N° 3294

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2026

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 146-3, alinéa 6, du Règlement

PAR LE COMITÉ D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES POLITIQUES PUBLIQUES

sur l'**évaluation des conditions de travail des étudiants en médecine**

ET PRÉSENTÉ PAR

M. LOUIS BOYARD ET MME LILIANA TANGUY
Députés

SOMMAIRE

___

Pages

RECOMMANDATIONS DES RAPPORTEURS 9

SYNTHÈSE 13

INTRODUCTION 19

PARTIE I : LA SOUFFRANCE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE : UNE PRISE DE CONSCIENCE QUI DATE D'UNE QUINZAINE D'ANNÉES 21

I. DES PROBLÉMATIQUES MISES EN LUMIÈRE PAR LES SYNDICATS D'ÉTUDIANTS 21

A. DES HORAIRES À RALLONGE POUR DES GRATIFICATIONS MINIMES .. 21

1. Repos de sécurité, gardes et astreintes 21

2. Un temps de travail moyen excessif 24

3. Une rémunération bien trop faible 27

B. LES ALERTES RÉITÉRÉES SUR LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS 28

1. L'étude du Conseil national de l'ordre des médecins 28

a. Le constat général 28

b. Le focus sur la santé mentale 29

2. La première enquête « Santé mentale » des syndicats d'étudiants 32

3. Les violences sexistes et sexuelles (VSS) 33

C. DES ÉTUDES EXIGEANTES ET DÉLÉTÈRES 35

II. LES PREMIÈRES RÉACTIONS DES POUVOIRS PUBLICS 37

A. LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉTUDIANTS, INTERNES ET ASSISTANTS 38

1. Des axes qui couvrent l'ensemble des problématiques 38

2. Un train de mesures aussi rapide qu'important 39

a. Rappel et clarification des dispositions en vigueur relatives au temps de travail 39

b. De nombreuses dispositions réglementaires 39

c. La Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics 40

B. 2017 : LE RAPPORT MARRA RELATIF À LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ 42

1. Une mission lancée par les ministres de l'enseignement supérieur et de la santé .. 42

2. L'urgence à agir pour le bien-être des étudiants en médecine 43

C. LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES (VSS).. 45

III. UN CONTEXTE TRAITÉ PAR D'AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES 46

A. LA STRATÉGIE NATIONALE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS 46

1. L'impulsion de la Haute Autorité de santé 46

2. Les objectifs de la Stratégie nationale et leur déclinaison 47

B. LA MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE 49

1. Les propositions qui intéressent les étudiants en médecine 49

2. La mise en œuvre des recommandations du rapport Claris 50

C. LE SÉGUR DE LA SANTÉ 51

1. Les conclusions de la concertation avec les étudiants 51

2. Les propositions des facultés de médecine 52

3. La charte des directeurs généraux de CHU 53

4. Les suites réglementaires du Ségur 54

D. DES DISPOSITIONS ULTÉRIEUREMENT CONFORTÉES 55

1. L'intervention du Conseil d'État et le décompte journalier des heures de travail .. 55

2. Quelques précisions réglementaires opportunes 58

PARTIE II : UN BILAN NÉANMOINS EN DEÇÀ DES ATTENTES 61

I. UN SOUTIEN POLITIQUE PAS TOUJOURS À LA HAUTEUR DES ENJEUX ... 61

A. DES AMBITIONS ET DES RECOMMANDATIONS QUI TARDENT À ÊTRE SUIVIES D'EFFETS 61

1. La mise en œuvre de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) 61

a. Le bilan à ce jour selon le ministère 62

i. La formation au management 62

ii. Le soutien aux démarches QVT dans les établissements 63

iii. Le numérique au service de la qualité de vie au travail 64

b. Les observateurs néanmoins réservés 64

2. Le Ségur de la santé inachevé 66

a. La concrétisation de l'accord de juillet 2020 66

b. Une mise en œuvre essentiellement financière selon les acteurs 68

3. Les réformes des études de médecine 70
a. L'information des futurs étudiants 70
b. Beaucoup de réformes, trop peut-être ?… 71
c. L'évolution du contenu des études de santé 72
B. LE SABORDAGE DE DISPOSITIFS PROMETTEURS 75
1. Le Conseil national d'appui, un outil spécifique au traitement des problématiques des étudiants en santé 75
a. Des débuts intéressants 75
b. L'approche de plus en plus restrictive du gouvernement 75
c. La disparition du traitement des spécificités reconnues aux études de santé 76
d. Un regard mitigé sur les dispositifs de prise en charge des problématiques de santé mentale 77
2. Vie et mort de l'Observatoire national de la qualité de la vie au travail 79
3. L'objectif de la qualité de vie au travail perdu de vue ? 81
C. L'APPLICATION DES ENGAGEMENTS DES PARTIES PRENANTES 82
1. Les chartes multipartites 83
a. La déclinaison des engagements dans d'autres accords 83
b. L'état de la question aujourd'hui 84
2. La mise en œuvre des engagements des CHU 85
D. UN PREMIER BILAN DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES 88
1. Cinq ans de Plan national 88
2. L'action des facultés de médecine 89
3. La lutte contre les VSS au sein des CHU 92
II. DES CONDITIONS DE TRAVAIL TOUJOURS AUSSI ÉPROUVANTES 93
A. PEU D'ÉVOLUTIONS SIGNIFICATIVES SUR LE TERRAIN 94
1. À quand le respect strict du temps de travail ? 95
2. Huit demi-journées, vraiment ? 99
3. Encore des marges de manœuvre pour le respect des repos de sécurité ! 101
B. LA SANTÉ MENTALE TOUJOURS EN TÊTE DES PRÉOCCUPATIONS 104
1. Enquête après enquête, une question toujours centrale 105
2. La question sensible du suicide 107
3. Peu d'abandons d'études mais des impacts forts sur la santé 109
C. LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES RESTENT UN SUJET MAJEUR 110
1. La situation à l'hôpital 110
2. La situation dans le cadre universitaire 111

D. ÉTUDES DE SANTÉ ET PRÉCARITÉ : UNE QUESTION TOUJOURS AIGUË 111
1. La rémunération des étudiants en médecine 112
a. Les indemnités des externes 112
b. Les salaires des internes 112
c. Le contrat d'engagement de service public, un dispositif d'aide aux étudiants précaires et de lutte contre la désertification médicale 113
2. L'état des lieux de la précarité sociale aujourd'hui 114
a. Des difficultés financières fréquentes 114
b. Le coût de la rentrée 115
c. Les problématiques d'hébergement 117

PARTIE III : SORTIR DE L'IMPASSE 119

I. RECENTRER L'ACTIVITÉ DES EXTERNES ET DES INTERNES SUR LEURS MISSIONS HOSPITALIÈRES 120
A. DES PRATICIENS EN FORMATION 121
1. Un cadre réglementaire précis… 121
2. …que les établissements hospitaliers ont du mal à respecter 123
a. Le glissement des tâches administratives vers les internes 123
b. Conséquences de la séniorisation insuffisante 124
c. Un état de fait qui pourrait empirer 126
B. LE SERPENT DE MER DU TEMPS DE TRAVAIL 128
1. La décision du Conseil d'État n'a pas levé les incertitudes 128
2. Une grande variété de situations et d'appréciation 129
C. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS 132
1. Respecter la dimension formatrice des stages n'est pas hors de portée 132
2. Mettre en place une nouvelle organisation du travail 133
D. EN COMPLÉMENT, RETRAVAILLER QUELQUES QUESTIONS DE GOUVERNANCE 137
1. L'intérêt d'une gouvernance plus collective 137
a. Dans la gestion des services... 137
b. … Comme dans celle des stages 140
2. Développer les dispositifs d'évaluation des stages 142
3. Renforcer le levier de la certification 143

II. MIEUX SOUTENIR LES ÉTUDIANTS 144
A. RENFORCER LES DISPOSITIFS D'AIDE AUX ÉTUDIANTS 144
1. Un ensemble de dispositifs dont l'efficacité est discutée 145
2. Le peu de recours aux dispositifs institutionnels 145

3. L'engagement particulier de quelques CHU mérite d'être relevé 147
4. Une porte de sortie possible ? 151
5. La médiation nationale 153
B. RÉFORMER LES MÉCANISMES DE SANCTION 155
1. L'intérêt relatif de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers 155
2. Engager de nouvelles réformes pour mieux protéger les étudiants 158
III. TRAITER LA QUESTION SOCIALE 161
A. LES ERREMENTS DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC 161
B. RÉÉVALUER LA RÉTRIBUTION DES ÉTUDIANTS ET LES AIDES MATÉRIELLES 164
1. Les rémunérations des externes et des internes soutiennent mal les comparaisons .. 165
2. Garantir le smic horaire à chaque interne 166
a. Rémunération hors gardes : un taux horaire inférieur au smic pour tous les internes 166
b. Prise en compte des gardes dans la rémunération : des situations diverses en fonction des spécialités et des établissements 167
3. Améliorer les conditions matérielles 168
EXAMEN PAR LE COMITÉ 171
ANNEXE N° 1 : PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS 173
ANNEXE N° 2 : ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE 179

RECOMMANDATIONS DES RAPPORTEURS

Recommandation n° 1 : Publier une instruction ministérielle rappelant aux établissements de santé leur obligation d'instaurer un dispositif objectif, fiable et accessible permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier, comme un système de pointage ou de badgeuse.

Recommandation n° 2 : Introduire des éléments de flexibilité dans la gestion de la présence des internes en lissant leur activité sur de longues périodes, par exemple de deux ou trois mois.

Recommandation n° 3 : Instituer la formalisation obligatoire de fiches de poste par les chefs de service, détaillant les missions et responsabilités confiées aux externes et aux internes durant leur stage, rappelant les modalités de supervision et d'organisation du service, ainsi que les objectifs pédagogiques et les modalités d'évaluation.

Recommandation n° 4 : Confier aux agences régionales de santé le contrôle de la régularité des nominations à des postes de responsabilité des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements de santé, au regard des exigences de formation au management posées par l'article L. 6143-2-3 du code de la santé publique.

Recommandation n° 5 : Instituer une limitation du cumul des fonctions de responsabilité médicale au sein des établissements hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires.

Recommandation n° 6 : Conditionner le renouvellement des fonctions de responsabilité à l'évaluation des objectifs fixés au sein du contrat de pôle de l'établissement.

Recommandation n° 7 : Réviser les dispositions de l'arrêté du 12 avril 2017 afin de renforcer l'effectivité de la collégialité du processus de validation des stages.

Recommandation n° 8 : Insérer des critères relatifs à l'évaluation des terrains de stage et au respect des conditions de travail des stagiaires dans le référentiel de certification de la Haute Autorité de santé.

Recommandation n° 9 : Publier un baromètre annuel des risques psychosociaux et des suicides des étudiants en santé.

Recommandation n° 10 : Instituer des mesures de protection immédiate des étudiants à l'origine d'une plainte pour violence sexiste et sexuelle.

Recommandation n° 11 : Développer des dispositifs de signalement clairement identifiés au sein des facultés et des établissements de santé, garantissant une assistance indépendante, associant étudiants et référents externes.

Recommandation n° 12 : Instituer la publication annuelle par les établissements de santé du bilan anonymisé des signalements effectués et des suites qui leur ont été données.

Recommandation n° 13 : Faciliter les dispositifs existants afin d'améliorer les possibilités de réorientation des étudiants en cours d'études.

Recommandation n° 14 : Tirer profit des possibilités offertes par l'IA pour réformer le contenu des études médicales en diminuant la part des connaissances théoriques.

Recommandation n° 15 : Dans les centres hospitaliers et les facultés de médecine, renforcer l'information sur les procédures externes et internes de conciliation et de médiation.

Recommandation n° 16 : Instituer la saisine directe de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers par les directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires et les présidents d'université.

Recommandation n° 17 : Reconnaître aux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires et aux présidents d'université le statut de partie à une procédure.

Recommandation n° 18 : Réformer le régime disciplinaire des praticiens hospitaliers et accorder aux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires la possibilité de prononcer à leur encontre des sanctions de premier groupe.

Recommandation n° 19 : Instituer la publicité des travaux de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers.

Recommandation n° 20 : Augmenter le nombre de bénéficiaires du contrat d'engagement de service public en ciblant particulièrement les territoires dans lesquels les problématiques de couverture médicale sont les plus aiguës.

Recommandation n° 21 : Améliorer la communication sur le contrat d'engagement de service public ainsi que l'accompagnement par les agences régionales de santé des étudiants qui en sont bénéficiaires.

Recommandation n° 22 : Aligner la rétribution des externes sur celle des fonctionnaires stagiaires.

Recommandation n° 23 : Garantir aux internes une rémunération équivalente à celle du smic horaire par rapport au temps de travail réellement effectué.

Recommandation n° 24 : Soutenir les initiatives visant à améliorer l'offre d'hébergement des stagiaires dans les territoires.

Recommandation n° 25 : Garantir aux externes et internes le bénéfice de repas à tarification étudiante dans les centres hospitaliers universitaires.

SYNTHÈSE

Octobre 2026





Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques

Évaluation des conditions de travail des étudiants en médecine

M. Louis Boyard et Mme Liliana Tanguy,
rapporteurs

Les témoignages de la souffrance des étudiants en médecine sont nombreux parmi les quelque 30 000 externes et 43 000 internes. Malgré les réformes engagées, dans de nombreux CHU, les internes continuent de travailler bien au-delà des 48 heures autorisées pour des salaires parfois inférieurs au SMIC horaire, les cas de maltraitance, de violences sexistes et sexuelles restent fréquents, les risques psychosociaux permanents, au point que l'on estime qu'un interne se suicide tous les dix huit jours.

LA SOUFFRANCE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EST DOCUMENTÉE DEPUIS QUINZE ANS

Des horaires à rallonge pour des gratifications minimes

Une enquête publiée en 2012 a établi que le repos de sécurité de 11 heures, obligatoire après chaque garde ou chaque demi-garde de nuit n'était pas respecté pour 21 % des internes, les conduisant à des journées de travail de plus de vingt quatre heures. Un quart d' entre eux a déclaré avoir commis des erreurs médicales. En moyenne, un interne effectuait quatre gardes et deux astreintes par mois (jusqu'à plus de six gardes et près de quatre astreintes par mois en chirurgie). 85 % des internes travaillaient plus de 48 heures hebdomadaires avec une moyenne déclarée de 60 heures, les demi-journées de formation étant fréquemment sacrifiées, ce qu'a confirmé une enquête de 2020. La même enquête relevait des émoluments de garde inférieurs au SMIC horaire, de nombreux établissements hospitaliers ne payant pas les gardes ou les transformant en astreintes. Un quart des internes jugeaient l'encadrement insuffisant.

Des études exigeantes et délétères

L' évolution des études ces dernières décennies a considérablement accru la charge de travail des étudiants dans un contexte de très forte sélectivité et d'esprit compétitif.

Les alertes réitérées sur la santé des étudiants

- Des enquêtes conduites en 2016-2017 ont établi qu'un quart des étudiants et jeunes médecins estimaient leur état de santé moyen voire mauvais, plus d'un cinquième déclarant prendre parfois ou souvent des anxiolytiques.
- Une enquête de 2021 a établi que, à l'hôpital, le harcèlement sexuel concernait globalement près du tiers des étudiants. La prévalence chez les femmes est près de quatre fois supérieure à celle des hommes (38,4 % pour 9,7 %). Près de neuf actes de harcèlements subis sur dix étaient perpétrés par un supérieur hiérarchique. À la faculté, 119 étudiants rapportent avoir été violés, soit 2,7 % des répondants de l'enquête ; neuf fois sur dix, les agressions ont lieu lors d'événements festifs organisés pour les étudiants.

Les réactions des pouvoirs publics

En 2013, un groupe de travail a notamment conduit à : la revalorisation indemnitaire des gardes et astreintes, l'amélioration des conditions matérielles des stagiaires et de la formation, l'association des internes à l'organisation des gardes et astreintes avec le respect du repos de sécurité. Les règles relatives au temps de travail des internes ont été refondues entre 2014 et 2016. En 2017, un rapport a conduit à la création en 2019, dans toutes les universités d'une structure d'accompagnement des victimes de violence, à l'accès de tous les étudiants en santé à la médecine préventive et à la création d'un Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé (CNA).

Ont suivi : l'installation dans toutes les facultés de médecine d'une structure d'accompagnement des étudiants en souffrance, le renforcement des moyens, l'évaluation systématique des lieux de stage par les étudiants et le déclenchement de procédures de réexamen de l'agrément en cas d'évaluation insatisfaisante, la création d'un module de formation sur les risques psychosociaux, le respect du repos de sécurité, la formation pédagogique des encadrants et l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement.

En 2020, le Ségur de la santé s'est notamment traduit par des instructions ministérielles concernant l'accueil et l'organisation des stages des étudiants.

UN BILAN EN-DEÇÀ DES ATTENTES

La situation des étudiants reste difficile (conditions de travail, santé, risques psychosociaux, violences sexistes et sexuelles). Cette situation est imputable à :

Un soutien politique pas toujours à la hauteur des enjeux

La traduction de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail a été très lente, sa mise en œuvre a souffert d'un manque de moyens, d'ambition et de portage politique ou administratif ; les aspects organisationnels et structurels des établissements sont souvent omis.

Le Ségur de la santé inachevé

Au-delà des avancées salariales, les stages sont toujours délétères et la reconnaissance au travail, un angle mort. Ramenée à la durée moyenne de travail des internes, leur rétribution peut demeurer inférieure au smic horaire ; l' augmentation du nombre d' étudiants et d'internes n' a pas été accompagnée d'une progression proportionnelle de l'encadrement hospitalo-universitaire.

Les réformes des études de médecine manquent de lisibilité

L' assimilation de quantités de données techniques ou académiques n'a plus grand sens à l'ère de l'intelligence artificielle. La formation doit redonner du sens au métier et développer davantage les compétences relatives à l'interaction sociale, à l'empathie et au management, dans une approche bienveillante.

Des dispositifs prometteurs sabordés

Le Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé et l' Observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé ont été supprimés ; les dispositifs de prise en charge de la santé mentale sont peu lisibles et parfois inefficaces.

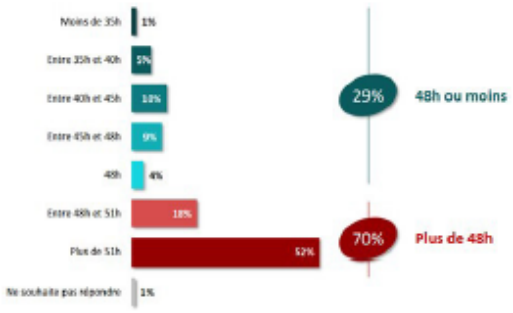
Un premier bilan de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles

De nombreuses actions ont été menées dans le cadre du plan national 2021-2025 : renforcement des cellules de signalement, sensibilisation et formation des personnels, procédures disciplinaires, extension des dispositifs aux stages hospitaliers.

Les conditions de travail sont toujours aussi éprouvantes

Les syndicats d' étudiants estiment que, sur le terrain, la situation se dégrade fortement, quant à la charge de travail et à l' encadrement. Selon une enquête, les internes travaillent en moyenne 59 heures par semaine voire 80 heures pour un interne sur dix.

LE VOLUME HORAIRE DE TRAVAIL EFFECTUE PAR LES INTERNES

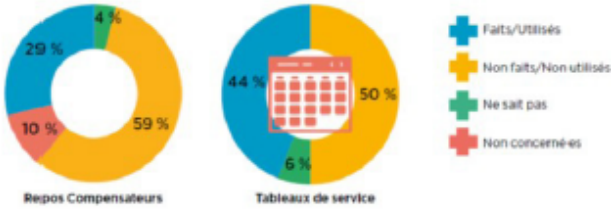


Source : Optionsway, Ministère des solidarités et de la santé, « Consultation sur le temps de travail des étudiants de 3e cycle », 15 novembre 2021

Le nombre de demi-journées d'activité effectuées est par ailleurs dépassé pour la quasi-totalité des internes. Les deux-tiers des internes en spécialités chirurgicales font au moins trois demi-journées de plus ; la durée des demi-journées étant pour les 4/5e des étudiants, supérieures à 4h30

Si 84 % des internes déclarent bénéficier systématiquement du repos de sécurité, seuls 42 % d' entre eux en bénéficient toujours pour les demi-gardes et 55 % indiquent que le repos de sécurité n'est jamais respecté après le dernier déplacement d'une astreinte de nuit. La récupération d'une demi-journée due en cas de dépassement des huit demi-journées de travail hebdomadaires est loin d'être systématiquement accordée aux internes concernés, ni même prise en compte dans les tableaux de service, comme cela devrait être le cas.

LE RESPECT DES REPOS COMPENSATEURS



La santé mentale reste en tête des préoccupations

70 % des étudiants en médecine consomment de l'alcool, dont 60 % ont une consommation à risque, 20 % consomment des poppers au moins une fois par mois.

COMPARAISON PAR RAPPORT AUX PRECEDENTES ENQUETES

	ESM* 21	ESM* 24	BQVE 20
Idées suicidaires	19 %	21 %	20 %

*ESM : Enquête Santé Mentale

76 % d'entre eux identifient la scolarité comme une des raisons pouvant expliquer leurs idées suicidaires.

Les violences sexistes et sexuelles toujours présentes

À l'hôpital, 20 % des étudiants, des deux sexes, ont subi des outrages sexistes en stage, 13 % ont subi du harcèlement.

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE SANTE MENTALE DE 2024



Source : « L'enquête sur la santé mentale des étudiant·es en médecine de la deuxième année à la fin de l'internat », ANEMF, ISNAR-IMG et ISNI, dossier de presse 2024.

Études de santé et précarité, une question aiguë

Les étudiants en santé perçoivent une rémunération à partir du deuxième cycle (externat), les stages de premier cycle ne sont pas rétribués, ni le service sanitaire pour lequel une indemnité de transport peut être allouée. Un étudiant sur cinq déclare avoir de réelles difficultés financières pour faire face à ses besoins. Enfin, la question du logement des étudiants en santé, et spécialement des internes, est parmi celles qui sont le plus sensibles.

SORTIR DE L'IMPASSE

Les constats formulés depuis le début des années 2010 restent d'une brûlante actualité : quinze ans après la prise de conscience et l'ouverture des premiers chantiers, le bilan peut difficilement être qualifié de satisfaisant.
Malgré des réformes, une nette prise de conscience de la gravité de la situation et quelques améliorations, les principaux enjeux, subsistent, quasi intacts :

– Le respect du temps de travail des internes, et donc de la loi, de la part des établissements de santé ;
– Les conditions de travail proprement dites ;
– La lutte contre les violences sexistes et sexuelles et les risques psychosociaux ;
– Les conditions matérielles dont les rémunérations.

• Recentrer l'activité des internes sur leurs missions hospitalières

L'absence d'encadrement suffisant peut conduire les internes à être en première ligne.

Ils indiquent tous devoir fréquemment assumer des missions annexes non médicales. Par ailleurs, le temps de travail fait l'objet de conceptions variables de la part des CHU.
Si nombre d'établissements déclarent porter une particulière attention aux stages, il faut mettre en place une nouvelle organisation du travail.
Faire évoluer le temps de formation implique de revoir des équilibres organisationnels parfois anciens, ce qui nécessite une réflexion plus large sur la répartition des activités entre les différents professionnels.

☞ Publier une instruction ministérielle rappelant aux établissements de santé leur obligation d'instaurer un dispositif objectif, fiable et accessible permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier, comme un système de pointage ou de badgeuse.

☞ Instituer la formalisation obligatoire des fiches de poste par les chefs de service, détaillant les missions et responsabilités confiées aux externes et aux internes durant leur stage, rappelant les modalités de supervision et d'organisation du service, ainsi que les objectifs pédagogiques et les modalités d'évaluation.

Le système hospitalier reste très souvent marqué par un fonctionnement vertical et la compétence managériale est rarement un critère de sélection des chefs de service. Il faut une gouvernance plus collective et la formation au management doit être une condition préalable à la nomination des chefs de service.

☞ Confier aux agences régionales de santé le contrôle de la régularité des nominations à des postes de responsabilité des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements de santé, au regard des exigences de formation au management posées par l'article L. 6143-2-3 du code de la santé publique.

☞ Instituer une limitation du cumul des fonctions de responsabilités médicales au sein des établissements hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires.

☞ Conditionner le renouvellement des fonctions de responsabilité à l'évaluation des objectifs fixés au sein du contrat de pôle de l'établissement.

☞ Réviser les dispositions de l'arrêté du 12 avril 2017 afin de renforcer l'effectivité de la collégialité du processus de validation des stages.

Il faut aussi renforcer le levier de la certification des établissements de santé :

☞ Insérer des critères relatifs à l'évaluation des terrains de stage et au respect des conditions de travail des stagiaires dans le référentiel de certification de la Haute autorité de santé.

• Mieux soutenir les étudiants

Aujourd'hui, une quinzaine de dispositifs existent au titre du soutien aux étudiants.

☞ Instituer des mesures de protection immédiate des étudiants à l'origine d'une plainte de violence sexiste et sexuelle.

☞ Développer des dispositifs de signalement clairement identifiés au sein des facultés et des établissements de santé, garantissant une assistance indépendante, associant étudiants et référents externes.

Les dispositifs institutionnels sont peu utilisés et, même anonymes, les mécanismes de signalement ne permettent pas de lever l'appréhension de certains étudiants qui craignent qu'une dénonciation d'un sénior entache leur carrière.
Les études médicales, telles qu'elles sont structurées, obligent les jeunes à se positionner très tôt. Même si un droit au remords ou une possibilité de réorientation ont été institués, ils sont assez limités. Le système est vu comme source de frustration et de stress, les conséquences d'une erreur étant définitives.

☞ Faciliter les dispositifs existants afin d'améliorer les possibilités de réorientation des étudiants en cours d'études.

☞ Dans les centres hospitaliers et les facultés de médecine, renforcer l'information sur les procédures de conciliation et de médiation.

• Réformer les mécanismes de sanction

☞ Instituer la saisine directe de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers par les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires et les présidents d'université.

☞ Réformer le régime disciplinaire des praticiens hospitaliers et accorder aux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires la possibilité de prononcer à leur encontre des sanctions de premier groupe.

En matière de harcèlement, de violences sexistes et sexuelles et de risques psychosociaux , l'éventail des sanctions pourrait inclure des mesures telles qu'un suivi psychiatrique ou médical, une formation managériale, ou un aménagement d'exercice.

• Traiter la question sociale

☞ Augmenter le nombre de bénéficiaires du contrat d'engagement de service public en ciblant particulièrement les territoires dans lesquels les problématiques de couverture médicale sont les plus aigües.

☞ Aligner la rétribution des externes sur celle des autres fonctionnaires stagiaires.

☞ Garantir aux internes une rémunération équivalente à celle du smic horaire par rapport au temps de travail réellement effectué.

Lire l'intégralité du rapport sur le site de l'Assemblée nationale :
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/delegations-comites-offices/cec

INTRODUCTION

Lors de sa réunion du 6 novembre 2025, le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) a inscrit à son programme, à l'initiative du groupe EPR, une évaluation des conditions de travail des étudiants en médecine. Mme Liliana Tanguy, députée EPR du Finistère, et M. Louis Boyard, député LFI du Val-de-Marne, ont été désignés rapporteurs.

Les études de médecine sont parmi les plus longues et exigeantes – jusqu'à douze ans – et les conditions dans lesquelles les externes et les internes les effectuent défraient régulièrement la chronique. Les alertes sur l'état de tension permanente dans lequel ils se trouvent, sur l'impact des conditions de stage sur leur santé, notamment mentale, sont récurrentes et documentées depuis une quinzaine d'années.

De nombreux travaux ont été menés, les pouvoirs publics ont engagé des réformes, dont certaines étaient spécialement consacrées aux étudiant en médecine. En d'autres occasions, des chantiers importants, tels le Ségur de la santé, la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants ou encore la modernisation de la gouvernance hospitalière, ont comporté des volets intéressant les conditions de travail des étudiants en médecine.

Les résultats restent cependant insuffisants et les constats de terrain diffèrent peu : dans de nombreux CHU, les internes continuent de travailler bien au-delà des 48 heures légales autorisées pour des salaires inférieurs au smic horaire, les cas de maltraitance, de violences sexistes et sexuelles restent fréquents, les risques psychosociaux permanents, au point que l'on estime qu'un interne se suicide tous les dix-huit jours. Les témoignages de la souffrance des étudiants en médecine sont d'autant plus préoccupants qu'ils concernent environ 30 000 externes et 43 000 internes et docteurs juniors.

Entre janvier et juillet 2026, vos rapporteurs ont procédé à quelque trente-cinq auditions et tables rondes, qui leur ont permis d'entendre un grand nombre d'acteurs et d'observateurs – étudiants en médecine, administrations, facultés de médecine, CHU, chercheurs, associations. Ils ont également effectué un déplacement à Brest, au cours duquel ils se sont entretenus avec les représentants de la faculté de médecine, du CHU et de nombreux étudiants et internes. En outre, dix-sept CHU ont répondu au questionnaire qui leur avait été adressé. Les rapporteurs tiennent à remercier chaleureusement l'ensemble des acteurs qui ont contribué à leur réflexion.

Ils retirent de leur investigation le sentiment que les problématiques qui impactent la vie des étudiants en médecine dans notre pays, comme dans de nombreux autres pays européens, appellent pour être traitées des mesures portant en premier lieu sur l'organisation des services hospitaliers : certains établissements, au prix d'un travail collectif, réussissent en effet à se réformer et à instaurer des conditions de travail respectueuses et satisfaisantes pour l'ensemble des personnels, dont les étudiants sont directement bénéficiaires. La précarité sociale touchant les étudiants en médecine comme les autres, vos rapporteurs invitent enfin les pouvoirs publics à réévaluer les dispositifs de soutien qui peuvent contribuer à améliorer leur situation. Tel est le sens de leurs recommandations.

PARTIE I : LA SOUFFRANCE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE : UNE PRISE DE CONSCIENCE QUI DATE D'UNE QUINZAINE D'ANNÉES

I. DES PROBLÉMATIQUES MISES EN LUMIÈRE PAR LES SYNDICATS D'ÉTUDIANTS

C'est à la suite d'une enquête de l'Inter-syndicat-national des internes des hôpitaux (ISNIH, aujourd'hui ISNI [(1)]) publiée trois mois plus tôt, et en réponse au mouvement de grève lancé par les internes et chefs de cliniques en octobre 2012, que la ministre des affaires sociales s'engagea à ouvrir des négociations sur **la reconnaissance de l'investissement des étudiants** et **la garantie de leurs conditions de travail**.

Ce premier moment, centré sur les temps de travail, sera suivi d'un second, en 2017, portant sur les **problématiques de santé des étudiants** en médecine, **notamment mentale**, et sur les **risques psycho-sociaux**.

A. DES HORAIRES À RALLONGE POUR DES GRATIFICATIONS MINIMES

L'enquête « **Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail** », publiée par l'ISNIH en septembre 2012, documentait pour la première fois les conditions de travail des étudiants en médecine.

Trois sujets étaient étudiés : les gardes, les astreintes, le temps de travail hebdomadaire.

1. Repos de sécurité, gardes et astreintes

Aux termes d'un arrêté ministériel de 2002, « *le temps consacré au repos de sécurité n'est pas décompté dans les obligations de service hospitalières et universitaires.* ***Le repos de sécurité, d'une durée de onze heures, est constitué par une interruption totale de toute activité hospitalière et doit être pris immédiatement après chaque garde ou chaque demi-garde de nuit*** [(2)]. »

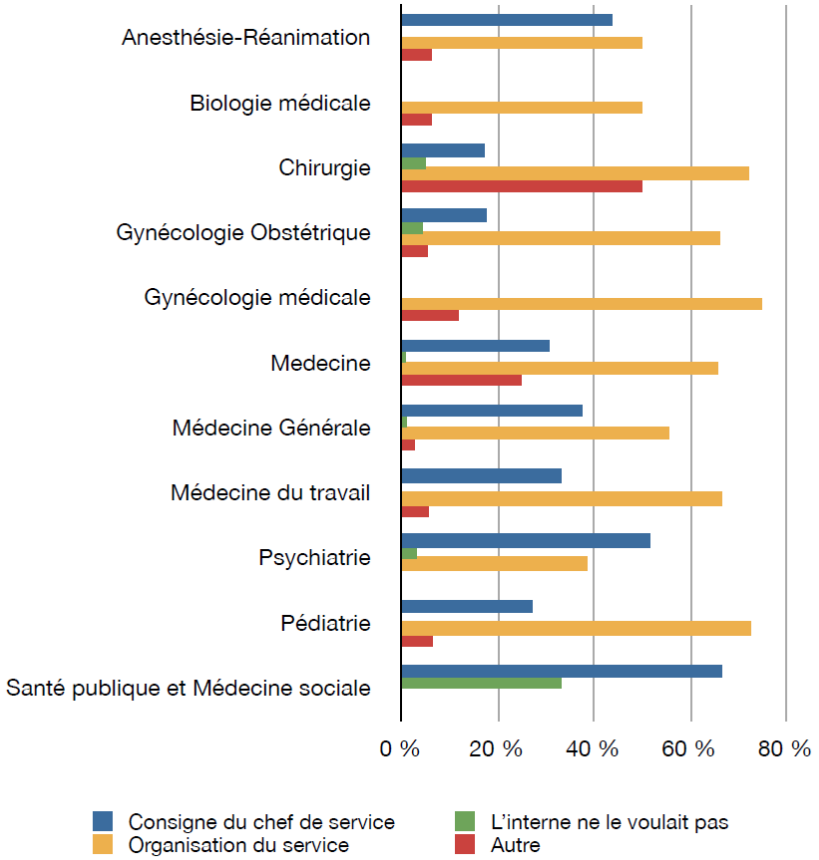
L'enquête révélait en premier lieu que, **dix ans après son entrée en vigueur**, **le repos de sécurité n'était pas respecté pour 21 % des internes** en médecine, notamment en **chirurgie**, gynécologie et certaines autres spécialités.

