

9 avril 2018.

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC)
Faculté de médecine**

Procès-verbal

du Conseil d'UFR du 7 mars 2018

SOMMAIRE

I – Approbation du PV du 8 février 2018 – Vote

Rapporteur : Jean-Luc Dubois-Randé

..... page 5.

II – Point d’information : Projet expérimentation PACES – Information

Rapporteur : Jeanne Tran Van Nhieu

..... page 5.

III – Projet global Seine-et-Marne – Information/Vote

Rapporteur : Jeanne Tran Van Nhieu

..... page 7.

IV - Etudes médicales : Charte des stages et gardes – Vote

Rapporteur : Marc Michel et Orianne Wagner-Ballon

..... page 8.

V – DUFMC : Création ou renouvellement de DU, DIU et Certificat - Vote

Rapporteur : Laure Beauvilliers

..... page 9.

VI – Actualités : Rapport de la cours des comptes sur le rôle des CHU dans l’enseignement supérieur et la recherche médicale - Information

Rapporteur : Pierre Wolkenstein

..... page 9.

VII – Actualités UPEC - Information

Rapporteur : Jean-Luc Dubois-Randé

..... page 11.

VIII – Point sur la transplantation hépatique à l’hôpital Henri Mondor - Information
Rapporteur : Alain Luciani

..... page 11.

IX - Questions Diverses : Service sanitaire
Rapporteur : Laurence Compagnon et Jean-Luc Dubois-Randé

..... page 12.

Membres présents :

Mmes Anne-Catherine Bachoud-Lévi, Caroline Barau, Florence Canoui-Poitrine, Christiane Copie, Constance Guillaud, Corinne Haioun, Sylvie Haulon, Marie Laurent, Marie-Christine Pacouret, France Pirenne et Oriane Wagner-Ballon.

MM. Vincent Audard, Romain Bosc, Didier Dousset, Jean Luc Dubois-Randé, Michel Ikka, Quentin Janot, Jean-Christophe Lourme, Didier Morin, Jean-Michel Pawlotsky, Jordan Rotter et Pierre Wolkenstein.

Membres représentés :

Mme Emilie Ferrat et Virginie Prulière-Escabasse.
MM. Sébastien Gallien, Stéphane Jamain et Alain Leclerc.

Membres non représentés, non excusés :

Mme Florence Adeline-Duflot, Coline Baué, Julie Fournier, Martine Garrigou et Marlène Leclerc.
MM. Philippe Caramelle, Nicolas De Prost, Christian Fournier, Rayan Hamadmad, Armand Mekontso-Dessap, Olivier Patey et Liova Yon.

Invités présents :

Mmes Laure Beauvilliers, Annie Dizier, Sophie Dupuis, Laurence Compagnon, Martine Orio et Jeanne Tran Van Nhieu.
MM. Kendrys Legenty et Marc Michel.

Le quorum étant atteint, le Doyen ouvre la séance à 15h10.

I – Approbation du PV du 8 février 2018 – Vote

Rapporteur : Jean-Luc Dubois-Randé

Le procès-verbal du Conseil d'UFR du 8 février 2018 préalablement examiné par les conseillers est soumis à leur vote pour être approuvé.

Aucune remarque n'étant faite, le procès-verbal est adopté à l'unanimité des membres, présents et représentés.

II – Point d'information : Projet expérimentation PACES – Information/Vote

Rapporteur : Jeanne Tran Van Nhieu

Annexe 1

En préambule, le doyen informe les membres du conseil que la faculté a décidé de reporter la mise en place de l'expérimentation PACES à la rentrée 2019. Cela permettra de revoir certains éléments discutés lors du précédent conseil. Une nouvelle présentation est effectuée par Jeanne Tran Van Nhieu, responsable de la PACES.

Elle commence, tout d'abord par présenter quelques chiffres sur les taux de réussite à la paces. Le constat est que la majorité du numerus clausus est pris par les redoublants. Sur les 850 primants, seuls 10% réussissent le concours quant aux redoublants sur les 350, 220 d'entre eux seront reçus. Les 130 redoublants en échec, ne disposent d'aucune information sur leur devenir. Elle informe que ces étudiants ont pourtant le bac avec mention bien ou très bien.

La PACES particulière aura une capacité de 875 étudiants, tous des primants, avec 80% du numerus clausus consacré au concours écrit, ce qui représentera 180 à 200 étudiants. Une session de rattrapage sous la forme d'un oral pour les 20% restants, ce qui représente 50 étudiants, aura lieu environ 1 mois après le premier concours. Une troisième chance est présentée via l'alterPaces pour 10 à 20 places, pour les étudiants admis en licence 2.

Avec ces dispositifs les 130 étudiants qui après 2 ans de PACES n'obtenaient rien avec le système actuel, gagneront 1 an et il sera plus facile pour eux de rebondir sur d'autres filières (diapositive n°4 et 5).

Cependant une réflexion devra être menée sur l'année de transition notamment sur l'intégration des redoublants au nouveau système.

Elle ajoute que les éléments importants de ce dispositif sont d'élargir les offres dans le domaine de la santé : audioprothésiste, orthoptiste, opticien.... et de développer la réorientation. Ce sont les points clés.

Elle récapitule le dispositif de la PACES particulière :

- 2 sessions d'examen,
- 1 session de rattrapage avec un oral qui bénéficiera d'une préparation avec le soutien du tutorat
- une refonte des méthodes d'examens

Jeanne Tran Van Nhieu a identifié des points de vigilance :

- La réalisation et la préparation des oraux : l'oral du projet professionnel et l'oral du 2^{ème} concours. La question est comment organiser ces oraux, qui plus est avec des intervenants extérieurs.
- La réorientation : il faut identifier le flux d'étudiants que peuvent recevoir les autres composantes de l'université, proposer d'autres métiers dans le domaine de la santé et développer les passerelles en L2.
- L'année de transition : il faudrait un numerus clausus dédié aux redoublants pendant la phase de transition.

Une réunion a eu lieu avec les étudiants en charge du tutorat et divers points ont été abordés en plus des points précédemment cités :

- Comment éviter la P0
- Comment mettre en avant le tutorat à Créteil

Jeanne Tran Van Nhieu souhaite que l'expérimentation change les méthodes de sélections en modifiant en profondeur le contenu des examens. Il s'agit d'un élément indispensable au changement : l'arrêt du « par cœur » contre l'introduction de la réflexion.

Pour finir, elle présente quelques chiffres concernant le rang de classement des redoublants. Les statistiques démontrent que les bons redoublants, ceux classés entre le 350^{ème} et 400^{ème} rang auraient eu le concours en 1 an avec ce nouveau dispositif. Cependant, les chiffres confirment aussi que les autres ont très peu de chances d'obtenir le concours (diapositive n°9 à 14).

Il s'agit d'un sujet de discussion pour les lycéens : le choix d'aller vers une université où le redoublement n'est pas supprimé et qui amène certains à renoncer à la médecine, annonce Pierre Wolkenstein .

Le sentiment également de portes qui se ferment pour les bacheliers se fait ressentir, ajoute Michel Pawlotsky.

Jeanne Tran Van Nhieu répond que les étudiants auront 3 chances et une réorientation possible en 1 an. Elle convient qu'il faut mettre davantage en avant les points positifs de la Paces particulière.

Les membres reviennent sur le sujet de la P0 et estiment que cela va pousser les lycéens à en suivre une. Ils ajoutent que certains lycéens ont besoin de 2 années pour mûrir leur projet.

Elle informe qu'une mise à niveau sera mise en place pendant l'été pour aider ces lycéens et pour contrer la P0 ; il faut collaborer avec les professeurs des lycées. Ils auront toujours le choix de prendre l'AlterPACES.

Le doyen annonce que cette année sera consacrée également au développement des passerelles et lance un appel au volontariat à l'ensemble des enseignants pour aider Jeanne Tran Van Nhieu.

Le doyen soumet au vote l'ouverture de l'expérimentation de la PACES particulière pour la rentrée universitaire 2019.

La proposition est adoptée à la majorité des membres présents et représentés avec 6 abstentions

III – Projet global Seine-et-Marne – Information/Vote

Rapporteur : Jeanne Tran Van Nhieu

Annexe 2

Jeanne Tran Van Nhieu, responsable de la PACES, présente le département de la Seine et Marne. Il s'agit du plus grand département d'Ile de France avec un désert médical très important. La démographie de la population est en hausse contre une démographie médicale en baisse. Face à ce constat et à l'inquiétude des dirigeants du département, la faculté a le projet de s'implanter sur le territoire en créant un pôle santé universitaire en Sud Seine et Marne pour développer des formations médicales et paramédicales.

Le but est de créer des liens pluriprofessionnels par la voie d'ateliers afin que les étudiants interagissent ensemble, pour un objectif à long terme qui est celui de leur installation en tant que professionnel de santé en Seine et Marne.

L'ouverture en septembre 2018, d'une antenne PACES sur le campus Sénart à Lieusaint amènera le nombre d'antennes PACES à 2 sur le 77 avec celle de Torcy.

Elle porte à la connaissance des conseillers que la ville propose 800 logements étudiants.

D'autres formations, en parallèle de celles de la santé : économie-gestion, lettres, STAPS, DUT, IUT, AEI, école d'ingénieurs, droit, ouvriront une antenne. Cela donnera la possibilité aux étudiants de PACES non reçus de se réorienter sur le territoire.

A Melun, 1500m² de locaux sont disponibles pour accueillir les 2^{ème} année : salles de travail, une bibliothèque, un amphithéâtre. Il sera possible de suivre les cours en visioconférence.

En terme de stage, plusieurs hôpitaux pourraient accueillir des étudiants. L'offre de soins est la suivante :

- Grand Hôpital de l'Est Francilien (centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux, et de Marne-la-Vallée)
- Groupe Hospitalier Sud Ile de France (Melun)
- Groupe Hospitalier du Sud Seine-et-Marne (Hôpitaux de Fontainebleau, Montereau-Fault-Yonne et Nemours)
- Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes)
- Grand Hôpital de l'Est Francilien (centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux, et de Marne-la-Vallée)
- Une dizaine de maisons de santé dont 2 universitaires : Torcy et Fontainebleau
- le réseau de médecine générale : maîtres de stage

Pour les formations paramédicales, plus spécialement concentrées à Fontainebleau, mais aussi présentes à :

- Nemours et Montereau pour la formation des aides soignants et des IFSI
- Melun avec la création d'une antenne Ergothérapie et Kinésithérapie en 2020

Le but à long terme est que les étudiants puissent effectuer leur 1^{er} et 2^{ème} cycles avec l'aide des cours à distance (ED sous forme de classes virtuelles). Il faut également développer les terrains de stage sur le territoire.

Les membres s'interrogent sur les cours à distance et l'absence de rencontres entre étudiants et enseignants. Ils craignent que les étudiants soient totalement déconnectés du monde universitaire.

Jeanne Tran Van Nhieu répond qu'inévitablement, les cours auront lieu en e-learning à cause de la distance. Une rotation se ferait sur les stages pour que ces étudiants se déplacent à Créteil.

Martine Orio approuve cette idée car il s'agit d'un moyen de faire vivre un territoire. Elle explique la situation des hôpitaux du territoire qui ont de moins en moins de médecins et qui pour certains sont sur la voie de la fermeture alors que paradoxalement la population augmente. Il est urgent de trouver comment faire vivre une population avec très peu de tissu sanitaire. C'est une bonne initiative de la part de la faculté d'apporter cette formation universitaire.

La crainte de Jean-Michel Pawlotsky est que l'hôpital Henri Mondor devienne un CHU de médecine générale/gériatrie par conséquent peu compétitif.

Plusieurs membres s'interrogent sur les moyens humains qui devront être affectés à ce projet notamment pour la formation en stage.

Plusieurs pistes existent comme celle des assistants partagés qui selon Pierre Wolkenstein doit être développé.

Le doyen répond que les cliniciens et praticiens hospitaliers du territoire pourront recevoir les étudiants, il suffit de les former et de mettre en place des agréments pour les accompagner.

Le doyen soumet au vote la création d'un pôle santé Sud-Seine et Marne.

La proposition est adoptée à la majorité des membres présents et représentés.

IV - Etudes médicales : Charte des stages et gardes – Vote

Rapporteur : Marc Michel et Oriane Wagner-Ballon

Annexe 3

Marc Michel, responsable des stages, présente aux membres du conseil les différentes modifications apportées à la charte des stages et gardes. Il explique que cette charte qui énumère les droits et devoirs des étudiants en stage, est évolutive au fil des années.

Les modifications sont les suivantes :

- Les stages hors site : L'étudiant (en 4^{ème} ou 5^{ème} année) devra avoir effectué son stage ambulatoire de médecine générale avant de déposer une demande de stage hors site.
- Les étudiants affectés en stage de Médecine Générale seront retirés du choix de Diosel et choisiront, dans un second temps avec le responsable des stages MG, leur binôme. Le logiciel ne permettant pas cette souplesse, la pratique a été modifiée dans ce sens.
- Les étudiants auditeurs devront de nouveau effectuer un stage hospitalier sur la base d'un contrat pédagogique. Cette règle a pour but d'éviter les abus de ce type de demande d'étudiant auditeur libre.
- Les étudiants redoublants volontaires devront effectuer de nouveau un stage hospitalier sur la base d'un contrat pédagogique.

Sylvie Haulon souhaite éclaircir le point de la présence des étudiants en stage.

Marc Michel et Oriane Wagner-Ballon confirme à Sylvie Haulon que seule la charte est la source réglementaire à laquelle il faut se référer.

Les modifications apportées à la charte sont adoptées à la majorité des membres présents et représentés.

V – DUFMC : Création ou renouvellement de DU, DIU et Certificat - Vote
Rapporteur : Laure Beauvilliers

Annexe 4

Laure Beauvilliers, responsable administrative du DUFMC et chargée du développement, présente aux membres les listes des demandes de renouvellement, de création et de changements des diplômes universitaires et interuniversitaires.

Les demandes de renouvellements sont les suivantes :

- Anesthésie loco-régionale
- Cardiologie interventionnelle 1^{ère} année
- Cardiologie interventionnelle pour les paramédicaux
- Chirurgie valvulaire réparatrice
- Immuno-hématologie en médecine interne
- Implantologie orale et maxillo-faciale
- Infirmières de santé au travail
- La pratique médicale en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins
- Le Sommeil et sa pathologie
- Manifestations dermatologiques des maladies systémiques
- Médecine du Don
- Musicothérapie
- Pathologie chirurgicale du genou
- Régulation médicale dans un CRRA
- Thérapeutique médicale et médicaments chez les personnes âgées
- Thérapeutiques endovasculaires
- Transfusion sanguine

La demande de création est la suivante :

- DU de Cinéma, images et médecine : créer et communiquer porté par Laurence Caeymex.

Le conseil de l'UFR a été informé de :

- L'arrêt du DU de Techniques chirurgicales hépato-bilio-pancréatiques
- La reprise d'activité du DU de Techniques microchirurgicales après une interruption
- Du changement d'intitulé du DU de médecine esthétique génitale qui devient le DU de Médecine et chirurgie esthétique et reconstructrice génitale

Laure Beauvilliers informe que le département a augmenté son budget cependant l'équilibre reste fragile à cause du statut des DIU. Certains DIU, par rotation, repartent sur les universités partenaires et d'autres sont définitivement repris faute de remplaçant à Créteil.

Les demandes de renouvellement et la demande de création ainsi que le changement d'intitulé sont adoptés à la majorité des membres présents et représentés.

VI – Actualités : Rapport de la Cour des comptes sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale - Information

Rapporteur : Pierre Wolkenstein

Annexe 5

Pierre Wolkenstein présente l'état des lieux fait par la Cour des comptes concernant les centres hospitalo-universitaires (CHU). Plusieurs sites ont été interrogés notamment des CHU de l'APHP mais également des CHU de province, ainsi qu'un grand nombre de structures administratives (diapositive n°3).

La Cour des comptes découvre que le statut des CHU dispose de 4 missions :

- Le soin
- La recherche
- L'enseignement
- L'administratif

Le constat fait pas les auditeurs est qu'il est de plus en plus difficile d'assumer ces 4 missions. Le rapport met également en lumière la forte inégalité de la formation médicale entre les territoires (diapositive n°5).

Un autre point clé, celui des financements des CHU, notamment de la T2A, qui selon lui conduit à un déséquilibre entre les CHU et CH car certains territoires sont riches en activités hospitalières contrairement à d'autres qui ont une activité plutôt hopitalo-universitaire. Il y a une course à l'activité hospitalière et moins à la recherche et l'enseignement, selon lui.

Dans ce rapport, le statut des personnels hopitalo-universitaires (HU) avec la double tutelle est remis en question. Il n'existe aucune visibilité sur le temps dédié à chaque mission (diapositive n°6).

Pour y remédier, l'une des propositions est la contractualisation des missions : soins, recherche et enseignement. Le recrutement ne se ferait plus sur un statut de HU à vie mais sur un contrat avec du temps alloué à chacune des missions.

La Cour des comptes s'intéresse à la recherche clinique plutôt qu'à la recherche fondamentale. Là encore, elle conclut que des tensions entre l'INSERM et les CHU subsistent et que l'activité de recherche clinique est très contrastée entre les CHU (diapositive n°8).

Le dernier point soulevé par la Cour des comptes est le financement et le mode gouvernance de l'activité de recherche qui selon elle sont à adapter (diapositive °9).

Pierre Wolkenstein annonce que la Cour des compte suggère l'émergence de 5 à 10 CHU en France dans le domaine de la recherche biomédicale (diapositive n°10).

Pour finir, il récapitule les orientations de la Cour des comptes :

- La tri-tutelle : il faut une simplification des relations et améliorer la coordination entre les différents acteurs.
- Le statut des HU : Trop de liberté et mise en place d'un suivi de l'activité des HU
- Avec l'arrivée des déserts médicaux ; il y aura l'émergence d'un côté le soin et de l'autre la concentration de la recherche,
- La recherche clinique pourrait être remplacée par une recherche plus orientée translationnelle et plus fondamentale

Le doyen ajoute que le statut des HU est effectivement à revoir en fonction des CHU car la masse critique n'est pas la même d'un service à l'autre. Il annonce qu'une réflexion est menée sur le CHU de demain avec les différents acteurs : ministère, doyens, DG de CHU, présidents de CME et d'universités, ce qui engendrera des discussions autour de la loi EPST qui sera remise en question par les universités. Une piste est en vue, celle de l'approche de fédération de CHU en fonction des régions.

