sont désignées. Elles doivent rechercher et ensuite débattre sur l'impact des petits cadeaux (cf les stylos, les repas) sur la pratique médicale. Chaque équipe est invitée ensuite à critiquer sa propre position, et un débat s'en suit.

Concernant le positionnement de ces enseignements dans les études médicales, l'AMSA préconise une approche équilibrée permettant d'introduire plusieurs sujets à différents temps du cursus. Par exemple, la sensibilisation à l'évaluation critique des essais cliniques devrait intervenir pendant les premières années, alors que les étudiants apprennent la pharmacologie. Les techniques d'appréhension des patients demandeurs de médicaments promus par les publicités pourraient quant à elles s'insérer dans les stages d'externat. Chacun de ces sujets spécifiques, enseignés par conséquent à différents moments du cursus, peuvent être abordés en faisant le lien avec la thématique plus globale des conflits d'intérêts, permettant ainsi aux étudiants d'appréhender un schéma plus général des relations médecins-industrie pharmaceutique.

De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Health Action International (HAI) ont édité en 2009 un manuel d'enseignement intitulé "Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre", destiné aux cursus de médecine et de pharmacie. Ce manuel a été traduit par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013 qui l'a rendu public sur son site Internet. Il a reçu le prix Prescrire la même année et a déjà stimulé des enseignements dans certaines facultés comme à Rennes ou à Lyon, et des initiatives étudiantes comme celle du livret de la Troupe du rire "Pourquoi garder son indépendance face aux labos pharmaceutiques".

À la fin de ce document se trouvent des ressources supplémentaires où figure un lien donnant accès à ce livret, ainsi qu'une liste d'organisations activement engagées sur cette problématique. Ces ressources devraient être bénéfiques pour les facultés de médecine qui cherchent à construire ou à améliorer leurs cursus.

Pour enseigner les compétences d'un programme d'enseignement Pharmfree, il faut également réfléchir à sélectionner les bons enseignants.

Les conflits d'intérêts liés à la pratique médicale ne laissent pas souvent les médecins indifférents, quelle que soit leur affiliation avec l'industrie pharmaceutique. Les facultés de médecine pourraient

avoir tendance à chercher au sein de leurs propres effectifs les enseignants se chargeant de ces sujets. Pourtant, une approche interdisciplinaire pourrait apporter une perspective nouvelle, portée notamment par des non-médecins. Les facultés pourraient considérer que des représentants de patients et défenseurs de la santé publique, de même que des experts de la santé non-médecins provenant de disciplines comme l'économie, l'éthique ou le droit pourraient apporter des points de vue singuliers sur les conflits d'intérêts qui donneraient aux étudiants la possibilité de voir comment ces problèmes sont perçus à l'extérieur de la profession médicale. Il importe néanmoins de détecter les conflits d'intérêts de ces enseignants également, car les firmes sponsorisent toutes sortes d'associations de patients, mouvements et chercheurs universitaires.

Par ailleurs, la question de la participation des firmes à la formation des étudiants en médecine sur les relations industrie-médecins peut être amenée à se poser. A ce sujet, l'AMSA estime que les risques posés par l'implication des firmes dans la formation dépassent les bénéfices, et déconseille donc la participation des firmes. Cependant, si les facultés décident d'inclure les firmes, celles-ci ne devraient pas être impliquées dans la définition du cursus, et toute intervention de leur part devrait être précédée d'une instruction sur les techniques de marketing, et être modérée par des professeurs comprenant les risques des interactions avec l'industrie pharmaceutique.

En conclusion, la nécessité d'un enseignement sur le thème des conflits d'intérêt et sur les interactions avec l'industrie existe à tous les niveaux de la profession médicale. Les recherches suggèrent que ces thèmes sont constamment sous-représentés durant l'ensemble de l'enseignement médical.

Bien que le champ de ce document soit restreint à l'enseignement aux étudiants en médecine, l'AMSA encourage les institutions à explorer les possibilités d'éducation à ces problématiques pour toutes les professions médicales et paramédicales (infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, diététiciens etc.) et ceci à tous les stades de formation et de pratique, des étudiants aux professionnels installés.

La relation médecins-industrie change constamment d'aspects. L'opinion de l'AMSA est donc qu'un cursus renforcé incluant ces recommandations préparera plus effectivement les étudiants à optimiser le bien-être de leurs patients, dans leurs interactions avec l'industrie pharmaceutique. Néanmoins, la documentation des techniques d'influence de l'industrie pharmaceutique et de nouveaux modèles de marketing continue de s'enrichir, suggérant qu'il est nécessaire d'actualiser les stratégies d'influence enseignées aux étudiants et de veiller à ce que les pédagogies utilisées soient en adéquation. Les facultés devraient revoir ces problématiques et leurs programmes annuellement et s'assurer que la formation reste adaptée aux dernières données de la science et aux politiques en découlant.