---

(1) InterSyndicale Nationale des Internes.

(2) Arrêté du 10 septembre 2002, relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.

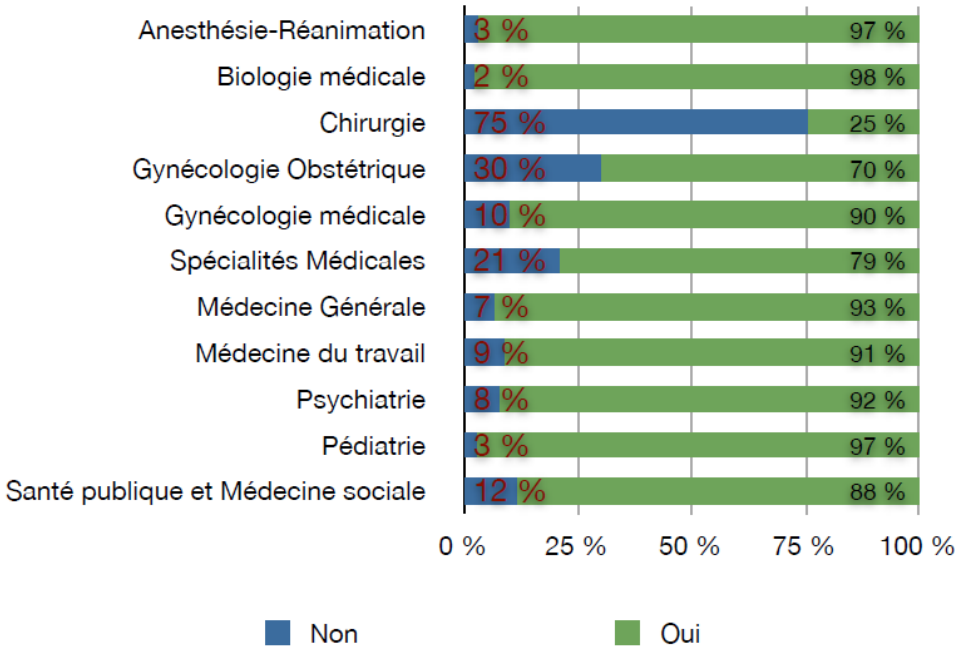
RAISONS DE L'ABSENCE DE REPOS DE SÉCURITÉ



Source : « Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail », Enquête ISNIH, 2012.

Cela se traduisait dans ce cas pour les internes par des journées de travail de plus de vingt-quatre heures d'affilée, alors que la législation prévoit un **repos de sécurité de onze heures, immédiatement consécutif à chaque garde de nuit**, période durant laquelle il ne peut être accompli aucune obligation de service hospitalière, ambulatoire ou universitaire.

LE RESPECT DU REPOS DE SÉCURITÉ EN FONCTION DES FILIÈRES



Source : « Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail », Enquête ISNIH, 2012.

Selon l'enquête, les établissements de certaines régions se distinguaient particulièrement, dans les subdivisions de Limoges, Strasbourg et Clermont-Ferrand notamment. En moyenne, **un quart des centres hospitaliers universitaires (CHU) ne respectaient pas le repos de sécurité**.

Le plus souvent, ce sont des raisons organisationnelles qui privaient les internes de leur repos de sécurité, les tableaux de service ne permettant pas leur remplacement. **Dans un quart des cas**, l'obligation de présence sur le repos de garde venait d'une **injonction forte des chefs de service**, « *preuve de l'existence encore trop fréquente de fonctionnements féodaux dans certains services* [(1)]. »

Les internes étaient à 90 % conscients de l'intérêt du repos de sécurité tant pour eux-mêmes que pour les patients. 15 % d'entre eux déclaraient d'ailleurs **avoir commis des erreurs médicales** de prescription, de diagnostic ou d'acte opératoire pendant un repos de garde et ils étaient 38 % à estimer qu'ils en avaient probablement commises, sans en être toutefois certains. De même, **un quart des internes n'ayant habituellement pas de repos de garde déclaraient avoir commis des erreurs**, 46 % estimant probable en avoir commis. En d'autres termes, **seuls 29 % étaient sûrs de ne pas en avoir commis**. Cela concernait près de 75 % des internes en chirurgie et **plus de 50 % des internes de la plupart des autres spécialités**, à l'exception de la biologie médicale, la médecine générale, la psychiatrie et la santé publique.

(1) ISNIH, op. cit.

Le rapport d'enquête soulignait de même que, en moyenne, **un interne effectuait quatre gardes par mois** – nonobstant de fortes variations selon les disciplines – et **deux astreintes mensuelles**, les spécialités chirurgicales en assurant la majorité, **jusqu'à plus de six gardes et près de quatre astreintes par mois**.

En outre, le rapport soulignait qu'il apparaissait fréquent de **transformer des lignes de garde en astreintes** ou de ne pas donner le caractère de « garde » à une ligne de permanence des soins qui l'aurait justifié, afin d'éviter d'avoir à accorder un repos de sécurité le lendemain et de **réduire aussi le coût de la permanence des soins** pour les établissements. Il précisait en outre que « ***un tiers des internes en médecine ne sont pas payés pour leurs gardes ou leurs astreintes, constituant du travail dissimulé pour les hôpitaux***. *Cette pratique illégale est loin d'être minoritaire : 11 % des internes travaille le samedi après-midi, 10 % le dimanche matin, 3 % le dimanche entier et 5 % la nuit sans être rémunérés* ».

2. Un temps de travail moyen excessif

En ce qui concerne le temps de travail hebdomadaire, le rapport d'enquête rappelait que les internes ont des obligations de service fixées à **onze demi-journées par semaine** (1), ainsi réparties : neuf demi-journées d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil, **sans que la durée puisse excéder 48 heures par période de sept jours** (2), calculée en moyenne sur une période de quatre mois, **les deux autres demi-journées étant consacrées à la formation universitaire** et pouvant être regroupées, dans la limite de douze jours, selon les nécessités d'enseignement sur le semestre.

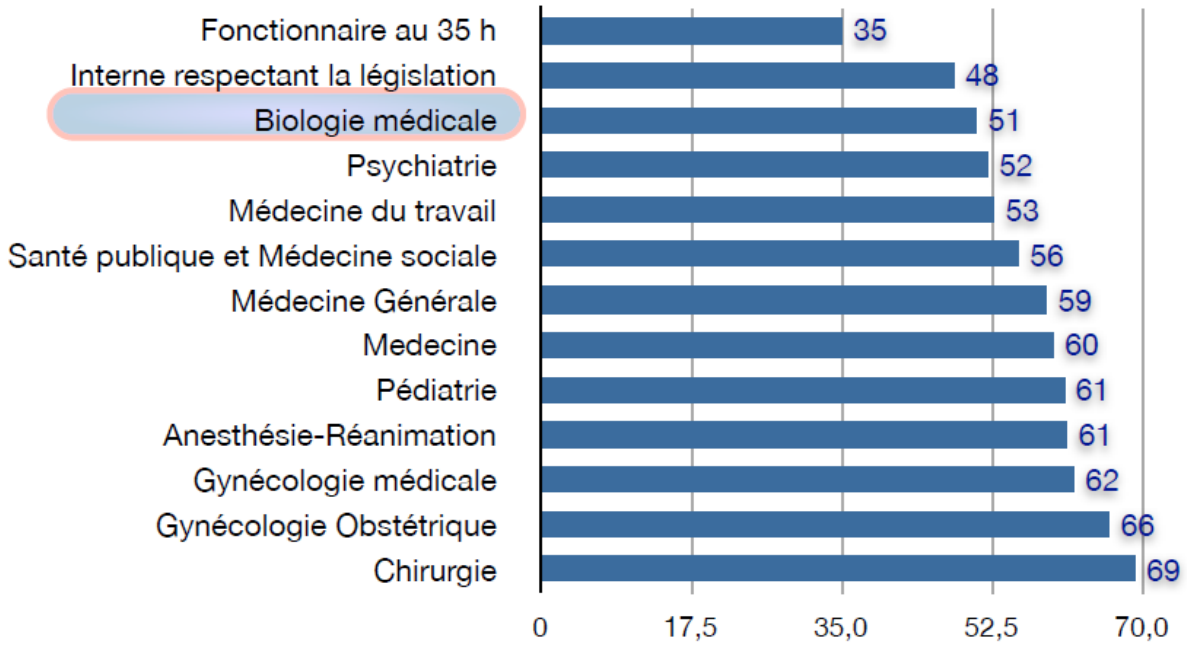
S'agissant du **temps de travail** des étudiants, il apparaissait alors que **85 % des internes travaillaient plus que les 48 heures hebdomadaires légales**, avec une **moyenne déclarée de 60 heures**.

---

(1) ***Durée réduite à dix demi-journées*** *par le décret 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.*

(2) En application de la directive européenne du 4 novembre 2003 sur le temps de travail (2003/88/CE)

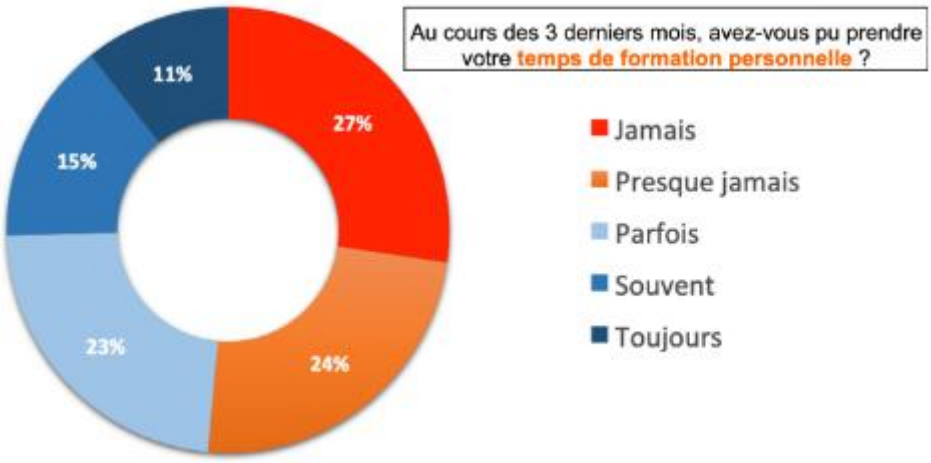
TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE PAR FILIÈRE



Source : ibid.

Le temps de travail supplémentaire était effectué au détriment non seulement du repos de sécurité, mais **aussi de la formation**, les **demi-journées de formation étant fréquemment sacrifiées** comme le confirmera par exemple une enquête de l'ISNI quelques années plus tard :

RÉSULTATS TOUTES SPÉCIALITÉS CONFONDUES



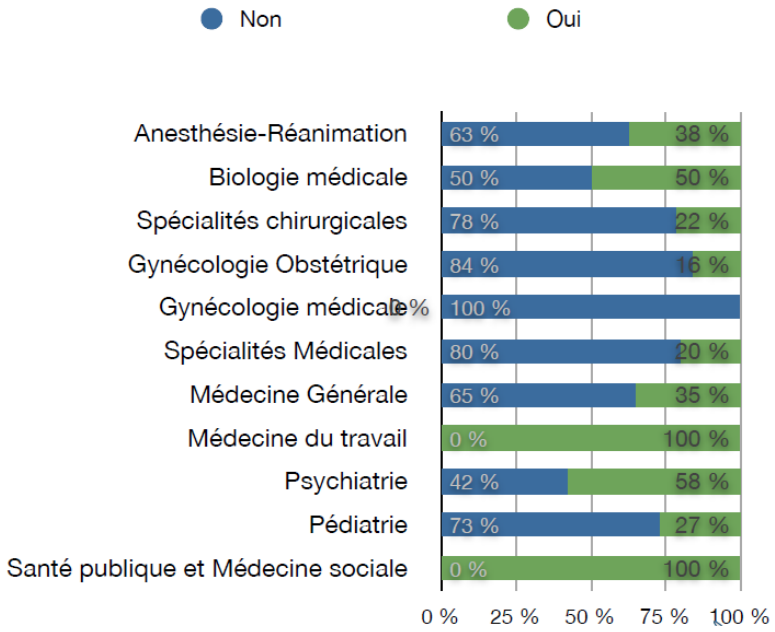
Source : Enquête ISNI 2019-2020, Conditions et temps de travail des internes, mai 2020.

La situation est très variable selon les cas, puisque les **internes de chirurgie** déclarent alors à 74 % ne jamais ou presque jamais prendre leur demi-journée personnelle de formation, seuls 2 % d'entre eux la prenant systématiquement…

C'est au demeurant **essentiellement dans les CHU**, où sont affectés le plus grand nombre d'internes, que ce non-respect des demi-journées de formation était

constaté, **plus des deux tiers d'entre eux** n'ayant pas la possibilité d'en bénéficier, alors même que cet aspect devrait y être plus marqué.

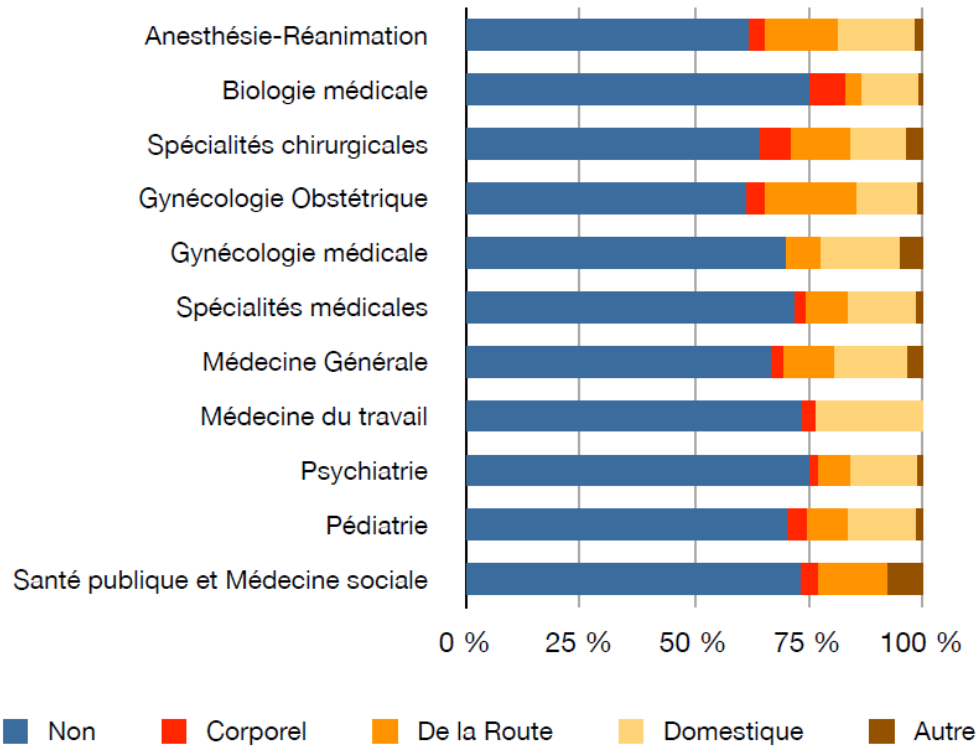
TAUX DE RESPECT DES DEUX DEMI-JOURNÉES DE FORMATION PAR FILIÈRE



Source : ibid.

La réalité était telle que ce rythme de travail induisait des **conséquences pour la sécurité des internes** : le tiers d'entre eux déclaraient avoir eu des accidents de la route (11 %), domestiques (15 %) ou corporels (3 %) en période post-garde.

ACCIDENTS POST-GARDE



Source : ibid.

Ils étaient également **85 % à constater des répercussions sur leur vie sociale et familiale**.

Concernant la **réalisation des gardes**, un quart d'entre eux jugeaient que **l'encadrement était insuffisant** et qu'ils étaient **trop souvent livrés à eux-mêmes**, les séniors étant peu ou pas disponibles. Pour cette raison, **les gardes apparaissaient insuffisamment formatrices pour près de 30 % des internes**.

Les conclusions du rapport insistaient sur la **nécessité d'évolutions réglementaires** concernant les gardes, les astreintes et le temps de travail pour limiter les abus, **beaucoup restant à faire pour simplement appliquer les dispositions existantes**. Pour l'ISNIH, le silence et la complicité des tutelles dans la situation vécue par les internes n'étaient plus tolérables. **Le syndicat attirait aussi l'attention sur le « burn-out latent » des internes**, mis en lumière par de nombreux témoignages, certains se demandant combien de suicides il fallait attendre pour que les conditions s'améliorent, et formulaient un ensemble de recommandations sur les différents problèmes évoqués.

3. Une rémunération bien trop faible

Inévitablement, de telles conditions de travail amenaient à la question de la **rémunération des internes**.

Dès 2012, l'enquête de l'ISNIH alertait sur l'insuffisance de leurs émoluments, soulignant notamment que ceux perçus pour une garde sont « ***inférieurs au SMIC horaire****, soit 119 euros bruts pour 14 heures de garde (8,50 euros brut/heure)* » [(1)], à mettre en regard avec le niveau d'études des internes à ce stade (bac + 6 au minimum) et de responsabilités. Cette situation était d'autant plus insupportable que l'enquête de l'ISNIH révélait que **de nombreux établissements hospitaliers ne respectaient pas la loi** en ne payant pas les internes de garde ou d'astreintes.

Les revendications exprimées étaient simples : alignement des émoluments des gardes sur le smic horaire et revalorisation du travail les week-end et jours fériés.

Dans la mesure où il était constaté que **certains établissements**, pour limiter leurs dépenses et s'affranchir du repos de sécurité, **n'hésitaient pas à transformer des lignes de garde en astreintes**, alors même que l'activité nécessitait une garde sur place, le syndicat revendiquait également une **évolution de la réglementation** et demandait **que la rétribution des astreintes comprenne une part forfaitaire** et une part attribuée à chaque déplacement.

---

(1) ISNIH, op. cit.

B. LES ALERTES RÉITÉRÉES SUR LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS

De la même manière que l'enquête de l'ISNIH avait alerté le ministère en 2012 sur le temps de travail des internes, ce sont également des enquêtes sur la **santé mentale des étudiants en médecine**, menées en 2016 et 2017 par les syndicats d'externes et d'internes, qui déclencheront la réaction du gouvernement. Dans une première étude, plus générale, sur la santé, le conseil de l'ordre des médecins avait également associé les syndicats.

La spécificité des conditions de travail à l'hôpital

Diverses études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les **conditions de travail à l'hôpital** ont depuis longtemps mis en évidence les contraintes spécifiques pesant sur les personnels soignants. Même si elles peuvent évoluer dans le temps, certaines d'entre elles – horaires spécifiques, forte intensité professionnelle, pression émotionnelle, manque de moyens et de temps, etc. – représentent une part importante de leur charge mentale et induisent chez les soignants une inquiétude sur les conséquences d'erreurs éventuelles sur la qualité du service, la sécurité des personnes.

Cette **exposition aux risques psychosociaux** à l'hôpital, qui porte sur d'autres aspects – humiliation, impossibilité de s'exprimer, critiques injustes, **manque de reconnaissance**, conflits de valeurs –, est, en premier lieu, source de **mal-être au travail** et se traduit par une **prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété.**

Source : DREES.

1. L'étude du Conseil national de l'ordre des médecins

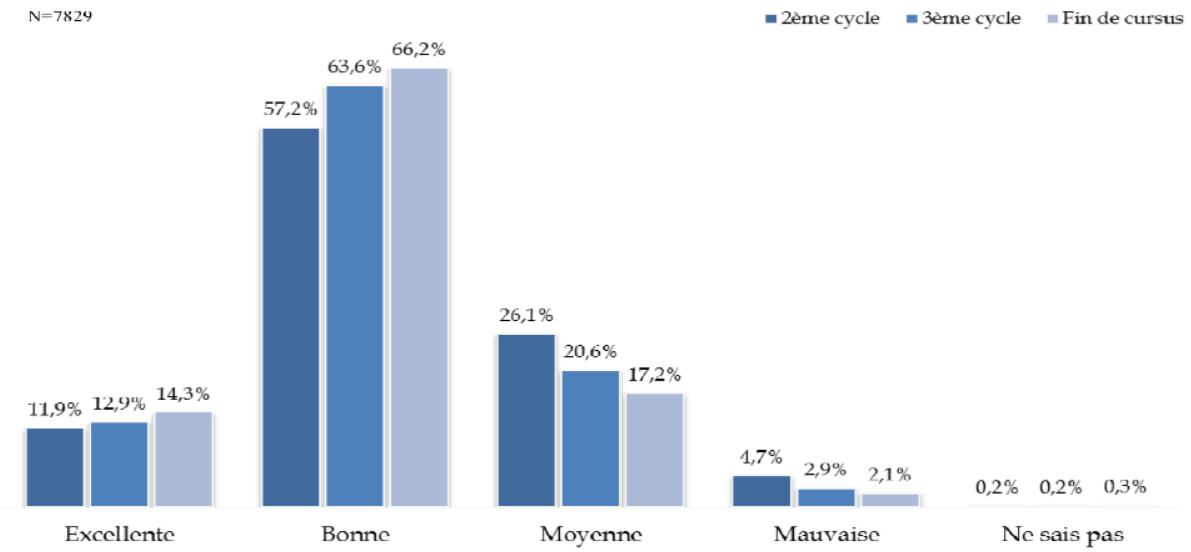
Les travaux de la DREES ont incité le **Conseil national de l'ordre des médecins**, en collaboration étroite avec les organisations représentatives d'étudiants en médecine, à réaliser une première enquête sur « **La santé des étudiants et jeunes médecins** » (1).

a. Le constat général

En premier lieu, l'étude révélait que **les trois quarts des répondants estimaient leur santé bonne** (62,6 %) **voire excellente** (13 %). Un peu plus d'**un cinquième (21,1 %)** considéraient en revanche que leur état de santé était moyen, **3,2 % le jugeant mauvais**. Cette auto-évaluation, qui est à corréler avec des variables sociodémographiques – statut familial ou marital, différences régionales, notamment – variait selon le niveau de formation des étudiants, ceux de deuxième cycle étant plus portés à considérer que leur état de santé était moyen ou mauvais, que les autres.

(1) Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois, « La santé des étudiants et jeunes médecins », sous la direction du docteur Jean-Marcel Mourgues, président de la commission Jeunes médecins – section santé publique et démographie médicale, Conseil de l'ordre national des médecins, 2016.

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU RÉPONDANT SELON LE NIVEAU DE FORMATION



Source : « La santé des étudiants et jeunes médecins », Conseil national de l'ordre des médecins, 2016.

Dans l'ensemble, au cours des deux années précédant l'enquête, « *56 % des étudiants de 3e cycle (50 % de la population des répondants) ont déclaré avoir eu* ***un arrêt maladie*** *; 33 % des étudiants de 2e cycle (25 % de la population) et 11 % en fin de cursus (25 % de la population des répondants).* »

Il s'ensuivait un certain nombre d'effets directs. Ainsi en était-il de la **consommation de médicaments, autoprescrits**. 14 % des participants à l'enquête indiquaient **consommer des médicaments tous les jours** ou plusieurs fois par semaine, 4 % environ des répondants, notamment en second cycle et surtout en spécialité médecine générale, déclarant **consommer parfois ou souvent des antidépresseurs**. Cette proportion n'était que de 2,2 % pour ceux évaluant leur santé comme bonne ou excellente et de 10 % pour ceux jugeant leur santé mauvaise ou moyenne. La **consommation de somnifères** (souvent ou parfois) touchait plus de 9 % des participants, celle d'**antibiotiques** concernait en tout plus de 16 % des répondants, notamment ceux se disant en mauvaise ou moyenne santé. 4 % des participants à l'enquête **consommaient des psychotropes tous les jours** ou plusieurs fois par semaine.

On relevait également qu'un **tiers des répondants** déclaraient **consommer de l'alcool** et **17 % du tabac** tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

b. Le focus sur la santé mentale

Selon cette enquête, **plus d'une fois sur cinq (21,4 % des cas), l'arrêt maladie était lié à un trouble psychique**. 7 % des participants à l'enquête déclaraient avoir été hospitalisés, **très majoritairement pour des troubles somatiques**, le taux d'hospitalisation pour des troubles psychiques étant toutefois deux fois inférieur à celui d'arrêts de travail pour raisons psychiques.

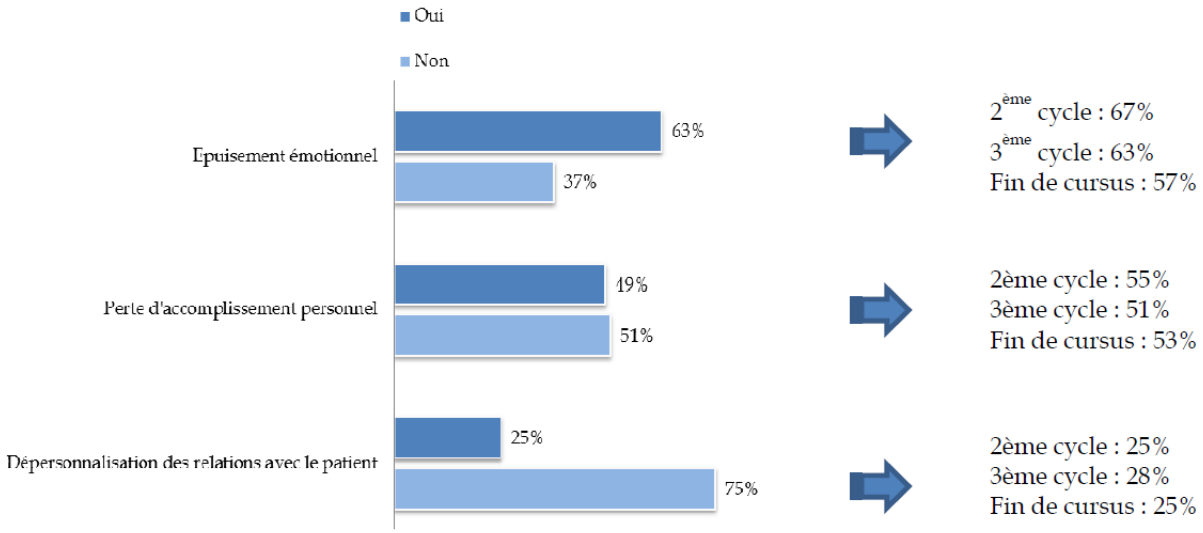
Le burn-out

Le burn-out est un « ***épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel*** » selon la définition proposée par la Haute Autorité de santé (HAS), qui rappelle qu'il agit « *comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence), la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle*. »

Source : HAS, https ://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

Le diagramme suivant montre que les **étudiants de deuxième cycle étaient les plus concernés par les différents symptômes du burn-out**, et met aussi en évidence que ce sont eux qui sont les plus nombreux **à avoir des idées suicidaires** : 16 % d'entre eux sont dans ce cas contre près de 14 % de l'ensemble des répondants (1 079 sur 7 858).

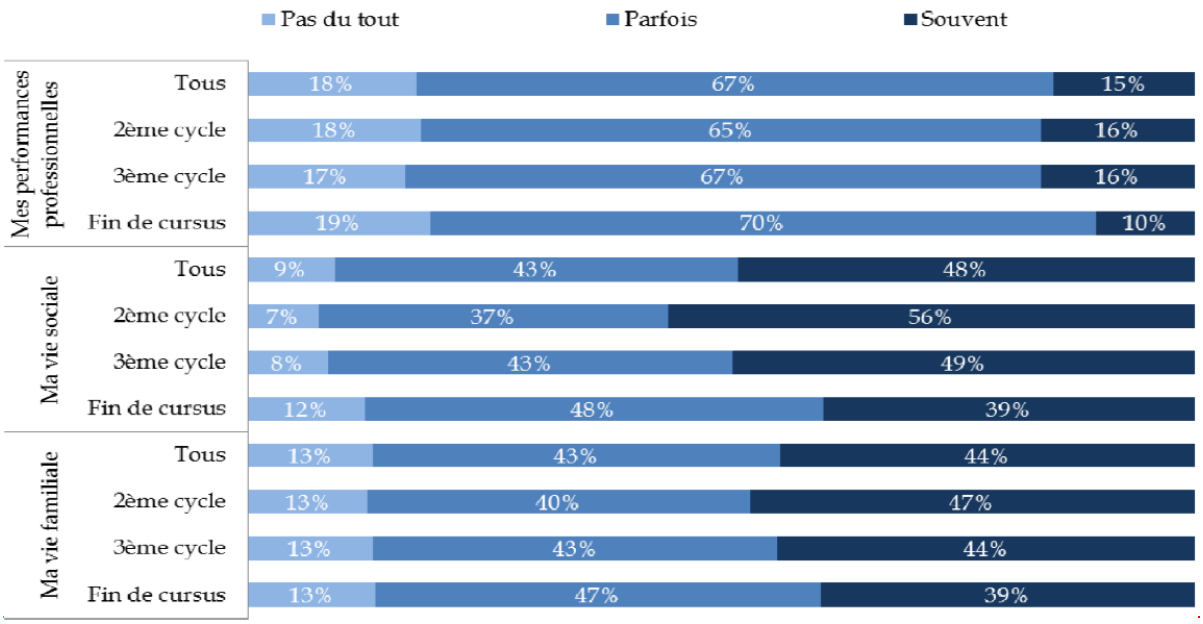
« AVEZ-VOUS ÉTÉ TOUCHÉ PAR UN DES TROIS SYMPTÔMES SUIVANTS ? »



Source : « La santé des étudiants et jeunes médecins », op. cit.

Comme en ce qui concerne l'état de santé, la **situation familiale** (être seul, en couple ou en famille) a une importance dans le fait d'avoir ou non des idées suicidaires, mais il est significatif que l'enquête souligne aussi que **parmi les quelque 580 répondants se déclarant en mauvaise ou moyenne santé et avoir eu des idées suicidaires, 56 % indiquaient travailler plus de 48 heures par semaine.** En outre, **95 % d'entre eux avaient été soumis à des situations stressantes au cours des trois derniers mois**.

« VOTRE RYTHME DE TRAVAIL A-T-IL DES RÉPERCUSSIONS SUR : »

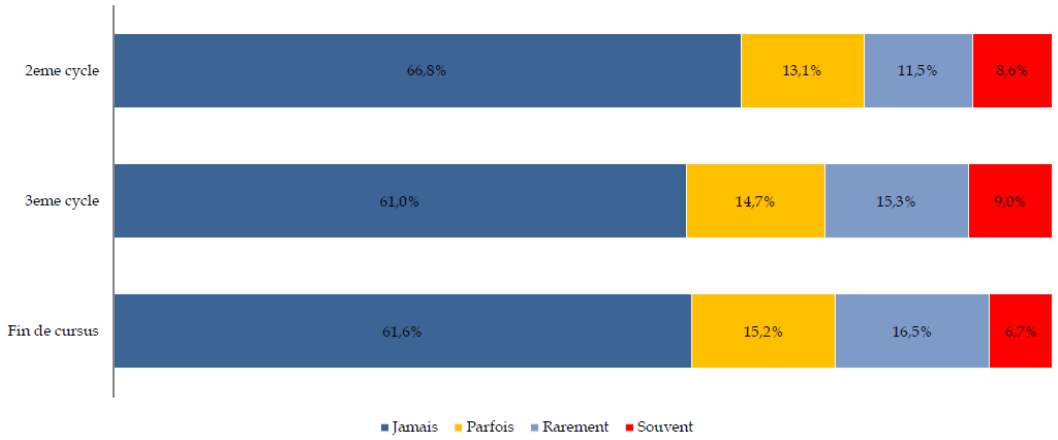


Source : ibid.

La fréquence de l'exposition à des situations stressantes était d'ailleurs très forte pour plus des deux tiers des répondants et les conséquences des rythmes de travail sur les performances professionnelles, les relations sociales ou la vie familiale étaient majeures, comme en témoigne le diagramme ci-dessus.

On relevait encore que dans la catégorie des étudiants se disant en mauvaise ou moyenne santé, plus d'un cinquième **déclaraient prendre parfois ou souvent des anxiolytiques**, nettement plus que les 10,1 % de l'ensemble des répondants dans cette situation, variable selon les cycles d'études.

FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ANXIOLYTIQUES DES ÉTUDIANTS SE DÉCLARANT EN MAUVAISE OU MOYENNE SANTÉ, SELON LES CYCLES DE FORMATION



Source : ibid.