VII – Actualités UPEC - Information

Rapporteur : Jean-Luc Dubois-Randé

Le doyen annonce l'arrivée d'une l'administratrice provisoire, Madame Françoise Moulin Civil, nommée le 15 février 2018, jusqu'à l'élection d'un.e président.e.

En attendant, elle assure les missions du président pour que la vie universitaire puisse se poursuivre.

Les prochaines élections à la présidence auront lieu pour un 3^{ème} tour fin mars ou début avril 2018.

Si ce 3^{ème} tour n'aboutit pas, la seule issue sera la dissolution du conseil d'administration et donc l'organisation de nouvelles élections pour élire de nouveaux membres du CA. Cela serait dommageable pour l'université et repousserait tous les projets à la rentrée universitaire 2018, dit-il.

VIII – Point sur la transplantation hépatique à l'hôpital Henri Mondor - Information

Rapporteur : Alain Luciani

Alain Luciani effectue un bref récapitulatif de la situation de la transplantation hépatique à Mondor.

Une note de cadrage, datant du 29 novembre 2017 a été envoyée aux sites de l'hôpital Henri Mondor et de Paul Brousse afin de travailler ensemble avec l'objectif de baisser le nombre de centres de transplantation hépatique de 4 à 3 en Ile de France.

Les 2 sites se sont rencontrés le 4 janvier 2018 au cours d'une réunion de travail pour comprendre le projet « bi-site » défini par le siège qui est de garder l'activité de transplantation hépatique sur les 2 sites mais sous réserve que la part chirurgicale de greffe soit réalisée par l'un des 2 centres avec une préférence pour le site de Paul Brousse.

Lors de cette réunion, l'hôpital Henri Mondor a exprimé la volonté :

- d'avoir un circuit de prise en charge des patients en toute sécurité,
- de limiter le nombre de transferts
- de prendre en compte l'activité de soins, recherche, d'enseignement de notre CHU.

Il a été demandé à l'hôpital Paul Brousse de rédiger une trame du projet « bi-site ».

Le 12 janvier, les premiers éléments reçus par le groupe de travail de l'hôpital Henri Mondor confirment les craintes. Il ne s'agit pas simplement d'un transfert d'acte chirurgical simple de transplantation hépatique mais d'un transfert de compétences globales :

1. La réanimation : pour la prise en charge des hépatopathies sévères, le patient sera transféré à l'hôpital Paul Brousse
2. La chirurgie : en cas de complication chirurgicales post greffe, les malades devront être opérés par un chirurgien de l'hôpital Paul Brousse
3. Transfert de l'activité de greffe multiorganes : les chirurgiens de l'hôpital Henri Mondor devront se déplacer à l'hôpital Paul Brousse.
4. Transfert des compétences « anatomopathologie » : Les actes seront réalisés à Paul Brousse et non plus à l'hôpital Henri Mondor.

Une réunion a été organisée en amphi le 26 janvier afin de faire part de la situation à la communauté. Il informe que le comité exécutif local (CEL) a voté le refus de cette injonction : transferts de compétences et la réduction des centres.

Une réponse présentant le projet de l'hôpital Henri Mondor, axée sur les forces de l'hôpital, a été transmise au siège et actuellement en attente de réponse.

En parallèle, avec les élus du territoire, une rencontre a eu lieu avec le ministère de la santé début février. Lors de cette réunion, l'hôpital Henri Mondor a pu faire part de sa vision concernant le projet et il ajoute que les modèles exposés de bi-sites n'étaient pas transposables sur ceux d'une chirurgie hépatique. Il s'agissait de modèles de transplantations rénales et les enjeux ne sont pas les mêmes.

Pour conclure, le projet selon lui, n'est pas mûr et il a senti le soutien des élus du territoire. Une nouvelle réunion doit être organisée au siège.

Le doyen rejoint les propos d'Alain Luciani et confirme qu'il s'agit bien d'un transfert de compétences. Il ajoute que cela se joue également au plan national et qu'une évaluation générale de l'hépatologie doit être effectuée pour sortir de la crise.

IX - Questions Diverses : Service sanitaire

Rapporteur : Laurence Compagnon et Jean-Luc Dubois-Randé

Annexe 6

Le service sanitaire concerne tous les étudiants : médecins, pharmaciens, maïeutique et sa mise en place est prévue à la rentrée 2018 pour les 3^{ème} et/ou 4^{ème} année à la convenance de la faculté. Les champs d'actions sont larges et il est possible d'intégrer plusieurs thématiques de prévention :

- sexualité,
- alimentation,
- nutrition,
- infectieux,
- vaccination,
- soins primaires...

La cible est l'université et le milieu scolaire : lycées et collèges.

Le doyen informe que le cadre de la prévention est à la charge de la faculté. Le service sanitaire durera 6 semaines plein temps ou 3 mois à mi-temps et la période est libre.

Il ajoute qu'une approche pluriprofessionnel est demandé.

Le doyen annonce qu'il n'y aura aucuns financements du ministère, seuls les frais de transports seront remboursés aux étudiants.

Laurence Compagnon, professeur de médecine générale, présente à l'assemblée, l'expérience du certificat optionnel qui avait été mise en place par le département de médecine générale et proposé aux externes.

Les actions menées lors de cette expérience répondent tout à fait aux questions du service sanitaire.

Ce module optionnel, intitulé « prévention en médecine générale » était orienté sur les soins curatifs et explique les raisons de la création de ce module (diapositive n°2).

Les objectifs sont divers et elle en cite quelques uns :

- La place de la prévention,
- Identifier la démarche préventive
- Distinguer les niveaux de prévention
- Déterminer les ressources et moyens utilisables
- Reconnaître les partenaires impliqués

Le module était organisé sur 30 heures d'enseignement avec une production de projets par groupe animée par un enseignant. Un vrai projet de prévention devait naître avec des objectifs réalisables et évaluables accompagné d'une recherche bibliographique et de partenaires (diapositive n°3).

Le module était divisé en 10 séances (diapositive n°4) :

- 2 séances communes de 3 heures (début et fin du module)
- 8 séances de travail de groupe

Le contenu de la première séance avait pour but de leur apporter des ressources théoriques sur la prévention et les informer sur le rôle des médecins généralistes dans la prévention.

Les projets ont abouti avec de vrais partenaires mais le seul regret des étudiants était que le projet ne pouvait être mis en pratique réellement. Laurence Compagnon souhaite qu'avec le service sanitaire obligatoire, les étudiants puissent aller jusqu'à la réalisation concrète de leur projet.

Elle fait part aux membres du conseil des différents thèmes et populations abordés (diapositive n°6). Les addictions étaient les thématiques les plus souvent appréciées et pour la population, le choix se portait prioritairement sur l'enfant et l'adolescent et moins le sujet âgé et l'adulte.

Elle présente la liste de tous les projets présentés devant jury :

- Education à la santé :
 - o promotion de l'allaitement maternel :
 - o information sur les risques de la consommation d'ecstasy auprès de lycéens :
- Prévention/Dépistage :
 - o prévention/dépistage du cancer du col de l'utérus dans une classe de 4^{ème}
 - o prévention des maladies cardio-vasculaires liées au tabac dans les classes de seconde d'un lycée ».
 - o Prévention de la tuberculose chez les familles immigrées d'un quartier de Noisy-le Grand »
 - o Prévention de l'addiction aux jeux virtuels » : prise de risque de l'addiction aux jeux
 - o Prévention du mélanome chez les phototypes clairs
 - o Prévention de l'obésité dans une classe de CM1 ainsi que les parents d'élèves » : intervention dans une classe de CM1 pour cuisiner plus sain.

Pour conclure, elle confirme qu'il est possible de superposer ce modèle au projet de service sanitaire par contre elle soulève d'autres questions comme les moyens à disposition, comment encadrer, former et évaluer les formateurs. Elle propose que les étudiants aient à la fois des stages mais aussi du travail en groupe.

L'ordre du jour étant épuisé, le Doyen clôt la séance à 17h35.
Le prochain Conseil est prévu le mercredi 11 avril 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine


Jean-Luc Dubois-Randé

Expérimentation PACES

Jeanne TRAN VAN NHIEU

CFVU - 5 Mars 2018

CG UFR Médecine 7 Mars 2018

Date de mise en place : 2019 - 2020

Expérimentation PACES :

- **La PACES particulière s'inscrit dans le cadre des expérimentations PACES et AlterPACES,**
- **qui sont des projets conduits depuis 2013 avec pour objectifs :**
 - La réduction du « gâchis humain » de la PACES.
 - L'amélioration de la qualité de la formation.
 - La diversification des profils entrant dans les études de santé.
 - Ce sont des solutions amenées à être évaluées et à évoluer.

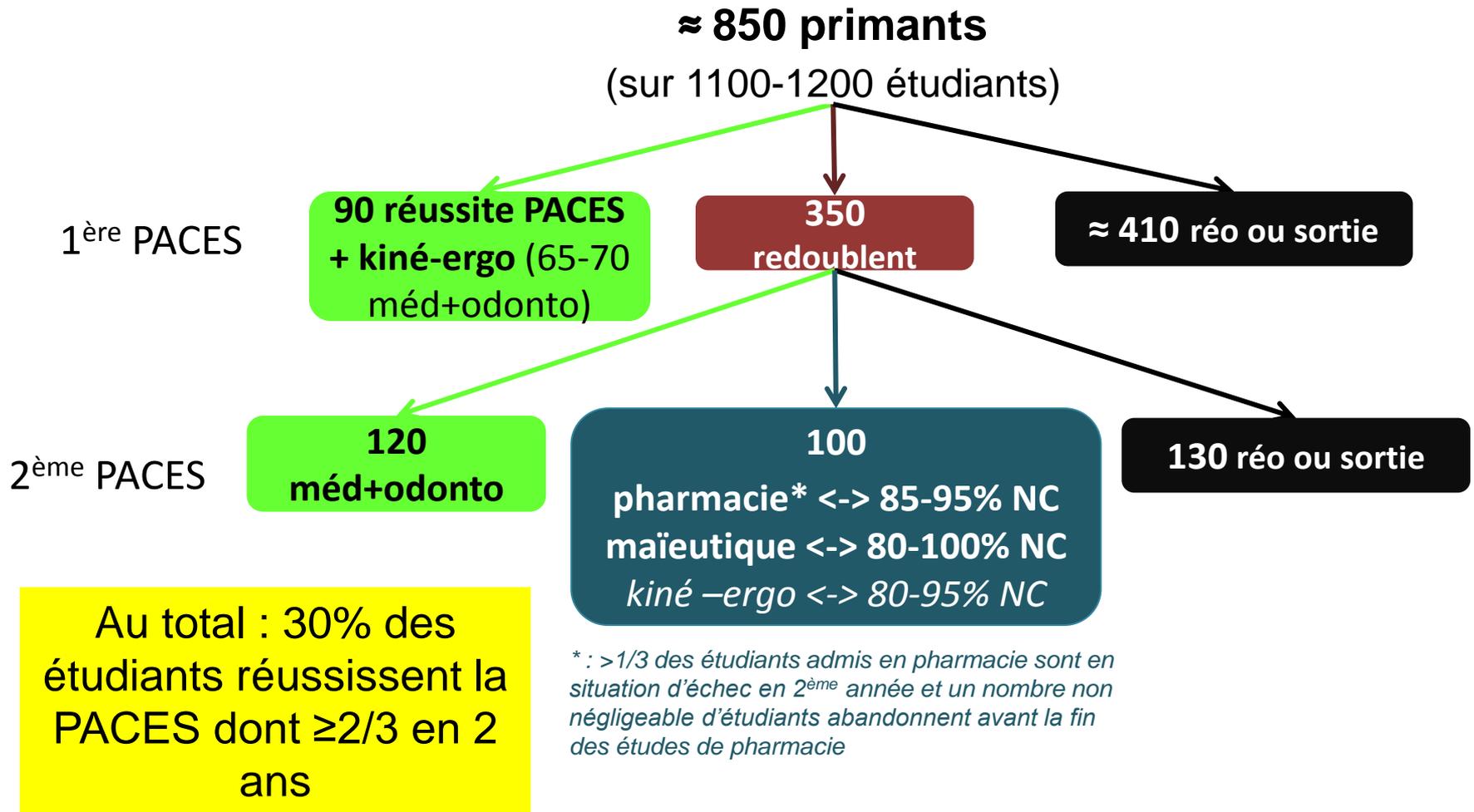
Expérimentation PACES

- PACES en 1 an
- PACES particulière
- PACES sans redoublement

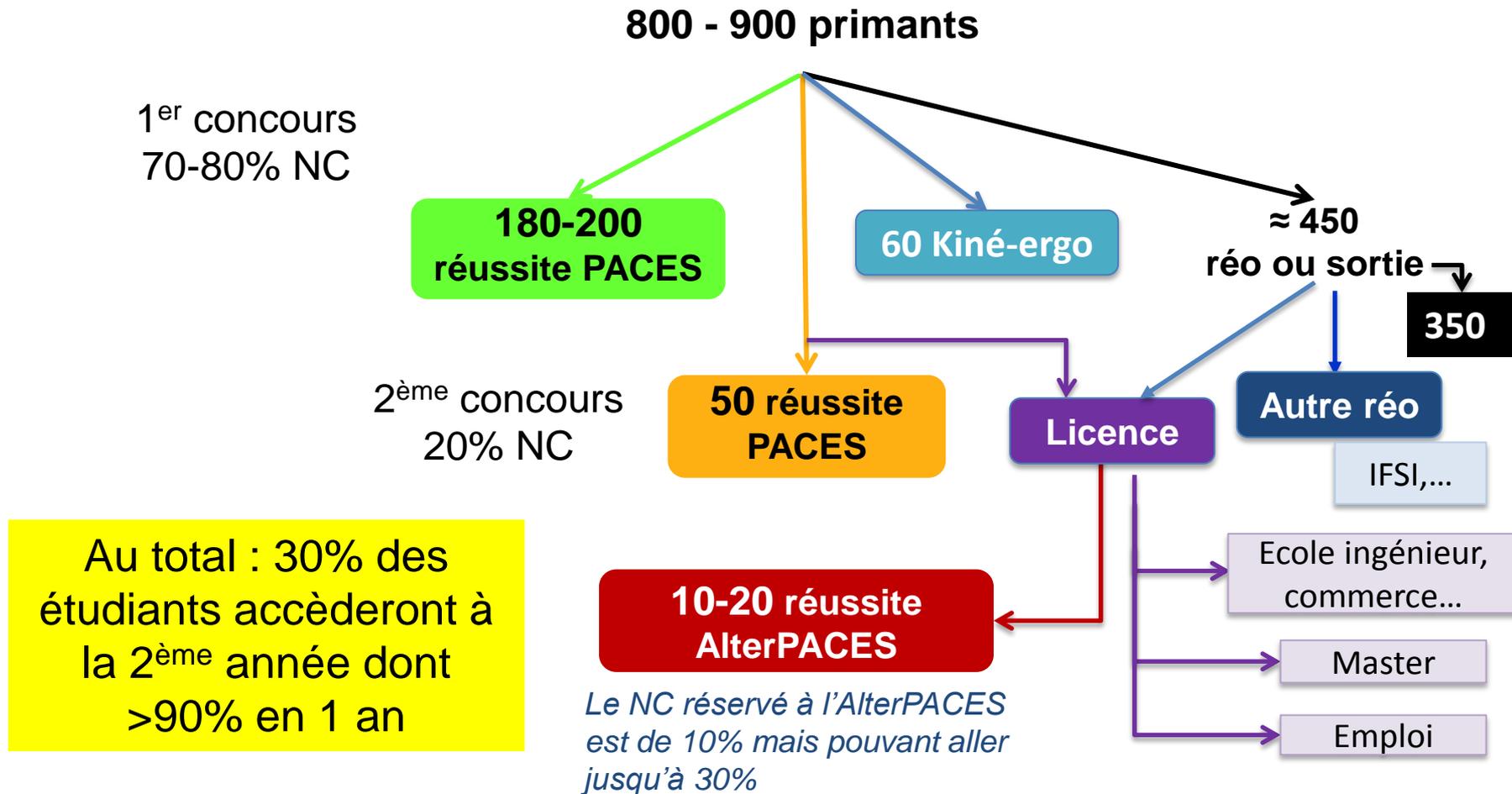
Principes :

- Supprimer l'année de redoublement : → totalité du NC alloué à une seule génération d'étudiants
- Donner une 2^{ème} chance aux bons étudiants juste en dessous du seuil de se rattraper par un examen différent oral
- Accorder une autre chance par l'AlterPACES
- Renforcer les possibilités de passerelles et de réorientation efficace pour favoriser la réussite de tous

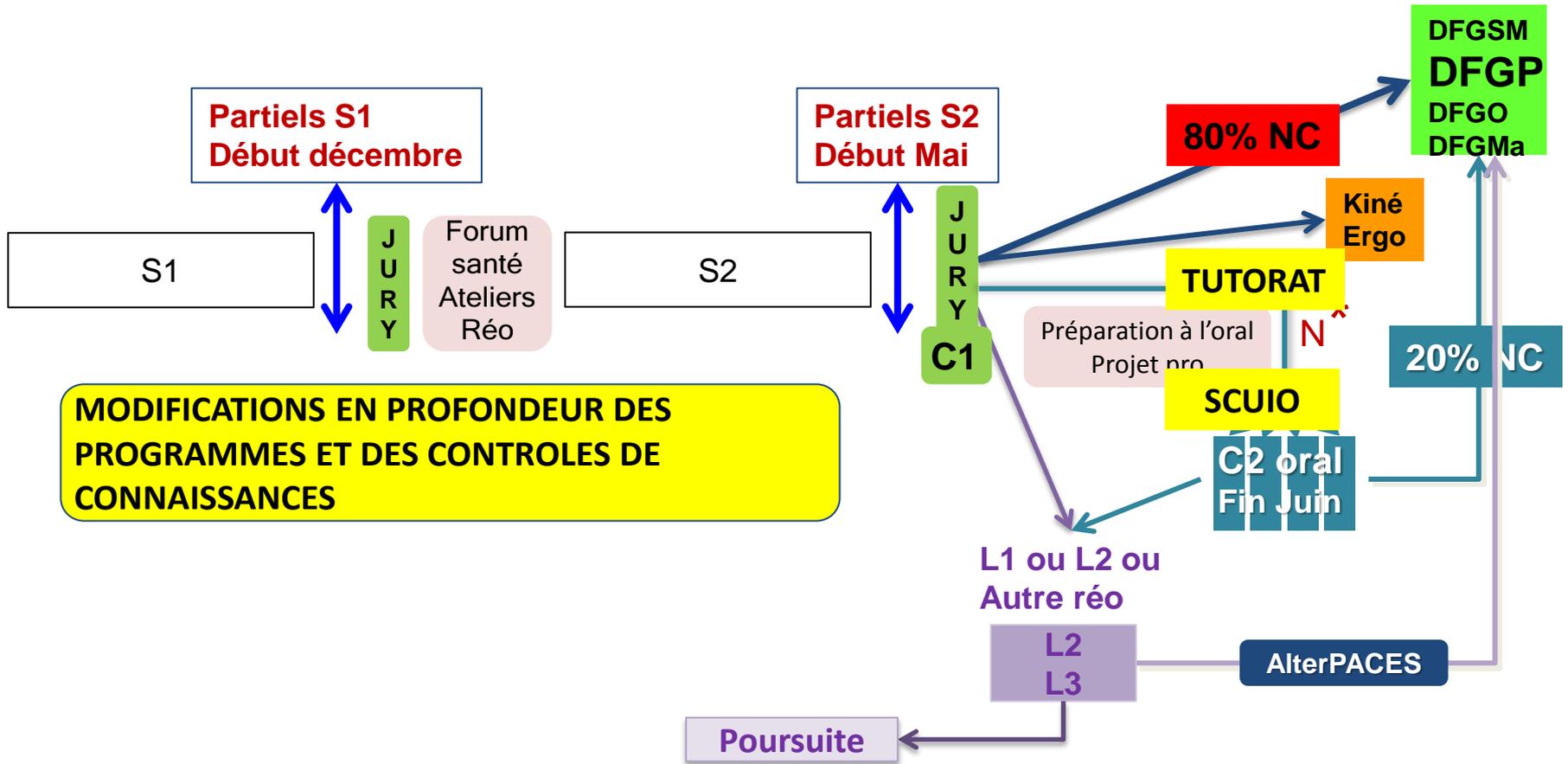
Énorme gâchis de la PACES actuelle



Principe de la PACES particulière en 1 an



Organisation



N* = nombre d'étudiants autorisés à se présenter égal à 2 à 3 fois 20%NC dans chaque filière

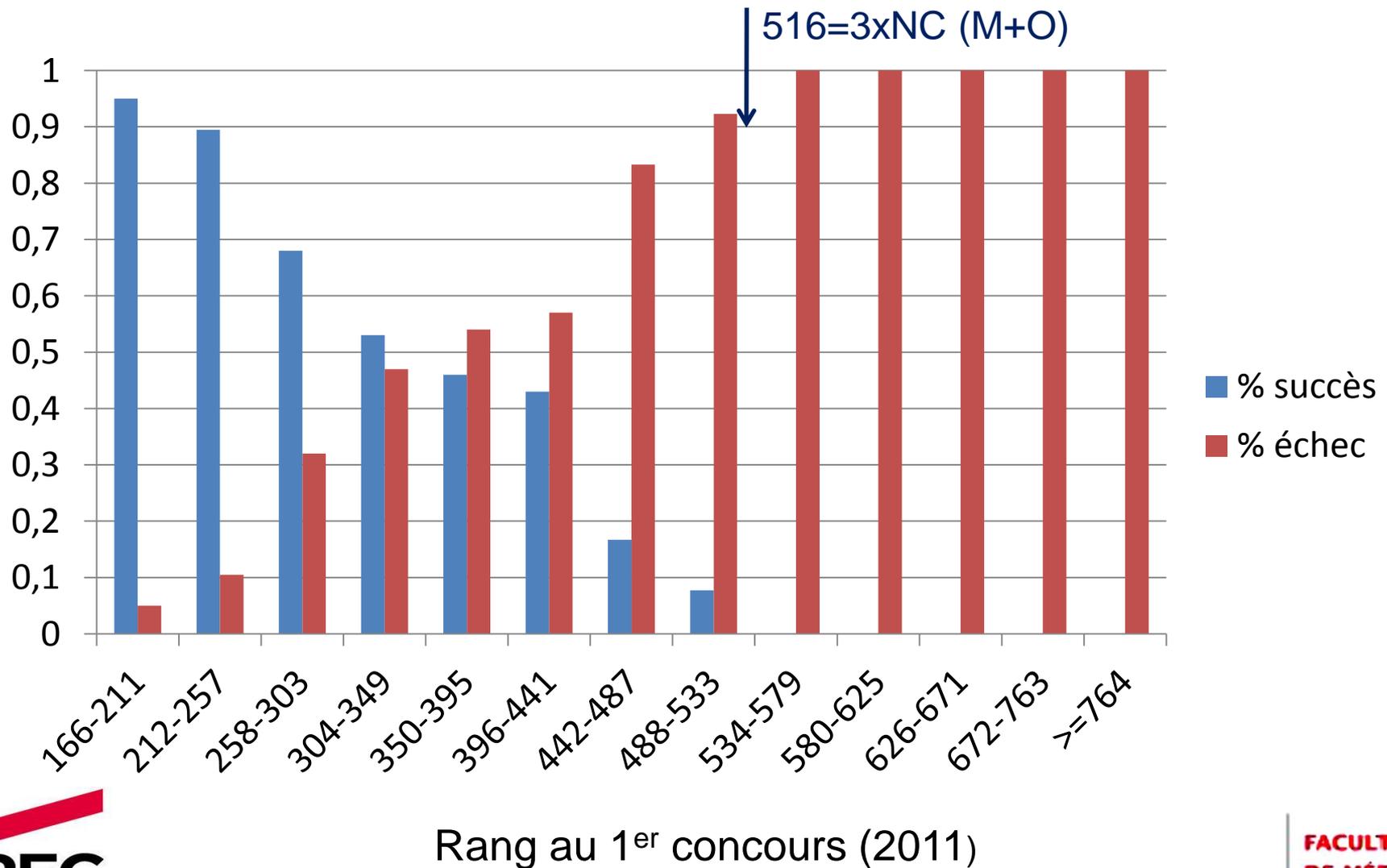
Points critiques

- **Faculté de médecine :**
 - Organiser la préparation aux oraux et du projet professionnel (Tutorat - SCUIO)
 - Organiser les oraux du 2^{ème} concours (enseignants hors Faculté de médecine, psychologues)
- **Réorientation**
 - Afflux plus important d'étudiants vers d'autres composantes de l'université (?)
 - Passerelles directement en L2 : reçus-collés ou validation de compétences spécifiques ?
 - Envisager des « passerelles » vers d'autres métiers de la santé
- **Année de transition**
 - Accorder des places supplémentaires (double NC ?) pour les redoublants du système précédent et pour les primants de la 1^{ère} PACES en 1 an

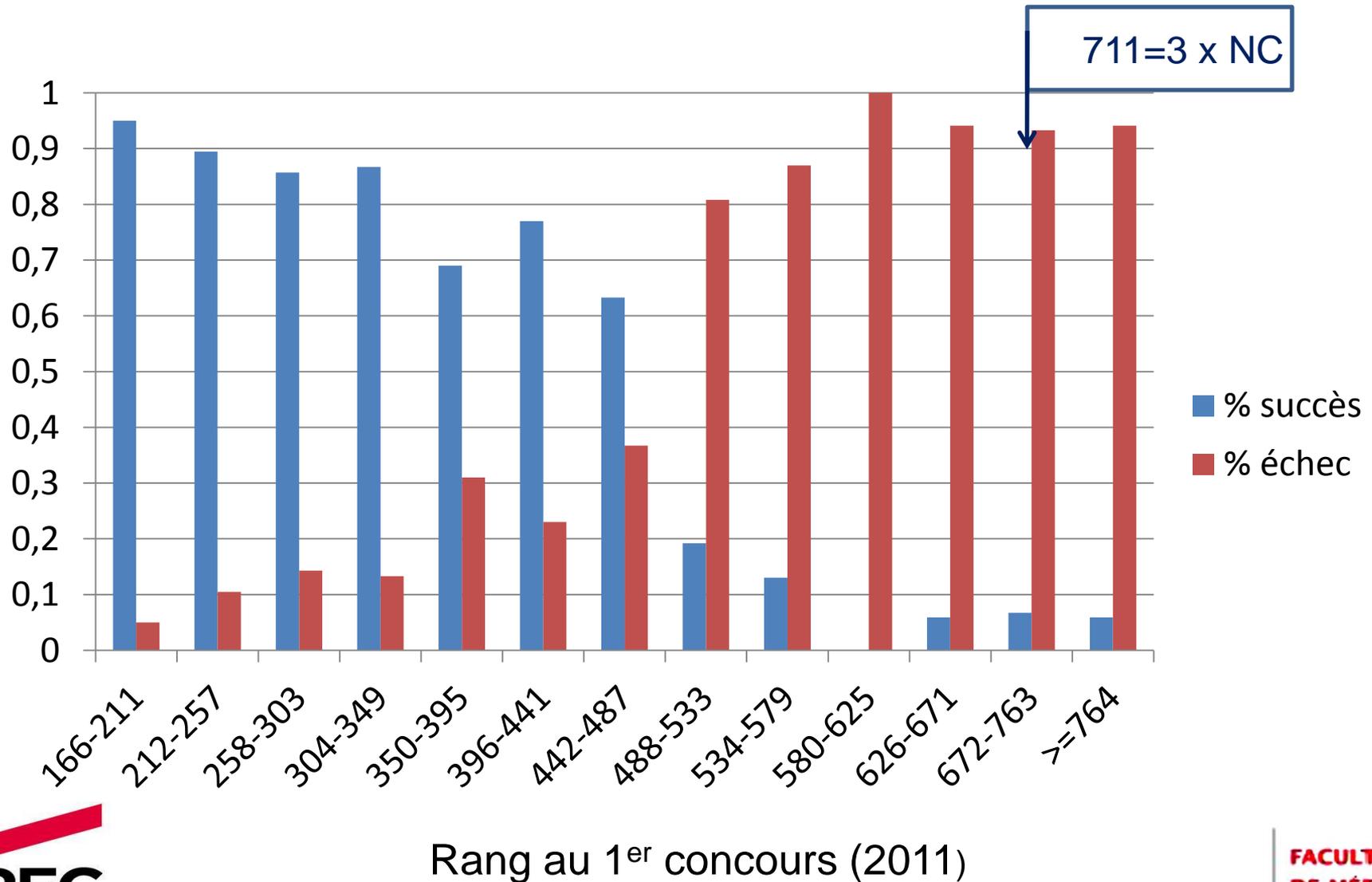
Réunion du 21/02/2018 avec étudiants

- Comment éviter les P0 (prépas privées)
 - Classement préférentiel sur Parcoursup des néobacheliers
 - Analyse de la lettre de motivation dans les autres cas
- Mise en avant du tutorat
 - Visibilité dès l'inscription sur Parcoursup
- Développement des possibilités de réorientation
 - Passerelles UPEC en place
 - Prépa IFSI (2018)
 - Ouverture sur d'autres métiers de santé
- Réorganisation des enseignements de PACES et des MCC
- Impartialité aux oraux

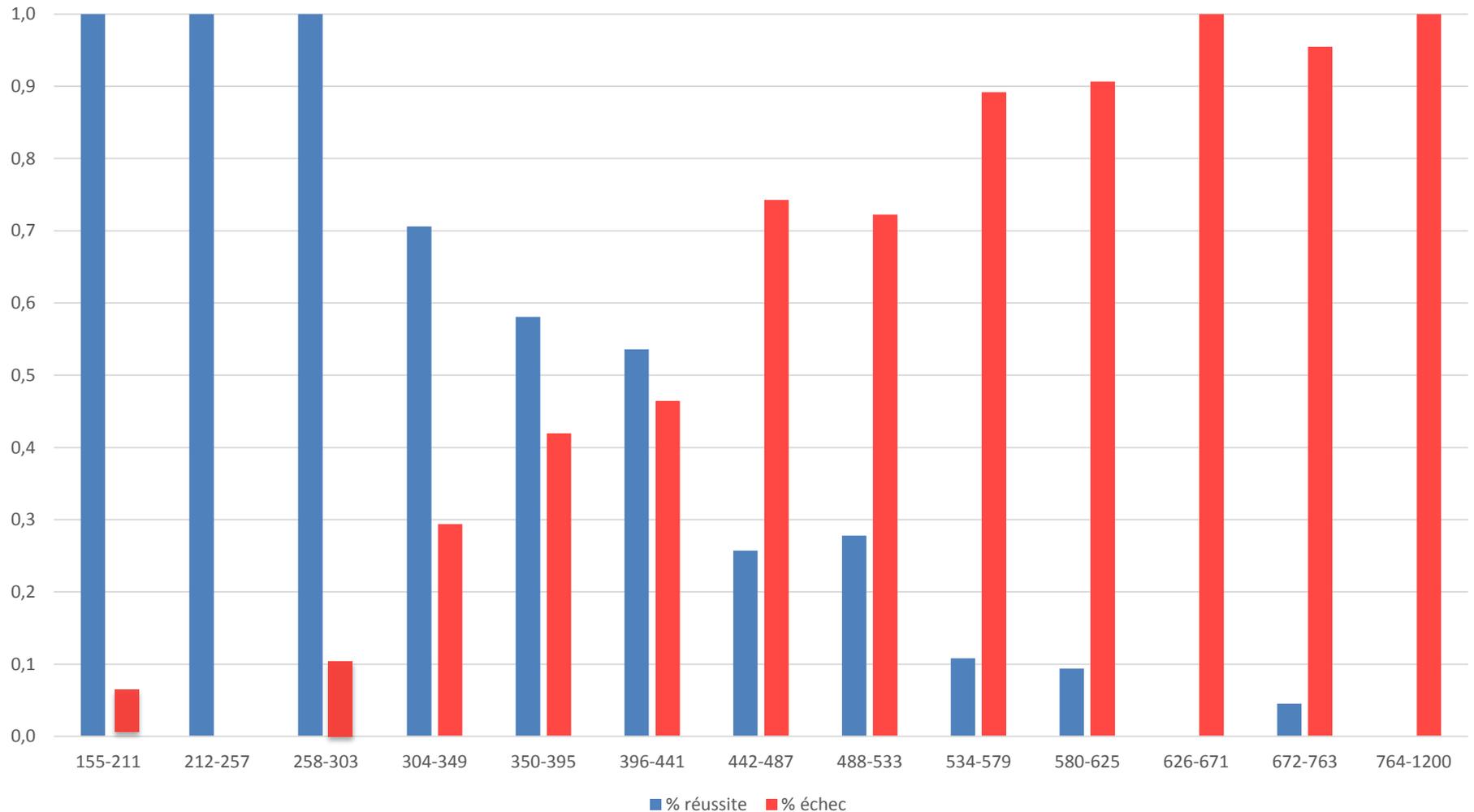
Résultat au 2^{ème} concours (2012) (M + O) en fonction du rang au 1^{er} concours



Résultat au 2^{ème} concours (2012) (4 filières) en fonction du rang au 1^{er} concours

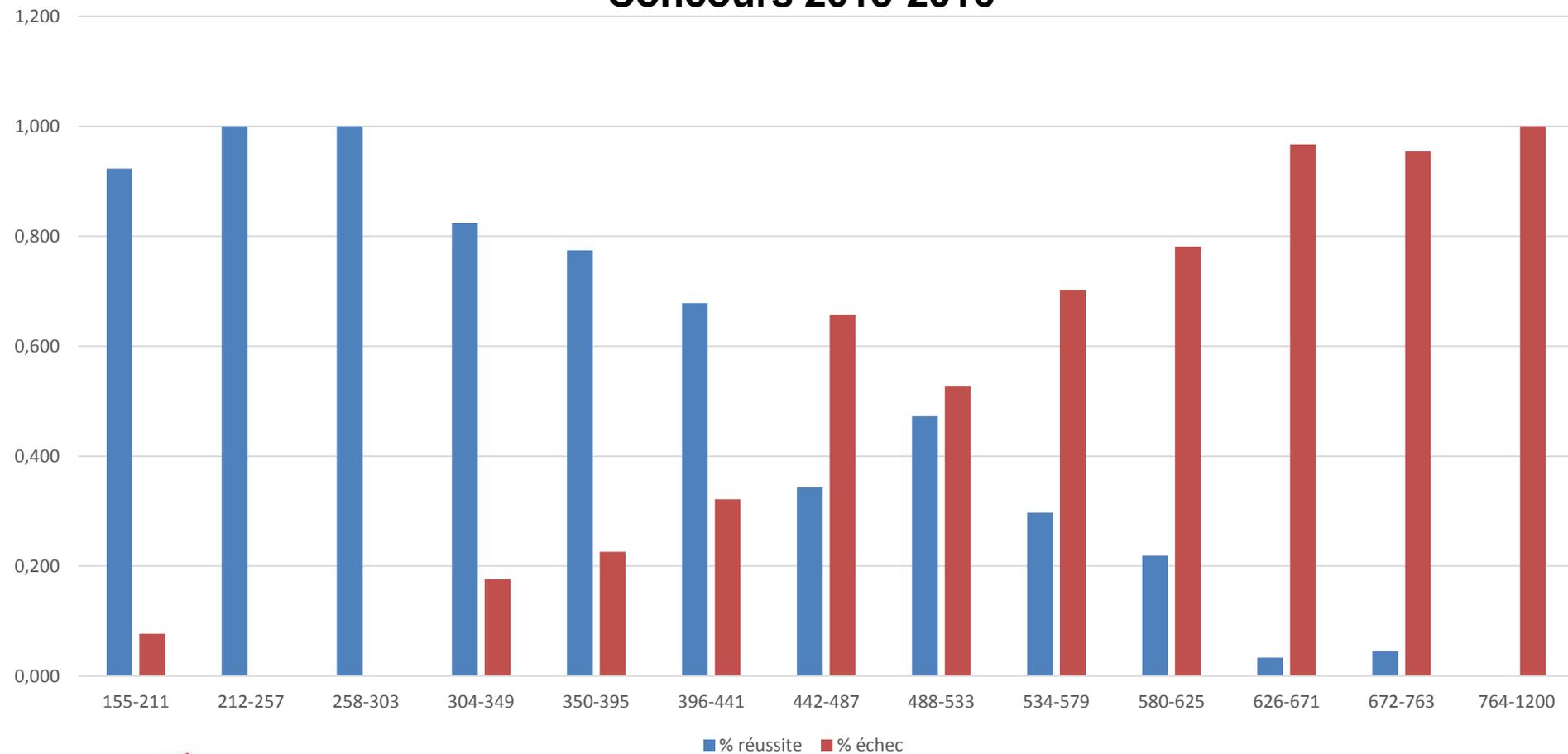


Réussite en médecine en fonction du classement en tant que primant 2014-15



Réussite en PACES d'un doublant en fonction de son classement en tant que primant