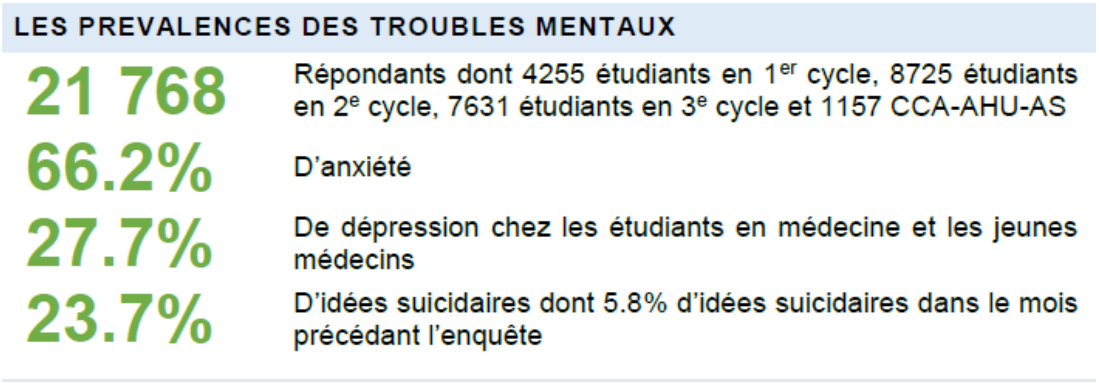
Chez ceux ayant, en outre, eu des idées suicidaires, la proportion était de **36,8 %** et la fréquence de leur consommation d'antidépresseurs était cinq fois plus importante. Ces résultats sont corroborés par les études spécifiques plus récentes.

2. La première enquête « Santé mentale » des syndicats d'étudiants

En complément de cette première étude, les syndicats d'étudiants en médecine – ANEMF [(1)], ISNAR-IMG [(2)], ISNI – procèdent collectivement, depuis près de dix ans, à des enquêtes spécifiques sur les problématiques de santé mentale des étudiants en médecine.

Les données recueillies lors de la première enquête, **publiée en juin 2017**, sont préoccupantes. Elles montrent que **les deux tiers des quelque 21 800 étudiants en médecine des trois cycles ayant répondu au questionnaire, présentent des troubles d'anxiété**. Plus d'un **quart (27,7 %) souffrent de dépression** et **près du quart développent des idées suicidaires**.

LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE 2017



Source : « Enquête santé mentale jeunes médecins », ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI, mardi 13 juin 2017, dossier de presse, hôpital Sainte-Anne.

Parmi les principaux **facteurs de risques**, on relève la **fatigue**, le **manque de soutien des supérieurs hiérarchiques**, **l'insuffisance d'encadrement**, ainsi que les **violences psychologiques**. En d'autres termes, l'environnement immédiat et les conditions de travail sont d'une importance cardinale et orientent la définition des recommandations pour y faire face.

Ces données ont ainsi amené les syndicats à formuler un ensemble de propositions pour prévenir les risques psychosociaux. Sont par exemple revendiquées **des actions de formation**, notamment au **management bienveillant** pour les managers et les étudiants en médecine, le **développement de temps d'échanges** au sein des services, ainsi que des mesures tendant à un **accompagnement personnalisé** de l'étudiant. En **matière de prévention**, le respect de la réglementation du temps de travail et du repos de sécurité est un préalable, à compléter par la **valorisation des activités extra-universitaires** et le **suivi obligatoire et systématique des étudiants par les services de santé au travail**. La **prise en charge des étudiants en souffrance** – dépistage et suivi, accompagnement et gestion de l'urgence – ainsi que la surveillance épidémiologique – observation, veille (registre des suicides spécifique),

(1) Association nationale des étudiants en médecine de France.

(2) InterSyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale.

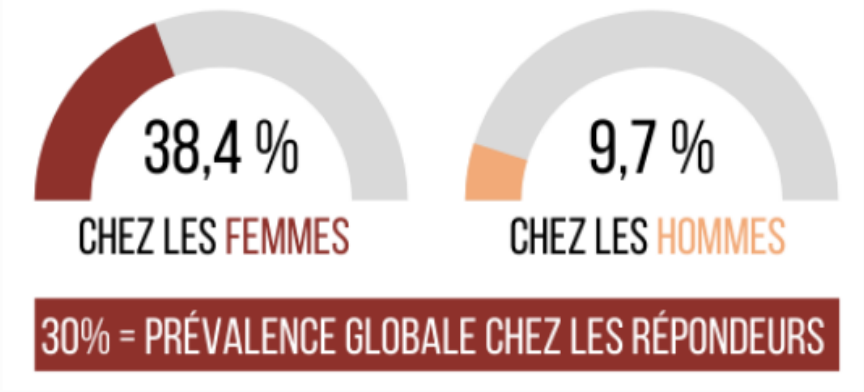
évaluation – constituent les autres volets des mesures à mettre en place ou à développer.

3. Les violences sexistes et sexuelles (VSS)

En 2021, l'ANEMF a publié une enquête sur les violences sexistes et sexuelles [(1)], réalisée auprès de quelque 4 500 étudiants, hommes et femmes. Elle porte sur les **problématiques de VSS en stage ainsi qu'au sein de la vie étudiante** et en aborde les conséquences. Les résultats sont édifiants comme en témoignent les graphiques ci-dessous.

À l'hôpital, le **harcèlement sexuel** concerne globalement ainsi **près du tiers des étudiants**. L'enquête précise que « *dans une large majorité des cas de remarques sexistes, celles-ci n'ont pas simplement été isolées ou anecdotiques. En effet,* ***30 % des répondants, sans distinction de genre opérée, ont été victimes de harcèlement*** *au cours de leur formation hospitalière, soit 77,7 % de ceux ayant déjà subi des remarques sexistes. La* ***prévalence chez les femmes est près de 4 fois supérieure à celle des hommes*** *(38,4% pour 9,7%).* »

PRÉVALENCE DU HARCÈLEMENT



Source : ANEMF, Enquête sur les violences sexistes et sexuelles.

Il se confirme aussi l'**importance du facteur hiérarchique** dans le harcèlement, l'enquête montrant en effet que les harceleurs sont majoritairement issus de **quatre catégories** : médecins du service, internes, personnel paramédical et chefs de service. Plus précisément, « *en analysant les réponses, on constate que près de* ***9 actes de harcèlements subis sur 10 étaient perpétrés par un supérieur hiérarchique*** *(PU-PH, PH, CCA, interne, Chef de service), soit* ***dans 89,8 % des cas chez les femmes et 70,6 % des cas chez les hommes*** ».

L'enquête confirme également la **problématique de l'omerta**, 15 % seulement des étudiants signalant le harcèlement dont ils sont victimes. Parmi ceux qui restent silencieux, 38 % considèrent que cela ne sert à rien, un quart n'ont pas envie de signaler, ne sachant pas à qui s'adresser ou par **peur des retombées**

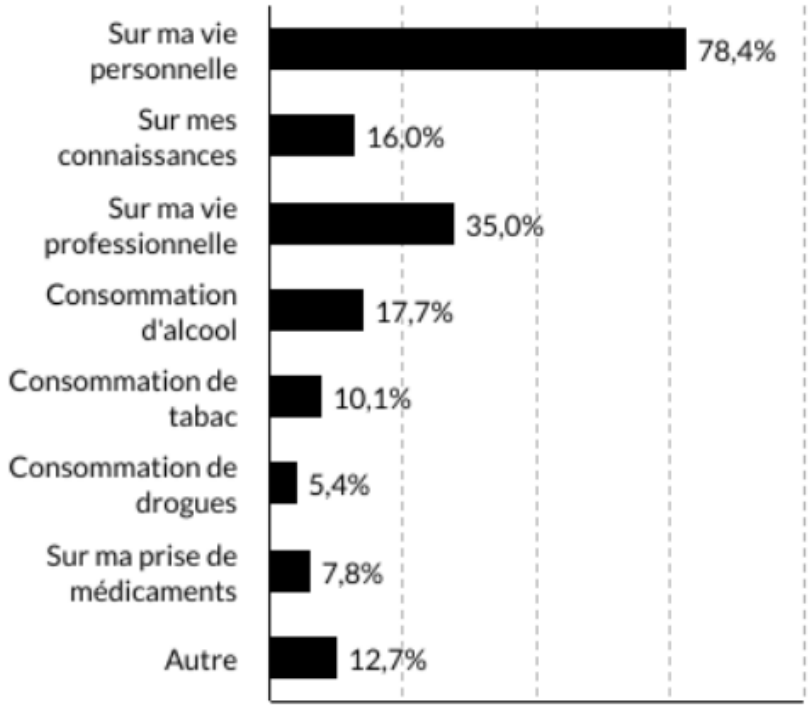
(1) ANEMF, « Enquête sur les violences sexistes et sexuelles », mars 2021, https://anemf.org/iss/enquete-sur-les-vss/

négatives que cela pourrait avoir, tant **sur leur avenir universitaire** et **la validation de leur stage**, que sur **leur future carrière**. Ceux qui font un signalement se confient très majoritairement (80 %) à un proche, – familier ou étudiant –, moins de 1 % au doyen, à l'administration hospitalière ou encore aux forces de l'ordre, **aucun aux cellules juridiques de l'université**, alors même qu'il s'agit d'entités ou personnes ayant les pouvoirs d'amorcer des poursuites judiciaires ou des mesures disciplinaires à l'encontre du harceleur.

À la faculté, les problématiques sont comparables. L'ensemble des acteurs de l'enseignement supérieur peuvent être à l'origine de harcèlement, et dans la quasi-totalité des cas (97 %), ces actes et propos sont d'ailleurs **le fait d'étudiants sur d'autres étudiants**. La proportion **d'agressions sexuelles** est en outre **plus élevée à l'université qu'à l'hôpital** : 119 étudiants rapportent avoir été violés, soit 2,7 % des répondants de l'enquête ou 3,4 % des femmes, contre seulement 3 à l'hôpital. Dans la majorité des cas, neuf fois sur dix, les agressions ont lieu lors d'événements (tels que week-ends, soirées, galas…) organisés pour les étudiants.

Enfin, l'enquête de l'ANEMF met en évidence **l'impact des VSS** sur les étudiants, à divers niveaux : en premier lieu, **très fortement sur la vie personnelle**, mais aussi la **vie professionnelle**, **16 % arrêtant les cours**.

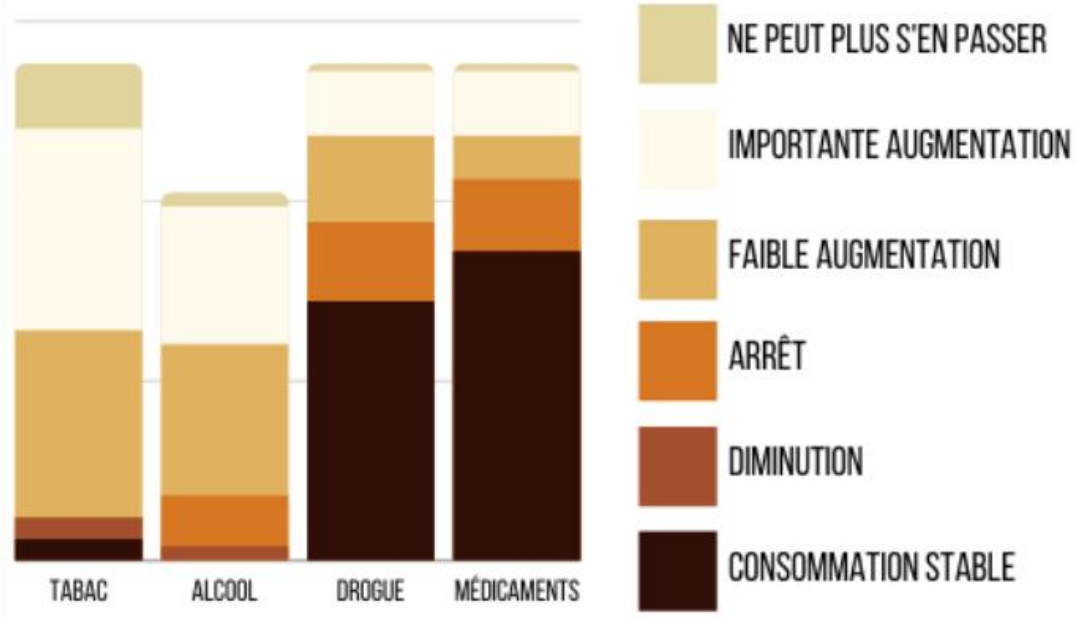
L'IMPACT DES VSS SUR LA VIE DES ÉTUDIANTS Y AYANT ÉTÉ CONFRONTÉS



Source : ANEMF, ibid.

On relève enfin aussi un effet différé en ce qui concerne la consommation de « toxiques », en augmentation parfois importante.

« COMMENT QUALIFIERIEZ-VOUS VOTRE CONSOMMATION DE SUBSTANCES À LA SUITE DE CES ÉVÉNEMENTS ? »



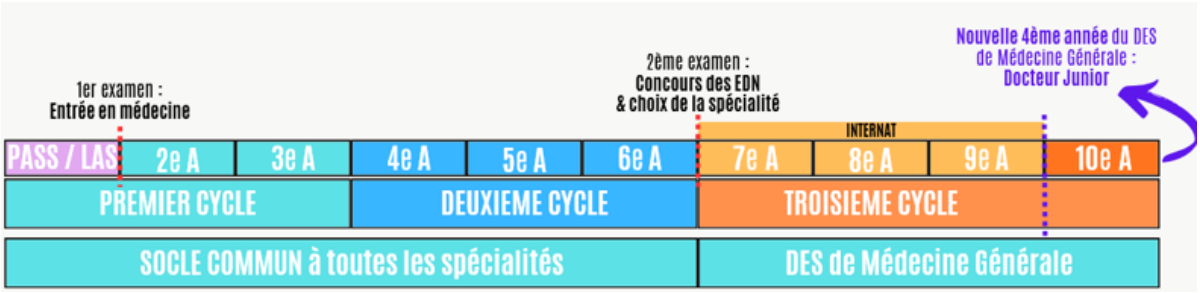
Source : Ibid.

Pour les auteurs de l'enquête, cet ensemble de données met en évidence la **gravité de la situation** : outre le caractère intolérable de ces agissements, **le fait qu'en soient très majoritairement responsables des supérieurs hiérarchiques met les étudiants dans une position des plus inconfortables**, en témoigne le faible nombre de signalements par peur des représailles. « *Pour que les futurs médecins, dès leur entrée dans le monde hospitalier, ne soient pas désenchantés par ce monde-là, il est temps d'agir. Ne dégoûtons pas les jeunes générations à l'aube de leur apprentissage. L'omerta doit se briser, la tolérance zéro plus que prônée doit être appliquée et les agissements doivent cesser* », conclut le rapport.

C. DES ÉTUDES EXIGEANTES ET DÉLÉTÈRES

L'unanimité des observateurs entendus par vos rapporteurs soulignent que **l'évolution des études ces dernières décennies a considérablement accru la charge de travail des étudiants**, d'une manière que d'aucuns n'hésitent pas à questionner aujourd'hui. Non seulement les étudiants en santé, et notamment en médecine, doivent assimiler une quantité de connaissances extrêmement importante, mais **le déroulé et la durée des études sont en eux-mêmes facteurs d'épuisement**.

FRISE CHRONOLOGIQUE DES ÉTUDES DE MÉDECINE GÉNÉRALE



Source : Livret blanc de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale, municipales 2026.

Les jeunes entrant dans les études de médecine dès leur sortie du lycée, tout se conjugue pour les faire basculer dans un **environnement délétère**, dont ils pourront difficilement s'extraire, avant même d'avoir eu un contact avec les malades en hôpital. Dès la première année, la **quantité de connaissances à acquérir est très importante** et la **très forte sélectivité** impose de s'inscrire dans un **esprit compétitif** pour figurer parmi les meilleurs. Cet environnement est nécessairement dur, voire insupportable pour certains étudiants, et ces conditions de départ, à elles seules, sont des facteurs de stress qui ajoutent fortement aux conditions de travail qu'ils rencontreront dès les premiers stages hospitaliers où ils seront très jeunes confrontés à la maladie, la souffrance et parfois la détresse et le décès de patients. C'est ce que faisaient par exemple remarquer les étudiants rencontrés par vos rapporteurs lors de leur déplacement **au CHU et à la faculté de médecine de Brest** (1), qui ont souligné les effets des réformes successives des études médicales, estimant que **l'accumulation des connaissances à acquérir dans des délais de plus en plus contraints a considérablement augmenté leur charge mentale**. Cette évolution s'ajoute à la pression liée aux évaluations, notamment durant le premier cycle où la logique de concours entretient une forte compétition entre étudiants.

C'est pour cette raison que les **travaux de l'Observatoire de la qualité de vie au travail avaient conclu à la nécessité de sensibiliser très tôt les lycéens** désireux de s'orienter vers des études de médecine aux difficultés de ces cursus et aux réalités des métiers, parfois peut-être idéalisés (2), questions par exemple évoquées dans un rapport de l'IGAS/IGÉSR (3) qui soulignait qu'il était « *essentiel d'améliorer le lien entre le secondaire et le supérieur (interventions de professionnels en collèges). En particulier,* ***les conseillers d'orientation doivent être bien informés sur les différentes filières*** *afin d'aider les futurs étudiants à bien choisir leur orientation* » et, ce faisant, de leur éviter de possibles et cruelles désillusions.

---

(1) Déplacement effectué le 3 juillet 2026 ; voir en annexe la liste des personnes rencontrées.

(2) Certains experts entendus par vos rapporteurs ont de même fait état d'une vision de l'hôpital idéalisée par les séries américaines, et d'une perception de conditions de travail totalement décorrélée de la réalité.

(3) Muriel Dahan, (IGAS) et Fabrice Wiitkar, (IGÉSR), « La qualité de vie des étudiants en santé (QVES) », rapport IGAS n° 2022-001R/IGÉSR n° 2022-120, juillet 2022.

On relèvera que le sujet du contenu et du déroulé des études n'est pas celui qui mobilise le plus les associations d'étudiants en santé, plus actives sur les conditions de travail en hôpital. Les syndicats mettent néanmoins en avant **la pression de la sélection, la pression financière et académique** que subissent les jeunes étudiants dès la sortie du lycée, qui peuvent rendre la **charge mentale insoutenable**.

Cet **aspect délétère est depuis longtemps bien documenté** et divers travaux commandés ces dernières années par les pouvoirs publics les ont parfaitement résumés.

Ainsi, le **rapport Marra** (1) indiquait-il que « *La PACES (2) demande une grande capacité d'adaptation : **nouvel environnement, nouvelles stratégies d'apprentissage et parfois un éloignement du domicile familial, imposant l'acquisition rapide d'une autonomie pas toujours souhaitée**. À l'autre extrémité du cursus, l'ECN (3) génère également un stress important. (…) Bien que le stress soit considéré comme un moteur inhérent au cursus médical et à l'exercice de la profession de médecin, il est loin d'être positif pour tous les étudiants et semble favoriser ou limiter l'apprentissage selon une courbe en U inversé. Pour nombre d'étudiants **le stress est à l'origine de peurs, d'incompétence, d'irritabilité et de colère, il est potentiellement associé à une morbidité physique et psychologique**. Considéré comme nécessaire à une formation efficace par certains enseignants, il est parfois intégré à des situations d'apprentissage à cette fin. Les répercussions sur le plan psychique et somatique de ces situations expérimentales stressantes répétées n'étant pas/peu évaluées, elles soulèvent un réel questionnement éthique. De plus, **le stress et la pression liés aux études font partie des raisons évoquées favorisant la consommation d'alcool, de toxiques et de stimulants**. Le taux de troubles anxio-dépressifs varie en fonction des instruments d'évaluation utilisés et d'autres facteurs. Dans la plupart des cas les taux apparaissent plus élevés pendant l'internat et chez les femmes. Pour l'anxiété et la dépression ils sont très variables : de 7,7 à 65,5 % (anxiété), de 9,3 % à 56 % (symptômes dépressifs, en moyenne 27,2 %). Les idées suicidaires sont en moyenne de 11 % (7,4 à 24,2 %).* »

II. LES PREMIÈRES RÉACTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

L'enquête de l'ISNIH attira l'attention de la ministre de la santé, Marisol Touraine, qui, **dès novembre 2012**, ouvrit un important chantier piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur les **conditions de travail**. Les études sur la santé mentale ont également fait l'objet d'un **suivi attentif de la part du gouvernement**. D'autres travaux ont ultérieurement été consacrés à différentes problématiques portant peu ou prou sur les conditions de travail des étudiants en médecine.

---

(1) Docteur Donata Marra, « rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, 2017.

(2) Première année commune aux études de santé.

(3) Épreuves classantes nationales.

A. LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES ÉTUDIANTS, INTERNES ET ASSISTANTS

Deux mois après la publication de l'enquête de l'ISNIH, un groupe de travail sur les « **Conditions de travail des étudiants, internes et assistants** » fut constitué sous l'égide du directeur général de l'offre de soins (DGOS), auquel furent conviés l'ensemble des parties prenantes (1).

1. Des axes qui couvrent l'ensemble des problématiques

Il s'agissait de répertorier l'ensemble des difficultés en matière de conditions de travail et d'**apporter des réponses aux revendications**, notamment quant à l'**application du repos de sécurité**, au **respect des règles encadrant le décompte du temps de travail**, au **paiement de la totalité du travail effectué pour assurer la continuité du service**. Sur le repos de sécurité, la ministre rappelait qu'il s'agissait d'une **obligation légale** sur laquelle **elle attendait « *des établissements une application, sans délai, systématique, et généralisée.* »** (2)

Sur la base des constats de l'ISNIH, **plusieurs objectifs furent définis** par le groupe de travail.

Le volet « Amélioration des conditions de travail » devait être mis en œuvre moyennant plusieurs actions, portant en premier lieu sur la **reconnaissance de l'investissement des médecins en formation**, notamment via la **revalorisation indemnitaire des gardes et astreintes**, et celle des **sujétions d'exercice et de responsabilité** des internes. Il fut ainsi prévu que des arrêtés ministériels revalorisent de 4 % le montant d'indemnisation des gardes, rémunèrent la sujétion liée à l'astreinte en l'absence de déplacement et créent un système d'indemnisation du déplacement. D'autres actions furent inscrites à l'agenda, prévoyant par exemple d'**harmoniser les conditions de rémunération** de tous les étudiants hospitaliers redoublants et triplants ou d'**élargir les possibilités de séniorisation des gardes** et de réalisation de remplacements par les internes.

L'amélioration des conditions matérielles des stagiaires représentait un autre point important et il fut convenu de créer des **forfaits d'aides au transport** lors des stages hors CHU des externes et des stages ambulatoires des internes, de poursuivre le **travail de structuration des politiques d'accueil des internes** dans les territoires, ou de **clarifier les conditions d'hébergement et de restauration** des internes et des étudiants.

---

(1) Représentants des étudiants, internes, assistants des hôpitaux ; chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires ; partenaires institutionnels : conférences nationales des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux et universitaires, des directeurs de centres hospitaliers, des présidents de commissions médicales d'établissement (CME), des doyens de facultés de médecine, Fédération hospitalière de France (FHF), Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), représentants du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS).

(2) Lettre de Marisol Touraine aux présidents de syndicats d'étudiants, 12 novembre 2012 ; https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_MT_aux_syndicats_des_internes_du_12_11_2012.pdf

En ce qui concerne l'**amélioration des aspects formation et recherche**, plusieurs axes furent définis, portant notamment sur la **clarification du régime statutaire des étudiants en médecine**, en lien avec le processus licence-master-doctorat (LMD), avec une **réflexion sur la professionnalisation de l'internat**, ainsi que sur l'amélioration d'un certain nombre de points relatifs aux stages, notamment quant aux **conditions d'agrément et d'évaluation**, ou aux conditions de choix des internes. Le sujet de la recherche, central, et la **sanctuarisation des demi-journées universitaires** des internes ou la valorisation des activités de recherche, étaient notamment jugés prioritaires.

Enfin, un dernier volet concernait la **protection des médecins en formation** et la **qualité du dialogue social**, pour lequel des mesures visant à **associer les internes à l'organisation des gardes et astreintes**, à **garantir le respect du repos de sécurité**, ou encore à modifier la composition des commissions médicales d'établissement (CME) ou à faciliter l'exercice syndical furent prévues. La **nécessité d'un travail de fond afin de prévenir les risques psycho-sociaux** était soulignée.

2. Un train de mesures aussi rapide qu'important

Les concertations, sous l'égide de la DGOS, ont été concrétisées par une **refonte sensible des règles relatives au temps de travail des internes**.

a. Rappel et clarification des dispositions en vigueur relatives au temps de travail

En premier lieu, dès avril 2014, une **instruction ministérielle clarifia les dispositions réglementaires relatives aux internes** (1) sur les différents points qui avaient été objets de discussion afin d'**améliorer les conditions de travail des internes et** l'**organisation de leurs gardes et astreintes** – application et évaluation du repos de sécurité, obligations des maîtres de stages et des établissements accueillant des internes. La circulaire **rappelait les dispositions antérieures**, **en vigueur depuis plus de dix ans pour certaines**. Elle insistait sur le **respect des deux demi-journées de formation universitaires hebdomadaires** et la manière dont les établissements devaient s'organiser en amont pour le garantir. Elle clarifiait également la question des **conditions matérielles d'accueil des internes** (hébergement et restauration pendant les gardes, prise en charge et valorisation des avantages en nature, rénovation des internats, etc.).

b. De nombreuses dispositions réglementaires

Une **avancée réglementaire importante** intervint l'année suivante avec la publication du **décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes**, qui **réduisit les obligations de service des internes de onze à dix demi-journées hebdomadaires**, en moyenne trimestrielle, ainsi réparties :

---

(1) Instruction n° DGOS/RH4/2014/128 du 22 avril 2014.

– en stage : **huit demi-journées**, contre neuf auparavant, au cours desquelles l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable et participe au service ainsi qu'au service des gardes et astreintes ;

– hors stage : **deux demi-journées par semaine**, également en moyenne sur le trimestre : une **demi-journée est consacrée à la formation** pendant laquelle l'interne est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité, **l'autre demi-journée, « *de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences* » est utilisée par l'interne de manière autonome**. Auparavant, les deux demi-journées étaient consacrées à la formation universitaire.

Le décret précise que la formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage, **ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours**, cette durée étant calculée en moyenne sur un trimestre.

En outre, un **tableau de service nominatif prévisionnel** organise le temps à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage de l'interne. Un **système de récupération est instauré** en cas de dépassement de la durée moyenne prévue, d'une part, pour le temps en stage et, d'autre part, pour le temps en formation sur un trimestre. Enfin, un droit de recours au niveau local et régional est institué en cas de non-respect des dispositions applicables ainsi que le **retrait de l'agrément du service en cas de difficultés persistantes**.

Très vite, d'autres textes réglementaires furent publiés pour compléter ces nouvelles dispositions : **arrêté du 30 juin 2015** (1) relatif aux modalités d'élaboration et de transmission des tableaux de services dédiés au temps de travail des internes ; **arrêté du 6 août 2015** (2) relatif aux astreintes ; **arrêté du 25 février 2016** relatif à la suspension et au retrait des agréments des stages ; **circulaire interministérielle** (3) de la DGOS et de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes.

c. La Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics

En mai 2014, l'ensemble des acteurs ont adhéré à cette première charte (4), signée par les présidents des conférences nationales des présidents de CME de CHU et de CH, des directeurs généraux de CHU et de CH, des doyens des facultés de médecine et de pharmacie, ainsi que par les présidents des différents syndicats d'étudiants, d'internes en médecine, pharmacie et odontologie.

---

(1) https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=vLeU_3k3hoEm83M1up20YaE7zNsiFZL-4wqNyqoY-CA=

(2)https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=l4zbO2Fx5bNJm8Rt0qn5E70b44nCT_x74HgoJW7H6dA=

(3) N°DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167 du 26 mai 2016.

(4)https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/charte%20d%E2%80%99accueil%20et%20de%20formation%20des%20internes.pdf

Structuré autour de **huit thématiques** – **accueil, information à la prise de fonction, intégration dans le service d'affectation, formation, conditions de travail, gestion des temps professionnels, implication des internes dans leurs stages, et dialogue social** – ce document visait à définir un certain nombre d'objectifs et à partager les bonnes pratiques.

La charte prévoyait notamment que les établissements organisent une journée d'accueil institutionnelle pour les nouveaux internes, pour leur présenter l'hôpital et son organisation, en portant une attention particulière à tous les aspects de nature à faciliter leur intégration afin qu'ils soient opérationnels le plus tôt possible. Des aspects tels que l'information à la prise de fonctions, l'intégration dans le service d'affectation, la formation au long des stages, l'implication des internes, et le dialogue social, faisaient l'objet de développements particuliers, de même que leurs conditions de travail.

- **Les conditions de travail des internes constituent un autre facteur important de reconnaissance et d'attractivité**. L'attention qui y est apportée concerne différents aspects de l'exercice professionnel :

    - Les espaces de travail au sein des services d'affectation, ou dans la meilleure proximité possible, permettant aux internes de travailler dans de bonnes conditions (consultation de dossiers, accès à des moyens informatiques et de communication,...)
    - L'accès à de chambres de gardes au sein des services où la garde est réalisée, ou dans une proximité compatible avec la permanence de soins à assurer, répondant à des standards normaux de confort (équipement, état, entretien)
    - La prestation de restauration délivrée à l'internat ou sous forme de collation dans le cadre de la participation aux gardes qui doit être quantitativement suffisante et qualitativement satisfaisante
    - L'espace dédié que constitue l'internat qui permet aux internes de se retrouver.

- **Les internes sont associés aux démarches susceptibles d'améliorer ou d'impacter leurs conditions de travail** dans les différentes dimensions décrites ci-dessus (réorganisation ou rénovation des chambres de garde ou de l'internat par exemple). A ce titre, la formalisation de convention pour la gestion de l'internat avec les structures représentatives des internes est encouragée.

- Afin de faciliter par ailleurs la conciliation de la vie familiale avec la vie professionnelle, et en raison de la féminisation croissante du corps médical, les mêmes conditions d'accès aux crèches de l'établissement sont proposées aux internes qu'aux autres professionnels de l'établissement.
  Une information adaptée leur est délivrée pour cela.

Source : Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics, 20 mai 2014.

En matière de **gestion des temps professionnels**, la charte rappelait que « ***les obligations légales et réglementaires concernant les temps de travail des internes doivent être respectées*** *dans le cadre de l'organisation et de l'accomplissement de leurs activités hospitalières.* ***Cela porte sur leurs obligations de service hebdomadaires, sur la participation à la permanence de soins, et sur le***

respect du repos de sécurité, y compris en cas de participation à de la permanence des soins hors de l'établissement. »

B. 2017 : LE RAPPORT MARRA RELATIF À LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

Malgré les travaux réalisés sous l'égide de la DGOS et suite aux enquêtes sur la santé mentale des étudiants en médecine, les ministres de l'enseignement supérieur et de la santé considérèrent en juillet 2017 que la pression et le stress, ainsi que les conditions dans lesquelles se déroulaient les cursus de formation des étudiants en santé devenaient des **problématiques de plus en plus prégnantes** devant faire l'objet d'une vigilance particulière. Les processus de formation théorique, les stages, comme la validation des connaissances et la préparation du projet professionnel, étaient en cause. Les ministres entendirent **ouvrir une concertation** avec les représentants des étudiants en médecine et les acteurs institutionnels pour renforcer la prise en compte de ces différentes problématiques (1).

1. Une mission lancée par les ministres de l'enseignement supérieur et de la santé

Le **docteur Donata Marra**, psychiatre et alors présidente du **Bureau d'interface professeurs étudiants (BIPE)** de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie de Paris, première structure en France de soutien des étudiants en santé qu'elle a créée, fut chargée d'**identifier la spécificité des risques auxquels les étudiants en santé étaient confrontés** dans le cadre de leur formation, notamment pendant les stages. Il lui était également demandé d'**identifier les étapes du parcours posant des problèmes particuliers** et de formuler des recommandations pour améliorer la prise en charge de ces facteurs-risques tout au long de la formation.

Dans son rapport remis à la fin de l'année 2017, le docteur Marra soulignait que **le constat du mal-être des soignants**, des étudiants en santé et des infirmiers, loin d'être une spécificité française, **était documenté au niveau international**, les mêmes problématiques se retrouvant par exemple aux États-Unis ou au Canada : burn-out, risques de suicides, etc.

En France, la situation des étudiants en médecine comportait néanmoins certaines spécificités : l'augmentation du nombre d'étudiants sans augmentation parallèle du nombre d'enseignants ; la **diminution du compagnonnage** en stage du fait de la stagnation ou de la baisse du nombre d'enseignants ; un **système de soins en souffrance** soumis à une **pression constante vers la rentabilité** ; une ambiance favorisant les **comportements inadaptés** ; un glissement des **tâches logistiques et administratives** vers les étudiants ; une **diminution de la part du collectif** dans les équipes de soins (rupture

(1) Lettre de mission de Mmes Frédérique Vidal et Agnès Buzyn au docteur Donata Marra, 31 juillet 2017.

entre jeunes soignants et séniors) ; une **massification de l'enseignement**, la perte des repères humains, l'introduction du numérique ; une **perte de sens** au cours de la formation, marquée par le bachotage en vue des épreuves classantes nationales (ECN), la quantité de connaissances à apprendre ayant explosé en dix ans ; l'**accentuation de la filiarisation des études de médecine**, se traduisant par une **diminution du sentiment d'appropriation du projet professionnel** : de nombreux étudiants se retrouvant désormais dans une filière qu'ils n'ont pas choisie sans avoir eu la possibilité d'y faire de stage.

Le rapport soulignait que le bien-être des soignants et des étudiants en santé était **un enjeu prioritaire de santé publique** ayant un impact sur l'ensemble de la population en termes de **qualité de soins**, de **risques d'erreurs médicales**, d'**insatisfaction des patients** et d'**augmentation du coût du système de santé**.

La concertation menée par le docteur Marra l'amenait aussi à formuler **plusieurs constats** : en premier lieu, un **effet générationnel** et **culturel** importants, invitant à changer de paradigme, le temps où le médecin était un « surhomme » et la médecine un sacerdoce étant révolu ; la rareté, ensuite, des services dans lesquels **bienveillance et encadrement coexistent**, à cause de l'augmentation du nombre d'étudiants, de la pression et de l'accélération du rythme de travail, etc. La pression permanente, les humiliations, l'agressivité, le harcèlement, dominent et ont des effets délétères sur les étudiants en santé ; le problème du **manque de formation à la pédagogie de la majorité des encadrants** était un autre constat tout comme la persistance du **harcèlement, du sexisme et de la maltraitance**, dans un contexte où la parole restait très contrainte du fait des **risques de l'expression sur la poursuite des études**.

Pour répondre à ces problématiques, le rapport proposait plusieurs mesures dont la première était la création d'un **Centre national d'appui** destiné à **apporter une réponse systémique aux problématiques de qualité de vie des étudiants en santé**, sur des objectifs précis et concrets, avec des acteurs identifiés et responsabilisés : organisation de formations pour les enseignants et les étudiants, identification des facteurs de risques psychosociaux spécifiques, communication sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants. Le rapport soulignait aussi l'importance de compléter les dispositifs d'accompagnement des étudiants au niveau régional pour prévenir les risques psychosociaux. À cet effet, il recommandait de **développer l'encadrement pédagogique en stage** des étudiants en santé.

2. L'urgence à agir pour le bien-être des étudiants en médecine

Pour les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, **le rapport Marra « *a confirmé l'ampleur des difficultés et l'urgence à agir pour le***

bien-être des étudiants en santé. Le défi est immense, il est collectif et la réponse doit être collective. » (1)

Quinze mesures furent identifiées comme des leviers de transformation, qui montrent un glissement des préoccupations par rapport à celles qui avaient été mises en avant par les travaux du groupe de travail de la DGOS.

En juillet 2019, **selon le dossier publié par les deux ministères**, certaines avaient d'ores et déjà été mises en œuvre, tels la création dans toutes les universités d'une **structure d'accompagnement des victimes de violence**, l'accès de tous les étudiants en santé à la **médecine préventive** ou la **refonte des cursus**. D'autres étaient en cours, parmi lesquelles l'installation dans toutes les facultés de médecine d'une **structure d'accompagnement pour le dépistage confidentiel** et la prise en charge des étudiants présentant des signes de souffrance ; le **renforcement des moyens de santé universitaire** ; l'**évaluation systématique des lieux de stage par les étudiants** et le déclenchement de procédures de réexamen de l'agrément en cas d'évaluation insatisfaisante ; l'introduction dans toutes les formations médicales d'un module transversal sur les risques psychosociaux, la gestion du stress ; l'**amélioration des conditions de travail en termes de temps de travail, le respect du repos de sécurité, la formation pédagogique de tous les encadrants et l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement**.

La novation la plus importante est la création du **Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé (CNA)**, suggérée par le rapport Marra, qui avait pour but de :

– **proposer des formations et des recommandations visant à développer la qualité de vie des étudiants** en santé à destination des formateurs, des responsables d'enseignement et des représentants des étudiants ;

– **favoriser et participer à la recherche dans les domaines de la qualité de vie** des étudiants ;

– **contribuer à l'évaluation de l'impact des politiques d'enseignements et de leurs réformes sur la qualité de vie** des étudiants en santé ;

– **accompagner et faire le lien entre des interventions menées dans toute la France sur la thématique de la qualité de vie des étudiants** pour diffuser les bonnes pratiques et développer des synergies.

Le CNA vit le jour en juillet 2019 et la présidence en fut confiée au docteur Marra.

---

(1) Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, « Lancement du Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé », édito, Agnès Buzyn et Frédérique Vidal, dossier de presse, 15 juillet 2019.

C. LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES (VSS)

Plusieurs dispositifs concourent à la lutte contre les VSS dans les études de santé, indépendamment du fait que l'article 80 [(1)] de **la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique** a rendu **obligatoire la mise en place par les employeurs publics de dispositifs de signalement et de suivi des VSS**, de harcèlement moral et de discrimination, ces dispositions s'appliquant aux trois fonctions publiques [(2)]. Les administrations sont en outre tenues d'inclure au sein de leur **plan d'action pour l'égalité professionnelle** entre hommes et femmes, des mesures visant à « *Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes.* »

Parallèlement, le ministère de l'enseignement supérieur a lancé une campagne « **Stop aux violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur** » avec l'objectif d'informer le public universitaire sur les violences sexistes et sexuelles qui peuvent exister au sein des établissements, de favoriser la prise de conscience et le changement des comportements et de mobiliser les acteurs et accompagner les victimes. Des dispositifs de prévention et de traitement des violences sexistes et sexuelles, ainsi que des groupes de travail, ont été mis en place dans de nombreuses universités à la rentrée 2018, et un numéro d'écoute, d'information et d'orientation a été créé.

Afin de poursuivre la dynamique, un **plan national d'action contre les VSS dans l'enseignement supérieur et la recherche**, élaboré avec les établissements, les associations spécialisées, le monde de la recherche et l'ensemble des acteurs de la communauté a ensuite été lancé, couvrant la période 2021-2025. Il est décliné selon **quatre axes prioritaires** : en premier lieu, un **plan de formation et de sensibilisation massif** pour toute la communauté de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ce faisant, il s'agit de proposer des **sessions de formations** adaptées aux personnes impliquées dans la prise en charge des VSS, de sensibiliser les présidences et directions d'établissements d'enseignement supérieur, de former les personnels, enseignants ou non, et de former et sensibiliser la communauté étudiante. La mise en œuvre de **dispositifs de signalement structurés et pérennes** dans chaque établissement constitue le deuxième axe du plan, les établissements bénéficiant par ailleurs d'un accompagnement renforcé par le ministère. Il est également prévu une **communication renforcée sur l'existence des dispositifs**,

---

(1) « Les administrations, collectivités et établissements publics mentionnés à l'article 2 mettent en place, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, un dispositif de signalement qui a pour objet de recueillir les signalements des agents qui s'estiment victimes d'un acte de violence, de discrimination, de harcèlement moral ou sexuel ou d'agissements sexistes et de les orienter vers les autorités compétentes en matière d'accompagnement, de soutien et de protection des victimes et de traitement des faits signalés. Ce dispositif permet également de recueillir les signalements de témoins de tels agissements. »

(2) Au sein des hôpitaux publics, pour les personnels médicaux, c'est la CME qui est compétente pour les personnels médicaux. La sous-commission de la vie hospitalière a un champ d'action en grande partie centré sur des sujets contribuant à la prévention des RPS (notamment les enjeux managériaux et relationnels). Le Comité social d'établissement (CSA), équivalent hospitalier du comité social d'administration dans les deux autres fonctions publiques, est lui compétent pour les personnels non médicaux.

ainsi qu'une **valorisation de l'engagement des étudiants et des personnels**, afin de soutenir les initiatives portées par la communauté étudiante.

Il faut relever que, même si les facultés de médecine en ont évidemment bénéficié, au même titre que les autres, il n'y a pas, à ce stade, d'actions du plan qui soit spécifiquement destinées aux étudiants en médecine. Les choses pourraient évoluer avec le **prochain plan d'action**, la DGOS ayant été dernièrement associée aux travaux. (1)

III. UN CONTEXTE TRAITÉ PAR D'AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES

Au milieu des années 2010, la question de **la qualité de vie des soignants** est devenue centrale au point de faire l'objet d'une **stratégie nationale d'amélioration**. Les conditions de travail des étudiants en médecine s'inscrivent dans ce projet, comme dans celui de la réforme de la gouvernance hospitalière.

L'importance de la qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de santé

« La littérature disponible s'accorde tout d'abord à dire que la QVT est un déterminant fort de la qualité des soins, et qu'elle a des conséquences à moyen et long terme sur la performance économique et sociale des organisations. Les démarches d'amélioration de la QVT ont en effet un impact positif sur les performances individuelles des professionnels en terme d'efficience et de réduction des erreurs médicales, mais aussi sur la performance sociale de l'organisation par la promotion d'une GRH attentive à la santé mentale des travailleurs. Ces stratégies permettent par ailleurs de réduire les surcoûts liés à l'absentéisme et au turnover et, à terme, d'enclencher le cercle vertueux de la performance économique grâce à des équipes cliniques vectrices d'innovations organisationnelles. Une bonne QVT apparaîtrait ainsi sinon comme la cause, au moins comme une garantie efficace de durabilité et de soutenabilité des établissements de soins, replacant la gestion des ressources humaines au cœur du fonctionnement des hopitaux. »

Source : FHF, « Qualité de vie au travail, les actions à partager, les engagements attendus », rapport, 2018.

A. LA STRATÉGIE NATIONALE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS

1. L'impulsion de la Haute Autorité de santé

Les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) ont montré l'**articulation entre qualité de vie au travail des professionnels de santé et qualité des soins**. Pour la Haute Autorité, **la démarche de qualité de vie au travail vise à concilier l'amélioration des conditions de travail et la performance des établissements** de santé et cela passe en premier lieu par le dialogue professionnel au sein des services et le dialogue social au sein des instances représentatives. En d'autres

(1) Le premier plan, arrivé à échéance l'an dernier, est à l'heure actuelle en phase d'évaluation et vos rapporteurs n'ont pas pu obtenir de bilan de la part du ministère.

termes, « ***l'installation d'une culture de qualité de vie au travail passe par un changement profond dans la posture des différents acteurs***. » (1)

Pour la HAS, « *l'expression du corps médical sur ses conditions de travail est relativement récente. Elle a surtout pris la forme d'alertes autour de l'état de santé mentale de la profession médicale, dénonçant un* ***niveau de stress inquiétant****, évoquant des risques croissants de burn-out, médiatisant les suicides.* ***Étudiants en formation, internes, médecins libéraux, médecins hospitaliers, tous sont exposés****. Les raisons de cette dégradation, avancées par les différentes organisations, font référence d'une part à leur* ***fragilisation à la fois d'ordre juridique, symbolique et identitaire****, ainsi qu'une* ***perte de sens du travail*** *notamment face à une* ***pression gestionnaire et économique toujours plus grande générant une surcharge continue****. Les relations avec leurs collègues se sont, dans certains contextes, durcies. D'autre part, ils évoquent* ***leur difficulté à assumer le management d'équipes nombreuses pour lequel ils n'ont pas été formés****. (…) les praticiens hospitaliers se plaignent davantage de* ***contraintes bureaucratiques les éloignant du cœur de leur métier****. Certains peuvent se sentir en insécurité, craignant l'erreur, redoutant les plaintes des patients. Les médecins aspirent à des relations professionnelles apaisées, et des temps de récupération bénéfiques à leur propre santé. Plus globalement, il s'agit pour eux aussi de* ***concilier vie professionnelle et vie personnelle***. » (2)

Compte tenu de l'amplitude des problématiques en jeu, la démarche suppose la mise en place d'un **cadre d'action collectif**, se traduisant par une **culture managériale participative** d'une part, et des **modalités d'accompagnement des équipes** face aux transformations, d'autre part.

2. Les objectifs de la Stratégie nationale et leur déclinaison

Dans un contexte où les réformes hospitalières se sont succédé, où les missions de l'hôpital s'exercent désormais dans un environnement fragilisé, le mal-être des professionnels de santé tend à s'exprimer de plus en plus clairement. Les pouvoirs publics ont jugé que les réponses apportées jusqu'alors devenaient insuffisantes et justifiaient de « *passer à une nouvelle étape et de repenser dans sa globalité la qualité de vie au travail, pour la placer au cœur de nos organisations et en faire un fondement indispensable à l'atteinte des objectifs de l'hôpital, en termes de qualité de soins et de performance sociale*. » (3)

En conséquence, le 5 décembre 2016 le ministère de la santé lançait la **stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé**.

---

(1) Haute Autorité de santé, « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux », septembre 2017.

(2) Ibid.

(3) Ministère des affaires sociales et de la santé, « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail ; prendre soin de ceux qui nous soignent », 5 décembre 2016.

Trois axes étaient définis, chacun décliné en différents engagements. **La première ambition** était de donner à la démarche un **caractère de priorité politique nationale**, et pour cela, de **la structurer afin d'en garantir le suivi et l'évaluation sur la durée**. Les problématiques de risques psychosociaux, centrales, devaient être traitées de manière anticipée et préventive et les instruments définis pour la stratégie visaient à **organiser un dispositif cohérent** pour **traiter les conflits internes au plus tôt** afin d'éviter les conséquences en termes de RPS. **L'adaptation des formations,** initiales et continues, des professionnels de santé et des managers, pour développer la qualité de vie au travail **était prioritaire** (1), toutes les maquettes de formation initiales, médicales, paramédicales et de directeurs d'établissements devant comporter un module « qualité de vie au travail ». La **formation au repérage** des risques psychosociaux, la revalorisation de la médecine du travail, la reconnaissance des sujétions particulières liées aux rythmes de travail nécessaires à la continuité des soins, étaient à l'agenda de ce **premier volet**.

Dialogue, écoute, conciliation entre vie professionnelle et vie privée, faisaient l'objet de mesures pour **améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien** et constituaient le **deuxième axe de la stratégie**, qui entendait « ***placer la qualité de vie au travail au cœur du dialogue et des politiques sociales*** » et l'inscrire au **centre des priorités stratégiques de chaque établissement**. Il était proposé pour cela de renforcer la prise en compte, au sein de chaque CME, de ces questions, ainsi que la communication et les échanges au sein des équipes, de renforcer l'écoute et la reconnaissance individuelle et de favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

L'accompagnement des professionnels au changement, notamment des managers, et l'amélioration de la **détection et de la prise en charge des risques psychosociaux** constituaient le **troisième axe de la stratégie**. La **situation des internes était soulignée** avec la publication prévue d'un guide de prévention spécifiquement destiné à ce public. De fait, le « **Guide sur les risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie)** » sera publié en 2017. Il présente notamment les principaux facteurs de risques et les moyens de prévention correspondants.

Il rappelle également, que la **démarche d'évaluation des risques professionnels est obligatoire** et **menée sous la responsabilité du chef d'établissement**. Un document unique formalise cette démarche en répertoriant ces risques mais également les **plans de prévention** mis en œuvre. Cette obligation s'impose au secteur public comme au secteur privé, certaines dispositions du code du travail en matière d'hygiène et de sécurité étant applicables au secteur public (2),

---

(1) « Former tous les professionnels amenés à conduire des femmes, des hommes et des équipes avant ou au moment de leur prise de fonction, afin de développer des pratiques favorisant le bien-être au travail des personnes qu'ils encadreront. Cette formation devra porter sur le management, la gestion et l'animation d'équipes, les leviers de la reconnaissance, la résolution de conflits et la conduite de projets. Le management est en effet l'échelon-clé pour diffuser et améliorer la qualité de vie au travail. Une équipe qui bénéficie d'un management performant, qui sait reconnaître et valoriser ses membres, sera moins exposée aux risques psychosociaux et saura mieux gérer les situations de soins les plus difficiles. »

(2) Cf. les articles L. 811-1 et 811-2 du code général de la fonction publique.

et donc aux employeurs hospitaliers. Ainsi en est-il des dispositions de l'article **L. 4121-1 du code du travail** qui prévoient que « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L. 4161-1 ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.* »

L'Observatoire national de la qualité de vie au travail

Dans l'ensemble de mesures prévues à l'axe I de la stratégie, la mise en place de l'**Observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé** (ONQVT) est **au coeur de la volonté de « *donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique* »** à la qualité de vie au travail des soignants.

Composé de représentants des professionnels et des établissements, **associé à l'ensemble des organismes travaillant sur ces mêmes problématiques**, l'ONQVT est chargé de **proposer des orientations stratégiques** en s'inspirant des initiatives étrangères. Associant à ses travaux l'ensemble des organismes impliqués sur ce thème, il organise une **conférence de consensus** réunissant l'ensemble des acteurs : Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), organisations syndicales de praticiens hospitaliers, conférences de présidents de CME (PCME) et de directeurs d'hôpitaux, afin de **renforcer l'approche collective, partagée et pluriprofessionnelle sur ces thématiques**.

La présidence de l'Observatoire a été confiée en 2018 au **professeur Philippe Colombat**, fort de plusieurs décennies d'implication dans les problématiques de souffrance au travail des soignants **et des étudiants** ainsi que dans la qualité de vie au travail au sein de l'université de Tours.

B. LA MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

Sans être au cœur des discussions, la situation des étudiants en médecine, et notamment des internes, a fait néanmoins partie des sujets débattus lors de deux phases de réflexions importantes sur le système de santé et l'hôpital public menées en 2020.

1. Les propositions qui intéressent les étudiants en médecine

Le travail confié au **professeur Olivier Claris** par la ministre de la santé en décembre 2019 visait à **rendre opérationnelle la modernisation de la gouvernance hospitalière** décidée dans le cadre de la mise en œuvre de la **stratégie nationale « Ma santé 2022 »**. Si les conditions de travail des étudiants en médecine n'étaient pas au cœur de cette mission, le rapport final comporte néanmoins des développements importants sur ce sujet.

Pour le professeur Claris, la **gouvernance hospitalière est porteuse de dysfonctionnements importants qui affectent le quotidien des soignants**, marqué par la lourdeur des procédures, le poids de l'absentéisme, la coupure entre le management administratif et le cœur du métier. Il est impératif d'alléger des tâches administratives et de redynamiser la gouvernance hospitalière en associant plus étroitement les soignants. Il formule en conséquence de nombreuses mesures en ce sens, visant à attirer, impliquer et redonner du sens au quotidien des soignants.

Dans ce contexte, **la question de la qualité de vie au travail, garante de celle des soins, est centrale**. **Elle conditionne l'attractivité de l'hôpital**. L'amélioration des conditions d'accueil et de formation des étudiants en médecine est donc au cœur de la réflexion. On retrouve en conséquence parmi les recommandations un certain nombre précédemment émises dans d'autres travaux : l'organisation d'un **retour régulier des évaluations de stages vers la gouvernance des établissements**, en région comme en local ; la **rédaction d'une charte d'accueil et d'accompagnement des externes et des internes** dans les services, élaborée et cosignée par le doyen de la faculté concernée, le président de la commission médicale d'établissement (PCME) et le directeur général ; la **sanctuarisation du temps dédié par les maîtres de stages à la formation des étudiants**, externes et internes ; l'organisation d'un **suivi systématique par la médecine du travail** de l'établissement ; la **favorisation des dispositifs de médiation** en lien avec le coordonnateur de diplôme d'études spécialisées (DES) en cas de difficultés.

2. La mise en œuvre des recommandations du rapport Claris

Le rapport a eu **d'importantes suites normatives**, ses conclusions étant en grande partie reprises dans la **loi n° 2021-502 du 26 avril 2021** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Notamment, la première recommandation du rapport a été transcrite dans la loi par l'introduction dans le code de la santé publique de l'**article L. 6143-2-3** qui rend obligatoire la définition d'un **projet de gouvernance et de management participatif** dans les établissements, lequel doit définir les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement des équipes professionnelles et comporter « ***un volet spécifique relatif à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé***. » Le projet doit en outre également porter « ***sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes de responsabilité.*** »

Dans le même esprit, il est désormais précisé que le **volet du projet social consacré à la qualité de vie au travail** des personnels médicaux et non médicaux (article **L. 6143-2-1** du code de la santé publique) doit désormais également concerner les étudiants en santé.

Aux termes de l'article L. 6146-1-1, les services constituent **l'échelon de référence** en **matière d'encadrement des internes et des étudiants** en santé ainsi qu'en matière de **qualité de vie au travail**.

Quelque temps plus tard, le professeur Claris fut chargé de la rédaction d'un **guide à destination des établissements de santé** afin de les aider à mettre en œuvre les mesures d'amélioration du management et de la gouvernance hospitalière.

Des questions telles que **l'encadrement de proximité des internes** et des étudiants en santé, l'adoption du projet de gouvernance et de management participatif, incluant les modalités d'accueil, **d'accompagnement et de suivi des étudiants en santé** en collaboration avec les doyens de facultés, de participation des étudiants aux instances de gouvernance, telles que la CME, sont également abordées.

Ce guide fut ensuite inclus en annexe d'une circulaire publiée par le ministère de la santé (1) destinée à mettre en œuvre les recommandations du rapport ainsi que les **bonnes pratiques** répertoriées par le professeur Claris. Elle vise aussi à l'application des mesures adoptées quelques mois plus tôt lors du Ségur de la santé.

C. LE SÉGUR DE LA SANTÉ

Après les plans gouvernementaux de réforme du système de santé – « **Ma santé 2022** », lancé en 2018 et le « **Plan d'urgence pour l'hôpital public** » de novembre 2019 –, le gouvernement ouvrait à la fin du mois de mai 2020 le **Ségur de la santé**, après la pandémie de la covid-19, pour formuler de manière consensuelle des **changements radicaux pour le système de santé**. Cet épisode aura aussi été l'occasion pour les principaux acteurs de prendre position sur les **problématiques touchant à la formation des étudiants en santé**, et de prendre un certain nombre d'engagements importants.

1. Les conclusions de la concertation avec les étudiants

Elles concernent l'ensemble des étudiants en médecine, externes comme internes.

La première des conclusions du Ségur porte sur une **reconnaissance de la contribution des internes au fonctionnement des établissements de santé** via une **revalorisation de leurs émoluments de base**, ainsi que celle des indemnités forfaitaires de garde, de demi-garde et d'hébergement, avec effet au 1er novembre 2020.

---

(1) Circulaire n° DGOS/Cabinet/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier Claris.

De même, est acté le fait que la **formation des internes** constitue **un enjeu devant faire l'objet d'un plan d'action**, portant sur **leur accueil, leur intégration et leur formation**, et mobilisant l'ensemble des acteurs. En ce sens, une instruction est annoncée qui rappellera aux établissements la **nécessité d'élaborer un plan d'accueil** en impliquant les commissions médicales d'établissement (CME) pour homogénéiser les pratiques entre les différents services.

Enfin, quand bien même cela peut sembler surprenant compte tenu des travaux antérieurs et des dispositions législatives et réglementaires maintes fois réitérées, le dernier point de la concertation porte sur **le respect de la règlementation sur le temps de travail des internes et des étudiants** et leur implication dans les actions d'amélioration de la **qualité de vie au travail**. Il est précisé à ce propos que « *le plan d'intégration et de formation des internes définira les règles et les modalités d'organisation du temps de travail dans le cadre des dispositions règlementaires. Le plan définira également les modalités du contrôle de la stricte application de ces dispositions par la généralisation des tableaux de services effectifs et par leur présentation aux instances, CME et conseil d'UFR.* »

2. Les propositions des facultés de médecine

Logiquement, les contributions des facultés de médecine au Ségur de la santé ont été essentiellement tournées vers la recherche et la formation.

Un **grand plan universitaire de formation en santé** ainsi qu'une recherche pluridisciplinaire plus ambitieuse et plus transversale figurent parmi les propositions du monde hospitalo-universitaire. Une tribune signée par l'ensemble des présidents d'université, doyens et directeurs des facultés et écoles de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (1) estimait que si les différents axes retenus par le président de la République pour la concertation – revalorisation salariale, investissement, gouvernance et territoire – étaient des plus opportuns, la situation impliquait néanmoins d'**appréhender les missions de formation, de recherche et d'innovation des universités**. En conséquence, la question du corps académique hospitalo-universitaire devait faire l'objet d'une attention particulière pour sauvegarder le système de santé en voie d'essoufflement, ce qui supposait « *de s'attaquer de front aux difficultés rencontrées par ces centres hospitaliers et universitaires* [qui doivent] *redevenir les centres de soin, de formation et de recherche scientifique de renommée mondiale qu'ils étaient par le passé* ». Les signataires craignaient que cela ne soit pas la voie choisie par le Ségur qui « *cloisonne les enjeux de santé publique en les limitant artificiellement à l'hôpital seul, comme s'il s'agissait d'une entité administrative isolée* ». Ils insistaient : « *Pas de réflexion sur l'hôpital de demain sans y intégrer la formation : or,* ***depuis 2013, le nombre d'enseignants-chercheurs-praticiens hospitaliers en poste pour encadrer les étudiants en santé a baissé de près de 7 %, tandis que les effectifs étudiants n'ont cessé d'augmenter et continueront encore de s'accroître.*** *Pas de réflexion sur l'hôpital de demain sans y intégrer la recherche (…)* ***Nos futurs***

(1) « Ségur de la santé : une réforme sans formation ni recherche n'a aucun sens », Le Monde, 16 juin 2020.

médecins et professionnels de santé doivent être formés au contact des dernières découvertes médicales et selon des techniques pédagogiques de pointe. *(…) Parce que c'est l'avenir de notre politique de recherche, de formation et d'innovation dans le domaine de la santé qui est en jeu,* ***nous, présidents d'université, doyens de santé, appelons à une véritable refonte des centres hospitaliers et universitaires, qui renforce leur intégration au sein de l'université pour répondre aux enjeux révélés et amplifiés par la crise actuelle***. »

Consécutivement, les propositions formulées dans le plan universitaire de formation soumis dans le cadre du Ségur portèrent sur la nécessité de **redéfinir l'encadrement hospitalier et universitaire des apprenants** et de **s'assurer de l'accompagnement des étudiants dans leur apprentissage** qui ne peut se limiter à leur attribuer une tâche de soin. Les propositions portaient également sur les **conditions d'exercice et d'encadrement des internes** dans le cadre des maquettes et objectifs pédagogiques, sur celles de **l'apprentissage par simulation chaque fois que cela est possible** avant qu'ils soient confrontés à la prise en charge d'un patient, et sur l'identification et la reconnaissance du personnel non-universitaire participant à cet encadrement.

Les présidents d'universités et les doyens soulignaient que la baisse continue des effectifs hospitalo-universitaires, alors que la charge de leurs missions ne cessait d'augmenter, entraînait une **grave perte d'attractivité de la profession** et qu'il était primordial de sécuriser et de revaloriser l'encadrement.

3. La charte des directeurs généraux de CHU

Dans le cadre du Ségur, les conférences des directeurs généraux et des présidents de CME de CHRU ont formulé quelque **120 propositions** dont une concerne très directement l'objet de cette mission d'évaluation : « Systématiser et structurer les dispositifs de prévention des risques psychosociaux à travers la création d'un comité de prévention des RPS associant la médecine du travail et les doyens des facultés lorsque les internes étaient concernés, notamment à travers la mise en place de « dispositifs de protection dits de " seconde victime " » à la suite d'accidents médicaux dans lesquels ils seraient impliqués (proposition n° 40).

De leur propre initiative les deux conférences ont élaboré une « **Charte d'engagement managérial des CHRU** » **en 2019**, figurant en annexe de leur contribution commune au Ségur de la santé, et destinée à « *compléter les travaux conduits en 2017 pour définir des engagements concrets en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail*. » Elle prévoit notamment de « **faciliter un management participatif** » (**engagement n° 7**), associant « en permanence les "managés" aux décisions qui les concernent », d'« **aider les managers dans la prévention et la gestion des conflits** », laquelle peut dans certaines circonstances être particulièrement délétère et constitue l'un des principaux motifs de risques psychosociaux (**engagement n° 8**). Les conférences s'engagent en conséquence à organiser des dispositifs internes de médiation-conciliation et à désigner et former ceux qui occuperont ces fonctions pour traiter en interne toutes les situations

conflictuelles avant saisine des dispositifs extérieurs. Le **développement de la qualité de vie au travail** forme l'**engagement n° 9**, qui est présenté comme constituant un **axe stratégique majeur des projets d'établissement** des CHRU. En pratique, les CHRU s'engagent à instituer des dispositifs de pilotage internes de leur politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux, associant les CME et les CHSCT, tant pour les personnels médicaux que non-médicaux. En particulier, les CHRU s'engagent à **former les managers à la prévention de ces risques ainsi qu'à la détection du risque suicidaire**, et à mettre en place des dispositifs d'écoute et de soutien aux personnels en difficulté.

Il est enfin prévu (engagement n° 10) que ces engagements fassent l'objet d'une **évaluation annuelle** et d'une **mesure de résultats**, via l'organisation d'enquêtes de type « baromètre social », ces données ayant vocation à être retenues par la HAS pour mesurer la qualité de vie au travail.

4. Les suites réglementaires du Ségur

Une première **instruction interministérielle** de la DGOS et de la DGESIP a été publiée en **décembre 2020** (1), relative à l'accueil et à l'organisation des stages des étudiants de deuxième cycle. Une seconde (2) publiée en **juin 2021** a porté sur les étudiants de troisième cycle.

L'une comme l'autre ont pour but de **préciser les règles des conditions d'accueil des étudiants dans les établissements de santé**, conformément aux accords conclus lors du Ségur.

S'agissant des externes, l'instruction rappelle qu'ils exercent leurs fonctions en stages à mi-temps, à raison de **cinq demi-journées hebdomadaires lissées sur douze mois**, les modalités d'organisation du temps de travail pouvant être variables selon les établissements. Les règles d'**organisation des stages** des étudiants hospitaliers sont précisées, de même que celles relatives **aux gardes**. Les conditions de rémunération sont également précisées, ainsi que les droits à congés annuels, les indemnisations des gardes, la prise en charge des frais de transports, des frais d'hébergement et autres aspects matériels (accès au service de restauration hospitalier). S'agissant de la qualité de vie au travail, l'instruction rappelle les dispositifs de soutien et d'accompagnement des étudiants tout au long de leur cursus, notamment le fait qu'un dispositif local de soutien et de médiation est mis en place dans chaque établissement pour la résolution des conflits qui doit être traitée prioritairement à ce niveau, la médiation régionale pouvant être sollicitée en cas d'échec.

L'instruction interministérielle relative aux internes indique que les **plans d'accueil et d'intégration des étudiants de troisième cycle, désormais**

(1) Instruction n° DGOS/RH5/DGESIP/2020/225 du 9 décembre 2020.

(2) Instruction interministérielle n° DGOS/RH5/DGESIP/2021/115 du 4 juin 2021.

obligatoires au sein de chaque établissement, doivent comporter, *a minima*, des rubriques tenant aux **modalités d'accueil**, aux **conditions matérielles** faites aux stagiaires, aux **modalités d'organisation du temps de travail** – bornes horaires du service de jour et de la permanence de soins, congés, articulation des demi-journées de stages et des temps universitaire et personnel –, d'accompagnement en matière de santé au travail ainsi qu'aux **modalités d'évaluation** en cours de stage et à la fin, en lien avec la faculté.

L'instruction détaille ensuite précisément chaque item, en commençant par l'objectif et le contenu du temps d'accueil et d'intégration en début de stage. Il en est de même des conditions matérielles. S'agissant de l'organisation de la participation des internes à la **permanence des soins**, « ***le respect strict et complet des dispositions relatives au temps de travail doit être rappelé à tous les organismes accueillant des étudiants de 3e cycle****, par tous moyens appropriés*. », indique l'instruction.

S'ensuivent plusieurs développements détaillés, par exemple sur **l'application et le respect du repos de sécurité** : « ***Le respect du repos de sécurité, garant de la protection des salariés et de la qualité des soins, est une obligation***. *Son évaluation est conduite par les directions d'établissement, les présidents de CME, les COPS en lien avec les représentants des étudiants de 3ème cycle et, le cas échéant, des représentants de la faculté. L'application stricte et complète du repos de sécurité pour les étudiants de 3ème cycle doit être rappelée aux maîtres de stage libéraux ainsi qu'aux établissements de santé, publics ou privés, ou organismes accueillant des étudiants de 3ème cycle par tous moyens appropriés (réunions d'accueil, messages des facultés, guide d'accueil des internes…).* »

D. DES DISPOSITIONS ULTÉRIEUREMENT CONFORTÉES

Le tournant des années 2020 a confirmé la prise en compte des problématiques de qualité de vie au travail des étudiants en santé, grâce notamment à des **décisions du Conseil d'État sur le temps de travail**, qui ont incité le gouvernement à **préciser la réglementation**.

1. L'intervention du Conseil d'État et le décompte journalier des heures de travail

Fortement mobilisés sur la question des conditions de travail et du respect des obligations horaires, plusieurs syndicats d'internes et de jeunes médecins ont saisi la juridiction administrative à la fin de l'année 2020 et le Conseil d'État a eu l'occasion de préciser les implications de la réglementation en vigueur pour les établissements de santé (1).

Les syndicats contestaient la compatibilité des dispositions du code du travail sur leur temps de travail avec le droit européen, dans la mesure où leurs

(1) Conseil d'État, décision n° 446944 du 22 juin 2022.

obligations de service, comptabilisées en demi-journées, ne permettaient pas d'assurer le respect des 48 heures hebdomadaires maximales fixé par la directive 2003/88 du 4 novembre 2003. Sur ce point, le Conseil d'État a rejeté les demandes des requérants en jugeant que **les obligations de service définies dans les établissements de santé n'ont pas à être converties en heures** pour que soit assuré le respect du plafond hebdomadaire : le fait que le code de la santé prévoie que les obligations sont fixées en demi-journées dans la limite de 48 heures est suffisant en ce que cela implique que cette durée est maximale et ne puisse être dépassée.