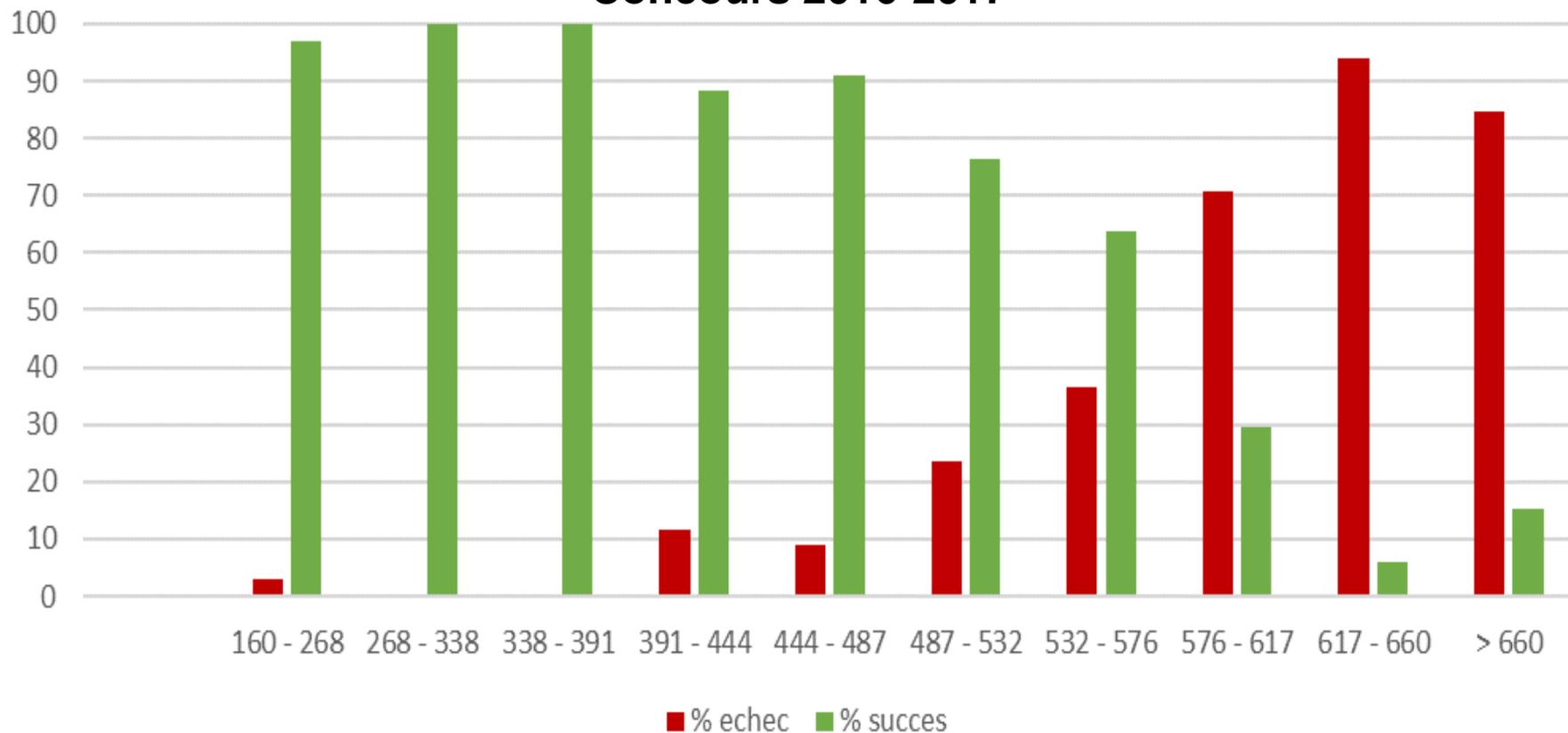
Concours 2015-2016



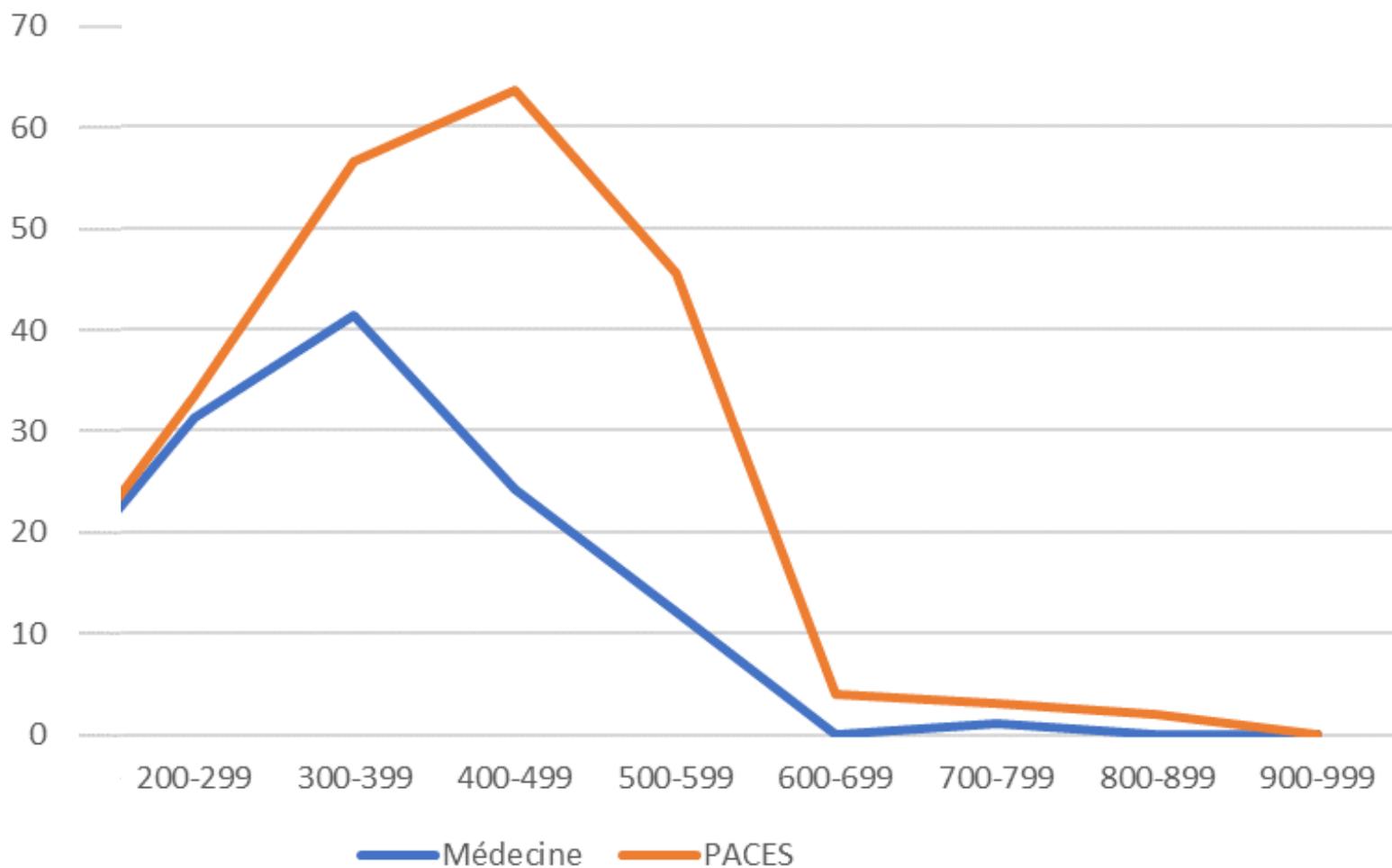
■ % réussite ■ % échec

Réussite en PACES d'un doublant en fonction de son classement en tant que primant

Concours 2016-2017



Réussite d'un doublant selon son classement en primant



Projet global Seine-et-Marne

Jeanne TRAN VAN NHIEU

Conseil d'UFR – 7 Mars 2018

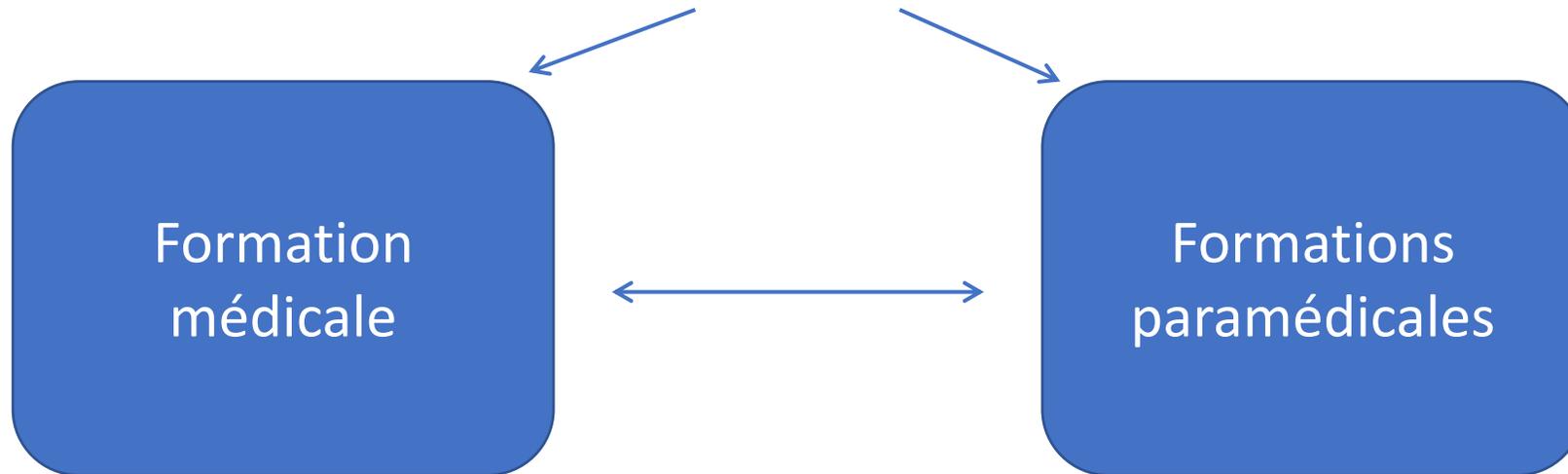
Seine et Marne (77)

- $\approx 1/2$ surface Ile de France
- $\approx 1,4$ millions habitants (+13% en 5 ans)
- Démographie médicale basse (1 des 4 départements les moins dotés)
- 1/3 des médecins à la retraite dans 5 ans



But du projet

- Création d'un Pôle Santé Universitaire en Sud Seine-et-Marne



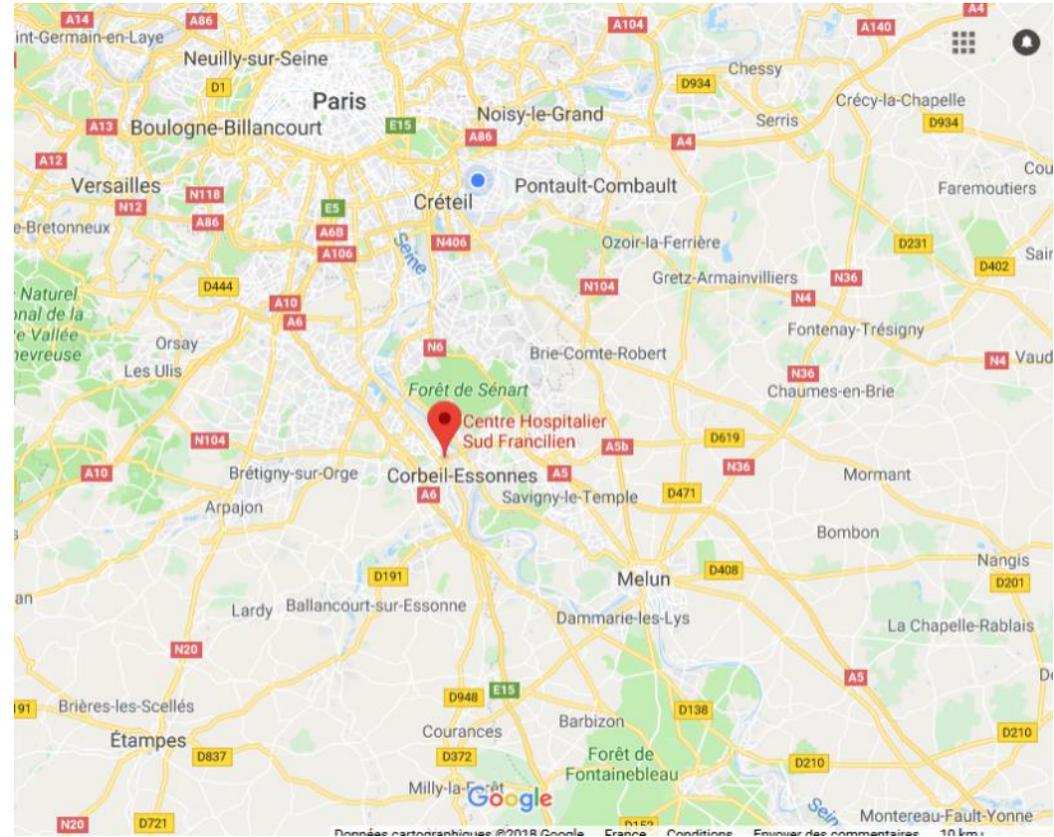
Formation médicale

- Antenne PACES sur Campus Sénart (Lieuxaint) en septembre 2018
 - Bibliothèque Universitaire, amphithéâtres pour vidéo-transmission, salles de travail + restauration et logement.
 - Offre de formation large sur le site : Lettres, FSEG, IAE, STAPS, et IUT++ (UPEC) + Droit (Paris 2) et écoles d'ingénieurs pour la réorientation des étudiants et IFSI non admis en 2^{ème} année
- Accueil des 2^{ème} et 3^{ème} années de médecine (DFGSM2 et 3) sur le site de Melun (enseignement facultaire + stages hospitaliers)
- 2^{ème} cycle ?



L'offre de soins en Seine et Marne

- Grand Hôpital de l'Est Francilien (centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux, et de Marne-la-Vallée)
- Groupe Hospitalier Sud Ile de France (Melun)
- Groupe Hospitalier du Sud Seine-et-Marne (Hôpitaux de Fontainebleau, Montereau-Fault-Yonne et Nemours)
- Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes)



L'offre de soins en Seine et Marne

- Grand Hôpital de l'Est Francilien (centres hospitaliers de Coulommiers, de Meaux, et de Marne-la-Vallée)
- Groupe Hospitalier Sud Ile de France (Melun)
- Groupe Hospitalier du Sud Seine-et-Marne (Hôpitaux de Fontainebleau, Montereau-Fault-Yonne et Nemours)
- Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes)
- Une dizaine de maisons de santé dont 2 universitaires (Torcy et Fontainebleau)
- Réseau de MG du DUMG



Formations paramédicales

- Pôle de formations paramédicales à Fontainebleau
 - Regroupement en cours des formations IFSI (Fontainebleau), aides soignantes (Montereau) et formations médicosociales (Nemours)
 - Création d'une antenne d'ergothérapie (UPEC) et de kinésithérapie (ENKRE) avec mise en commun des moyens et équipements - une trentaine d'étudiants par an soit 100 à 120 étudiants pour chaque formation sur trois ou quatre ans.

Charte hospitalo-universitaire des stages et des gardes au sein de l'UFR de Médecine de Créteil Année universitaire 2017-2018

I - Préambule : contexte, droits et devoirs des étudiants du 1^{er} et du 2nd cycles des études médicales.

La présente charte a pour objet de définir un socle réglementaire concernant les modalités d'organisation des stages et des gardes dans *les services, Unités Fonctionnelles, Départements et Laboratoires (dits aussi laboratoires ou structures internes de pôles hospitalo-universitaires) rattachés à l'UFR de médecine de Créteil.*

Des spécificités liées à l'organisation des soins et des pratiques de certains terrains de stage sont susceptibles de justifier des adaptations d'horaires ou de présences qui doivent figurer dans le contrat d'objectifs pédagogiques du terrain de stages en ligne sur DIOSEL.

Ces aménagements potentiels doivent faire l'objet d'une soumission pour validation et dérogation à la Commission des stages et des Gardes de l'UFR.

Dans ces conditions qui relèveraient de dispositions particulières des stages et gardes, le Chef de Service ou le Chef de Pôle est, pour l'hôpital, garant et responsable du fonctionnement et de l'organisation de son service, structure interne de pôle ou du pôle. La Commission des stages et des Gardes est amenée à statuer, pour l'UFR, sur le caractère adéquat ou non adéquat des aménagements proposés des modalités de stages ou des gardes sur ces terrains particuliers pour les étudiants dont elle assure la coordination pédagogique théorique et pratique.

II - Description des stages du 1^{er} cycle

ARTICLE 1 : Stages hospitaliers en DFGSM 2

- 1^{er} - Stage en soins infirmiers

Date : Entre juillet et septembre après les résultats du concours de la PACES et affectation en filière « médecine ».

Durée : 3 semaines

Horaires : 5 journées par semaine

Organisation et programme : assurés par les cadres supérieurs de soins et cadres de soins des structures internes de pôles ou des pôles en lien avec la Direction des Soins Infirmiers de l'hôpital.

Évaluation : par les cadres supérieurs de soins et cadres de soins des structures internes de pôles ou des pôles.

Avant le début de la deuxième année d'études, les étudiants admis dans les filières médecine et odontologie doivent obligatoirement effectuer, sous la conduite de cadres infirmiers, un stage d'initiation aux soins, non rémunéré, d'une durée de 3 semaines à temps complet (5 jours/semaine) et de manière continue dans un même établissement hospitalier conventionné avec la Faculté de Médecine de l'UPEC. La validation de ce stage est obligatoire pour valider l'année de DFGSM2.