Le Conseil d'État précise que les dispositions du code de la santé, aux termes desquelles est établi un tableau de service nominatif mensuel, « ***impliquent également nécessairement que les établissements publics de santé se dotent, en complément des tableaux de services prévisionnels et récapitulatifs qu'ils établissent, d'un dispositif fiable, objectif et accessible permettant de décompter, selon des modalités qu'il leur appartient de définir dans leur règlement intérieur, outre le nombre de demi-journées, le nombre journalier d'heures de travail effectuées par chaque agent****, afin de s'assurer que la durée de son temps de travail effectif ne dépasse pas le plafond réglementaire de quarante-huit heures hebdomadaires, calculées en moyenne sur une période de trois mois*. »

Dès le mois de juillet 2022, les organisations syndicales ont mis en demeure les CHU de respecter cette décision : « *Vous n'êtes pas sans savoir que le non-respect du temps de travail des internes à l'hôpital est l'un des principaux facteurs de risques psycho-sociaux (troubles anxieux, troubles dépressifs, idées suicidaires). Le risque de suicide est 3 fois plus important chez un interne que chez un français du même âge. En 2021 en France, 70 % des internes dépassent le plafond légal de 48 h/semaine avec une moyenne de 58 h/semaine et 10 % d'entre eux dépassent même les 79 h/semaine. Comment imaginer qu'un interne en burnout puisse prodiguer des soins de qualité ? De plus, ce phénomène favorise l'absentéisme, majore la perte de sens de nos professions et empêche une projection dans le système hospitalier de demain. En qualité de représentant de l'association de LIPSEIM et des syndicats représentants les internes en médecine et en pharmacie, la FNSIP-BM, l'ISNAR-IMG et l'ISNI, nous souhaitons vous interpeller, en tant que directeur de structure d'accueil afin de faire respecter la mise en place des tableaux de service nominatifs et mensuels et le respect du temps de travail. Nous vous remercions d'agir dans les plus brefs délais pour mettre en place dans votre établissement les mesures qu'imposent concrètement la décision du Conseil d'État.* ***Si dans un délai de 3 mois, le décret du temps de travail et ses modalités de contrôle telles que le préconise le Code de Santé Publique ne sont pas appliqués au sein de votre établissement, nous serons dans l'obligation de faire un recours auprès du tribunal administratif***. » (1)

À l'issue de ce délai, des plaintes furent effectivement déposées contre 28 CHU, au mois de novembre 2022. À ce jour, selon les informations que vos

(1) https://www.lipseim.fr/wp-content/uploads/2022/07/COURRIER-DIRECTEUR-ETABLISSEMENT-VF-juil-2022.pdf

rapporteurs ont pu obtenir, **deux condamnations** ont été prononcées par les tribunaux administratifs, contre les CHU de Poitiers et de La Réunion (1).

En février 2025, le Tribunal administratif de Poitiers a ainsi décidé : « *Il est enjoint au centre hospitalier universitaire de Poitiers de se doter d'un dispositif fiable, objectif et accessible permettant de décompter le nombre journalier d'heures de travail effectuées par chaque interne, afin de s'assurer que la durée de son temps de travail effectif ne dépasse pas le plafond réglementaire de quarante-huit heures hebdomadaires, calculées en moyenne sur une période de trois mois, dans un délai de trois mois à compter de la notification du jugement à intervenir.* » (2)

Interrogée par vos rapporteurs, la direction générale de l'hôpital a indiqué que « *Au-delà des tableaux de service électronique permettant aux internes de déclarer leurs journées de présence, de congés, de formation, ainsi que leurs gardes et astreintes, le CHU de Poitiers a mis en place un outil de suivi du temps travaillé depuis mai 2025. Les internes peuvent,* ***sur certains postes informatiques de l'établissement****, indiquer leur heure d'arrivée et de départ chaque jour.* » Les représentants des organisations syndicales avaient indiqué en février 2026 à vos rapporteurs que seuls trois ordinateurs sur l'ensemble du CHU leur permettaient de badger, considérant que tout était fait pour dissuader les internes, parfois soumis à des incitations verbales de s'abstenir. Juste après l'examen du rapport par votre comité d'évaluation, la direction des affaires médicales a indiqué à vos rapporteurs que le nombre de postes fixes mis en place dans les différents sites du CHU était de cinquante sept au mois d'octobre 2026. Elle a précisé que la logique d'installation était que les postes ne devaient être accessibles que sur le lieu de travail, visibles et contrôlés pour éviter les abus et devaient pouvoir être disposés dans des lieux proches des services (proximité des ascenseurs, couloirs, etc.).

À l'heure actuelle, les autres dossiers ne sont pas tous définitivement réglés : dans certains cas, **des procédures de conciliation** ont été entreprises entre les syndicats d'internes et les CHU, qui ont parfois abouti à des accords visant à l'implantation de logiciels permettant le décompte du temps de travail. La situation est définitivement tranchée dans un nombre réduit d'établissements mais elle reste sujette, dans la plupart des cas, au règlement de **problématiques techniques**. Ainsi, **à Nice**, le CHU a-t-il indiqué à vos rapporteurs que dans le cadre de la médiation engagée avec les représentants des internes à la suite du recours introduit devant le TA, les représentants locaux et nationaux des internes en médecine ont élaboré, avec le président de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) et la direction des affaires médicales (DAM) une charte relative à la mise en œuvre d'un outil informatisé de gestion du temps de travail pour les internes. Cette charte, approuvée par la COPS et la CME en décembre 2024, liste les fonctionnalités dont l'outil devra disposer et les règles générales qui devront être appliquées pour sa

---

(1) Le CHU de Poitiers avait interjeté appel de la décision du TA avant de se désister. Le CHU de La Réunion n'a pas fait appel.

(2) Tribunal administratif de Poitiers, 20 février 2025, décision 2203010, https://opendata.justice-administrative.fr/recherche/TA86

bonne utilisation au sein de l'établissement. (1) Dans d'autres cas, les plus nombreux, les **procédures contentieuses sont toujours en cours**, certains TA ayant refusé l'intérêt à agir des syndicats nationaux sur une question de temps de travail, sujet par nature local. Le Conseil d'État a été invité à se prononcer.

2. Quelques précisions réglementaires opportunes

À l'issue d'une enquête de terrain qu'il avait commandée en 2021, le ministère de la santé a pris quelques nouvelles mesures **visant à renforcer le suivi et le contrôle du temps de travail des étudiants de 3ème cycle.**

Deux décrets ont été publiés. Le premier (2) a notamment prévu **la création d'un relevé mensuel des obligations de service** en complément du relevé trimestriel, mis à disposition de l'étudiant au plus tard le dix du mois suivant, dans l'objectif de suivre plus régulièrement le temps de travail des étudiants et de lisser au maximum ce temps de travail au mois. En outre, **la présentation, une fois par an, du bilan des obligations de service des étudiants de troisième cycle** devant la CME, la COPS et le conseil d'UFR, est rendue **obligatoire**.

Le second décret (3) prévoit notamment l'**institution d'un dispositif de pénalité financière** à l'égard des établissements peu respectueux du temps de travail des étudiants, sur signalement d'un dysfonctionnement auprès de l'ARS, et l'**indemnisation des jours de congés annuels non pris**, dans la limite de cinq jours (la réglementation européenne impose la prise d'au moins 20 jours de congés), autorisant le versement d'une indemnité compensatrice (70 € par jour pour les internes et 90 € par jour pour les docteurs juniors).

Deux arrêtés d'application ont ensuite été publiés pour préciser les dispositions de ces décrets, sur les modalités d'élaboration et de transmission des tableaux de service dédiés au temps de travail des internes (4), ainsi que sur les modalités de versement de l'indemnité compensatrice prévue aux articles R. 6153-1-9 et R. 6153-12 du code de la santé publique (5).

---

(1) Le CHU précise également qu'il est apparu que le logiciel de gestion du temps de travail utilisé pour le personnel médical sénior et le personnel non médical n'était pas adapté au personnel médical junior et que le fournisseur de ce logiciel avait indiqué que la maintenance serait de toute façon prochainement arrêtée, imposant de choisir un nouvel éditeur. L'acquisition d'un nouvel outil de GTT permettant d'inclure le suivi du temps de travail des internes est en cours.

(2) Décret n°2022-1122 du 4 août 2022 modifiant diverses dispositions relatives aux étudiants de troisième cycle.

(3) Décret n°2023-71 du 6 février 2023 portant dispositions relatives au temps de travail des étudiants de troisième cycle.

(4) Arrêté du 4 août 2022 modifiant l'arrêté du 30 juin 2015.

(5) Arrêté du 6 février 2023.

Enfin, dans la continuité de la décision du Conseil d'État, la DGOS et la DGESIP ont actualisé une instruction interministérielle de 2016 relative au temps de travail des étudiants de troisième cycle. La nouvelle instruction (1) rappelle la réglementation et **incite les établissements à se doter de logiciels de gestion du temps de travail dès lors que ces outils facilitent le suivi du temps de travail effectif**.

(1) N° DGOS/RH5/DGESIP/2024/101 du 19 septembre 2024 relative aux obligations de service et au temps de travail des étudiants de troisième cycle des études de médecine, odontologie et pharmacie.

PARTIE II : UN BILAN NÉANMOINS EN DEÇÀ DES ATTENTES

Le survol des travaux engagés depuis près de quinze ans met donc en évidence la réactivité et la préoccupation des pouvoirs publics face aux alertes régulièrement lancées et documentées, notamment par les organisations représentatives des étudiants en médecine.

Cependant, malgré les nombreux rapports et les multiples mesures prises par les pouvoirs publics, **force est de constater que leur situation reste aujourd'hui difficile**, que ce soit sur le plan des conditions de travail ou de la santé, notamment mentale. Les questions des risques psychosociaux (RPS) et des violences sexistes et sexuelles (VSS) continuent aussi d'occuper le devant de la scène. La responsabilité de ce bilan mitigé ne saurait être portée au débit du seul gouvernement, même si le **portage politique des mesures est loin d'avoir été constant**.

I. UN SOUTIEN POLITIQUE PAS TOUJOURS À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Les développements précédents mettent en évidence que les gouvernements successifs sont loin d'être restés inertes face aux alertes des représentants des étudiants. Tout au contraire faut-il **saluer leur réactivité**, tant en 2012, après les résultats de la première enquête sur les conditions de travail, qu'ensuite lorsque les sujets de santé, notamment mentale, ont été mis en avant.

Pour autant, la qualité de vie des étudiants reste à ce jour très insatisfaisante, ce qui amène à **s'interroger sur l'efficacité et la pertinence des dispositifs institués** ou sur leur réelle mise en œuvre. On peut aussi relever une **certaine inconstance** des pouvoirs publics.

A. DES AMBITIONS ET DES RECOMMANDATIONS QUI TARDENT À ÊTRE SUIVIES D'EFFETS

Nombre des interlocuteurs de vos rapporteurs n'hésitent pas à considérer que la qualité de vie au travail des professionnels de santé a perdu au fil des années de son importance dans l'agenda politique et qu'elle n'a pas été portée comme elle aurait dû l'être.

1. La mise en œuvre de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT)

Le ministère a détaillé pour vos rapporteurs les actions qui ont été mises en œuvre.

a. Le bilan à ce jour selon le ministère

Interrogée par vos rapporteurs sur ce point, la DGOS indique que **différents chantiers sont actuellement ouverts** pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants, dix ans après le lancement de la stratégie nationale, précisant qu'il n'y a cependant **pas de focus particulier sur la situation des étudiants en santé**.

i. La formation au management

Ainsi en est-il de la prise en compte des **problématiques de management des établissements**, centrales dans les enjeux des établissements de santé pour accompagner les évolutions organisationnelles et relever les défis du renforcement de l'attractivité et de la fidélisation des personnels médicaux et non-médicaux. Dans cet ordre d'idées, la DGOS travaille à la mise en place d'une **stratégie de développement du management hospitalier** associant l'ensemble des acteurs nationaux et locaux : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), Agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), École des hautes études de santé publique (EHESP), Fédération hospitalière de France (FHF), Haute autorité de santé (HAS)+, Médiation nationale, etc.).

Deux **comités de pilotage** se sont tenus **en 2024** qui ont permis de définir **plusieurs axes considérés comme prioritaires** : meilleure formation des managers, évaluation des moyens et dispositifs envisagés, évolution de la culture managériale, mise à disposition d'outils au service des managers et meilleur soutien des managers.

Au-delà de ces aspects, la DGOS a indiqué à vos rapporteurs avoir également mis en place un « **Parcours managers »** à destination de l'ensemble des cadres hospitaliers, médicaux et non médicaux, et plus généralement, de la fonction publique hospitalière. Les compétences en management sont hétérogènes (1) et l'ambition est désormais, d'une part, de mettre en place une formation nationale afin d'uniformiser les pratiques managériales et de rendre attractifs les métiers de l'encadrement, d'autre part, de développer des « communautés managériales » dans les territoires afin de **rompre l'isolement des managers et de partager les bonnes pratiques**.

La DGOS précise que ce parcours s'est construit en deux volets, le premier étant une action nationale de formation, en cours **depuis mars 2025**, pilotée par l'ANFH sur le **management hospitalier** à destination de l'ensemble des personnels encadrants ; elle permet de rappeler les fondamentaux du management hospitalier (environnement, conduite de projet, gestion des conflits etc.). Le second volet, en

---

(1) Pas enseigné au cours des études médicales, le management l'est de façon très variable selon les instituts de formation des cadres de santé, de façon perfectible pour les directeurs d'hôpitaux, qui n'en ont pas toujours d'expérience antérieure. Chez d'autres cadres, devenus pour certains encadrants d'équipe notamment par promotion interne, aucune formation significative au management n'est aujourd'hui requise. Au final, cette compétence essentielle et indispensable n'est parfois pas totalement maîtrisée et pas toujours très légitimée.

partenariat avec l'ANACT, propose **depuis janvier 2026** à l'ensemble des personnels encadrants des modules de formations construits à partir d'expérimentations de terrain, par les établissements tests donc par les professionnels eux-mêmes ; elle inclut la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) des agents et des managers eux-mêmes.

S'il faut évidemment saluer la mise en place de ces formations, vos rapporteurs ne peuvent que s'étonner des délais qu'il aura fallu au ministère pour concrétiser les objectifs de la stratégie publiée en décembre 2016.

La formation des cadres hospitaliers à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

En tant qu'école de service public, l'EHESP a pour mission de former les cadres du système public de santé. À ce titre, elle prépare, par les formations initiales et continues qu'elle dispense, les futurs et actuels dirigeants à travailler les différents leviers managériaux pour améliorer le cadre et les conditions de travail des structures et établissements où ils exerceront.

Ainsi, plusieurs enseignements concourent au développement des connaissances et compétences nécessaires aux futurs directeurs : Management et communication, dont des séquences sur la qualité de vie au travail sont coordonnées par les chercheurs et enseignants-chercheurs de l'EHESP ; Gestion de projet, dont gestion de projet centrée utilisateurs et intelligence collective ; Sociologie et psychologie des organisations ; Gestion des ressources humaines.

Ces enseignements sont centraux dans les maquettes puisque le volume approximatif des enseignements de RH et de management et de communication dans les formations de directeur d'hôpital (DH) et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) représente environ 30 % des enseignements sur chacune des deux filières DH et D3S.

Pour tous ces enseignements sont mêlés les enseignements magistraux, études de cas, mises en pratiques et simulations, retours d'expériences de professionnels. Cette prise en compte forte de ces enjeux par les futurs directeurs est visible dans la nature des thèmes travaillés dans des exercices types, études de cas et mémoires réalisés par les élèves.

En outre, l'EHESP propose une offre de formation continue pour les professionnels en exercice destinée à parfaire et actualiser leur connaissances et compétences. Elles portent notamment sur les enjeux les plus sensibles et les plus structurants de ces métiers, en particulier sur les questions managériales.

Source : EHESP à vos rapporteurs.

ii. Le soutien aux démarches QVT dans les établissements

Deux vagues de « clusters sociaux QVT », portés par la DGOS, la HAS et l'ANACT ont permis, entre 2016 et 2018 à 168 établissements d'intégrer 26 clusters « pour le déploiement de démarches QVT ». Une nouvelle vague portée par la DGOS et l'ANACT porte désormais sur **l'implication des technologies numériques sur la QVT**, qui s'inscrit dans la dynamique engagée avec les clusters.

En 2024, les projets de neuf régions ont été retenus, financés sur le terrain par l'ANACT, les ARS continuant par ailleurs à soutenir des actions locales pour l'amélioration des conditions de travail à travers le **fonds d'intervention régionale (FIR)** (1).

Un exemple de déclinaison de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants : les actions menées par l'ARS de Normandie

L'ARS décline depuis plusieurs années les orientations nationales relatives à la qualité de vie et aux conditions de travail à travers les contrats locaux, les dispositifs de prévention des risques psychosociaux, les démarches d'accompagnement managérial et le soutien aux établissements.

Les internes bénéficient aujourd'hui d'une attention renforcée autour de trois priorités : respect du temps de travail ; prévention des violences, discriminations et risques psychosociaux ; amélioration de l'encadrement pédagogique.

Ainsi, l'ARS a porté la création en 2024 d'un appel à projets (AAP) « **QVT des étudiants en santé** », avec une enveloppe de près de 80 000 euros dédiés à l'accueil et l'accompagnement des étudiants : lieu collectif pour les stages en psychiatrie, activités de détente, ateliers gestion du stress, ateliers en santé mentale, gratuité des repas, *team building*, espace de travail dédié. Cet AAP n'a pas été toutefois pu être reconduit en 2025.

Depuis novembre 2023, les internes normands bénéficient **7 jours sur 7 et 24 heures sur 24** d'une ligne d'écoute aux situations de détresse psychique ou professionnelle. Ouverte à tous les professionnels de santé, **le fonctionnement de cette ligne est assuré par l'association SPS** dans le cadre d'un partenariat soutenu par l'ARS.

Source : Communication écrite de l'ARS Normandie à vos rapporteurs.

iii. Le numérique au service de la qualité de vie au travail

Par ailleurs, la DGOS a indiqué à vos rapporteurs expérimenter, en lien avec l'ANACT, des « **actions collectives innovantes et apprenantes** » (ACIA) sur les **transformations numériques et la qualité de vie au travail**.

Le numérique s'impose dans le système de santé comme un moyen de modernisation pour gagner en efficience, améliorer les parcours de soin et soutenir les professionnels de santé dans leur travail au quotidien. La transformation numérique fait l'objet d'une feuille de route « Accélérer le virage numérique » du plan « Ma santé 2022 » et du « Ségur de la Santé 2020 ». **Faire de la transition numérique un levier pour la QVT implique une démarche concertée, entre les personnels sur le terrain et les professionnels en charge des projets de conception**.

b. Les observateurs néanmoins réservés

Pour nombre d'observateurs auditionnés par vos rapporteurs, la manière dont les problématiques de qualité de vie au travail des professionnels de santé, et notamment des étudiants en médecine, sont traitées est cependant insatisfaisante.

(1) 11,8 M€ à ce titre en 2024

Comme vos rapporteurs l'ont souligné, **la traduction des axes de la stratégie a été très lente**, près de dix ans pour certains développements. Pour plusieurs experts, l'ambition initiale de la stratégie était intéressante, notamment parce qu'elle portait sur les différents champs du travail et envisageait l'installation de dispositifs concrets, comme l'Observatoire national de la qualité de la vie au travail, mais **la mise en œuvre a souffert d'un manque de moyens, d'ambition et de portage politique ou administratif**. De sorte que, de l'opinion de nombreux observateurs, il s'est plus agit d'affichage que de la possibilité d'avancées concrètes, **faute de feuille de route**.

En outre, et surtout, **la manière dont les problématiques sont abordées tend de plus en plus à omettre le traitement des aspects organisationnels et structurels des établissements**. Elle s'intéresse désormais en premier lieu à la **responsabilité individuelle des soignants**, invités à prendre soin de leur propre santé, notamment via les actions de **prévention individuelle** qui leur sont proposées. C'est pour partie le sens des conclusions de la mission sur la santé des professionnels de santé lancée en mars 2023 par la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, dont le rapport (1) fait une large part à la **sensibilisation et à la formation des professionnels de santé à veiller à leur propre santé, ainsi qu'à l'accès à une offre de prévention et de soins**.

Inversement, d'autres sujets essentiels comme la gouvernance, l'organisation des services, le climat des équipes, etc., dont il a été démontré **l'impact majeur sur les conditions de travail et le mal-être, notamment des internes**, apparaissent finalement relégués au second plan. Dès lors, **ces mesures**, ne touchant pas au cœur du sujet – la nécessité d'un changement structurel dans les hôpitaux ou la réduction des contraintes fortes qui s'y exercent –, ont pu être **qualifiées de cosmétiques**, de pansements ou de rustines par plusieurs des experts entendus par vos rapporteurs.

En d'autres termes, si la qualité de vie au travail est, par principe, une très bonne démarche, la manière dont elle est mise en œuvre depuis son lancement ne colle pas assez aux réalités de terrain, **faute notamment de s'intéresser aux causes premières de la question**, qui devraient viser à la mise en place d'une gouvernance hospitalière bienveillante, pour reprendre les termes du professeur Claris dans son rapport, en tout cas sécurisante pour les équipes.

(1) Alexis Bataille-Hembert, Marine Crest-Guilluy et Philippe Denormandie, « Rapport sur la santé des professionnels de santé », octobre 2023.

La nécessité d'une double démarche pour traiter les problématiques de QVT

« La qualité de vie au travail dans les hôpitaux n'est plus un enjeu nouveau en France, mais la volonté de "prendre soin de ceux qui nous soignent" – pour reprendre les termes de la stratégie nationale de santé lancée fin 2016 par Marisol Touraine – risque toujours d'être réduite à la seule résolution des situations de conflit. Les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés depuis le début de l'épidémie de covid-19 n'échappent pas à ce risque, et les administrations hospitalières pourraient être tentées d'abandonner leurs espoirs d'une meilleure qualité de vie au travail au profit d'une plus grande focalisation sur l'urgence psychologique. Il s'agirait d'éviter que les inévitables conflits n'aggravent les risques psychosociaux (RPS) auxquels sont exposés les professionnels du soin. **La lutte contre les risques psychosociaux et le mouvement en faveur d'une meilleure qualité de vie au travail ne sont pourtant pas équivalents : ils gagnent à être distingués et considérés comme complémentaires**, car une approche du travail par le risque n'est pas suffisante pour faire face aux situations de crises et de remaniements que traverse régulièrement le monde hospitalier. La spécificité de l'approche qualité de vie au travail tient à sa démarche clinique : **partant du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades, mais l'organisation et le travail eux-mêmes, le seul traitement des symptômes visibles des professionnels – mal-être psychologique, absentéisme, suicide… – ne suffit pas ; ce sont directement les organisations qu'il s'agit de soigner.** »

Source : Héloïse Haliday, « Que nous enseigne l'état actuel de la recherche sur la qualité de vie au travail ? », in adsp, Revue du Haut Conseil de la santé publique, n° 110, mars 2020, page 18.

2. Le Ségur de la santé inachevé

La concertation menée dans le cadre du Ségur de la santé était prometteuse pour les étudiants en médecine et notamment les internes, puisqu'elle prévoyait une **revalorisation de leurs indemnités** en reconnaissance de leur contribution au fonctionnement des établissements, ainsi que la perspective d'un **plan d'action sur leur accueil, intégration et formation** ou la diversification nécessaire des stages et des formateurs.

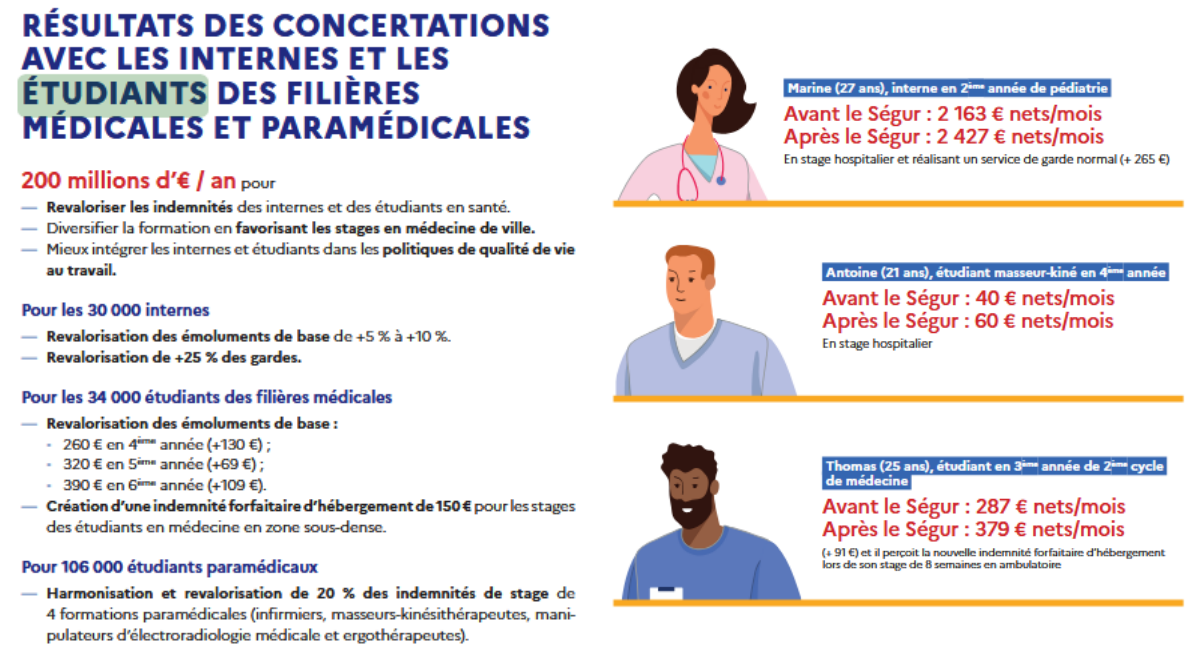
Vos rapporteurs ont rappelé que d'autres sujets, récurrents, figuraient également parmi les conclusions du Ségur, tels que le **respect de la réglementation** en matière d'horaires de travail ou la nécessité de concilier vie professionnelle et personnelle. **À cet effet, un certain nombre de dispositions réglementaires avaient été prises**, réitérant ou précisant des règles normalement bien établies, notamment en matière d'accueil des étudiants en stage ou de respect du repos de sécurité.

a. La concrétisation de l'accord de juillet 2020

Les concertations menées dans le cadre du Ségur se sont traduites en premier lieu par le déblocage d'une enveloppe globale de « **8,2 milliards d'euros pour revaloriser les professionnels de santé et renforcer l'attractivité de**

l'hôpital public » [(1)]. Ces financements permettront notamment le recrutement de 15 000 personnels, 450 millions d'euros par an étant consacrés à l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers.

Aux termes du **volet particulier consacré aux étudiants**, le gouvernement s'est engagé à consacrer **200 millions d'euros par an** à la **revalorisation des indemnités de stage** et des **émoluments d'internat**, et à celle **des gardes** pour les internes.



Source : Dossier de presse, Conclusions du Ségur de la santé, juillet 2020.

En outre, un certain nombre de **sujets inscrits dans la stratégie nationale de la qualité de vie au travail** ont été réaffirmés pour **favoriser la prévention et le règlement des conflits** aux niveaux de proximité, en systématisant dans les projets de service les réunions de **dialogue professionnel** pour permettre l'expression sur l'organisation du travail et, en cas de blocage, en faisant intervenir un tiers à l'expérience reconnue pour aider au rétablissement d'un climat de travail apaisé. Dans cet ordre d'idées, est également prévue la **généralisation des dispositifs de conciliation au sein de chaque établissement**, le cas échéant mutualisés au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dans le cadre d'une instance *ad hoc* constituée par le directoire et associant autour de personnalités qualifiées et formées des représentants des personnels médicaux, paramédicaux et non médicaux. Le **déploiement des dispositifs de médiation** est affirmé, ainsi que la formation de « *l'ensemble des responsables et des personnels d'encadrement médicaux et non médicaux, dans le cadre de leur prise de responsabilités managériales, à l'identification et à la prévention des conflits interindividuels et à la bientraitance* ».

(1) https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

Était également annoncé que devraient être intégrés **« *dans la formation obligatoire au management, au titre des problématiques plus spécifiquement rencontrées par les étudiants en santé et les internes, les responsables de terrains de stages et les tuteurs*, *en complément des actions coordonnées par le Centre national d'appui (CNA) et d'une prise en compte dans le cadre des commissions d'agrément des terrains de stage*. »

Enfin, le **renforcement des réseaux d'enseignement et de recherche dans les territoires**, en partenariat avec le ministère de l'enseignement supérieur, est annoncé, devant se traduire par la création de 250 postes d'enseignants universitaires associés et titulaires.

b. Une mise en œuvre essentiellement financière selon les acteurs

Pour prometteuses que ces conclusions aient été, leur mise en œuvre, aux dires des interlocuteurs de vos rapporteurs, n'a pas vraiment dépassé le niveau financier et le bilan, cinq ans plus tard, est des plus modestes.

Pour plusieurs observateurs auditionnés par vos rapporteurs, **mis à part les avancées salariales** qui ont répondu à des attentes légitimes, sans toutefois pleinement compenser les contraintes que supportent les personnels hospitaliers, et notamment les internes, il s'est surtout agi d'une « stratégie marketing » déployant promesses et primes « tous azimuts », **mais sans réel effet sur la qualité de vie au travail des professionnels**, au contraire : les stages sont toujours délétères, et la **reconnaissance au travail**, largement aussi gratifiante que la rémunération, **est un angle mort, une problématique absolument pas considérée**.

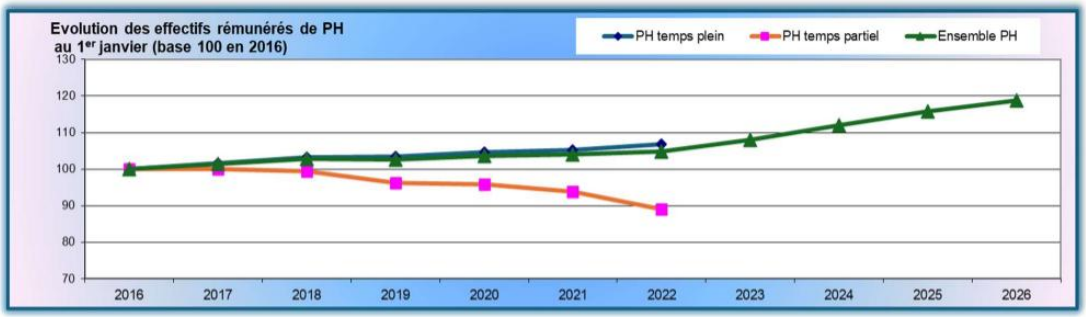
Pour les syndicats d'étudiants, unanimes, **les enjeux de rémunération restent aujourd'hui prioritaires et fondamentaux**, puisque, ramenée à la durée moyenne de travail des internes, **leur rétribution est finalement toujours très inférieure au smic horaire**. De leur côté, les représentants des externes font remarquer que leur situation n'est en rien comparable à celle de l'ensemble des étudiants stagiaires, pour des responsabilités sans commune mesure.

De son côté, la **conférence des doyens** regrette que l'augmentation du nombre d'étudiants et d'internes n'ait **pas été accompagnée d'une progression proportionnelle des effectifs d'encadrements hospitalo-universitaires**.

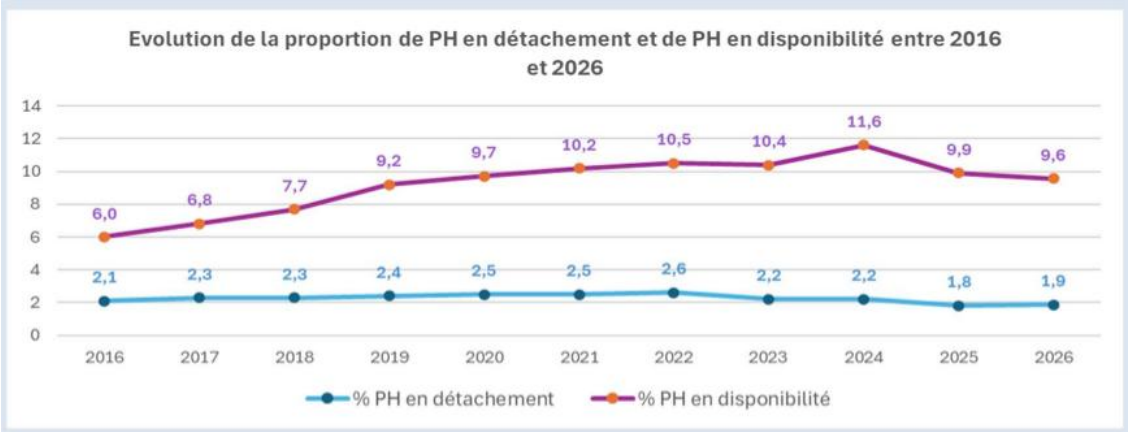
L'évolution des effectifs de praticiens hospitaliers

Selon les dernières données du Centre national de gestion (CNG), l'évolution est modérée, comme le met en évidence le diagramme ci-dessous.

Évolution des effectifs rémunérés de praticiens hospitaliers depuis 2016



En outre, la proportion de praticiens hospitaliers en situation de disponibilité ou de détachement a fortement augmenté : « *La proportion de PH en disponibilité a quasiment doublé en 10 ans, cette part a augmenté de façon continue jusqu'à 2024 passant de 6 % en 2016 à 11,6 % en 2024. Après une inversion de tendance et une diminution de 2 points en deux ans, la part de PH en disponibilité s'établit ainsi à 9,6 % en 2026. La proportion de PH en détachement est, quant à elle, assez stable sur la période entière, après avoir connu une légère augmentation entre 2016 et 2022 pour s'établir à 1,9 % en 2026.* »



Source : CNG, « Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers (PH) statutaires », situation au 1er janvier 2026

Dans certains services, cela entraîne une **supervision insuffisante**, un **accès réduit aux enseignements** et un **transfert vers les internes de tâches de fonctionnement ou de tâches administratives à faible valeur pédagogique**. Vos rapporteurs reviendront sur cet aspect fondamental dans la troisième partie de ce rapport.