La vaccination contre l'hépatite B étant obligatoire pour toutes les personnes travaillant dans un établissement de santé, étudiants compris, une attestation de vaccination ainsi qu'un résultat de dosage des anticorps attestant de l'immunité, conformément à l'arrêté du 2 août 2013 et à l'instruction du 24 janvier 2014 (fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique) sont exigés avant le début des stages (la vaccination contre l'hépatite B comporte deux injections vaccinales à un mois d'intervalle et une injection de rappel 5 mois après la dernière injection, le contrôle du titre d'anticorps peut être fait à partir d'un mois après la dernière injection). Les étudiants non vaccinés sont donc invités à le faire dans les plus brefs délais, auprès de leur médecin référent ou à défaut du centre de médecine préventive de l'Université. (Article 24 de l'arrêté PACES)

- 2nd - Stage pratique de sémiologie médicale

Stage non rémunéré, de 10 semaines durant la 2nde période d'enseignement (second semestre).

Durée : 2 fois 5 semaines à raison de 5 demi-journées par semaine, dont 1 à 2 matinées par semaine encadrées par un enseignant validé par le responsable de stage. La présence en stage est obligatoire.

Horaires : 9h - 12h/13h (sauf pendant une période de vacances ou une absence dûment justifiée).

Evaluation : A l'aide d'une grille standardisée par le chef de service ou le responsable de l'unité sur la base de la présence, de la participation active aux séances d'enseignements dédiées et des apprentissages développés. La validation de ce stage conditionne le passage dans l'année supérieure.

En cas de non validation du stage, il pourra être proposé d'effectuer un nouveau stage selon des modalités définies par la Responsable de l'année.

L'étudiant est responsable de son carnet de stage qu'il doit remettre à la fin de chaque période de stage au responsable de l'unité ou chef de service pour la validation.

L'ordre du choix des stages se fait par tirage au sort d'une lettre alphabétique.

- **3° - Formation SAMU**

Durée : 1 journée

Validation par la présence et la réalisation de gestes techniques.

Cette première étape de formation permet l'obtention d'une attestation de réussite qui est délivrable à l'issue de cette validation initiale et partielle, sur demande, afin de pouvoir attester de cette formation, éventuellement utile pour certaines fonctions et une participation à un encadrement sanitaire.

En cas de redoublement de l'année de DFGSM2, seul le stage de sémiologie médicale doit à nouveau être validé.

- **4° - Stage clinique en anatomie et cytologie pathologiques**

Durée : 1 matinée dans le Département de Pathologie, Pôle de Biologie-Pathologie, du groupe hospitalier Henri Mondor.

Validation par la présence.

ARTICLE 2 : Stages hospitaliers en DFGSM 3

- **Stage pratique de sémiologie médicale**

Stage non rémunéré, de 10 semaines durant la 1ère période d'enseignement (premier semestre).

Durée : 2 fois 5 semaines à raison de 5 demi-journées par semaine, dont 1 à 2 matinées par semaine encadrées par un enseignant validé par le responsable de stage. La présence en stage est obligatoire.

Horaires : 9h - 12h/13h (sauf pendant une période de vacances ou une absence dûment justifiée).

Evaluation : A l'aide d'une grille standardisée par le chef de service ou le responsable de l'unité sur la base de la présence, de la participation active aux séances d'enseignements dédiées et les apprentissages développés. La validation de ce stage conditionne le passage dans l'année supérieure.

En cas de non validation du stage, il pourra être proposé à l'étudiant d'effectuer un nouveau stage selon des modalités définies par la Responsable de l'année.

L'étudiant est responsable de son carnet de stage qu'il doit remettre à la fin de chaque période de stage au responsable de l'unité ou chef de service pour la validation.

L'ordre du choix des stages se fait par tirage au sort d'une lettre alphabétique.

- **1° - Stage pratique de sémiologie chirurgicale**

Périodes dédiées avec ateliers par spécialité, durant la 2^{ème} période de l'année (second semestre).

Ateliers de sémiologie chirurgicale générale : organisés par les enseignants de chirurgie.

Séminaire O.R.L. : un film visionné en amphi ou en présentiel dans le service

Stage en Ophtalmologie : un film visionné en amphi ou en présentiel dans le service

Evaluation : par un enseignant sur le carnet de stage pour chacun des ateliers de stage.

- **2° - Stage au laboratoire de Microbiologie**

Une matinée dans l'unité de Microbiologie, Pôle de Biologie-Pathologie, groupe hospitalier Henri Mondor.

Validation par la présence.

- **3° - Stage de psychologie médicale**

Durée : 12 séances de 2 heures en groupes restreints de 10 à 12 étudiants à la faculté de médecine durant la 2^{ème} période d'enseignement.

Evaluation : sur la présence, la remise d'un mémoire et son évaluation.

- **4° - Stage SAMU**

Durée : une demi-journée

Validation par la présence et la réalisation de gestes techniques.

En cas de redoublement de l'année de DFGSM3, seul le stage de sémiologie médicale doit à nouveau être validé.

III - Description des stages du second cycle

ARTICLE 3 :

- **1° - Organisation et modalités des stages**

Les stages hospitaliers sont organisés en 4 trimestres dans chacune des années de DFASM1, DFASM2 et DFASM3 dans les services hospitaliers (structures internes de pôles) du groupe hospitalier Henri Mondor et dans les hôpitaux rattachés par convention ou chez le médecin généraliste (binôme de maîtres de stage) pour les stages obligatoires en médecine générale.

L'organisation et les objectifs des stages hospitaliers reposent sur un contrat dit de formation pratique.

Les étudiants doivent avoir validé 36 mois de stages en fin de DFASM3.

L'organisation du stage en Médecine Générale de 2^e cycle est conforme aux textes en vigueur, et notamment à l'arrêté modificatif du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

Le stage est intégré dans la maquette des choix de stages hospitaliers de 2^e cycle. Il est organisé sous forme de stage de 3 mois pendant les années de DFASM 1 et 2.

Les étudiants devront être présents en stage 5 matinées par semaine sous des modalités différentes : 2 matinées sur les lieux de stage pendant la durée habituelle d'une vacation (9h-12h30), 2 matinées par semaine à la faculté pour les enseignements intégrés au stage, et 1 matinée réservée à la réflexion et au travail écrit relatif au stage.

Les étudiants seront répartis chez 2 enseignants Maîtres de Stage Universitaires (**MSU**) dont la réunion des lieux forme une Unité d'Enseignement de Médecine Générale de 2^e cycle (UEMG2CY). Un des MSU est responsable de l'UEMG2CY ; il s'agit d'un MSU déjà expérimenté et ayant le plus souvent déjà accueilli des internes ; il accueille un étudiant 1 matinée par semaine, assure la coordination entre MSU ainsi que la liaison avec le Département Universitaire d'Enseignement et de Recherche (**DUERMG**), et il est le responsable de l'évaluation. (toutes les informations complémentaires sont présentées dans le carnet de stage qui est actualisé tous les ans).

- **2° - Participation aux enseignements**

Les obligations de stages ne sauraient dispenser ou compromettre la participation des étudiants aux enseignements facultaires dispensés au sein de l'UFR.

- **3° - Horaires des stages**

La présence des étudiants sur leur site de stage est obligatoire aux horaires mentionnés ci-après et selon les besoins de fonctionnement des services.

Les horaires sont de 9h à 12h30/13h. Les horaires de début et fin de stage pouvant être adaptés au cas par cas afin de mettre en adéquation les stages hospitaliers mais en prenant en compte les enseignements théoriques dispensés à l'UFR dès 14 heures et pour lesquels la présence est prise en compte pour la validation. Pour les stages en chirurgie, en dehors des périodes de gardes, les étudiants ne peuvent être contraints de rester au bloc opératoire au-delà de 13h, en tenant compte de l'éloignement du site afin de pouvoir assister aux enseignements facultaires dans de bonnes conditions.

En semaine : la présence hospitalière est au minimum de 5 demi-journées par semaine. Pour des raisons d'enseignement ou d'examen les étudiants peuvent être amenés à ne pas pouvoir assurer leur présence en stage dans ces circonstances prévues à l'avance

- **4° - Présence des étudiants les samedis matins, dimanches et jours fériés**

Le samedi, 50% au maximum des externes peuvent être tenus d'assurer une présence de 9h à 13h sous l'encadrement des médecins du service (internes DES - CCA - PU-PH - PH - PHU - MCU-PH). La présence en stage le samedi matin permet la récupération d'une demi-journée la semaine suivante.

Cette décision émane du service et est placée sous la responsabilité du chef de service.

Les étudiants ne sont pas tenus d'assurer une présence en stage le dimanche et les jours fériés en dehors d'une activité de garde sauf décision formelle du chef de service.

- **5° - Stage SAMU**

Durée : une demi-journée obligatoire en fin de formation.

Validation par la présence et la réalisation de gestes techniques

- **6° - Validation des stages**

L'évaluation en situation (dossier, cas cliniques), standardisée, est effectuée par les responsables pédagogiques.

La moyenne annuelle sur 20 est le prérequis pour passer dans l'année supérieure.

Un absentéisme répété et injustifié au cours du trimestre et persistant malgré des rappels à l'ordre peut entraîner la non validation d'un stage et par voie de conséquence être un motif de redoublement.

DFASM 1 : validation sur 3 trimestres octobre-juin.

DFASM 2 : validation sur 4 trimestres : été DFASM1 + 3 trimestres octobre-juin

DFASM 3 : validation sur 3 trimestres été DFASM2 + trimestre octobre-décembre + quadrimestre janvier-avril.

Pour le 2^{ème} stage de DFASM3 tout départ du stage injustifié avant la fin du mois d'Avril est susceptible d'entraîner une non-validation du stage et l'impossibilité de se présenter aux ECNi.

Dans le cas particulier du stage ambulatoire en médecine générale

La validation est prononcée par le directeur de l'UFR après l'avis motivé des MSU maîtres de stage selon les modalités définies par le département de Médecine Générale.

Elle nécessite 4 conditions :

1 - La validation par le MSU responsable du travail d'écriture clinique de l'étudiant, journal de bord élaboré en rapport avec les situations d'apprentissage rencontrées tout au long du stage et répondant aux critères définis ci-dessous.

2 - L'avis du MSU responsable des Unités d'Enseignement de Médecine Générale de 2^e Cycle (UEMG2CY), qui établit la validation selon une grille critériée après concertation avec l'autre MSU du binôme.

3 - La présence obligatoire aux vacations de stage sur les lieux de soins.

4 - La présence obligatoire aux enseignements facultaires pendant les matinées de stage dédiées.

En cas de stage non validé, le jury peut proposer une validation de stage sous certaines conditions (période de stage complémentaire) et dans ce cas propose l'attribution d'une note de stage.

Un stage hors CHU est évalué avec les mêmes modalités.

En cas de non validation de cette séquence de rattrapage, l'étudiant ne sera pas autorisé à passer dans l'année supérieure.

Les étudiants doivent avoir validé 3 exposés au cours des 3 années de stages d'externe hospitalier.

- **7° - Évaluation des stages par l'étudiant**

Chaque étudiant complète obligatoirement le questionnaire d'évaluation du stage en cours à partir d'une grille standardisée à remplir sur le site <http://diosel.diotime.fr>

- **8° - Calendrier des stages**

Les chefs de services sont avertis en septembre des dates officielles de début et de changement de stage.

- En DFASM1 et DFASM2 (4 trimestres)

Premier stage : d'octobre à décembre

Second stage : de janvier à mars

Troisième stage : d'avril à juin

Quatrième stage : de juillet à septembre

- En DFASM3 (7 mois de stage : 1 trimestre + 1 quadrimestre)

Premier stage : d'octobre à décembre

Second stage : Quadrimestre : de janvier à avril

Stage d'été : de juillet à septembre (les étudiants de DFASM3 non présents lors du trimestre d'été ne seront pas rémunérés). Des postes avec le statut de FFI pour une durée de 1 mois sont possibles sur la base d'une lettre de motivation et de l'acceptation du chef du service disponible et dans la limite d'un nombre de postes disponibles sur le plan budgétaire (fixé par l'administration de l'hôpital).

Il est souhaitable de libérer les étudiants pour leur permettre d'assister aux conférences des ECN organisées par l'UFR le samedi matin ou le vendredi après-midi

- **9° - Stages hors site**

Les étudiants ont la possibilité d'effectuer durant leur cursus un stage à l'étranger ou dans les DOM-TOM d'une durée d'un mois à temps plein durant le trimestre d'été.

Les demandes doivent parvenir avant le 30 novembre de l'année précédant la période de stage et doivent être accompagnées : (Pièces à fournir obligatoirement pour la recevabilité des demandes).

- d'une lettre de motivation,
- d'un curriculum vitae (CV),
- d'une attestation sur l'honneur précisant qu'il s'agit d'une première demande
- de l'accord de principe du chef de service de l'établissement d'accueil sur la base d'un document officiel (papier à en-tête)
- d'une présentation du service et des activités pédagogiques prévues au cours de ce stage.
- de la convention **obligatoirement signée** par la structure d'accueil.
- d'une attestation d'assurance de responsabilité civile

Si la zone géographique est jugée trop dangereuse, la faculté se réserve le droit d'annuler le stage au dernier moment. (Consulter régulièrement le site du Ministère des Affaires Etrangères).

Les DFASM1 sont prioritaires et le nombre d'étudiants affectés en stage hors site ne peut dépasser 15 % de chaque promotion (décision soumise à la décision de la Commission des stages hors site de l'UFR). Une première sélection des dossiers de DFASM1 recevables est effectuée sur la qualité de la lettre de motivation et du projet professionnel. Si besoin (si le nombre de demandes est plus important que le nombre de postes offerts) les candidats sont interclassés en fonction des notes théoriques et des notes de stages obtenues sur les années de DFGSM2 et DFGSM3.

Les candidatures pour un stage hors-site des étudiants de DFASM2 et DFASM3 seront jugées recevables ou non sur la base des mêmes modalités.

Les étudiants souhaitant réaliser un stage hors site s'engagent à ne pas être en stage ambulatoire en médecine générale durant le trimestre d'été concerné (les étudiants postulants en DFASM2 devront avoir effectué le stage ambulatoire de médecine générale obligatoirement avant le trimestre d'été ; dans le cas contraire, leur départ en stage hors site sera refusé).

Les étudiants effectuant un stage hors site doivent fournir obligatoirement un rapport de stage à leur retour.

Evaluation : sur la présence, la remise d'un mémoire et son évaluation par des membres de la Commission des stages hors site Les étudiants en provenance des DOM-TOM souhaitant faire un stage dans leur faculté d'origine ne sont pas comptabilisés dans les 15% mais doivent effectuer une demande de stage hors site selon les mêmes modalités.

Les étudiants souhaitant postuler pour un séjour via l'AJD (L'association des jeunes diabétiques) ne peuvent le faire que sur leur temps de congés (5 semaines par an) ou dans le cadre d'un congé sans solde qui doit recevoir l'accord préalable du chef du service concerné. Ils ne sont autorisés à postuler au titre d'un stage « hors site ».

IV – Modalités du choix des stages

ARTICLE 4 :

Les choix des stages hospitaliers et du stage ambulatoire en médecine générale se font selon une distribution par trimestre.

- **1° - Rotation du choix des stages pour les DFASM1 et DFASM2**

Un nom est tiré au sort pour chacun des tiers de promotion de DFASM1 et DFASM2 (les 3 tiers étant définis en découpant la promotion en 3 groupes équivalents d'étudiants par ordre alphabétique) au terme de la validation de l'année précédente.

Les étudiants affectés en stage de Médecine générale seront retirés du choix de Diosel.

Le 1^{er} choix de stage débute dans l'ordre alphabétique à partir du nom tiré au sort pour chacun des 3 tiers de la promotion,

le 2^{ème} choix se fait dans l'ordre inverse du 1^{er} choix,

le 3^{ème} choix se fait dans l'ordre alphabétique à partir du milieu de la liste du premier choix,

le 4^{ème} choix (stage d'été avec l'ensemble des choix ouverts de l'année concernée) se fait dans l'ordre inverse du 3^e choix avec interclassement des 3 tiers de la promotion afin de respecter l'ordre de priorité de choix intra-groupe.

Une fois validé, le choix d'un stage est irrévocable.

- Choix « Stage Médecine Générale »

La mise au choix se déroulera en 2 temps :

- 1 - Choix sur Diosel (dates communiquées par l'administration sur Cristolink)
- 2 - Choix du lieu du stage en présentiel et suivi de la réunion de début de stage (dates communiquées par l'administration sur Cristolink)

(Vous serez appelés à choisir votre binôme de MSU. L'ordre de classement des externes appelés à choisir sera votre ordre de classement intra-module devenu inter-module, la règle étant que pour des externes ayant le même rang de classement, la déclinaison se fera en fonction de l'initiale de leur nom, par ordre alphabétique).

Sanctions

Toute absence non dûment justifiée à une garde (cas de force majeure ou imprévu avec certificat médical à l'appui) entrainera automatiquement le déclassement de l'étudiant à la dernière place pour le choix de stage du trimestre suivant.

- 2^e - **Rotation du choix des stages pour les DFASM3**

Un nom est tiré au sort pour l'ensemble de la promotion au terme de la validation de l'année précédente. L'ensemble des choix de stage de l'UFR est proposé lors de cette année.

Le 1^{er} choix de stage débute dans l'ordre alphabétique à partir du nom tiré au sort,

le choix du quadrimestre de stage se fait dans l'ordre inverse du 1^{er} choix,

- 3^e - **Choix des stages pour les étudiants ayant un statut « auditeur »**

Les auditeurs choisissent leur affectation sur la base d'un contrat pédagogique en effectuant un classement de trois stages hospitaliers.

La décision de l'affectation de l'étudiant est prise par l'équipe de pédagogie.

En sus des 36 mois de stage requis, l'étudiant doit valider 12 mois de stage et participer au moins à 5 gardes. Ces stages et gardes sont rémunérés, le choix de stage d'été se fait sur la base du volontariat ou sur demande de poste (FFI) par l'intermédiaire du bureau du personnel médical du site de rattachement de l'AP-HP.

V - Modalités des stages pour les étudiants en situation de redoublement

ARTICLE 5 :

En cas de redoublement au cours du deuxième cycle quel qu'en soit le motif, les étudiants accomplissent à nouveau douze mois de stage incluant les congés annuels.

- 1^e - **Choix des stages hospitaliers**

Les étudiants redoublants (**uniquement sur proposition de l'équipe pédagogique pour les redoublants de DFASM3**) choisissent leur affectation sur la base d'un contrat pédagogique et sur la base de stages « fléchés » (procédure de choix différente de celle des étudiants primants, sauf pour le stage d'été pour lequel les modalités de choix sont les mêmes que pour les étudiants primants).

Les étudiants redoublants « volontaires » choisissent leur affectation avec l'ensemble de la promotion au terme de la validation de l'année précédente. (Les modalités de choix sont les mêmes que pour les étudiants primants).

Les étudiants redoublants ou triplants perçoivent la rémunération prévue pour toute période de stage accomplie.

En cas de stage non validé, l'équipe pédagogique peut proposer une validation de stage sous certaines conditions (période de stage complémentaire) et dans ce cas propose l'attribution d'une note de stage. En cas de non validation de cette séquence de rattrapage, l'étudiant ne sera pas autorisé à passer dans l'année supérieure.

VI - Description et modalités des gardes

ARTICLE 6 :

Les étudiants doivent avoir validé au moins 25 gardes sur 36 mois. Les étudiants ayant déjà validé 25 gardes ou plus ne sont en aucun cas dispensés de participer au planning de gardes de la même manière que leurs camarades.

- **1° - Organisation de la permanence des soins des services à gardes (DFASM1 et DFASM2)**

Les étudiants redoublants sont tenus de participer au pool de gardes au même titre que les étudiants primants.

Dans les services à gardes, les étudiants assurent la permanence des soins.

Horaires des gardes

- Gardes de semaine : 18h - 8h ou 18h - 00h ou 8h - 8h
- Gardes le samedi : 13h - 8h ou 13h - 00h
- Gardes le dimanche et jours fériés : 8h - 8h ou 8h - 00h

Comptabilisations des gardes

- Gardes de 14h : 1
- Gardes de 24h : 2
- Gardes de 18h : 1,5
- Gardes de 6h : 0,5

La « prise » de garde implique que l'étudiant se présente au médecin de garde. A la fin de sa garde, l'étudiant doit faire signer obligatoirement (avec tampon nominatif) son carnet de garde (présenté en annexe). **Toute absence à une garde non dûment justifiée à l'avance par un certificat médical** (hors cas de force majeure), que cette absence ait été signalée ou simplement objectivée par l'absence de signature du médecin sénior sur le carnet de garde, entraînera automatiquement le déclassement de l'étudiant à la dernière place pour le choix de stage du trimestre suivant et ce y compris pour le étudiants redoublants sous contrat pédagogique..

Par ailleurs, en cas de non validation du nombre légal minimal de gardes à la fin du DFASM2, l'étudiant sera tenu d'effectuer des gardes en DFASM3 au prorata du nombre de gardes manquant.

Toute garde **complète** de nuit (fin de garde à 8 heures le lendemain de la prise de fonctions de garde) effectuée dispense l'étudiant concerné de présence en stage et aux enseignements facultaires le lendemain de sa garde, au titre d'un « repos compensateur de garde ».

- **2° - Pools de garde**

A partir du 1er trimestre de l'année 2016-2017, les pools de garde ont été modifiés avec pour objectif d'améliorer la qualité pédagogique des gardes ainsi que l'organisation des listes de garde. En pratique, les étudiants de DFASM 1 et 2 ont accès à deux types de stages :

- **Des stages à garde**, c'est-à-dire rattachés à un pool de garde. La garde a alors généralement lieu soit directement dans le terrain de stage (ex : gardes d'USIC pour les externes de cardiologie), soit dans un service proche (ex : gardes d'USIC pour les externes de chirurgie cardiaque).
- **Des stages sans garde**, pendant la durée desquels les étudiants ne sont pas rattachés à un pool de garde.

Afin d'équilibrer au cours des années de DFASM 1 et 2 les stages avec et sans gardes, et pour que chaque étudiant puisse valider les 25 gardes réglementaires, les étudiants doivent prendre au minimum 2 stages à garde par année pour les années de DFASM 1 et 2.

VII - Dispositions dérogatoires concernant les stages et les gardes

ARTICLE 7 : Dérogation concernant les stages

- **1° - Dérogation concernant les stages pour exigences confessionnelles et fêtes religieuses**
Les étudiants concernés sont autorisés à s'absenter pour les principales fêtes religieuses de leur culte, après en avoir averti au début du stage le responsable du stage, et sous réserve que cette absence ne compromette pas la permanence des soins. Au cas où tous les étudiants d'un même stage ou d'une même liste de garde seraient concernés par la même fête religieuse, il leur appartient de désigner ceux d'entre eux qui assurent la permanence des soins de jour ET pour la garde.

- **2° Conformément aux textes législatifs en vigueur**, les étudiants en médecine doivent porter une **tenue vestimentaire neutre dépourvue de tout signe religieux ostentatoire** et ce pour quelque religion que ce soit. Le port d'une charlotte ou équivalent n'est autorisé que pour des motifs strictement médicaux et des mesures d'asepsie (cf. circulaire interne de la direction de l'hôpital).

Absences autorisées les matins des jours d'examens.

Les étudiants sont autorisés à s'absenter le jour de leurs examens à la faculté. Ils doivent prévenir à l'avance les médecins du service concerné de leur absence.

- **3° Conformément à la convention relative à l'accueil dans un hôpital d'Instruction des Armées** d'étudiants en Médecine, les étudiants doivent obligatoirement être de nationalité française. Convention établie entre l'AP-HP, la Faculté de médecine de Créteil et l'hôpital d'Instruction des Armées Begin.

ARTICLE 8 : Dérogations concernant les gardes

- **1° - Dérogation concernant les gardes pour exigences confessionnelles et fêtes religieuses**
Les étudiants concernés sont autorisés à s'absenter pour les principales fêtes religieuses de leur culte, après en avoir averti au début du stage le responsable du stage, et sous réserve que cette absence ne compromette pas la permanence des soins. Au cas où tous les étudiants d'un même stage ou d'une même liste de garde seraient concernés par la même fête religieuse, il leur appartient de désigner ceux d'entre eux qui assurent la permanence des soins de jour ET pour la garde.

- **2° - Dispense de garde la veille des examens, concours et des ECN blancs de l'UFR**
Les étudiants concernés sont dispensés de garde à partir de minuit et exclusivement les veilles d'examens.

VIII - Congés annuels et congés sans solde

ARTICLE 9 : Congés annuels

Au cours de la période définie à l'article R. 6153-46, les étudiants en médecine accomplissent trente-six mois de stages hospitaliers, incluant les congés annuels de trente jours ouvrables.

Les semaines de congés payés ne peuvent être prises durant le même trimestre de stage que le congé sans solde.

Les responsables de stage doivent être informés et avoir validé les dates de congés au préalable. En période de congés les étudiants doivent assurer un roulement afin de maintenir une présence minimale et une continuité dans la prise en charge des patients.

Les étudiants prenant un congé payé n'ont pas le droit d'effectuer de garde pendant ce congé. Cependant, ils doivent assurer **le même nombre** moyen de gardes que leurs camarades durant le trimestre concerné.

Les congés des étudiants s'inscrivent dans le cadre du droit du travail soit 6 semaines de congés payés par an.

Les périodes de congés doivent être obligatoirement :

- validées par les responsables de stage,
- consignées dans le carnet de stage par le responsable du stage,
- déclarées auprès de l'administration.

En période de congés les étudiants doivent assurer un roulement afin de maintenir une présence minimale et une continuité dans la prise en charge des patients.

ARTICLE 10 : Congés sans solde

Au cours du deuxième cycle, les étudiants peuvent, sur leur demande, après accord de l'unité de formation et de recherche et du service du personnel médical, bénéficier d'un congé supplémentaire de trente jours ouvrables, non rémunéré.

Les 4 semaines de congé sans solde doivent être prises de façon consécutive, la demande doit être obligatoirement consignée dans le carnet de stage par le responsable de service. **Son accord est indispensable pour la mise en disponibilité de l'étudiant hospitalier.**

Les semaines de congés payés ne peuvent être prises durant le même trimestre de stage que le congé sans solde.

Les étudiants bénéficiant d'un congé sans solde ne peuvent bénéficier d'un stage hors site durant l'été de la même année.

Les responsables de stage doivent être informés et avoir validé les dates de congés au préalable. En période de congés les étudiants doivent assurer un roulement afin de maintenir une présence minimale et une continuité dans la prise en charge des patients.

Les étudiants prenant un congé sans solde n'ont pas le droit d'effectuer de garde pendant ce congé. Cependant, ils doivent assurer **le même nombre** moyen de gardes que leurs camarades durant le trimestre concerné.

Les périodes de congés doivent être obligatoirement :

- validées par les responsables de stage,
- consignées dans le carnet de stage par le responsable du stage,
- déclarées auprès de l'administration.

En période de congés les étudiants doivent assurer un roulement afin de maintenir une présence minimale et une continuité dans la prise en charge des patients.

Créteil,

La vice-doyenne chargée des affaires pédagogiques

Le responsable de la Commission des stages et des gardes

Pr Oriane WAGNER-BALLON

Pr Marc MICHEL

Le responsable des gardes

Dr Nicolas de PROST

Conseil de faculté 07 mars 2018

DUFMC Département Universitaire de Formation Médicale Continue UFR de Médecine

1) Renouvellements

Les certificats et diplômes interuniversitaires...

- Cardiologie interventionnelle 1ere année
- Pathologie chirurgicale du genou
- Régulation médicale dans un CRRA
- Le Sommeil et sa pathologie
- La pratique médicale en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins
- Thérapeutique médicale et médicaments chez les personnes âgées
- Infirmières de santé au travail
- Manifestations dermatologiques des maladies systémiques
- Immuno-hématologie en médecine interne

Organisation des DIU :

- conventions interuniversitaires
- Rotations, gestion des inscriptions par une Université avec répartition, et nombre d'établissements partenaires

Les Diplômes universitaires...

- Implantologie orale et maxillo-faciale
- Thérapeutiques endovasculaires
- Transfusion sanguine
- Médecine du Don
- Cardiologie interventionnelle pour les paramédicaux
- Anesthésie loco-régionale
- Chirurgie valvulaire réparatrice
- Musicothérapie (CU)

Organisation des DU :

- Entre pédagogie et aspects financiers
- Anticipation des changements d'équipe pédagogique : exemple la disparition du DU de chirurgie hépato-bilio-pancréatique du Pr Azoulay, et le risque de perdre le DU d'Anesthésie loco-régionale avec le départ du Pr Dhonneur.

3) Modifications, reprise et arrêt de formations

- DU de Techniques chirurgicales hépato-bilio-pancréatiques (arrêt suite au changement d'équipe pédagogique) - Pr Azoulay
- DU de Techniques microchirurgicales (reprise) - Pr Meningaud
- DU de médecine esthétique génitale devient le DU de Médecine et chirurgie esthétique et reconstructrice génitale (changement de nom)
- **DU de Cinéma, images et médecine : créer et communiquer - création**

Et demain...?

Présentation des enquêtes et rapports Cour des Comptes et IGAS/IGAEN

CRMBSP 15 Février 2018

1/ Cour des comptes Rapport définitif Janvier 2018

LE RÔLE DES CHU DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE MÉDICALE

- **Entretiens, accompagnés d'envoi de questionnaires aux CHU sélectionnés et aux administrations concernées** : DGOS, DGS, DSS, DGESIP, DGRI, DGRH du MENESR; CGI et ANR, aux conférences (des pts d'Université, des DG et des pts de CME de CHU, et des doyens de médecine), aux fédérations (FHF et UNICANCER, FHP)
- Sur le thème spécifique de la recherche, des entretiens ont été organisés avec l'INSERM, le CNRS, AVIESAN, le HCERES, LEEM et l'ANSM.
- Sur le thème spécifique de la formation, des entretiens ont été organisés avec le conseil national de l'ordre des médecins, l'ONDPS, l'association nationale des étudiants en médecine de France et l'inter-syndicat national des internes.
- **Un échantillon de six sites sur un périmètre de 30 CHU a été retenu** : AP-HP (PSL/HUPS), CHU de Bordeaux, Strasbourg, Angers, Saint Etienne , au sein desquels la qualité de la coordination entre les différents partenaires (CHU, université, EPST) a été particulièrement étudiée
- **Envoi en septembre du rapport provisoire aux institutions interrogées** avec retour attendu dans les 15 j pour faire part de leurs remarques
- **Un rapport définitif rendu public le 17 janvier 2018**

■ Le lien CHU-Université : une relation nouvelle à inventer au-delà de celle qui prévalait avec les doyens

- ▶ **Les nouvelles responsabilités des présidents d'université (loi LRU)**, ainsi que la part croissante des autres disciplines dans la recherche médicale **posent désormais la question des relations entre le président de l'Université et les dirigeants du CHU**, au-delà du lien traditionnel avec le doyen de la faculté de médecine.
- ▶ La mise en place d'une instance de coordination CHU -Université de haut niveau permettrait une meilleure cohérence de la stratégie hospitalo-universitaire des deux partenaires et son inscription dans la durée.
- ▶ Dans le domaine de la recherche, la création au niveau régional d'un organe de concertation réunissant les CHU, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales permettrait de mieux coordonner les grands choix stratégiques, notamment en matière d'investissement dans des plateformes technologiques.

■ La formation médicale, devenue partagée et contrastée selon les territoires

- ▶ **Persistance de fortes inégalités entre territoires** dans l'accès aux études médicales comme dans le déploiement des moyens pédagogiques
- ▶ **Les réformes des études médicales et de l'augmentation du *numerus clausus*, engendrent des difficultés pour le CHU qui devient un lieu d'accueil parmi d'autres** : accroissement de leurs charges de gestion liées à leur rôle d'établissements support des étudiants et internes, et une diminution de la participation des internes au fonctionnement de leurs propres services
- ▶ **Le rôle central du CHU se réduit d'autant que le système T2A et la carrière HU** orientent peu l'activité des personnels hospitalo-universitaires vers l'enseignement.
- ▶ **La formation pratique reste dominée par le modèle hospitalo-universitaire structuré par spécialité**, quand la majorité des médecins formés exerceront en libéral et seront généralistes.
- ▶ **Le redéploiement des HU entre spécialités reste limité** par la logique des candidatures locales.
- ▶ **Ces déséquilibres conduisent à associer davantage d'acteurs non hospitalo⁵ universitaires** (praticiens hospitaliers, médecins libéraux, établissements de santé autres que les CHU) **à l'exercice de la mission d'enseignement** sans que les ressources mobilisées ne soient comptabilisées et compensées financièrement.

■ Des interrogations sur le statut du personnel HU

- ▶ **L'exercice à haut niveau des trois missions** est aujourd'hui présenté comme **illusoire**, la réalité pratique étant souvent celle de la bi-spécialisation voire de la mono-spécialisation
- ▶ D'autant que **d'autres catégories d'activité se sont ajoutées** : le management des services et des pôles ; la fonction de représentation au sein de l'établissement ou de l'université ; les activités annexes comme l'expertise auprès d'institutions publiques ou la participation à des groupes de travail.
- ▶ **En tension sur les activités de soins, les personnels HU ont des difficultés à dégager du temps pour la recherche selon les spécialités.**
- ▶ **La double tutelle** entre le ministère chargé de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche conduit à **"un manque de coopération entre les administrations centrales"**.
- ▶ **La gestion des HU est complexe et n'est plus adaptée à leurs missions actuelles**, ne favorisant pas une GPEC pour ajuster le nombre et les qualifications des personnels aux besoins locaux et aux évolutions de la science médicale.

■ Le statut HU doit être repensé pour s'adapter aux enjeux de la recherche clinique et du management hospitalier

- ▶ La mise en place **d'un suivi de l'activité des HU** : définition des obligations de service dans un **cadre contractuel tri-partite** (HU/UFR/CHU) avec une vision pluriannuelle.
- ▶ **L'évaluation périodique des HU sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales** est souhaitée (*cf. exemple de la comptabilisation du temps médical avec un contrat annuel et révisable en GB*).
- ▶ **Le CHU d'Angers serait prêt à une expérimentation** sur le sujet alors que peu de CHU mettent en place l'évaluation quadriennale
- ▶ Un décret en préparation prévoit un statut unique des enseignants et hospitaliers avec un rapport d'activité tous les 5 ans.
- ▶ **La multiplicité des acteurs dans la gestion ne favorise pas une gestion prévisionnelle fondée sur les besoins de la population.** Dans un souci de clarification et de cohérence, certains actes de gestion pourraient être confiés au DG du CHU.

- **Une recherche clinique inégalement dynamique selon les CHU dont le pilotage doit gagner en lisibilité et en cohérence**
 - ▶ Dans un contexte international fortement concurrentiel, **la part relative de la recherche médicale française diminue** d'un point de vue **quantitatif** mais pas d'un point de vue **qualitatif**
 - ▶ **L'environnement financier très contraint des CHU** (sous l'effet de la T2A avec pression dominante sur l'activité de soins) et l'élévation des exigences de la recherche **rendent difficile l'atteinte d'une visibilité internationale pour les « petits » CHU peu dotés en PU-PH.**
 - ▶ **L'activité de recherche reste très contrastée selon les CHU**, avec une prédominance de l'AP-HP et des CHU implantés dans les métropoles régionales où sont implantées les UMR
 - ▶ **Des modalités de financement MERRI socle** fondées sur une **compensation des surcoûts hospitaliers plutôt que sur un budget sanctuarisé à la recherche.**
 - ▶ Un **cloisonnement entre recherche fondamentale et recherche clinique** du fait d'appels à projets différents.
 - ▶ **La recherche française en santé est marquée par des tensions entre l'INSERM et les CHU**, ceux-ci n'étant pas identifiés comme tutelle des UMR alors qu'ils les hébergent en grande partie et y consacrent des ressources conséquentes H et HU.