Les doyens indiquent observer toujours dans certains services une **dégradation des conditions de stage** résultant directement de ce déséquilibre entre apprenants et encadrants, situation aggravée par celle des conditions de travail en milieu hospitalier qui touche tous les acteurs du soin. Ils réitèrent en conséquence

l'avertissement formulé lors de la concertation du Ségur : **le stage doit rester un temps de formation et ne peut se résumer à l'attribution d'une charge de soins**. Il est impératif de **renforcer les effectifs hospitalo-universitaires et les équipes médicales**, **former et reconnaître les encadrants**, continuer à formaliser les objectifs pédagogiques de chaque stage et intégrer la qualité de la supervision dans les décisions d'agrément et d'ouverture des postes.

3. Les réformes des études de médecine

Comme on l'a vu, les conditions de vie difficiles des étudiants en santé ne tiennent pas uniquement au vécu durant les périodes de stage en hôpital, mais aussi à la nature même des études, jugées de toutes parts difficiles, exigeantes et stressantes. De nombreuses propositions ont été formulées sur cet aspect dont la mise en œuvre commence à peine.

a. L'information des futurs étudiants

Sur cet aspect cardinal notamment souligné par les travaux de l'ONQVT, la DGESIP indique à vos rapporteurs que **certaines des mesures préconisées commençaient à être mises en œuvre**. Elle précise ainsi que, désormais une plateforme, MonProjetSup, est développée en lien avec Parcoursup, pour accompagner les élèves dans la construction progressive de leur projet d'études supérieures, en leur permettant de réfléchir à leurs choix de formation, d'explorer les débouchés possibles et de formuler des vœux plus éclairés. Concrètement, cette plateforme propose des questionnaires d'intérêts, des ressources sur les formations, des conseils personnalisés et un suivi des étapes d'orientation. Il s'inscrit dans la politique nationale d'accompagnement à l'orientation portée par le ministère de l'éducation nationale, avec l'objectif de réduire les erreurs de choix et les ruptures en première année d'enseignement supérieur.

S'agissant précisément des **dispositifs de sensibilisation aux métiers de la santé**, la DGESIP indique la mise en place d'une « **expérimentation accès santé** » **dans certains lycées** pour encourager les élèves, notamment dans les territoires confrontés à des difficultés d'accès aux soins, à s'orienter vers les études de santé. Portée conjointement par les ministères de l'éducation nationale et de la santé, cette expérimentation a été **lancée en 2025** pour une durée de cinq ans. Elle est actuellement déployée dans plusieurs académies pilotes et propose, dans certains lycées, des actions d'information, de sensibilisation et parfois des enseignements spécifiques liés aux métiers de la santé. De même des actions sont-elles menées par la DGESIP et la DGESCO dans le cadre de Parcoursup, via les rectorats, sur l'accès aux études de santé qui font état des différentes filières.

Sans nier l'intérêt de ces mesures et outils désormais à disposition de quelques centaines de lycéens, ce n'est pas faire injure à la DGESIP que de rappeler que **les enjeux se situent à un autre niveau**. Le rapport de l'IGAS et l'IGÉSR avait de ce point de vue raison de souligner l'importance de la **formation des conseillers d'orientation** aux différentes filières. Il s'agit d'une condition impérative d'une

orientation digne de ce nom. Plus largement, vos rapporteurs rappellent aussi que **l'orientation des collégiens et des lycéens reste le parent pauvre du système scolaire dans notre pays**, en témoigne **le sort du quota de 54 heures annuelles devant être consacrées à l'orientation** des élèves dans leur emploi du temps, très souvent utilisées à de tout autres questions.

b. Beaucoup de réformes, trop peut-être ?…

Les études de santé sont souvent perçues comme particulièrement exigeantes et génératrices de stress pour les étudiants. La DGESIP reconnaît que la mise en œuvre des réformes récentes a pu accentuer ce ressenti, mais souligne que **la question du bien-être étudiant constitue une préoccupation constante** dans leur élaboration et leur déploiement. C'est pour cela que les étudiants sont associés et représentés aux travaux des comités de pilotage et de suivi des réformes, afin de pouvoir contribuer aux réflexions en amont de l'élaboration des textes réglementaires. Pour le ministère, la participation des étudiants à ces instances garantit également un suivi attentif de la mise en œuvre des réformes et favorise l'identification des éventuelles difficultés rencontrées, afin de permettre les ajustements nécessaires. En témoigne par exemple la réforme de l'accès au deuxième cycle des études de médecine (R2C), notamment issue des travaux conduits conjointement par les présidents de la Conférence des doyens de médecine (CDD) et de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

Pour autant, les différentes associations entendues par vos rapporteurs regrettent un manque de **lisibilité et de visibilité** des réformes successives des études de santé, **souvent faites dans la précipitation**, ce qui ajoute au stress des étudiants. C'était également le sentiment exprimé par les étudiants de la **faculté de Brest**, qui ont regretté devant vos rapporteurs le fait que plusieurs réformes aient été conduites sans réelle concertation avec leurs organisations représentatives, considérant que cette absence de dialogue a contribué à renforcer le **sentiment de subir des évolutions importantes** sans que leurs préoccupations quotidiennes soient suffisamment prises en compte. Ainsi, en peu de temps, ont eu lieu une réforme de l'internat, une réforme de l'accès aux études, une autre des modalités d'évaluation de l'externat, et une est en préparation pour réviser de nouveau l'accès aux études pour 2027. Pour les syndicats, le problème ne vient pas seulement du fait de changer les études, mais de **la fréquence à laquelle on le fait** : les modalités ne sont plus les mêmes entre le moment où l'on entre dans les études et celui où l'on en ressort. Cette situation, jugent-ils, ajoutée à un cadre de travail toujours très sélectif et compétitif, rend difficile toute projection et toute anticipation positive de l'avenir.

Pour les représentants des internes, la mise en œuvre des réformes se caractérise aussi souvent par un **manque d'anticipation et de concertation avec les étudiants concernés** qui ont souvent le sentiment que les réformes sont décidées sans prendre pleinement en compte leur expérience du terrain. Ainsi en est-il de **la mise en place de la quatrième année d'internat en médecine générale** pour

laquelle de nombreux éléments réglementaires restent encore à préciser à moins d'un an de son entrée en vigueur. Cette incertitude crée un **niveau de stress particulièrement important pour les étudiants**, qui doivent prendre des décisions structurantes pour leur parcours professionnel sans disposer d'une visibilité suffisante.

c. L'évolution du contenu des études de santé

La DGESIP insiste sur le fait que **les recommandations formulées ces dernières années sont souvent prises en compte** et mises en œuvre dans une démarche de concertation, comme celles du rapport Marra tendant au **rapprochement de toutes les formations de l'université**. C'est le cas dans le cadre du processus d'universitarisation des études en soins infirmiers (2026) et en maïeutique (prévue en 2027), qui garantit à l'ensemble des étudiants en santé un accès aux **services de santé universitaires**, ainsi qu'aux activités culturelles et sportives proposés par les établissements.

Pour répondre aux souhaits de la **Conférence des présidents d'universités qui avait alerté** sur la diminution constante du nombre des enseignants-chercheurs-praticiens hospitaliers depuis 2013 quand dans le même temps le nombre d'étudiants était en croissance forte, le ministère rappelle avoir engagé plusieurs mesures depuis 2023 pour accroître les capacités de formation des internes, notamment le lancement d'une dynamique de création de postes hospitalo-universitaires (HU) dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du deuxième cycle, comme pour renforcer l'attractivité des carrières HU [(1)]. En novembre 2025, d'autres mesures d'attractivité ont été annoncées, avec l'ouverture de deux chantiers, sur **la réduction du temps de travail des HU de 11 à 10 demi-journées** et sur le statut des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitalo-universitaires (AHU), qui intéresse particulièrement les internes, en ce qu'il vise à les orienter davantage vers cette filière en post-internat.

De même, le ministère indique avoir pris en compte d'autres propositions de la Conférence des présidents d'université, notamment celle qui préconisait que la réforme du système de santé s'accompagne d'un **grand plan universitaire de formation en adéquation avec les besoins actuels et futurs de la population**, pour s'assurer de **l'apprentissage par simulation** chaque fois que cela est possible avant d'être confronté à la prise en charge du patient, proposition incluse dans la réforme du deuxième cycle, qui fonde l'affectation des étudiants dans une spécialité et une subdivision territoriale sur la combinaison de leurs résultats à des épreuves théoriques (les épreuves dématérialisées « ED ») et pratiques (les examens cliniques objectifs structurés « ECOS »). L'introduction des ECOS comme modalité d'évaluation des compétences permettant l'accès à l'internat a ainsi engendré une

(1) Nouveau statut particulier des personnels HU (simplification des règles de recrutement, à l'assouplissement des règles de déroulement de carrière et à l'évolution de la rémunération et du régime indemnitaire) ; décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 et décret n° 2024-940 du 16 octobre 2024, ainsi que par plusieurs autres textes réglementaires.

refonte du deuxième cycle des études de médecine. La réforme d'entrée dans les études de santé (REES) en 2019 a aussi introduit des épreuves orales permettant d'évaluer les compétences transversales en dehors du domaine de la santé, notamment l'aptitude à l'analyse et à la synthèse, à l'expression orale, à la communication.

Pour autant, force est de souligner que plusieurs des experts entendus – experts, médecins, observateurs – jugent que la **formation des soignants n'est aujourd'hui plus adaptée**, et même **totalement déconnectée des nécessités**. L'assimilation de telles quantités de données techniques ou académiques n'a plus grand sens à l'ère de l'**intelligence artificielle** qui peut fournir des synthèses de connaissances utiles, qu'il est donc de moins en moins nécessaire d'apprendre par cœur, d'autant qu'elles sont le plus souvent loin d'être essentielles au quotidien du médecin. Cet aspect a sans doute contribué ces dernières années à l'augmentation de la durée des études de médecine, chaque filière jugeant son corpus de connaissances indispensable dans le tronc commun et contribuant ainsi à alourdir des emplois du temps surchargés.

Ces mêmes experts plaident en conséquence pour une **évolution de la formation qui redonne du sens au métier, se recentre sur les qualités humaines des futurs médecins**, et développe davantage les **compétences relatives à l'interaction sociale, à l'empathie et au management**, dans l'approche bienveillante, de plus en plus promue. Ils considèrent, à juste titre aux yeux de vos rapporteurs, que l'exercice de la médecine et la prise en charge des patients nécessitent un savoir-être, la **compréhension des émotions des autres**, une attitude face à la souffrance, à la perspective de la mort. Consécutivement, plusieurs jugent que l'acquisition des connaissances théoriques pourrait opportunément être allégée afin de **libérer du temps pour des apprentissages concernant les qualités humaines**. Peu de praticiens sont aujourd'hui formés ou évalués psychologiquement, au cours de leurs études, pour savoir de quelle manière ils gèreront leurs relations avec leurs patients ou comment ils sauront réagir devant leur douleur.

En d'autres termes, des aspects inhérents au métier de médecin en confrontation quotidienne à la maladie, à la souffrance et à la mort, ne sont aujourd'hui pas abordés, ou insuffisamment, alors qu'ils devraient l'être dès l'entrée dans les études.

C'était tout le sens des réflexions de **Frédérique Vidal**, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, qui indiquait il y a quelques années que « *les formations de santé sont aujourd'hui éclatées en une myriade de cursus, organisés pour les uns à l'université et pour les autres en dehors. L'accès aux formations est limité de façon brutale par des concours d'entrée qui font peu de place aux qualités humaines des étudiants, et ne permettent pas d'orientation progressive. Le contenu des études et les examens sont orientés vers l'évaluation encyclopédique des connaissances, et insuffisamment tournés vers les compétences nécessaires à l'exercice de ces métiers. Cette discordance entre les*

conditions d'études et la nature de ces métiers tournés vers les soins à l'autre, génère un mal-être des étudiants. » (1) C'est la raison pour laquelle le volet formation (« **Adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain** ») de « Ma santé 2022 », prévoyait « *de* ***repenser les formations de santé et les évaluations des étudiants en prenant en compte le point de vue et la perspective du patient*** *pour mieux intégrer ses besoins dans la prise en charge et donner plus de place à l'évaluation du professionnel sur ses capacités humaines et relationnelles. Dans le cadre de la réforme des études en santé qui va s'engager, l'avis des patients sera intégré dans l'évaluation des étudiants et des patients experts seront amenés à intervenir dans les cursus de formation des professionnels de santé.* »

Trois évidences en matière d'étude pour l'Académie nationale de médecine

Premièrement, la nécessité d'accélérer la transition entre l'intégration des connaissances scientifiques et médicales classiques et l'apprentissage d'un savoir-faire en apprenant concrètement le vrai métier, abordant davantage les questions d'économie, de transition écologique, d'environnement, de biogénomique, de sciences numériques et d'intelligence artificielle, de cybersécurité, comme celles de l'organisation d'une installation en libéral, en centre ou maison de santé, ou celles concernant les aspects managériaux, juridiques et éthiques de la profession. Apprendre la pratique du métier de médecin au quotidien de la consultation, de la visite à domicile, du bloc opératoire, de la salle de radiologie, du microscope de l'anatomopathologiste, de l'entretien psychiatrique et des autres spécialités ainsi que l'art d'exercer en équipe. Se renseigner sur la carrière hospitalière et le cursus universitaire, le tout dans un esprit de coopération interprofessionnelle initiée dès le début des études, apportant aux étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, sciences infirmières, kinésithérapie et odontologie), des bases de connaissances communes et partagées ;

Deuxièmement, l'importance de développer dans le cursus, outre le savoir-faire, l'apprentissage d'un savoir-être. Savoir écouter, expliquer, rassurer, tout comme savoir annoncer un diagnostic difficile, sont des qualités indispensables à l'exercice d'une bonne médecine, tout comme savoir partager et manager ;

Troisièmement, la variabilité des qualités requises qui diffèrent selon que l'étudiant se destine à un exercice tel que la médecine générale, à la recherche dans un laboratoire, à la chirurgie ou à la médecine de santé publique. Une formation pratique uniforme encore très hospitalo-centrée au sein des centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant qu'externe, puis interne, ne permet pas de répondre concrètement à cette diversité d'exercice. L'universitarisation d'autres lieux de pratique, de coopérations et d'échanges interprofessionnels s'impose donc comme un élément essentiel visant à couvrir tous les aspects d'un exercice sanitaire global et partagé.

Source : Académie nationale de médecine, Rapport n° 25-04 du professeur Guy Vallancien, « La formation médicale initiale ».

(1) Frédérique Vidal, édito, in « Ma santé 2022, un engagement collectif », 18 septembre 2018.

B. LE SABORDAGE DE DISPOSITIFS PROMETTEURS

1. Le Conseil national d'appui, un outil spécifique au traitement des problématiques des étudiants en santé

Ainsi que vos rapporteurs l'ont indiqué, le rapport Marra avait recommandé l'institution d'un **Centre national d'appui (CNA) à la qualité de vie des étudiants en santé** afin d'apporter une **réponse systémique** à leurs **problématiques spécifiques** de qualité de vie.

a. Des débuts intéressants

En mai 2019, les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé ont confié l'installation du CNA au docteur Marra, à charge pour elle de mettre en place une « gouvernance légère, indépendante et souple », qui devait en premier lieu **proposer des formations et des recommandations** à destination des formateurs, des responsables d'enseignements et des représentants d'étudiants, visant à **développer la qualité de vie des étudiants en santé**. Il était aussi chargé de favoriser et participer à la recherche dans ces domaines, de contribuer à l'évaluation de l'impact des politiques d'enseignements et de leurs réformes sur la qualité de vie des étudiants en santé et d'accompagner et faire le lien entre des interventions menées dans toute la France pour diffuser les bonnes pratiques et développer des synergies.

Selon les éléments recueillis, le CNA formera en moins de deux ans quelque 2 100 enseignants et représentants d'étudiants et d'internes au cours de seize sessions, organisera plusieurs séminaires et tables rondes, seul ou en collaboration avec la Conférence des doyens – notamment sur la bientraitance et la maltraitance dans les études de santé, la qualité de vie et la crise sanitaire, ou encore sur les structures d'accompagnement. Un site web ainsi qu'une plateforme d'appels (numéro vert) seront mis en place. Une étude nationale sur la pandémie de covid-19 et ses répercussions sur les étudiants sera lancée, et fera l'objet de plusieurs publications. Les résultats donneront aussi l'opportunité au CNA d'exprimer un certain nombre d'alertes et de recommandations spécifiques et de formuler de nouvelles propositions, en particulier sur les problématiques de suicide ou la **marchandisation du mal-être des étudiants en santé**. Enfin, un réseau des structures d'accompagnement des étudiants en santé a été constitué, ainsi que quatre groupes de projets sur l'évaluation de la qualité de vie des étudiants en stage, la maltraitance/bientraitance ou le développement de structures locales d'accompagnement des étudiants.

b. L'approche de plus en plus restrictive du gouvernement

Pour autant, dès septembre 2021, les ministères de tutelle suspendirent le centre, en annonçant la nécessité « *de formaliser et de faire évoluer les missions jusqu'ici assurées par le CNA* », lesquelles seraient désormais **partie intégrante du plan national d'action contre les violences sexistes et sexuelles dans**

l'enseignement supérieur et assumées directement par une équipe intégrée de la DGESIP et de la DGOS. Il était précisé qu'il s'agissait de « **développer un dispositif encore plus opérationnel sur le terrain, plus transparent, plus lisible et accessible à tous** ».

Pour la DGESIP et la DGOS, **le CNA n'a pas été supprimé** (1), il a simplement évolué – étant rebaptisé pour l'occasion « **Coordination nationale d'accompagnement des étudiants en santé » (CNAÉS)** – et ses missions renforcées. En fait**, le dispositif a été fortement recentré sur les problématiques de prise en charge des étudiants en situation de souffrance** au niveau des établissements – définition des procédures de signalement, élaboration d'un vadémécum à disposition des équipes et des étudiants décrivant les démarches à accomplir, formation et sensibilisation des équipes de terrain sur les enjeux de la lutte contre les VSS, prévention et repérage des situations de souffrance et d'épuisement professionnel.

Dans un second temps, le dispositif a une nouvelle fois été révisé pour être élargi à **l'ensemble des étudiants**, et non plus seulement des étudiants en santé, les attributions de la **CNAÉS** passant en décembre 2023 à une nouvelle entité dénommée « **Coordination nationale d'accompagnement des étudiantes et étudiants** » (**CNAÉ**), plateforme gratuite et confidentielle d'écoute, d'accompagnement, d'information et de signalement (2). Pour les ministères, c'est désormais le point de contact de référence pour **tous les étudiants, quelles que soient les études qu'ils suivent**, éprouvant une situation de mal-être, étant ou ayant été confrontés à des situations violentes ou discriminatoires, et qui recherchent une aide concrète sans forcément savoir à qui s'adresser en priorité.

La DGESIP considère que, au final, le dispositif a été consolidé, qu'il est mieux assumé et que si la CNAÉ a élargi le périmètre à l'ensemble des étudiants, cela n'a pas pour autant dégradé la proposition faite aux étudiants en santé. Les responsables de l'association « *En avant toute(s)* » indiquent à ce propos à vos rapporteurs que la sous-catégorie des étudiants qui appellent le plus la plateforme demeure les étudiants en santé. Ils indiquent que les liens avec les organisations étudiantes et avec des partenariats spécifiques aux étudiants en santé sont restés plus forts qu'avec les autres étudiants et permettent de fait un traitement différencié. À ce propos, la DGESIP précise que les étudiants en santé appelants représentent environ 10 % du total, en cohérence avec leur part dans la population étudiante globale.

c. La disparition du traitement des spécificités reconnues aux études de santé

Force est pourtant de s'interroger sur la logique de l'évolution du dispositif conduite par les pouvoirs publics, dans la mesure où elle fait peu de cas

---

(1) Le rapport de l'IGAS/IGÉSR précité parle néanmoins de « la disparition du CNA *».*

(2) La CNAÉ est confiée à l'association « En avant toute(s) *», qui mobilise psychologues et travailleurs sociaux qui orientent le cas échéant les étudiants vers une prise en charge plus poussée et adéquate en fonction des problématiques exprimées.*

des différentes spécificités participant des difficultés des étudiants en santé qui ont un impact sur leur qualité de vie : Loin de se limiter à des problématiques de VSS, celles-ci ont en effet une **dimension systémique dont les déterminants sont pour partie structurels**, tenant à la formation, au mode de sélection, aux conditions de stages, dans lesquelles ne sont pas seulement en cause, loin de là, des problématiques de VSS et de harcèlement, *cf.* le non-respect trop fréquent de la réglementation en matière d'horaires de travail, pour ne citer que cet aspect. D'autres facteurs tiennent également aux **difficultés de l'hôpital public**, au **manque de formateurs et d'encadrants**, **à l'essence même des études de santé**, par nature stressantes. Cette **pluralité de causes**, identifiée dans de nombreux travaux, dont le rapport Marra à l'origine du CNA, **justifiait que les réponses soient également plurielles et complémentaires. La restructuration des dispositifs, telle qu'elle est intervenue, ne peut qu'entraîner la dilution de la prise en compte des problématiques spécifiques des étudiants de santé**.

C'est la raison pour laquelle, quelles que soient les difficultés ou raisons qui ont pu justifier la suppression du CNA, **vos rapporteurs se demandent si les deux ministères ont été à la hauteur des enjeux**. Pour un certain nombre d'observateurs interrogés par vos rapporteurs, les travaux de la mission Marra avaient précisément eu le mérite de **rendre visible la question du bien-être des étudiants en santé** et de **faire émerger des réponses aujourd'hui largement admises** : évaluation des stages, formation des encadrants, dispositifs d'écoute, prévention des RPS et accompagnement des étudiants en difficulté. La Conférence des doyens estime ainsi que **le CNA avait donné une impulsion** et apporté des ressources utiles, et que **sa disparition a réduit la lisibilité du pilotage national**. Aujourd'hui, des dispositifs locaux ont pu se développer dont la visibilité, l'accessibilité et l'évaluation demeurent inégales, de sorte que le bilan apparaît contrasté.

De la même façon, les syndicats d'étudiants **regrettent la brièveté de l'existence du CNA** qu'ils considèrent avoir été une initiative intéressante en **matière de coordination nationale**, même si la centralisation jugée excessive du pilotage pouvait limiter son efficacité opérationnelle, la coordination étant un aspect qui a aujourd'hui disparu.

d. Un regard mitigé sur les dispositifs de prise en charge des problématiques de santé mentale

Au demeurant, s'agissant de la seule **prise en charge des problématiques de santé mentale**, le ressenti des représentants de plusieurs syndicats auditionnés est **réservé quant au rôle joué par la CNAÉ**. Il s'agit certes d'un dispositif qui, *a priori*, peut être pertinent, mais qui en pratique, selon eux, **se révèle assez inefficace, le manque de moyens humains et financiers entraînant une disponibilité restreinte**. Certains jugent aussi le pourcentage de réponses aux appels « ridicule » et font état de retour d'internes encore plus en détresse après avoir appelé la CNAÉ, qui soit ne répond pas, soit apporte une réponse inadaptée

ou insuffisante (1). Selon les précisions qui ont été communiquées à vos rapporteurs, environ 10 % des appels enregistrés concernent des étudiants en santé, en cohérence avec leur proportion dans la population étudiante. « *En avant toute(s)* » indique avoir observé une hausse de près de 20 % en 2024/2025 des appels des étudiants en santé par rapport à l'année précédente, progression confirmée depuis, les appels émanant moins d'étudiants en médecine que des autres filières de santé, réalité qui se vérifiait déjà du temps de la CNAÉS (2).

D'une manière générale, pour les syndicats, **beaucoup trop de choses sont mises en place sur lesquelles les étudiants n'ont pas de visibilité**, ni de recul nécessaire pour les apprécier. Ce type de dispositif est une ressource additionnelle entre tout ce qui existe, mais finalement peu utile dès lors que cela suppose un travail d'orientation préalable et que le moment où les étudiants ont besoin d'y avoir recours n'est précisément pas le plus propice à cette démarche (3). Pour la DGESIP, les étudiants en santé ont surtout recours à ce dispositif lorsqu'ils souhaitent se confier à des structures extérieures aux établissements.

Pour les syndicats, **l'expérience montre que**, en matière de santé mentale, **les dispositifs les plus efficaces sont ceux qui reposent sur un ancrage local**, permettant un **dialogue direct entre étudiants, syndicats, facultés et établissements**. De leur point de vue, à ce jour, la prise en charge des signalements repose principalement sur les **syndicats locaux** (via des dispositifs de type SOS internes), certains dispositifs associatifs ou encore sur la **médiation nationale.** Dans cet ensemble, les organisations étudiantes indiquent assurer une part importante du soutien aux étudiants en difficulté, les facultés et les employeurs hospitaliers apparaissant souvent peu mobilisés et peu réactifs, les créneaux disponibles de la médecine du travail et des services de santé universitaire restant limités.

---

(1) Une question écrite, n° 8316 du 8 juillet 2025, de M. Denis Fégné, député PS des Hautes-Pyrénées, alertait le ministère « sur les graves dysfonctionnements de la Coordination nationale d'accompagnement des étudiants (CNAE) *» et faisait état de « nombreuses alertes et remontées des parties prenantes de terrain (professionnels de santé, acteurs associatifs et représentants étudiants) » n'ayant cependant entraîné aucune évolution structurelle.*

(2) Selon les informations communiquées par la DGESIP, s'agissant spécifiquement des données relatives aux filières santé sur l'année 2025, 2 712 appels ont été enregistrés, dont 492 proviennent d'étudiants en filières santé (médicale et paramédicale), représentant ainsi 18,14 % des appels totaux. Parmi ces 492 appels, 105 concernent des étudiants en médecine, soit 3,87 % du total, tandis que 387 appels émanent d'étudiants en filières paramédicales, ce qui correspond à 14,27 % des appels globaux

(3) Nonobstant, l'association indique à vos rapporteurs avoir observé une hausse des appels des étudiants en santé à la CNAÉ de près de 19 % en 2024/2025 par rapport à l'année précédente, cette tendance se maintenant depuis le début de l'année 2026.

Le dispositif de conciliation et de médiation nationale

La conciliation au sein des établissements est le préalable à la saisine de la médiation. Le processus de conciliation vise à rapprocher deux parties qui rencontrent des difficultés relationnelles impactant la qualité de vie et des conditions de travail, en vue de parvenir à un accord amiable dont la nature ne nécessite pas l'engagement d'une procédure judiciaire. L'intervention d'un tiers conciliateur, souvent issu du même établissement, consiste à proposer des solutions à ces professionnels et à rechercher un accord sous la forme d'un arrangement ou d'un compromis. Le tiers conciliateur peut également exercer dans un autre établissement, soit au sein du GHT dont il dépend, soit par la sollicitation d'un dispositif de conciliation d'un établissement voisin. Le conciliateur, formé, est soucieux du respect de valeurs telles que l'écoute, la bienveillance, la neutralité, l'impartialité, l'équité et la confidentialité.

La médiation « *s'entend de tout processus structuré, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord, en dehors de toute procédure juridictionnelle en vue de la résolution amiable de leur différend, avec l'aide d'un tiers qui accomplit sa mission avec indépendance, impartialité, neutralité, équité, en mettant en œuvre compétence et diligence. La médiation est soumise au principe de confidentialité.* » Elle « *s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie soit des personnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles* » du même établissement hors conflits sociaux et différends relevant d'autres instances.

La médiation est organisée aux niveaux régional ou interrégional et national. La saisine du médiateur régional ou interrégional n'est ouverte que lorsque le différend n'a pu être résolu dans le cadre d'un dispositif local de conciliation.

Le médiateur national peut être saisi soit par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales, ou lorsque l'examen d'une saisine au niveau régional ou interrégional n'a pas abouti.

Source : Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, et https://sante.gouv.fr

2. Vie et mort de l'Observatoire national de la qualité de la vie au travail

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail avait prévu la mise en place d'un **Observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé (ONQVT)** destiné à **proposer des orientations stratégiques** en s'inspirant des initiatives étrangères faisant référence, et à **produire des contributions opérationnelles** pour aider les professionnels de santé à améliorer leurs pratiques. Composé **d'experts scientifiques de divers champs** (psychologie du travail, sociologie des organisations, management des ressources humaines, médecine du travail, santé mentale…), aux **expériences et origines professionnelles variées** (universitaires, praticiens libéraux et hospitaliers, chefs de service, cadres de santé, consultants, formateurs, chargés de mission…), associant à ses travaux l'ensemble des organismes impliqués sur ce thème, l'observatoire était chargé d'**organiser une conférence de consensus** réunissant le Conseil supérieur de la fonction publique

hospitalière (CSFPH), les organisations syndicales de praticiens hospitaliers, les conférences de présidents de CME et de directeurs, pour **renforcer l'approche collective, partagée et pluriprofessionnelle, sur les problématiques de qualité de vie au travail et de risques psychosociaux**. Installé en juillet 2018 sous la présidence du **professeur Philippe Colombat**, l'ONQVT a mené de nombreuses actions en dix-huit mois : organisation de colloques, mise à disposition des professionnels de santé de documents opérationnels et production de recommandations.

Pour les membres de l'Observatoire, les **problématiques de management sont centrales dans le mal-être des professionnels de santé**, elles ont des effets sur les personnels eux-mêmes comme sur la qualité des soins. Il y a des **causes individuelles**, pour lesquelles des **outils de prévention** sont à mettre en œuvre, et des **causes collectives**, autour de la **charge de travail** et des **conflits interpersonnels** et sur le **management**. Dans cette optique, il importe de ne pas dissocier les déterminants de la souffrance au travail des internes de ceux de la souffrance au travail des soignants en général.

Le mal-être des étudiants en santé, une problématique de santé publique

« Le mal-être chez les étudiants en santé est une **problématique de santé publique** qui connaît une prise de conscience de la part des pouvoirs publics depuis quelques années. Les étudiants en souffrance aujourd'hui constitueront peut-être la prochaine génération de professionnels médicaux en SEPS (1). La description et l'analyse de cette problématique au sein de l'UFR médecine de l'université de Tours a permis de communiquer sur le sujet, dans l'objectif de **lever le tabou et le sentiment de stigmatisation** dont se sentent atteints les étudiants en souffrance, de leur montrer qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation. **Des changements organisationnels et sociétaux sont à intégrer par tous, les enseignants et les seniors devant identifier et accepter les différences entre leur génération et les nouvelles, davantage en quête de bien-être et de qualité de vie au travail**. »

Source : Coralie Hermelet, Philippe Colombat et al., « Prévalence et marqueurs de risques d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé : PréMaRADES », La presse médicale, 2018.

D'où la réflexion et les propositions sur la **promotion d'un modèle d'organisation du travail permettant de diminuer la souffrance des soignants** et la recommandation, notamment, du lancement d'un important **programme de formation des managers de la santé**, tendant à **faire évoluer le management de proximité** et la gouvernance des établissements vers un **management participatif et bienveillant**, comme le professeur Claris le recommandera dans son rapport. Cela appelle, selon ses promoteurs, un **changement culturel profond**, un changement de paradigme, requérant une **formation obligatoire**, un **accompagnement des managers de la santé**, une **évolution pédagogique de la formation**. Ces évolutions doivent concerner la **formation initiale et continue** des cadres de santé et des directeurs d'établissements, ainsi que des médecins amenés au cours de leur

(1) SEPS : Syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

carrière à exercer des responsabilités managériales, que ce soit au sein d'unités de soins, de services ou de maisons de santé pluriprofessionnelles.

3. L'objectif de la qualité de vie au travail perdu de vue ?

En novembre 2021, faute d'obtenir des réponses de la part du ministre de la santé à leurs différentes propositions, le professeur Colombat et deux experts démissionnaient de l'Observatoire en **dénonçant une situation pire que jamais à l'hôpital**, malgré les engagements du Ségur de la santé.

Alors même, jugent-ils dans une tribune (1), que la qualité de vie au travail des soignants a officiellement été reconnue comme un déterminant de la qualité des soins, que certaines avancées récentes en faveur d'une nouvelle gouvernance, d'un management participatif et de la formation obligatoire au management des personnes nommées à des postes à responsabilité, méritent d'être saluées, tout semble désormais arrêté et « *les faits actuels apparaissent en totale contradiction, eu égard à ces engagements, qui ressemblent à des promesses largement non tenues* » : la stratégie nationale de la qualité de vie au travail des soignants semble n'être que rhétorique, « *les postes évoqués dans le Ségur de la Santé ne sont pas arrivés* », « *la gouvernance gestionnaire a repris ses droits à l'hôpital* », « *les nombreuses productions de l'ONQVT n'ont donné lieu à aucun soutien ni accompagnement pour les diffuser, les implémenter et suivre la dynamique de retours d'expériences impulsée par l'Observatoire* » et « *le Centre national d'appui (CNA) créé en juillet 2019 pour proposer des solutions à la souffrance, désormais flagrante, des étudiants en santé a été supprimé* ». Or, deux des composantes de la qualité de vie au travail « *apparaissent essentielles au fil des études scientifiques : **la charge de travail et les facteurs organisationnels et managériaux**, eux-mêmes étroitement liés. La QVT est l'élément fondamental de la qualité et de la sécurité des soins. En son absence, c'est bien la situation sanitaire d'aujourd'hui et de demain qui est menacée* », concluaient-ils.