■ Des modalités de financement et de gouvernance de l'activité de recherche à adapter

- ▶ **La dispersion du financement MERRI** au sein d'un nombre croissant d'établissements, ainsi que la baisse du financement des structures de soutien (DRCI/CIC) depuis 2011 est contraire aux objectifs visant à une concentration des moyens sur les sites d'excellence
- ▶ **Un financement des activités d'enseignement et de recherche non fondé sur le coût réel de ces activités**, fortement imbriquées avec celle de soins du fait de la méconnaissance de la répartition du temps consacré par les personnels H et HU aux différentes missions.
- ▶ Le financement des activités d'enseignement et de recherche (MERRI) **fondé sur des critères d'activité (SIGAPS/SIGREC) insuffisamment discriminants et non contrôlés.**
- ▶ **La double tutelle ministère de la santé / de l'enseignement supérieur et de la recherche** est marquée par un **manque de coopération** et des **tensions** relatives à des décisions de lancement ou d'arrêt de certains dispositifs communs.
- ▶ **Balkanisation des AO** (PHRC général, PHRC interrégional, PRME, PREPS, PHRIIP et PRTS) pilotés par des structures distinctes (DGOS, ANR, GIRCI, INCa)

- ***Orientation n° 1 : favoriser, dans le domaine de la recherche biomédicale, l'émergence de cinq à dix CHU disposant d'une visibilité internationale en leur confiant une responsabilité de tête de réseau et en concentrant les moyens de financement***

- 1. Accroître progressivement et de façon significative la part des recettes MERRI réservée au financement des appels à projets et des structures de recherche ;

- 2. D'ores et déjà, modifier les modalités d'affectation des recettes MERRI : relèvement des seuils d'éligibilité ; contrôle des déclarations des établissements et notamment des annuaires des personnels publiants ; définition de règles plus strictes pour la prise en compte des personnels publiants ; modification des scores SIGAPS et SIGREC afin de les rendre plus discriminants au regard de la qualité des travaux de recherche ;

- 3. Déterminer un mode de calcul des surcoûts de recherche et d'enseignement, commun à tous les établissements de santé, sur la base du temps médical ou à défaut à partir de critères prédéterminés.

- **Orientation n° 2 : améliorer le pilotage national des activités hospitalo-universitaires**

- **4.** Consolider dans une annexe commune à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale, les crédits budgétaires, les dépenses fiscales et les emplois affectés à la recherche biomédicale et à la formation initiale des médecins.

- **5.** Rénover le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) :
 - ▶ En plaçant l'appel à projets interrégional (jeunes chercheurs) dans le PHRC national;
 - ▶ En confiant à l'ANR la gestion des appels à projets selon les thématiques et le cahier des charges définis par le ministère chargé de la santé ;
 - ▶ En demandant au Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) de procéder périodiquement à son évaluation scientifique.

- **6.** Organiser les parcours de formation à partir des CHU vers les autres établissements de santé et la médecine de ville en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire, en vue de définir des parcours de formation cohérents avec les parcours de soins ;

- **7. Renforcer l'évaluation des formations médicales en étendant les évaluations du HCERES à la formation pratique des étudiants et des internes**
- **8. Améliorer le pilotage de la révision des postes hospitalo-universitaires en prenant plus fortement en compte sa dimension nationale et l'évolution des disciplines ;**
- **9. Intégrer au sein du bureau exécutif d'AVIESAN un représentant désigné par la conférence des directeurs généraux de CHU.**

- ***Orientation n° 3 : renforcer la coordination stratégique des acteurs au niveau régional et local.***

- **10.** Définir au niveau régional un cadre de coordination des actions menées dans le domaine de la recherche, associant notamment les CHU et autres établissements de santé, les universités, les organismes nationaux de recherche, l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales ;

- **11.** Au niveau local, renforcer la coordination entre le CHU et l'université pour l'ensemble du périmètre hospitalo-universitaire, notamment en mettant en place une instance commune de concertation ;

- **12.** Synchroniser les calendriers de conclusion des contrats pluriannuels des CHU et des universités, et les faire précéder d'une évaluation par le HCERES ;

- **13.** Déterminer des objectifs relatifs à la formation et à la recherche au sein des contrats de pôle hospitalo-universitaire.

- **Orientation n° 4 : mettre en place un suivi de l'activité des personnels hospitalo-universitaires**
- **14.** Définir pour les personnels hospitalo-universitaires des obligations de service à mettre en œuvre dans un cadre contractuel ;
- **15.** Evaluer périodiquement les personnels hospitalo-universitaires sur l'ensemble de leurs missions, y compris managériales.

■ En résumé

- ▶ **La Cour a repris à son compte les critiques formulées sur les problématiques de financements de la recherche** (dispersion des crédits , absence de contrôle et pertinence des indicateurs)
- ▶ **Le rapport salue la place de l'AP-HP dans l'activité de recherche des CHU** et le rôle des CHU dans le dynamisme de la recherche médicale malgré une pression financière forte dans un contexte international concurrentiel
- ▶ **Il interroge le rôle du CHU** dans l'évaluation des activités d'enseignement et de recherche mené en son sein, et plaide pour une réflexion sur les (4) missions des personnels hospitalo-universitaires et la nécessaire évolution de leur gestion/évaluation.
- ▶ Il invite à une **meilleure coordination au niveau national, régional et local des acteurs** autour des thématiques de la recherche et de l'enseignement et un renforcement du lien CHU/Université et du rôle des ARS
- ▶ Il invite à une **meilleure lisibilité et consolidation du pilotage et des financements CHU/Université/EPST** et une **meilleure intégration des CHU dans AVIESAN**
- ▶ **Identification de 5 à 10 CHU dont l'activité de recherche peut prétendre à une visibilité internationale et se voir confier une responsabilité de « tête de réseau »**

1/ Enquête IGAS/IGAENR

Mission sur l'évaluation du
Programme Hospitalier de
Recherche Clinique

- **Lettre de mission des ministères de la solidarité et la santé et de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation datant du 1^{er} Août**
- **Information du CHU sur la tenue d'une enquête le 26 décembre 2017 pour une demande de rencontre et le renseignement d'un questionnaire avant la fin janvier 2018**
- **Un échantillon de 3 CHU a été retenu pour les entretiens sur une journée/CHU : l'AP-HP, CHU de Bordeaux, CHU de Lille.**
- **Le rapport devait être remis aux deux ministres début Février**

Objectifs fixés dans la lettre de mission :

- **Obtenir un bilan en terme de champ financés, des partenariats impliqués dans ces projets, industriels et académiques**
- **Définir la place du PHRC et son intégration dans l'organisation de la recherche biomédicale, et notamment dans le lien entre le soin et la recherche et une analyse de l'apport du PHRC à l'amélioration des soins et des stratégies de prises en charge des patients**
- **Examiner la production dans les revues médicales de référence des différentes spécialités ainsi que la place des différents acteurs et partenariat dans cette valorisation et dans la réalisations des avancées**
- **Etablir un bilan de la gouvernance , des modalités d'évaluation et de programmation des projets en référence aux standards internationaux et nationaux**

■ Les entretiens avec les 3 auditeurs ont porté sur :

- ▶ la politique de recherche clinique du CHU
- ▶ les enjeux du PHRC pour le CHU
- ▶ la gouvernance du PHRC
- ▶ Pilotage national du PHRC-N et K
- ▶ Pilotage du PHRC-N, I et K au niveau du CHU
- ▶ Gouvernance et pilotage du PHRCI par le GIRCI
- ▶ Pistes d'évolution éventuelles

■ Liste des personnes interrogées

DRCI : Florence FAVREL-FEUILLADE (Directrice) ; Elisabeth GUILLAUME (Directrice adjointe), Serge BUREAU (responsable pôle promotion)

Jean-François BERGMANN (Président CES PHRC-I)

Gilles CHATELLIER (Responsable URC, HUPO)

Tabassome SIMON (Responsable URC, HUEP)

Jean-Marc TRELUYER (Responsable URC NEM/HUPC, VP commission SIRU, représentant du Pt de la CME)

Bertrand FONTAINE (Vice Président Recherche Directoire, Président CRMBSP)

Martin HIRSCH (Directeur Général AP-HP)

Eric VICAUT (Responsable d'URC HUSLS/LRB)

19

En conclusion : Les points saillant mis en avant par les CHU 1/4

- La place du PHRC est centrale dans l'activité de recherche clinique du CHU : ils représentent plus de 80 % du volume budgétaire des projets, 65% des projets dont l'AP-HP est promoteur
- Le PHRC constitue une brique indispensable du continuum qui va de l'émergence aux projets de grande ampleur de type recherche internationale ou translationnelle

appel d'offre interne > **PHRC inter-régionaux > PHRCN** > projets Européens > RHU

- Les PHRC donnent lieu à des publications de très haut niveau et dont les résultats ont un impact réel sur les recommandations nationales et internationales (voir annexe 3).
- Les conditions de sélection sont élevées et l'accès pour l'ensemble des thématiques médicales est une richesse. Ces projets permettent de mener des projets de recherche académique indépendants des intérêts industriels, à un coût très faible

- Les PHRC sont des MERRI variables, distribués avec la rigueur d'un AO évalué par un comité indépendant sur la pertinence clinique et la rigueur scientifique des projets.
- Ces crédits sanctuarisés sont versés en fonction de l'avancée des projets pour recruter les personnels, rembourser les actes induits par la réalisation de la recherche.
- Ils se distinguent en cela des crédits MERRI « Socle » qui ne constituent pas pour les établissements des ressources supplémentaires mais la compensation des charges du CHU (temps médical, plateaux techniques, coût de structure) liées à la réalisation des activités de recherche et enseignement non couvertes par la tarification des soins, ni par le financement des projets ou des structures de recherche
- Un redéploiement des crédits du PHRC sur les financements « Merri Socle », calculés sur des critères de publication et d'inclusion dans les essais cliniques est un non sens

■ Les pistes principales d'amélioration de la politique de recherche clinique mises en avant par le CHU

Sur les process de gestion des AO :

- ▶ Une harmonisation des AO PHRC,I,K avec la DGOS pour seul opérateur des programmes de recherche clinique
- ▶ l'Assurance maladie doit continuer à financer ces programmes en raison de leur impact fort sur les soins, l'accès aux innovations (sur l'ensemble du territoire avec le maillage GHT) que le système de santé doit évaluer, maîtriser et financer.
- ▶ Seul le PHRC permet l'évaluation scientifique des prises en charges et des innovations dans le domaine de la clinique (à l'hôpital et en soins primaires)
- ▶ Le ministère de la santé doit mettre en avant les résultats issus des programmes de recherche clinique et faire le lien avec la politique engagée sur la pertinence des soins et des prescriptions et assurer la diffusion des recommandations en lien avec l'HAS auprès des professionnels de santé et du grand public.

Concernant les aspects de la gouvernance du PHRC / recherche clinique

- ▶ Les priorités de la recherche en santé concernant la sous-thématique de la recherche clinique doivent donc être définies par le ministère de la santé après avis des fédérations des établissements de santé destinataires de ces crédits assurance maladie (CNCR, Fédérations Hospitalières, conférences des CHU etc...) .
- ▶ Aviesan n'est pas une instance comportant en son sein des acteurs-clés de la recherche clinique. L'ANR n'est pas aujourd'hui une agence qui s'articule avec les Etablissements de santé et les cliniciens comme l'est la DGOS. Elle reste très orientée sur la recherche fondamentale et transrationnelle
- ▶ Quant aux indicateurs et aux évaluations récurrentes des différents programmes et structures de recherche financées une mise en cohérence et une simplification sont nécessaires (HCERES UMR/CIC/DHU/CHU/UNIVERSITE ..., enquête Ministère de la Recherche, enquête Ministère de la Santé, Faculté et Université, indicateurs d'activité CHU...)
- ▶ Les responsables de structure passent aujourd'hui une part croissante de leur temps à remplir des dossiers d'évaluation lourds, mal construits et souvent redondants.

3/ Annexes

Données Enquêtes IGAS/IGAENR
Impact PHRC sur
publications/soins/recommandations
nationales internationales

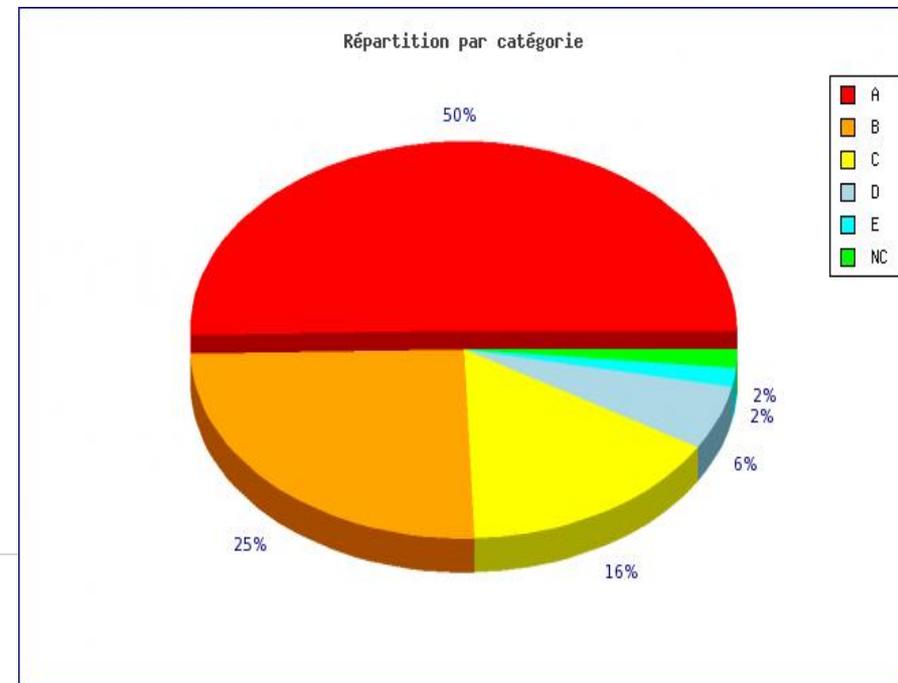
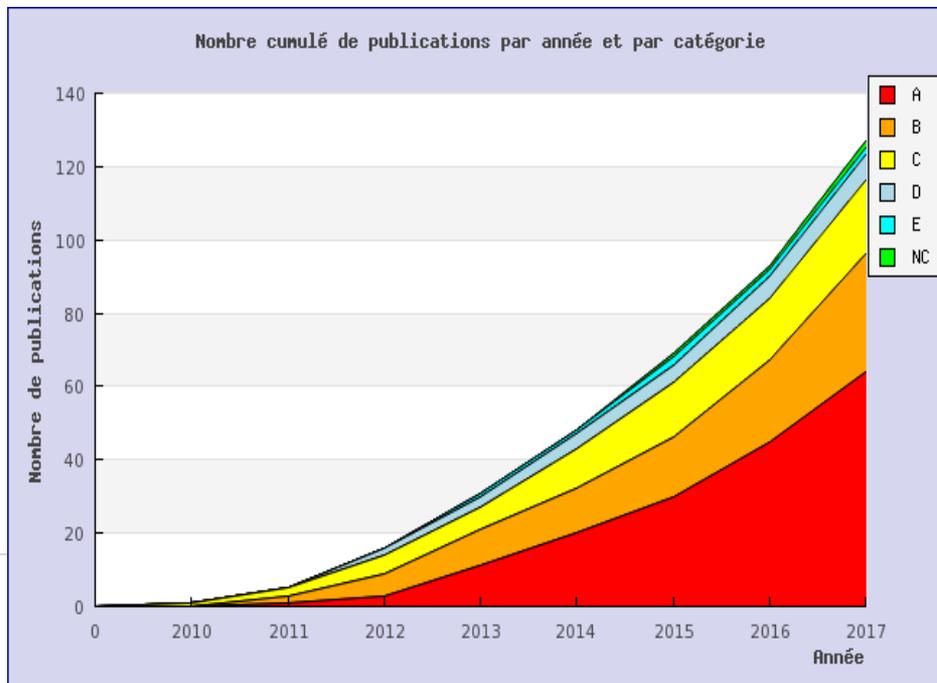
Part des recherches multicentriques dans les programmes PHRC, PHRC-K,PHRC-I?

Caractère multicentrique des projets

	PHRC-N			PHRC-I			PHRC-K		
	Nb	Nb multi centriques	% multi centriques	Nb	Nb multi centriques	% multi centriques	Nb	Nb multi centriques	% multi centriques
2014	30	25	83%	18	17	94%	10	7	70%
2015	44	37	84%	20	19	95%	7	4	57%
2016	37	37	100%	25	22	88%	10	7	70%

Données extraites de SIGAPS

Appel d'offre	Nombre de projets obtenus à l'AO	Nombre de projets « abandonné / suspendu »	Nombre de projets toujours « en cours »	Nombre de projets en cours de publication	Nombre de projets ayant publiés	Nombre de publications
PHRC-I	62	4	32	0	26	32
PHRC-K	23	0	13	1	9	9
PHRC-N	173	6	94	6	67	96
TOTAL	251	10	139	7	102	137



Annexe n°2 PHRC 2009/2010 – impact par revue et par discipline

Revue	Total	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PLoS One	8	0	0	0	3	3	0	1	0	1
Heart	4	0	0	1	0	1	0	1	1	0
JAMA	4	0	0	0	0	1	0	0	1	2
BMJ	3	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Ann Rheum Dis	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Intensive Care Med	3	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Eur Heart J	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Int J Cardiol	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Drug Alcohol Depend	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Crit Care	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Br J Cancer	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Circ Cardiovasc Imaging	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0
JAMA Pediatr	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
J Am Coll Cardiol	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0
N Engl J Med	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Am J Hum Genet	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Liver Int	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Lancet	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
J Clin Endocrinol Metab	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Am J Respir Crit Care Med	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0

Code	Discipline	Total
DQ	CARDIAC & CARDIOVASCULAR SYSTEMS	22
PY	MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	13
DS	CRITICAL CARE MEDICINE	10
RO	MULTIDISCIPLINARY SCIENCES	8
VY	RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING	7
TQ	PEDIATRICS	6
SD	OBSTETRICS & GYNECOLOGY	6
DM	ONCOLOGY	6
KM	GENETICS & HEREDITY	6
WE	RESPIRATORY SYSTEM	5
WH	RHEUMATOLOGY	4
NI	IMMUNOLOGY	4
KI	GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY	4
VE	PSYCHIATRY	4
ZA	UROLOGY & NEPHROLOGY	4
MA	HEMATOLOGY	4
RT	CLINICAL NEUROLOGY	4
IA	ENDOCRINOLOGY & METABOLISM	3
CO	BIOCHEMICAL RESEARCH METHODS	3
BA	ANESTHESIOLOGY	3

- **Liste non exhaustive d'études financées par le PHRC ayant eu un impact majeur sur le soin.**
 - ▶ Des publications dans les plus grandes revues internationales
 - ▶ changement des pratiques de soins
 - ▶ d'abandon d'usage coûteux et inefficace pour la prise en charge et le système de santé
 - ▶ d'introduction d'innovation de rupture
 - ▶ Abandon de dispositif dont l'usage s'est révélé nocif pour les patients
 - ▶ donnant lieu à des recommandations nationales et internationales

- **La liste est loin d'être exhaustive et mais illustrative des impacts du PHRC en terme de publications, d'évolution des connaissances médicales et des pratiques ainsi qu'en terme d'évolution des recommandations**

- ▶ HYBERNATUS PHRC09 (PI S. Legriel) les résultats confortent l'attitude qui consisterait à utiliser l'hypothermie thérapeutique dans le cas d'états de mal épileptiques réfractaires à doses maximales d'anesthésiques, ou comme traitement adjuvant des états de mal épileptiques super réfractaires. Il y a eu 2 recommandations de la SFAR et de SRFL ; Annals of intensive care,; Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine)
- ▶ KETASED PHRC06 (PI F.Adnet) Cité dans les recommandations de la Société Française d'ANesthésie Réanimation sur l'intubation-extubation des patients en réanimation. La Kétamine peut être une alternative à l'etomidate dans les manœuvres d'intubation/ extubation.
- ▶ PEITHO PHRC03-08-10-12 (PI G Meyer) :Pas de nécessité d'une thrombolyse pour les embolies pulmonaires à risque intermédiaire. Cité dans les recommandations sur les traitements des problèmes thrombotiques. De la société européenne de cardiologie : 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism ; Dans les guidelines américaines l'étude PEITHO est citée : Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline 2015.11.026.
- ▶ ILEO PHRC00 (PI Y. Panis) :Etude randomisée multicentrique évaluant l'intérêt d'une fermeture précoce de la stomie de protection après anastomoses rectales basses ou anales. Cette étude a montré qu'on pouvait réduire de façon importante la durée de la stomie de protection (1 semaine plutôt qu'1 mois). Cette stratégie de plus en plus utilisée depuis cette publication par des équipes françaises mais aussi étrangères comme le montrent deux autres études randomisées identiques publiées en 2017 et aussi une méta-analyse aussi en 2017.