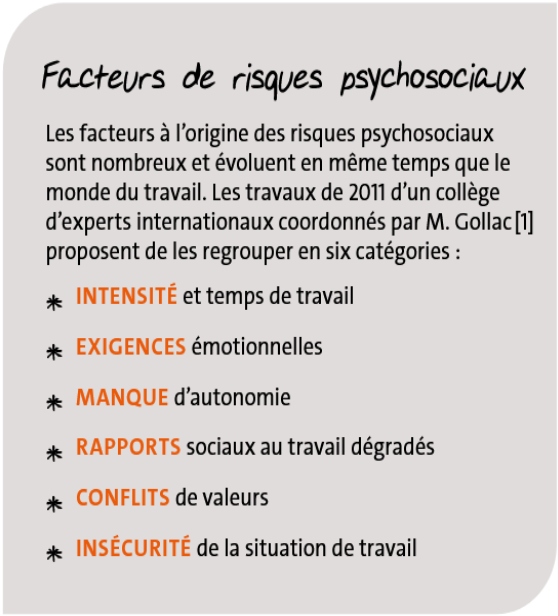
D'autres observateurs attentifs partagent ce sentiment et **jugent très sévèrement** le peu de prise en compte par le milieu hospitalier des différentes questions qui participent de la qualité de vie au travail par rapport à ce qui est fait dans les autres secteurs économiques et sociaux ou dans les grandes entreprises. Pour certains témoins, **l'hôpital a vingt ans de retard** et continue de vivre dans un univers où les **six facteurs identifiés de risques psychosociaux sont présents**, où les violences, le harcèlement, les humiliations, des rythmes et des temps de travail inimaginables ailleurs sont culturellement admis dans un silence coupable.

---

(1) *https://www.franceinfo.fr/sante/politique-de-sante/tribune-a-l-heure-du-burn-out-et-du-covid-la-rethorique-ne-suffit-plus-l-alerte-des-trois-experts-demissionnaires-de-l-observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des-soignants_4909199.html*

La notion de risques psychosociaux (RPS) désigne en France « **les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental** ».

Les conséquences sur la santé peuvent aller du trouble musculosquelettique à la dépression ou au suicide. Ces risques, d'origine multiple, exigent d'analyser les dimensions sociales, relationnelles et organisationnelles du travail, sans négliger la part subjective du rapport au travail.



Source : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS).

Pour la DGOS interrogée par vos rapporteurs, on ne peut dire que la qualité de vie des soignants ait disparu des radars, malgré la fin de l'Observatoire. Elle souligne à ce propos que les outils d'amélioration de la QVT continuent de se développer, en témoigne l'existence d'un réseau de référents au sein des ARS, mis en place à l'occasion du déploiement de la stratégie nationale pour permettre d'assurer la pérennité de la démarche, étant entendu que les ARS conduisent également d'autres projets visant par exemple à renforcer l'attractivité de certaines filières ou lutter contre les risques psychosociaux.

C. L'APPLICATION DES ENGAGEMENTS DES PARTIES PRENANTES

Comme vos rapporteurs l'ont indiqué , en 2013, l'une des recommandations du rapport final du groupe de travail « Conditions de travail des étudiants, internes et assistants » de la DGOS consistait à **finaliser le projet de charte des hôpitaux publics pour l'accueil des internes**, objet d'échanges entre les parties prenantes **sous l'égide de la FHF**, destiné à préciser les droits et obligations des établissements de santé pour améliorer les conditions de travail des internes, leur formation, leur temps de travail, leur accueil (accès aux crèches et restauration des hôpitaux). Cette charte était vue comme **un outil que les établissements de santé pourraient reprendre et s'approprier afin de favoriser les conditions d'accueil des internes** (1), qui pourraient être mieux informés de leurs droits, mieux orientés vers les interlocuteurs adéquats et disposer d'informations sur le fonctionnement des établissements.

(1) Pour les externes, une charte identique était en cours d'élaboration avec l'ANEMF.

1. Les chartes multipartites

Il convient tout d'abord de rappeler que les principes et propositions posés dans la charte initiale de 2014 ont été déclinés dans plusieurs autres chartes adoptées, précisées et actualisées au cours des années suivantes.

a. La déclinaison des engagements dans d'autres accords

Au cours des années suivantes, les thématiques partagées par l'ensemble des parties prenantes ont fait l'objet de nouvelles chartes, avec des objectifs similaires. Une « **Charte d'accueil des étudiants hospitaliers de second cycle dans les établissements publics de santé** » a ainsi été conclue en 2017. Elle est structurée en cinq thématiques complémentaires : l'accueil, l'encadrement, les conditions de stage, la bonne information des patients [(1)] et l'évaluation.

Dans une seconde étape, sera incluse l'**implication des territoires** dans ces chartes avec notamment la signature, à partir de 2019, de Régions de France et de l'Association des maires de France (AMF). En sus des thématiques initiales, les **problématiques d'hébergement** et d'**implication des étudiants dans les territoires** sont désormais abordées, dans la perspective de l'installation des futurs médecins, la qualité de l'accueil étant vue comme un élément crucial de l'attractivité.

Ainsi, **l'hébergement étant une condition du bon accueil des étudiants** dans les stages dans tous les territoires, « *les parties prenantes à la charte s'engagent donc favoriser l'hébergement territorial au travers des internats hospitaliers ouverts aux étudiants en santé en stage dans le territoire et des logements dont l'accès est facilité par les collectivités locales.* ». D'autres aspects sont précisés, tels le fait que « *les professionnels encadrant les étudiants pendant leur stage sont* ***formés au tutorat et la pédagogie****, et* ***disposent du temps nécessaire pour ce faire*** », ou encore l'engagement des collectivités à aider les lieux de stage, si besoin, dans l'équipement de connexion à haut débit.

Cette charte, désormais également signée par l'association des Départements de France, et sous l'égide du ministère de la santé, a été **actualisée et précisée en mai 2023** et complétée d'items portant par exemple sur l'action collective que les établissements et les étudiants peuvent mettre en œuvre pour **lutter contre les discriminations et les VSS** ou encore sur les conditions de stage. Si l'implication des collectivités territoriales visait initialement la question de leur attractivité, la deuxième version souligne également que « *les signataires concourent à la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux études de santé*. »

(1) Quant à la présence de stagiaires.

b. L'état de la question aujourd'hui

Malgré ce qui était spécifié dans la première des chartes, la FHF a indiqué à vos rapporteurs ne **pas procéder à un bilan national de leur application**. Elle s'attend néanmoins à ce qu'elles soient concrétisées sur le terrain et observe de ce point de vue que la question de l'accueil, pendant longtemps considérée comme secondaire, entre désormais clairement en ligne de compte. L'ambition de la Fédération est de **mettre en valeur l'ensemble des initiatives locales**, pas seulement celles des CHU, ce sujet participant directement de l'attractivité des stages et des territoires.

Selon la FHF, l'accompagnement des internes, et plus généralement des étudiants en santé, constitue aujourd'hui un **enjeu prioritaire pour les établissements** publics de santé, qui conditionnent à la fois la qualité de la formation, l'attractivité des établissements et la fidélisation des futurs praticiens. Elle estime que **les établissements sont largement engagés sur ces sujets**, la qualité de la formation étant indissociable des conditions de vie et d'exercice offertes aux internes : respect du temps de travail, effectivité des repos, qualité de l'encadrement, conditions d'hébergement ou encore intégration dans les équipes de soins sont autant de leviers qu'ils actionnent, et **de nombreuses bonnes pratiques se développent sur le terrain** que la FHF s'attache à identifier, primer et valoriser.

Quelques exemples de démarches innovantes dans différents centres hospitaliers

Le CH des Pays de Morlaix, pour son projet accompagnement, formation et cohésion intergénérationnelle alimenté à chaque session par les attendus et le retour des internes (pour la qualité de la formation et de l'accompagnement individualisé avec du tutorat).

Le CH de Cadillac, pour l'organisation d'un accueil original des nouveaux internes, au sein d'une réflexion destinée à améliorer l'attractivité de l'établissement, avec un *escape game* proposé à l'occasion de la journée d'accueil des internes.

Le CH du Cotentin pour les démarches menées avec les collectivités pour renforcer l'accueil des internes sur le territoire.

Le CHU de Dijon pour son projet « les gardiens de la PUI [(1)] » de simulation de garde hospitalière à partir de situations réalistes, afin de former et préparer les internes en amont des gardes, leur permettant de les aborder avec davantage de sérénité.

Le CH de Créteil pour la mise en place de l'application « InternApp », qui permet aux internes d'avoir à portée de main l'ensemble des informations nécessaires à leur rentrée et tout au long de leur internat, facilitant ainsi l'accès à l'information et améliorant leur intégration dans les services et plus largement au sein de l'hôpital.

Source : Communication de la FHF à vos rapporteurs.

(1) Pharmacie à usage intérieur.

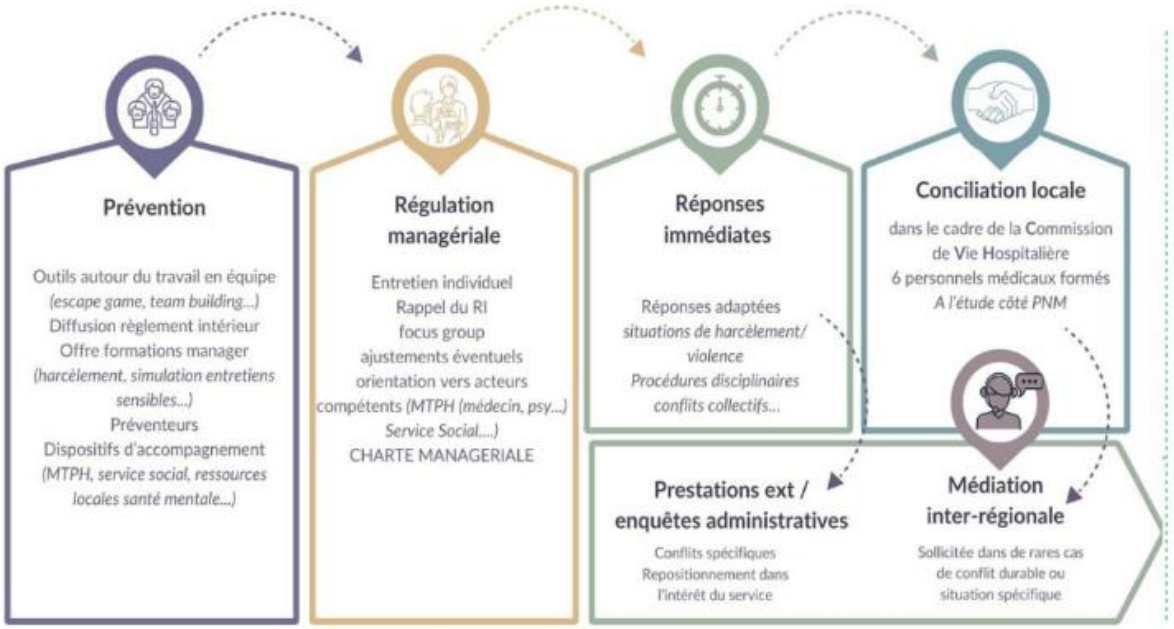
Pour autant, elle rappelle que chaque établissement est distinct, dans son organisation et sa gestion, et évolue dans un **contexte qui lui est propre**, les réalités variant fortement d'un territoire à l'autre, rendant difficile de porter une appréciation uniforme sur l'application des chartes à l'échelle nationale. En outre, ces enjeux doivent être replacés dans **le contexte des profondes transformations de la formation médicale ces dernières années** aux termes desquelles les établissements ont dû absorber plusieurs évolutions majeures : augmentation très significative du nombre d'internes accueillis avec la fin du *numerus clausus*, réforme du troisième cycle des études médicales, évolution des maquettes de formations, etc. Cette période de transition a nécessité un **important travail d'adaptation et de modification des organisations** pour que les établissements accroissent leurs capacités de formation tout en garantissant un accueil de qualité et un niveau élevé d'encadrement. Dans ce contexte, certains sujets ont parfois pu être plus difficiles à traiter partout avec la même intensité mais les établissements poursuivent leurs efforts.

2. La mise en œuvre des engagements des CHU

Dans le cadre du questionnaire qu'ils ont adressé aux CHU, vos rapporteurs leur ont demandé ce qu'il en était de la mise en œuvre de ces engagements.

Tous les établissements qui ont répondu – 15 sur 33 – indiquent être effectivement mobilisés sur ces sujets, moyennant diverses modalités. Les **CHU d'Angers** ou **de Nancy** ont par exemple mis en place une **commission QVT**, présidée par la vice-présidente de la CME et un dispositif d'écoute est mis en place auprès du service de santé des étudiants, renforcé par un psychologue. Par ailleurs, un **programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail** (PAPRIPACT) est réalisé par pôle et par service pour améliorer la prise en compte des questions de risques psychosociaux.

À Lille, six praticiens ont été formés à la conciliation et une formation à la gestion des conflits est ouverte à l'ensemble des professionnels médicaux et un dispositif institutionnel a été mis en place est déployé pour traiter ces problématiques. La commission « vie hospitalière » travaille à l'amélioration des conditions de travail qui est une priorité du projet social de l'établissement, et elle rend compte chaque année à la CME.



Source : CHU de Lille.

Des **dispositifs de signalements des risques psychosociaux** ont été instaurés au **CHU de Bordeaux** qui ont permis de faire remonter des situations problématiques. Les formations suivies par les managers médicaux sont jugées avoir un effet très positif sur leur capacité à se saisir des enjeux, mais en revanche, les internes et étudiants **ne se saisissent pas encore comme ils le devraient des dispositifs de signalement**. Le **CHU de Caen** dresse également un **bilan nuancé**, jugeant que la notoriété des dispositifs auprès des internes et des externes demeure perfectible, du fait de la rotation semestrielle et de la brièveté de la présence sur un même terrain de stage. La répétition de l'information à chaque semestre et la présence des acteurs de la prévention au plus près des services est un impératif. Le **CHU de La Réunion** indique que la prévention des RPS et la promotion de la QVT figurent dans chaque contrat de pôle et doivent se traduire par des actions concrètes au sein des services. Des ateliers de sensibilisation sont proposés aux référents des filières et, en complément, des tiers de confiance participent au dispositif d'écoute, de signalement et de conciliation à différents niveaux au sein de l'établissement. Plusieurs établissements indiquent de même disposer de **cellules de conciliation internes** pour répondre aux enjeux d'amélioration de la qualité de vie au travail et des conditions de travail. Elles associent souvent psychologues et service de santé et reposent fréquemment sur des actions de formation. C'est ainsi le cas au **CHU de Rennes**.

Un exemple : la politique de qualité de vie au travail au CHU de Nice

La politique QVCT est ancrée dans les priorités du projet d'établissement « Stratégie 2030 », dont le volet social comporte deux axes visant à « Fédérer autour de valeurs communes et d'une politique sociale ambitieuse » et à « Promouvoir la qualité de vie et des conditions de travail ».

La prise en compte de la santé et sécurité des professionnels, tant individuellement que collectivement, est une priorité du projet social du CHU. L'ensemble des professionnels et des étudiants sont inclus dans les actions menées dans l'établissement : lancement des États généraux de la santé en janvier 2026 avec quatre actions prioritaires ; mise en œuvre d'un baromètre social (mai 2026) ; évaluation des impacts de l'organisation du travail sur la santé physique des professionnels ; évaluation extérieure des risques psycho-sociaux ; formation des encadrants à la prévention des risques professionnels ; prévention des conflits et violences et soutien effectif aux équipes ; diffusion d'un guide de prévention et de gestion des situations de violences ; prise en charge graduée des difficultés interpersonnelles ; articulation avec le service de prévention et de santé au travail ; mise en place d'une commission de conciliation à l'échelle du GHT ; prévention des situations de harcèlement, des discriminations et des VSS ; rédaction d'une procédure relative aux enquêtes administratives ; dispositifs d'alerte institutionnels ; vidéoprotection, équipe mobile sécurité ; accompagnement des professionnels (dispositif ACTE, ligne d'écoute, etc.).

Les étudiants en médecine bénéficient également de la politique QVCT du CHU : politique logement avec conventionnement avec des bailleurs ; offre de places d'accueil du jeune enfant (crèches hospitalières et partenariat avec une crèche privée) ; forfait mobilité durable et actions en faveur des mobilités durables (parking à vélos, promotion du covoiturage, participation à la prise en charge des abonnements de transport en commun, etc.) ; actions du département de santé publique en faveur des professionnels.

Le CHU de Nice a adopté une charte managériale en juin 2026 et a formé l'ensemble des chefs de pôles lors de leur nomination en janvier 2024. Une formation complète au management sera prochainement proposée aux nouveaux chefs de service.

Source : communication du CHU de Nice.

Dans le même esprit, le **CHU de Saint-Étienne** mène une action variée en direction des étudiants, qui comporte des actions de prévention des risques psychosociaux et d'amélioration de la qualité de vie au travail des étudiants et internes, fondée sur l'évaluation régulière de leur situation, des dispositifs de soutien et des actions de prévention ciblées. Les travaux menés dans le cadre d'un baromètre santé des internes ont permis de mettre en évidence une dégradation importante de la santé psychique des étudiants et des internes entre 2021 et 2025, même si les taux de participation assez faibles (33 % chez les étudiants et 20 % chez les internes) invitent à interpréter ces résultats avec prudence. Des dispositifs d'accompagnement ont été instaurés : cellule médico-psychologique, activités sportives, cellule de signalement et dispositifs d'écoute et d'orientation. La politique de QVT prend également en compte les conditions de vie des internes, notamment à travers une politique d'attribution des logements à l'internat et des

places en crèche reposant sur des critères de priorité intégrant les contraintes personnelles et géographiques.

D. UN PREMIER BILAN DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES

1. Cinq ans de Plan national

Le **plan national a couru sur la période 2021-2025** et un bilan vient d'être réalisé par le ministère et les différentes parties prenantes, dont les résultats ont été communiqués à vos rapporteurs par la DGESIP, qui a précisé, lors de son audition, qu'une nouvelle stratégie était à l'étude. La DGOS, associée à ces travaux depuis la fin de l'année dernière, permettra de renforcer l'attention sur la situation des étudiants en médecine.

Il ressort de ce bilan que, en matière de **formation et de sensibilisation de l'ensemble de la communauté de l'enseignement supérieur et de la recherche,** près de 140 sessions de formation (enquêtes administratives, procédures disciplinaires) ont été proposées depuis 2021 aux établissements d'enseignement supérieur et de recherche, publics et privés. Réalisées par les réseaux VSS-Formation, l'AVFT, Jurisup et la mission permanente de lutte contre les VSS de l'IGESR, ainsi que par l'association En avant toute(s), elles ont permis de former près de 5 200 personnes. Des outils de sensibilisation (fiche-réflexe pour les victimes et témoins de VSS) ont également été mis à disposition, ainsi qu'un guide de traitement des signalements à destination des gouvernances des établissements. En 2023, un module de formation pour les étudiants, a été mis à disposition de cent établissements.

La **prévention des violences en milieu festif** a fait l'objet de mesures de renforcement : depuis 2022, un **kit de prévention** est disponible, destiné aux associations étudiantes, organisateurs d'événements et établissements, comprenant un guide, une charte d'engagement, une fiche descriptive des événements et une fiche-réflexe. Depuis 2024, il prend en compte de nouveaux éléments, relatifs aux liens entre consommation d'alcool et de cannabis et violences sexuelles, mis en évidence par les travaux de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

En matière de **renforcement des dispositifs de signalement,** une mission permanente dédiée aux VSS a été instaurée au sein de l'IGÉSR, pour offrir soutien, expertise et conseils aux établissements. Deux modules de formation, dispensés sous forme de webinaires, ont été élaborés, l'un portant sur les enquêtes administratives susceptibles de suites disciplinaires, et l'autre destiné aux gouvernances d'établissements. En complément, le ministère soutient la coopération entre les acteurs dans la lutte contre les VSS au sein des régions académiques. Depuis 2024, les équipes des rectorats ont été renforcées avec la création de 37 postes de coordination chargés, sous l'autorité des recteurs de région,

de deux missions complémentaires : la lutte contre les VSS et le bien-être des étudiants. Il s'agit de répondre aux besoins des établissements, d'assurer un maillage territorial efficace, de promouvoir la cohérence et l'uniformité des pratiques, et de garantir l'objectivité et la transparence des procédures.

Le **volet communication** du plan, traduit par l'élaboration d'une cartographie au niveau national et local des cellules d'écoute existantes ; plus de deux cents dispositifs sont aujourd'hui renseignés sur le site. En 2022, une campagne de communication sur le consentement sexuel (« Sans oui, c'est interdit ») a été lancée en partenariat avec l'association *Sexe & Consentement* et le média *Konbini* et relayée au niveau des établissements. Elle est relancée chaque année. En septembre 2025, une campagne a également été lancée avec la Fédération nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF), avec un site internet dédié, des affiches, des visuels pour les réseaux sociaux et l'expérimentation d'un jeu de cartes.

Enfin, deux appels à projets ont été lancés en 2022 et 2023, visant à encourager et soutenir l'engagement des étudiantes, étudiants et personnels dans la lutte contre les violences sexistes et sexuelles. 86 projets ont été retenus et ont bénéficié d'un financement total de 870 000 €. La DGESIP indique que, d'une manière générale, le ministère a intensifié et structuré son soutien aux associations nationales spécialisées dans la lutte contre les violences sexistes et sexuelles et les LGBTphobies, dans une perspective pluriannuelle.

En complément, la DGESIP a indiqué que deux appels à projets à destination des établissements d'enseignement supérieur et de recherche ont été lancés entre 2021 et 2022 pour soutenir les établissements dans le renforcement de leurs dispositifs de signalement. Au total, plus de 90 projets ont été financés à hauteur de 1,65 M€. Le ministère a également encouragé la création de réseaux d'établissements pour mutualiser leurs politiques d'égalité et de lutte contre les VSS.

2. L'action des facultés de médecine

Selon la Conférence des doyens, le plan 2021-2025 **a effectivement conduit les universités à renforcer les cellules de signalement**, ainsi que les actions de sensibilisation, la formation des personnels et les procédures disciplinaires. Il a également permis de renforcer la structuration des équipes présidentielles, avec des vice-présidences ou missions dédiées. **Dans les facultés de médecine, ces dispositifs ont progressivement été étendus aux stages hospitaliers**, les faits pouvant survenir dans un environnement relevant à la fois de l'université et de l'hôpital.

Aujourd'hui, le bilan montre une **meilleure identification des interlocuteurs et une prise de conscience accrue**. Pour autant, **les signalements restent très inférieurs aux faits déclarés dans les enquêtes**. Les perspectives sont de mieux articuler les procédures universitaires et hospitalières, de garantir

l’accompagnement des victimes, d’améliorer les délais de traitement et d’intégrer les VSS dans l’évaluation des terrains de stage.

En outre, de nombreuses facultés organisent elles-mêmes des formations sur les VSS, les discriminations, le consentement, la posture pédagogique et la **prévention des abus d’autorité**, qui doit combiner la formation initiale des étudiants, des rappels réguliers, des interventions en pré-rentrée, des procédures de signalement lisibles et des mesures de protection.

À ce propos, la Conférence des doyens considère qu’**une formation minimale devrait devenir obligatoire avant toute responsabilité durable d’encadrement**, et même concerner les étudiants, car les VSS peuvent aussi se produire entre pairs, et être **régulièrement actualisée** et associée à une charte précisant les comportements attendus, les procédures de signalement et les conséquences possibles en cas de manquement. Elles doivent en tout cas être aussi destinées aux responsables de terrain de stage, maîtres de stage, coordonnateurs, tuteurs et responsables pédagogiques.

Plusieurs sites ont d’ailleurs déjà engagé ce type de démarche, par exemple par la signature de chartes d’engagement en début de fonction pour les jeunes encadrants hospitalo-universitaires, par des formations spécifiques des chefs de clinique assistant (CCA) et assistants hospitalo-universitaires (AHU) et maîtres de stage universitaires, ou par l’intégration de ces thématiques dans les formations pédagogiques locales.

En 2021, dans le cadre d’une conférence de concertation, la Conférence des doyens a également mis en place un **plan d’action pour maîtriser les RPS des étudiants des formations de santé**.

Ce plan comportait cinq volets : réformer les structures générales pour faire de la maîtrise des RPS une réalité ; réorienter le cadre juridique du traitement des signalements ; améliorer le fonctionnement des stages ; sensibiliser à l’éthique et à la prévention des RPS dans le cadre de la formation pédagogique ; mettre en place de nouveaux outils au service des étudiants, articulés notamment avec la médecine du travail et les services de santé universitaire.

Ces cinq axes se sont traduits, selon les facultés, par la création ou le renforcement de cellules d’écoute, de référents bien-être étudiant, VSS et RPS, de dispositifs de mentorat, de partenariats avec les services de santé étudiante et la médecine du travail, ainsi que par des formations destinées aux étudiants et aux encadrants.

La conférence de concertation a été reconduite chaque année, avec un nombre de participants croissant. Celle prévue en octobre 2026 devrait comporter une journée complète de travail, consacrant une demi-journée aux RPS et une demi-journée aux VSS. Le format de l’édition 2026 repose sur une co-construction affirmée avec les représentants étudiants et les représentants institutionnels. La

formalisation des actes de cette journée et un recueil synthétique des propositions qui en émaneront sont également prévus.

Dans l'ensemble pour les doyens, cette dynamique a permis une progression réelle des sujets **même si le déploiement reste hétérogène** et que son impact doive être mieux évalué. Les modules de formation destinés aux étudiants de premier, deuxième et troisième cycles, définis par le professeur Colombat et des représentants de la conférence des doyens de médecine sont en cours de déploiement dans les facultés et via les collèges d'enseignants, avec des supports pédagogiques désormais disponibles en ligne pour toutes les UFR.

La conférence de concertation 2026 pourrait être l'occasion de structurer cette nouvelle étape, par exemple sous la forme d'un baromètre national des RPS et des VSS dans les formations de santé, d'une méthode commune d'évaluation des stages et du temps de travail, et d'un **référentiel de formation à la prévention des VSS et au management en environnement hospitalo-universitaire**. Pour les doyens, l'enjeu est de passer d'un plan d'orientation à une obligation de résultat mesurable, tout en laissant aux facultés la capacité d'adapter les solutions à leur contexte territorial.

S'agissant des formations, la conférence des doyens estime que la prochaine étape pourrait être de définir un socle commun de formation destiné aux responsables de stage, coordonnateurs, chefs de service et équipes facultaires, avec des indicateurs nationaux de couverture et d'efficacité. De nombreuses formations existent déjà ou sont en cours de mise en place à l'initiative des doyens, comme par exemple celles de maîtrise de stage universitaire hospitalière.

En matière de lutte contre les violences sexistes et sexuelles (VSS), **un plan d'actions a été lancé en janvier 2025 par le ministère de la santé**. Il s'appuie sur les résultats de deux enquêtes portées par le Conseil national de l'Ordre des médecins et l'Ordre national des infirmiers qui montrent qu'au sein du secteur de la santé, une professionnelle sur deux déclare avoir été ou être victime de VSS dans son parcours étudiant ou son exercice. Le ministre de la santé en a présenté les quatre axes visant à objectiver et suivre les situations de violence sexiste et sexuelle, lever les freins au signalement, renforcer l'efficacité des procédures et sensibiliser massivement à la lutte et à la prévention contre les VSS.

Un **ensemble de neuf mesures** est prévu, parmi lesquelles la mise en place d'un baromètre annuel pour mesurer l'ampleur du phénomène et suivre dans la durée l'impact des mesures engagées. La transformation de l'Observatoire national des violences en santé en coordinateur national contre les violences en santé doit lui donner un rôle plus opérationnel. Le plan prévoit encore le lancement d'une campagne nationale de communication, la mise en place de référents au sein de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT), à même d'intervenir en appui des enquêtes menées pour l'ensemble des établissements voire de les mener eux-mêmes.

Il est également prévu de **sensibiliser les étudiants en santé** et les professionnels de santé à la prévention et à la lutte contre les VSS, aussi bien dans leur formation initiale que dans leur environnement de travail, avec un focus particulier sur les personnes en position d'autorité (encadrements médicaux, soignants et administratifs ainsi que les maîtres de stage et les tuteurs).

La DGESIP a enfin précisé à vos rapporteurs qu'une phase de concertation était engagée avec les partenaires du plan afin d'identifier les mesures à consolider et de préparer une nouvelle feuille de route ministérielle. Des groupes de travail thématiques se sont réunis de mars à mai 2026, ce qui a permis d'ouvrir une phase de rédaction en mai-juin. Les perspectives de la stratégie de lutte contre les VSS ont pu être présentées lors de la Journée nationale des missions égalité de juillet 2026. Le budget associé à cette nouvelle étape est en cours de construction.

3. La lutte contre les VSS au sein des CHU

À lire leurs réponses au questionnaire, en matière de lutte contre les VSS, on constate que les CHU sont également loin de rester inertes.

Des **procédures de signalement** et de traitement des actes de violences, de discrimination, de harcèlement sexuel ou moral ou d'agissements sexistes sont souvent définies, avec la participation de professionnels dédiés. Parmi d'autres établissements, le **CHU Amiens-Picardie** indique que la **cellule « Alerte violences »**, créée en janvier 2022, dispose d'un effectif de quatre personnes – psychologue, juriste, attaché à la direction des ressources humaines et vice-présidente de la CME – chargé de réceptionner les signalements relatifs à toute forme de violence entre professionnels, recueillir la parole des personnes concernées, les orienter et formuler des propositions d'actions, dont elle assure le suivi. Des guides de signalement peuvent être édités et diffusés, et des référents ont parfois été désignés. Les dispositifs garantissent une écoute anonyme et gratuite. D'autres établissements, comme celui de **Dijon-Bourgogne**, ont plutôt axé leur action sur un effort de pédagogie, des actions de prévention et de sensibilisation de l'encadrement, et forts d'une expérience insatisfaisante, restent prudents quant à la mise en place d'une cellule d'écoute et de conciliation.

La formation des managers hospitaliers à la prévention à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

La prévention des sources de mal-être est une dimension intégrée à la formation des futurs managers hospitaliers. Ces derniers auront en effet à prévenir et traiter une diversité de problèmes managériaux tels que des conditions de travail dégradées, les risques psycho-sociaux et des situations de VSS, dans un environnement d'autant plus complexe qu'il intègre une très grande diversité de métiers, de statuts, etc…

Pour tous les élèves de l'EHESP un tronc commun interfilière est proposé dans les premières semaines de la rentrée, qui porte en plus des questions de santé publique sur des enjeux de prévention des violences et sexuelles et d'inclusion. Cela témoigne de l'importance de ces enjeux pour l'EHESP qui, dès les premiers jours de rentrée des élèves fonctionnaires, sensibilise les futurs cadres du système de santé sur leur rôle en matière de prévention de certaines formes de harcèlement (en l'espèce sexuel) et sur le management inclusif, respectueux de la diversité et des valeurs du service public.

Par ailleurs, la problématique des VSS fait l'objet d'une attention très particulière et c'est une approche très intégrée dans la formation. Depuis janvier 2024, une session obligatoire de sensibilisation à la prévention des violences sexistes et sexuelles est organisée lors de la rentrée commune des élèves.

Les interventions (d'une durée de deux heures) prennent la forme d'un spectacle de théâtre-forum, qui traite des violences sexistes et sexuelles dans le milieu professionnel. C'est un outil d'analyse et de déconstruction des systèmes discriminants conscients et inconscients. (…) Cette intervention permet de : Repérer et identifier les comportements et actions définissant le harcèlement sexuel environnemental ; Identifier les actes relevant du harcèlement sexuel et de l'agression sexuelle ; Comprendre comment accueillir la parole d'une personne victime ; Comprendre comment agir en tant que victime, témoin (collègue) et manager ; Repérer et identifier les comportements relevant du harcèlement sexuel.

Source : Isabelle Richard, directrice de l'EHESP.

Quels que soient les dispositifs institués, les établissements jugent important de développer une culture de prévention et de sensibilisation, avec des dispositifs accessibles, confidentiels et protecteurs, la libération de la parole restant un enjeu important.

II. DES CONDITIONS DE TRAVAIL TOUJOURS AUSSI ÉPROUVANTES

Les dernières enquêtes, comme les témoignages recueillis par vos rapporteurs, ne mettent en évidence **aucune évolution véritable ou significative** qui permettrait de conclure que les conditions de travail des étudiants en médecine ont connu une réelle amélioration ou soient sur le point d'en connaître.

En 2022, le rapport commandé à l'IGAS et à l'IGÉSR [(1)] faisait ainsi le constat que le sujet de la qualité de vie des étudiants en santé (QVES) restait d'une **actualité forte malgré la mobilisation importante** et que les **causes structurelles du mal-être se cumulaient**.