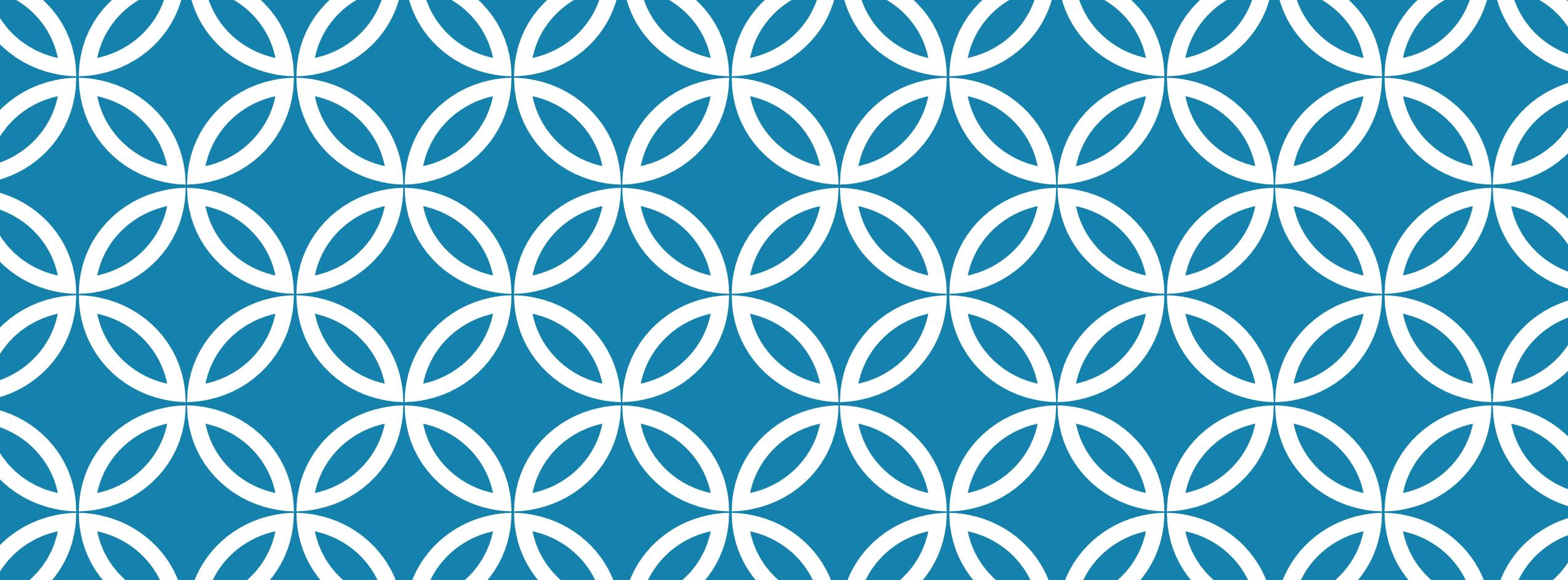
- ▶ PREPACOL PHRC07 (PI Y PANIS): Etude randomisée multicentrique évaluant l'intérêt d'une préparation colique avant exérèse rectale pour cancer. Démonstration de la nécessité d'une préparation colique avant chirurgie pour cancer colo-rectal. Première étude publiée sur le sujet reprise dans toutes les recommandations sur la préparation colique avant proctectomie.
- ▶ RESPITIM-SLA PHRC11 (PI J. Gonzales Bemerjo) , publié dans le Lancet en 2016 , Stimulation phrénique intradiaphragmatique implantée précocement dans la sclérose latérale amyotrophique : bénéfiques en termes de recours à l'assistance ventilatoire; étude randomisée contrôlée. L'essai a été arrêté prématurément pour effet délétère et cela a permis de ne pas généraliser chez les patients SLA la stimulation phrénique intra diaphragmatique implantée précocement.
- ▶ Impact Crohn PHRC-I 13 (PI H.Sokhol) :Impact de la Transplantation fécale sur le microbiote et l'hôte dans la maladie de Crohn. 1er essai mondial dans la pathologie Crohn et qui a abouti à des recommandations de l'ANSM autour de cette technique + 2eme PHRC qui débutera prochainement (Rebalance).
- ▶ OSSEBO PHRC06 PI (B.Cassou) ; British Medical Journal 2015. L' étude menée chez 706 femmes âgées de 75 à 85 ans, a démontré, qu'un programme d'exercice physique adapté permettait de réduire l'incidence des chutes de l'ordre de 20 %, et d'améliorer le fonctionnement physique des patients âgés. Ces résultats sont importants compte tenu du rôle essentiel des chutes dans la détérioration ultérieure de l'état de santé des patients âgés, l'entrée dans la dépendance et l'impact sur la consommation de soins.

- ▶ LICORN PHRC11 : JAMA. 2017 (PI B. Cholley) : Changement dans les soins: Le levosimendan est un nouvel agent inotrope qui augmente la force de contraction cardiaque sans augmenter la consommation d'oxygène. Il n'a pas d'effet proarythmique et on lui attribue une action anti-ischémique. Dans des études non randomisées, il était conclu que le levosimendan diminuait la mortalité en comparaison avec la dobutamine chez des insuffisants cardiaques graves. Cette nouvelle classe thérapeutique semblait donc très prometteuse et connaissait une large diffusion. En fait, plusieurs essais comparables à LICORN n'ont pas montré d'effet fort, dans des indications complémentaires à celle de LICORN (post-opératoire de chirurgie cardiaque). La pratique d'essais comme Licorn a donc permis de stopper la prescription d'un médicament qui en réalité apporte peu de choses par rapport aux thérapeutiques de référence et en s'avère d'un coût plus élevé.
- ▶ DENER-HTN (Lancet 2015, PI M. Azizi, STIC 11): démonstration de l'efficacité (modeste mais certaine) de la dénervation rénale chez des hypertendus très sévères. Retentissement mondial: inclusion dans des méta-analyses et recommandations pour la pratique.
- ▶ SCID2 PHRC08 (PI A. Fischer) : La prise en charge classique des déficits immunitaires de l'enfant (bébés-bulle) consiste en une greffe de moelle osseuse qui a de nombreux effets indésirables. Ce protocole a montré l'efficacité d'un traitement extrêmement innovant, la thérapie génique.

- ▶ TRACOR PHRC09 (PI Goffinet) Premier essai randomisé en France ayant permis la mise en œuvre d'une pratique auparavant interdite en France, la traction contrôlée du cordon au moment de la délivrance, qui a permis de simplifier la prise en charge de l'accouchement en salle de naissances. Il s'agit d'un des plus grands essais réalisés en périnatalité en France ces dernières années, dont les résultats sont importants pour les sages-femmes, en première ligne.
- ▶ MAINRITSAN 1 PHRC08 (et MAINRISTAN 2 PHRC11) (PI L. Guillevin) Etude multicentrique nationale démontrant la supériorité d'un traitement par rituximab (versus aziathioprine) comme traitement de maintenance en prévention des rechutes des vascularités à ANCA (après traitement d'induction par cyclophosphamide et corticoides), le critère de jugement principal étant le taux de rechute majeur à 28 mois. Cet essai est particulièrement intéressant et va probablement permettre d'étendre l'AMM du rituximab dans cette indication.
- ▶ ADJUVITE PHRC09 (PI Quartier): Les enfants souffrant d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) peuvent développer une uvéite antérieure chronique. Les traitements par corticostéroïdes locaux et méthotrexate manquent souvent d'efficacité. Cet essai randomisé en double aveugle contre placebo a montré l'intérêt de l'utilisation de l'adalimumab pour réduire l'inflammation de l'uvéite associée à l'AJI.

- ▶ VESITOX PHRC03 (PI P.Denys); European Urology en 2012 . L'étude a montré chez 99 patients souffrant d'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale idiopathique l'intérêt de l'administration de doses modérées de toxine botulinique injectée dans les parois de la vessie. Dans l'étude, après trois mois après une administration unique, l'incontinence avait disparu chez près de la moitié des patients recevant 100 unités (55%) ou 150 unités (50%) de toxine botulinique, tandis qu'une amélioration d'au moins 50% était obtenue chez 68% et 56% des patients recevant respectivement 100 et 150 unités. Ces résultats sont importants compte tenu de la prévalence de la maladie (jusqu'à 17% chez les adultes), de son impact important sur la qualité de vie, et de l'intérêt de réduire les effets indésirables observés avec des doses plus fortes de toxine botulinique.
- ▶ AKIKI PHRC12 (PI Dreyfuss) NEJM, retentissement international très important, modification des pratiques .Comparaison de deux stratégies d'initiation de l'Épuration Extra Rénale (EER) chez des patients atteints d'insuffisance rénale aiguë sévère en réanimation qui n'ont pas d'indication dictée par une urgence vitale réelle : Une stratégie d'initiation précoce versus stratégie d'attente où les patients n'étaient épurés qu'en présence d'au moins un des 5 critères prédéfinis ; 620 patients inclus dans 31 centres ; Résultats : la stratégie d'attente a permis d'éviter le recours à l'épuration extra-rénale chez 49% des patients sans qu'une différence de mortalité ne soit observée 60 jours après la randomisation
- ▶ MORPHAPAIN PHRC13 (PI Chappuy) : Il a été montré que dans le cadre de la prise en charge actuelle, les douleurs engendrées lors d'une fracture d'un membre chez l'enfant ne sont pas correctement soulagées. Cette étude a pour objectif de comparer l'efficacité de 4 stratégies médicamenteuses de la douleur.

- ▶ DTS PHRC05 (PI L. Bernard); Les résultats ont été publiés dans la revue The Lancet, en mars 2015, a montré chez 359 patients avec une spondylodiscite, qu'un traitement antibiotique d'une durée de 6 semaines était non inférieur à un traitement de 12 semaines sur la proportion de patients guéris à 1 an. Ces résultats sont importants compte tenu du nombre de cas annuels de ces infections sévères en France (1200-1300 cas/an), de leur gravité attestée par la nécessité d'un traitement de longue durée, de l'absence de consensus sur la durée du traitement et du risque croissant associé au développement de l'antibiorésistance des bactéries, qui nécessite une utilisation la plus judicieuse possible des antibiotiques afin de réduire au minimum la pression de sélection exercée sur les souches bactériennes.
- ▶ ICECUB2 PHRC10 (PI B.Guidet) JAMA 2017; Impact sur la mortalité de directives pour l'admission en réanimation de personnes âgées à partir des urgences : essai randomisé en cluster évaluant le bénéfice d'une admission systématique en réanimation de patients âgés . Plus de 3000 patients ont été inclus pendant une période de 3 ans. Les résultats ne montrent pas de bénéfice sur la survie à 6 mois d'une politique d'admission systématique en réanimation de patients âgés vus aux urgences avec une indication théorique de réanimation.. Néanmoins, les résultats d'ICECUB2 démontrent la nécessité, pour la personne âgée gravement malade, d'une évaluation systématique et très approfondie du rapport bénéfice/risque de l'admission en réanimation. Elu 4eme meilleur essai mondial de l'année 2017 toutes spécialités confondues par The Bottom Line :



Service sanitaire:

**retour sur l'expérience du Certificat optionnel
du deuxième cycle des études médicales
« Prévention en médecine générale »**

Annexe 6

L. COMPAGNON
CONSEIL DE GESTION
7 MARS 2018

JUSTIFICATION DU MODULE

- Etudes médicales surtout axées sur les soins curatifs
- Evolution des systèmes de santé de plus en plus orientée vers des démarches de prévention, en particulier en soins premiers
- Activité dans la pratique quotidienne : 40 à 50 % des consultations.
- Intérêt majeur en terme de santé publique : passage d'un système de soins à un système de santé.
- Pas d'opposition entre médecine générale et santé publique : démarche collective complémentaire de la démarche individuelle.
- Approche populationnelle en parallèle de l'approche personnelle.

MÉTHODE DE TRAVAIL

- 30 heures d'enseignement
- Méthode pédagogique: production de groupe par projet
- Approche populationnelle ou thématisée
- Projets de prévention avec comme Objectifs :
 - Développer un projet de prévention adapté à la prise en charge globale des patients
 - Rechercher dans la littérature médicale des actions de prévention sur ce thème
 - Définir des objectifs pertinents et réalistes
 - Déterminer les ressources et les moyens nécessaires
 - Proposer des outils d'évaluation de l'impact de la démarche
 - Rechercher des partenaires potentiellement impliqués dans l'action

MÉTHODE DE TRAVAIL

- 1 séance en grand groupe en début de module et une séance en fin de module pour validation (3 heures)
- 8 séances de travail de projet pour petits groupes de 5 à 6 étudiants
 - ❖ présentation et choix des projets
 - ❖ élaboration d'un plan d'action
 - ❖ finalisation du projet
 - ❖ présentation
- Production collective encadrée par un enseignant
- Travail en petit groupe en dehors des séances
- Recherche bibliographique
- Conception du projet

○ **PRÉSENTATION DU MODULE**

Première séquence en grand groupe pour

- **Expliquer le module**
- **Donner des ressources sur les niveau de prévention et le rôle des MG dans ces différents niveaux**
- **Former les groupes selon les choix des étudiants, décider du thème et des objectifs**

Permettait de monter un projet de prévention parfois très abouti

Frustration fréquente de ne pas pouvoir le tester

POPULATIONS/THEMES

Prévention et/ou dépistage chez l'enfant

Prévention et/ou dépistage chez l'adolescent

Prévention et/ou dépistage chez la femme

Prévention et/ou dépistage chez l'adulte

Prévention et/ou dépistage chez le sujet âgé

Prévention et/ou dépistage du cancer

Prévention et/ou dépistage des addictions

Prévention et/ou dépistage des risques cardiovasculaires

Prévention et/ou dépistage de la précarité

Education et promotion de la santé

OBJECTIFS ENSEIGNEMENT

❖ Objectifs généraux :

- ❖ Déterminer la place de la prévention dans le système de santé.
- ❖ Identifier la démarche préventive en médecine générale dans une optique individuelle et collective.

Objectifs intermédiaires

- ❖ Distinguer les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire.
- ❖ Comprendre la complémentarité des secteurs d'intervention individuel, collectif et médiatique.
- ❖ Déterminer les ressources et moyens utilisables
- ❖ Reconnaître les partenaires impliqués dans la prévention et la promotion de la santé.
- ❖ Intégrer l'action préventive dans le travail de soins en médecine générale.
- ❖ Analyser les démarches de prévention publiées dans la littérature médicale.

QUELQUES EXEMPLES DE PROJETS

Education à la santé:

- « Promotion de l'allaitement maternel »,
- « Information sur les risques de la consommation d'ectasy auprès de lycéens »

Prévention/Dépistage:

- « prévention/dépistage du cancer du col de l'utérus dans une classe de 4ème »
- « prévention des maladies cardio-vasculaires liées au tabac dans les classes de seconde d'un lycée »
- « Prévention de la tuberculose chez les familles immigrées d'un quartier de Noisy-le Grand »
- « Prévention de l'addiction aux jeux virtuels »
- « Prévention du mélanome chez les phototypes clairs » ,
- « Prévention de l'obésité dans une classe de CM1 ainsi que les parents d'élèves »

PRÉSENTATION EN GRAND GROUPE

Sous forme de diaporama, présenté par les différents membres du groupe

Reprenant le plan suivant

- Justification de l'action (argumentée par biblio)
- Objectifs de l'action prévus
- Thème :
- Justification de l'action :
- Objectifs de la démarche préventive :
- Méthode (dont partenariat envisagés, moyens nécessaires, outils utilisés etc.)
- Population concernée :
- Résultats attendus

DISCUSSION ET QUESTIONS/RÉPONSES

Questions posées par les autres participants

Evaluation par jury d'enseignants

VÉCU POSITIF DU MODULE

Étudiants intéressés par le travail en groupe

Souvent inventifs et originaux

« Dommage qu'on ne puisse pas le faire en vrai »

POSSIBLE TRANSPOSITION DANS LE PROJET DE SERVICE SANITAIRE?

Séquence(s) de formation à la prévention laire llaire et lllaire: acquisition de ressources

Ateliers en petit groupe en pointant des thèmes issus des besoins de santé des population du bassin de vie où aura lieu l'action

Temps de travail du groupe en autonomie

Tutorat du groupe pour l'élaboration du projet , son application, son évaluation

Aide à la recherche de partenariat, financement etc.

Mise en œuvre de l'action auprès des populations

Période d'évaluation de l'action