Pour les auteurs du rapport, entre autres facteurs, la situation de l'hôpital était en cause, offrant « *un* ***environnement plus dur et des conditions de travail dégradées*** *(plus de logements d'internat dans les établissements, stress, rythme accéléré par l'afflux de patients, hiérarchisation, absentéisme de soignants, perte de convivialité et d'esprit d'équipe, manque de pédagogie et d'attention de certains…) rendant plus difficilement supportables les horaires étendus, la charge de travail, la confrontation à la souffrance, la violence, la mort*. »

Si la majorité de ces constats concernent globalement l'ensemble des étudiants en santé, la **situation des internes en médecine présentait des spécificités** : une **pression très importante** (horaires extensifs, sensibilité et fragilité en fin de garde, connaissance et disponibilité des moyens de suicide) ; des **études longues** avec le sentiment de risquer de pouvoir tout perdre (impression « d'être dans un tunnel ») en cas d'échec à un examen ou de non-validation d'un stage ou d'un TP. Il en résulte un « pouvoir », présumé par les étudiants ou réel, des encadrants, chefs de service, maîtres de stage, chargés de TP pouvant conduire à des situations de maltraitance ; un **droit au remords ou changement de subdivision souvent difficiles à mettre en œuvre**, voire pouvant relever d'un parcours du combattant, la lenteur de certaines procédures pouvant être une source supplémentaire de stress et d'anxiété ; des **différences territoriales importantes**, entre l'Île-de-France où, en cas de problème au sein d'un service, il est possible de réaliser une mobilité interservices pour la même spécialité, et la province, où cette possibilité n'existe pas pour les étudiants en difficulté dans leur CHU.

A. PEU D'ÉVOLUTIONS SIGNIFICATIVES SUR LE TERRAIN

Cette analyse des inspections générales reste d'actualité et les facteurs qui participent du mal-être des étudiants sont toujours bien présents, malgré ce qui a pu être mis en œuvre depuis une quinzaine d'années. Les **syndicats d'étudiants en médecine** entendus par vos rapporteurs reconnaissent que, en termes de **pression subie**, les internes sont sans doute dans une meilleure situation que celle qui prévalait il y a vingt ans, car les mentalités commencent à changer lentement, à la faveur du rajeunissement des chefs de service.

Ils jugent que si de nombreux rapports publiés ces dernières années ont pu proposer des solutions et recommandations très louables, **leur impact est finalement beaucoup plus général et national que local**. Et **sur le terrain**, les acteurs ont parfois tendance à se renvoyer la balle et les étudiants ne voient pas d'amélioration concrète depuis plusieurs années, au point qu'ils jugent que leur

(1) « La qualité de vie des étudiants en santé (QVES) », rapport IGAS n° 2022-001R/IGÉSR n° 2022-120, juillet 2022, op. cit.

situation se dégrade fortement, quant à la charge de travail et à l'encadrement, considéré comme désormais insuffisant, notamment pour les externes.

1. À quand le respect strict du temps de travail ?

Malgré les dispositions prises depuis plusieurs années sur cette question centrale, le temps de travail des internes à l'hôpital dépasse encore très largement les limites légales.

Le respect du temps de travail selon l'ISNI

Le Quotidien : Vous avez pris la tête de l'Isni au moment où les internes dénoncent des semaines de 70 à 80 heures et le non-respect des temps de formation, quelles mesures concrètes voulez-vous obtenir en priorité sur le temps de travail ?

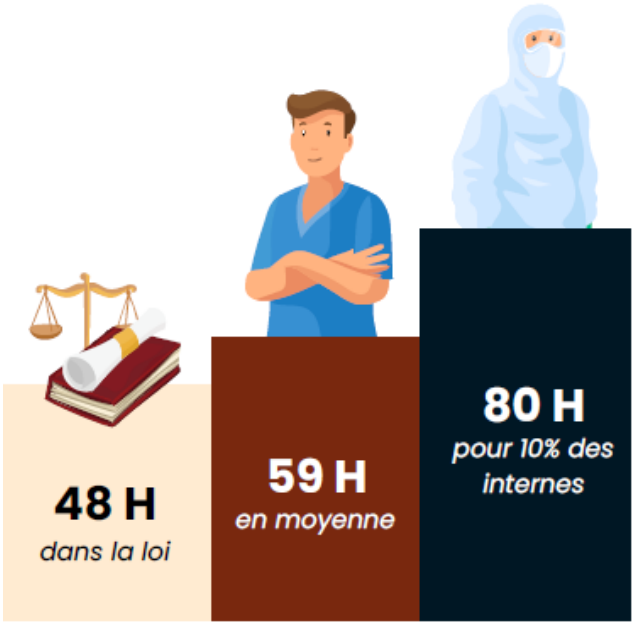
Achille Cassiot : Ça ne va pas assez vite ! Plusieurs plaintes ont été déposées au niveau national, notamment contre l'ensemble des CHU de France, mais les procédures avancent à des rythmes divers. Même dans les endroits où nous avons gagné, avec des médiations signées avec les établissements, leur mise en œuvre prend énormément de temps et le décompte du temps de travail horaire est difficile à mettre en place. Nous souhaitons donc augmenter la pression sur les établissements publics, quitte à relancer des procédures. Je rappellerai aussi qu'il faut défendre l'internat comme une formation. Ce n'est pas uniquement un poste de travail : c'est aussi un apprentissage. Notre rôle est de veiller à ce que la formation soit de qualité et complète partout sur le territoire, notamment avec suffisamment d'enseignants et d'administratifs pour accompagner l'augmentation du nombre d'internes qui va arriver.

Source : Le Quotidien du médecin, Entretien avec le nouveau président de l'ISNI, 8 septembre 2026.

Ainsi, selon la dernière enquête réalisée par les syndicats [(1)], les internes travaillent en moyenne **59 heures par semaine**. Déjà très au-delà du maximum légal de 48 heures et de huit demi-journées de stage, **cette moyenne est en fait de 80 heures pour un interne sur dix**. Selon les syndicats auditionnés par vos rapporteurs et selon d'autres témoignages, il n'est pas exceptionnel que certains internes effectuent encore aujourd'hui **jusqu'à cent heures de travail** hebdomadaires…

(1) ISNI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG et SNIO, Enquête temps de travail 2023.

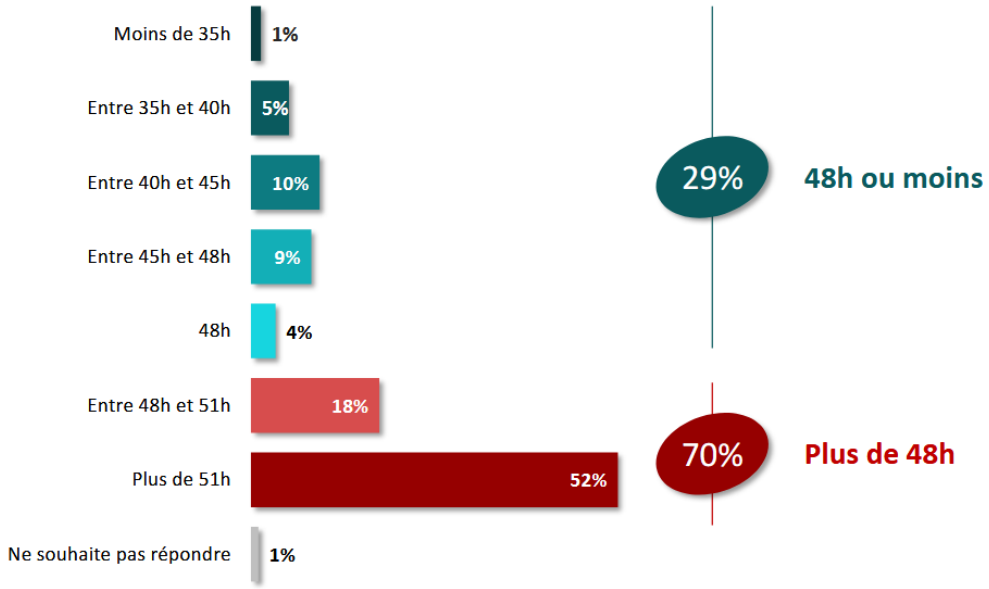
MOYENNE DU TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE



Source : ISNI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG et SNIO, Enquête temps de travail 2023.

Les résultats de l'enquête nationale menée par le ministère de la santé en 2021 au sujet du temps de travail des étudiants en médecine de 3e cycle (1) sont comparables, comme le met en lumière le diagramme ci-dessous, qui montre par exemple que **70 % des internes déclarent faire plus de 48 heures hebdomadaires,** 52 % dépassant 51 heures, hors demi-journée de formation en autonomie.

LE VOLUME HORAIRE DE TRAVAIL EFFECTUÉ PAR LES INTERNES



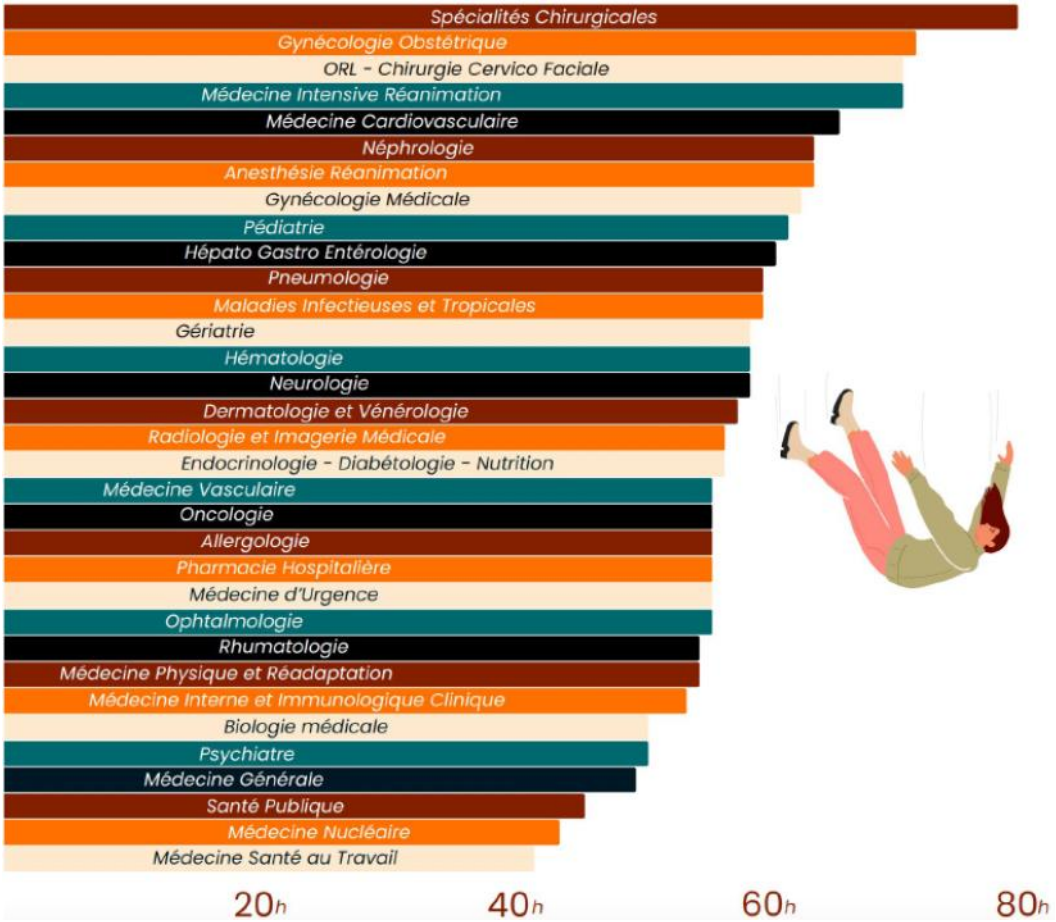
Source : Opinionway, Ministère des solidarités et de la santé, « Consultation sur le temps de travail des étudiants de 3e cycle », 15 novembre 2021

(1) Opinionway, Ministère des solidarités et de la santé, « Consultation sur le temps de travail des étudiants de 3e cycle », 15 novembre 2021.

Les doyens de faculté ont fait état d'**enquêtes locales** aboutissant à des moyennes tout à fait comparables dans les hôpitaux de leur région, de **près de 55 heures hebdomadaires de travail**, plus des deux tiers des étudiants déclarant se trouver en situation de dépassement constant du plafond horaire, près de 20 % allant même au-delà de soixante heures par semaine. À **Brest**, l'ensemble des intervenants ont reconnu que la réglementation n'était pas appliquée de manière homogène selon les spécialités : si certains services parviennent à organiser leur activité dans le respect des plafonds réglementaires, d'autres demeurent confrontés à d'importantes difficultés organisationnelles, les représentants du CHU expliquant que **la continuité des soins impose parfois une certaine souplesse** dans l'organisation des plannings, sachant que **le manque de médecins qualifiés** et les tensions sur les effectifs contribuent à rendre difficile le respect systématique des horaires réglementaires.

Le diagramme suivant confirme les **importantes différences entre internes**, au point que le rapport d'enquête en distingue trois grands groupes : les internes de **spécialités chirurgicales**, dont le temps de **travail moyen est de 75 heures hebdomadaires**. Les internes des **autres spécialités médicales** (cardiologie, rhumatologie, neurologie, etc.) qui travaillent en **moyenne 58 heures par semaine**, et ceux de **médecine générale** travaillant pour leur part **environ 50 heures** par semaine. De sorte que **seules trois spécialités sur 33 respectent le temps de travail légal** : santé publique, médecine nucléaire et médecine et santé au travail.

ÉTAT DES LIEUX SELON LES SPÉCIALITÉS



Source : ISNI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG et SNIO, Enquête temps de travail 2023, op. cit.

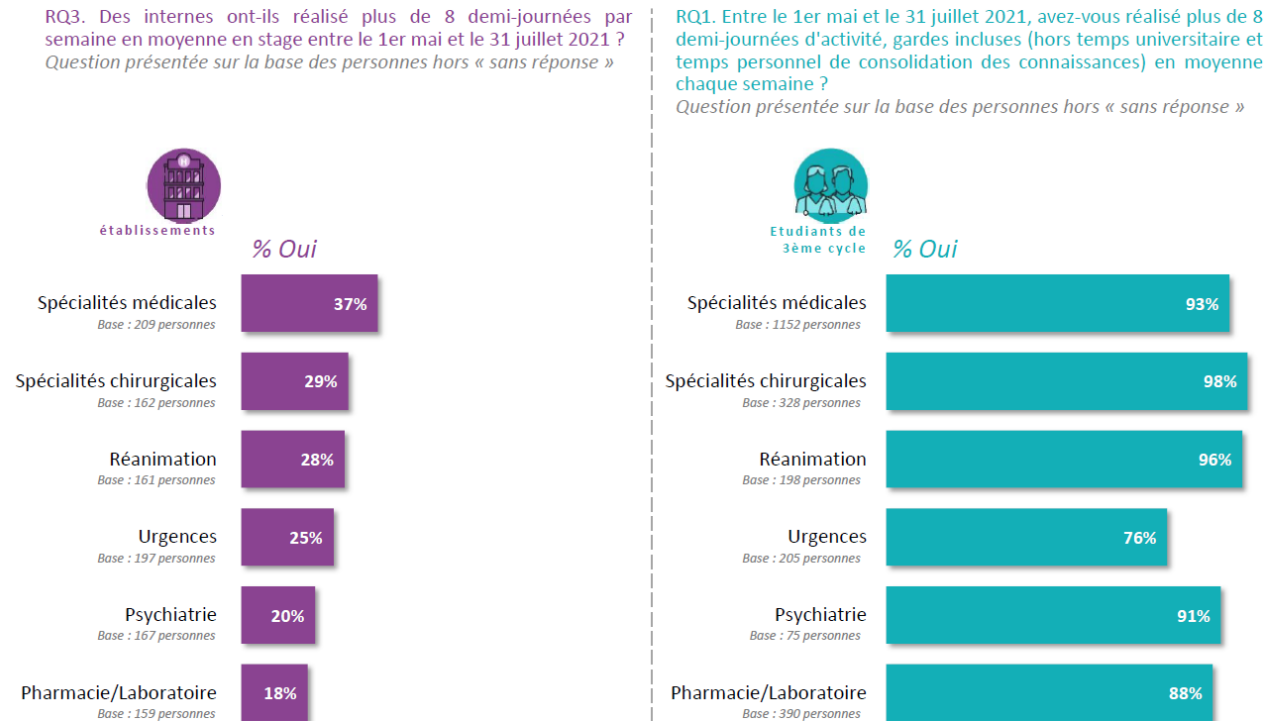
Force est donc, encore une fois, de constater le **faible respect de la législation** par les établissements malgré les rappels répétés du gouvernement.

L'approche non plus horaire, mais en termes de demi-journées travaillées, confirme l'acuité du sujet. Pour les représentants des étudiants auditionnés par vos rapporteurs, la législation sur les horaires hebdomadaires et sur les huit demi-journées a permis une certaine avancée, les internes pouvant s'en prévaloir face à un chef de service. Elle **reste cependant insuffisante** pour plusieurs raisons. **En premier lieu**, le non-respect de la réglementation **ne se traduit pas, ou très rarement, par des sanctions envers le supérieur hiérarchique, voire l'établissement**. **En second lieu**, des précisions pourraient être apportées, selon les syndicats, sur différents points : **sur la nature des fonctions qu'un interne doit assumer**, dans la mesure où, en pratique, leur incombent beaucoup de tâches chronophages ayant peu à voir avec l'exercice médical et avec les apprentissages qu'ils sont supposés acquérir en stage : secrétariat, brancardage, encadrement d'externes, etc. Le manque de personnels administratif et paramédical dans de nombreux établissements participe de leurs difficultés quotidiennes et les amène à considérer qu'ils sont la **variable d'ajustement d'un système en souffrance.** Le cadrage des fonctions des internes, comme celui des horaires, font aujourd'hui défaut.

2. Huit demi-journées, vraiment ?...

Le nombre de demi-journées d'activité effectuées est en effet **dépassé pour la quasi-totalité des internes**, comme le montrent les réponses à la question du sondage du ministère de la santé : « *Entre le 1er mai et le 31 juillet 2021, avez-vous réalisé plus de 8 demi-journées d'activité, gardes incluses (hors temps universitaire et temps personnel de consolidation des connaissances) en moyenne chaque semaine ?* ».

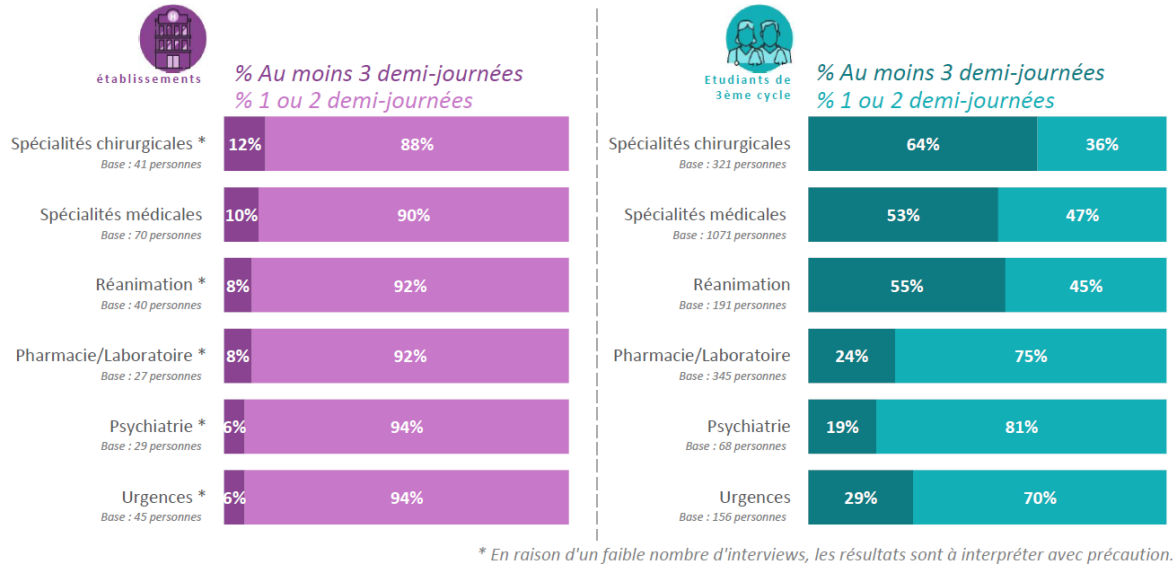
NOMBRE DE DEMI-JOURNÉES D'ACTIVITÉ



Source : Opinionway, op.cit.

Indépendamment des divergences d'appréciation entre étudiants et établissements, on relève toujours les mêmes **disparités selon les spécialités**. **Les deux tiers des internes en spécialités chirurgicales font au moins trois demi-journées de plus**, un tiers en faisant une ou deux. Plus de la moitié des internes en spécialités médicales et en réanimation sont aussi dans ce cas. En revanche, les internes des services d'urgence, de psychiatrie ou de pharmacie, n'effectuent, très majoritairement, qu'une ou deux demi-journées de plus.

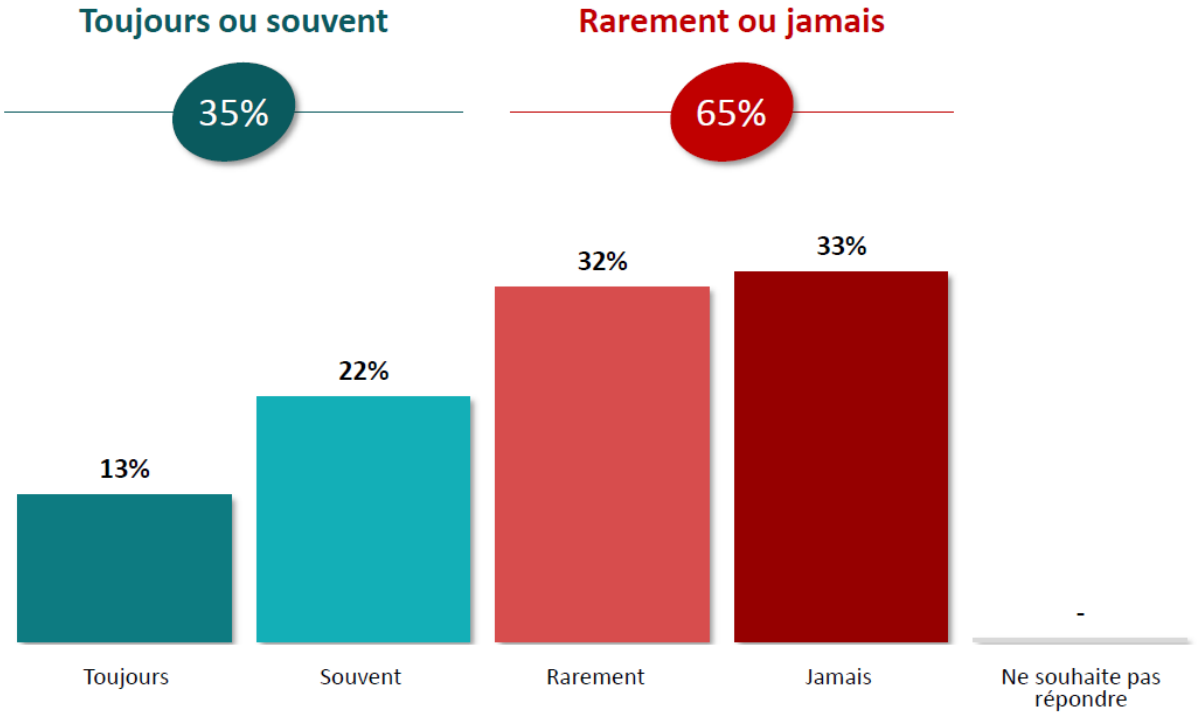
LE NOMBRE DE DEMI-JOURNÉES SUPPLÉMENTAIRES PAR SEMAINE



Source : Ibid.

Cette situation est aggravée par plusieurs aspects. D'une part, le fait que **les deux tiers des étudiants n'ont pas la possibilité d'effectuer moins de demi-journées les semaines suivantes** et **ne peuvent donc équilibrer leur temps de travail**.

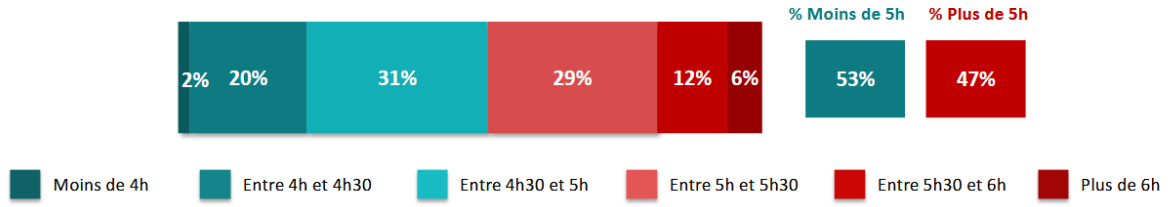
LA POSSIBILITÉ D'ÉQUILIBRER SON TEMPS DE TRAVAIL



Source : Ibid.

En second lieu, le fait que **les demi-journées sont souvent longues** dans certaines spécialités, notamment les plus exigeantes. À cet égard, les témoignages recueillis par vos rapporteurs lors de leurs auditions ont confirmé cet aspect, insistant sur le fait qu'il n'y avait le plus souvent **pas de bornage horaire des demi-journées** : malgré de nombreuses revendications sur ce sujet, tant de la part des syndicats d'étudiants que de professionnels hospitaliers, le **volume horaire d'une demi-journée n'est toujours pas défini**, ce qui conduit à des disparités importantes sur le terrain, comme l'a confirmé l'enquête du ministère en 2021.

LA DURÉE MOYENNE D'UNE DEMI-JOURNÉE



		Type d'établissement			Service					
	% Total	CH	CHU	CLCC	Réanimation	Pharmacie et laboratoire	Psychiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités médicales	Urgences
Sous-total De moins de 5h	**53%**	**65%**	**47%**	**47%**	**43%**	**84%**	**80%**	**26%**	**52%**	**41%**
...Moins de 4h	***2%***	*3%*	*1%*	*3%*	*-*	*3%*	*11%*	*2%*	*1%*	*1%*
...Entre 4h et 4h30	***20%***	*28%*	*17%*	*19%*	*15%*	*47%*	*44%*	*5%*	*17%*	*9%*
...Entre 4h30 et 5h	***31%***	*34%*	*29%*	*25%*	*28%*	*34%*	*25%*	*19%*	*34%*	*31%*
Sous-total Plus de 5h	**47%**	**35%**	**53%**	**53%**	**57%**	**16%**	**20%**	**74%**	**48%**	**59%**
...Entre 5h et 5h30	***29%***	*24%*	*31%*	*32%*	*39%*	*14%*	*13%*	*32%*	*30%*	*41%*
...Entre 5h30 et 6h	***12%***	*8%*	*14%*	*8%*	*14%*	*1%*	*7%*	*23%*	*12%*	*12%*
...Plus de 6h	***6%***	*3%*	*8%*	*13%*	*4%*	*1%*	*-*	*19%*	*6%*	*6%*

Source : Ibid. Réponses à la question : « Entre le 1er mai et le 31 juillet 2021, à combien estimez-vous la durée d'une demi-journée (de jour, hors gardes et astreintes) en moyenne (hors temps de pause déjeuner) ? »

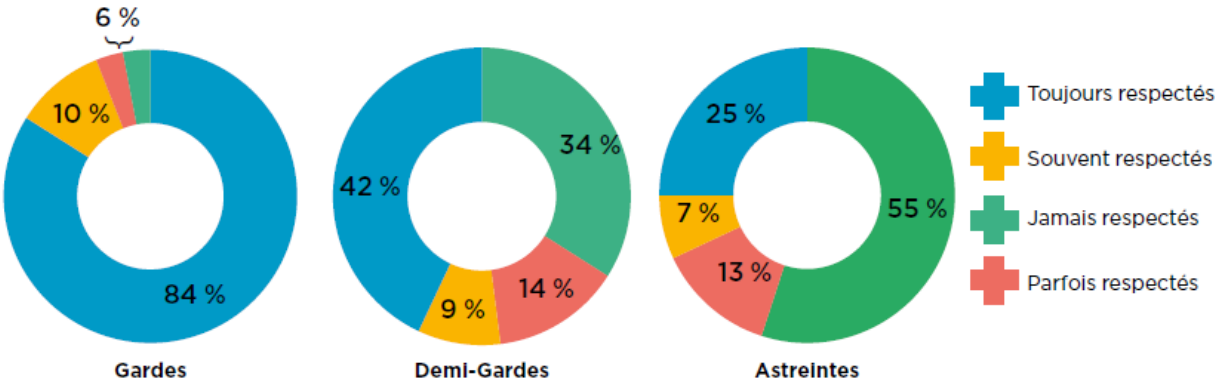
3. Encore des marges de manœuvre pour le respect des repos de sécurité !

L'enquête de 2012 avait révélé que pour 21 % des internes, le **repos de sécurité** n'était pas respecté. On constatait aussi de grandes différences selon les spécialités (1).

Une **nette amélioration** est intervenue de ce point de vue **malgré des inégalités selon les situations**, comme le montre le diagramme ci-dessous : si le repos de sécurité est désormais à peu près acquis, **84 % des internes déclarant en bénéficier systématiquement**, il en va très différemment en ce qui concerne les **demi-gardes**, puisque seuls 42 % des internes en bénéficient toujours.

(1) Supra, 1) Gardes, astreintes et repos de sécurité, pages 7 et suiv.

LE RESPECT DES REPOS DE SÉCURITÉ



Source : Ibid.

L'enquête montre aussi que 55 % des internes indiquent que **le repos de sécurité n'est jamais respecté après le dernier déplacement d'une astreinte de nuit :** seuls un quart d'entre eux en bénéficient systématiquement, alors que **la réglementation est sans ambiguïté** : « *Le repos de sécurité, d'une durée de onze heures, est garanti immédiatement après la fin du dernier déplacement survenant au cours d'une période d'astreinte. Il est constitué par une interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire.* » (1)

Application et respect du repos de sécurité

« Conformément aux dispositions de l'article R. 6153-2 précité, de l'arrêté du 10 septembre 2002 et de la circulaire du 10 septembre 2012 susvisés, l'étudiant de 3e cycle ne peut être mis dans l'obligation de garde pendant plus de vingt-quatre heures consécutives.

Il bénéficie d'un repos de sécurité de 11 heures intervenant immédiatement à l'issue de chaque garde et demi-garde de nuit.

Les astreintes donnent droit à un repos compensateur de 11 heures à compter du dernier déplacement retour effectué. Il entraîne une interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire le temps de ce repos.

Le respect du repos de sécurité, garant de la protection des salariés et de la qualité des soins, est une obligation. Son évaluation est conduite par les directions d'établissement, les présidents de CME, les COPS en lien avec les représentants des étudiants de 3e cycle et, le cas échéant, des représentants de la faculté.

L'application stricte et complète du repos de sécurité pour les étudiants de 3e cycle doit être rappelée aux maîtres de stage libéraux ainsi qu'aux établissements de santé, publics ou privés, ou organismes accueillant des étudiants de 3e cycle par tous moyens appropriés (réunions d'accueil, messages des facultés, guide d'accueil des internes…).

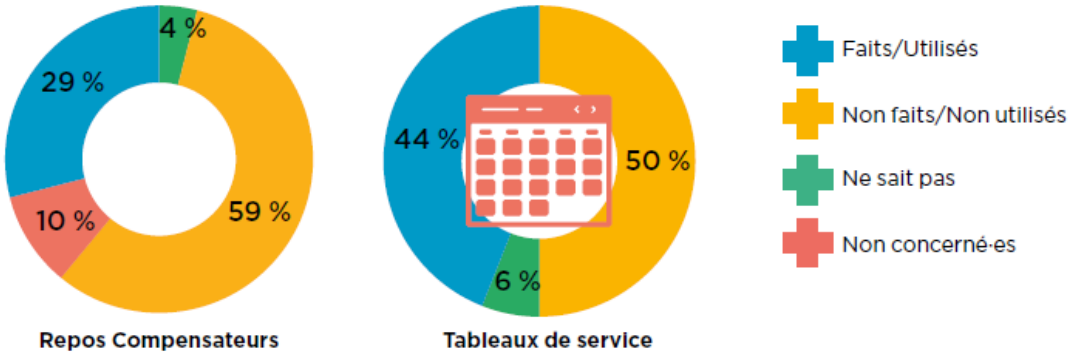
La participation des étudiants de 3e cycle à la permanence des soins est obligatoire, sauf motif impérieux dûment justifié. »

Source : Instruction ministérielle n° DGOS/RH5/DGESIP/2021/115 du 4 juin 2021.

(1) Article 3 de l'arrêté du 6 août 2015 relatif aux astreintes des internes.

En outre, depuis 2015 [1], la réglementation prévoit également que, **en cas de dépassement des huit demi-journées de travail hebdomadaires**, l'interne a droit à une **récupération d'une demi-journée**. À l'évidence, ce repos compensateur est loin d'être systématiquement accordé aux internes concernés, ni même pris en compte dans les tableaux de service, comme cela devrait être le cas.

LE RESPECT DES REPOS COMPENSATEURS



Source : Ibid.

Ces quelques éléments confirment, si besoin était, le chemin qui reste à faire pour que la loi soit parfaitement respectée par tous les établissements de santé. D'ici là, le ministère aura sans doute eu l'occasion d'actualiser encore les circulaires et instructions qu'il publie régulièrement depuis quinze ans en explicitant à chaque fois les règles en matière d'obligations de service des internes et de respect des 48 heures hebdomadaires [2].

---

(1) Article R. 6153-2 du code de la santé publique (article 3 du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes) : « L'accomplissement des obligations de service donne lieu à récupération au cours du trimestre afin qu'au terme de celui-ci ces obligations n'excédent pas huit demi-journées hebdomadaires au titre de la formation en stage et deux demi-journées hebdomadaires au titre de la formation hors stage. Chacune de ces durées est calculée en moyenne sur le trimestre. »

(2) Voir par exemple la dernière instruction ministérielle n° DGOS/RH5/DGESIP/2024/101 du 19 septembre 2024 relative aux obligations de service et au temps de travail des étudiants de troisième cycle des études de médecine, odontologie et pharmacie.

Enquête sur les conditions de travail et de formation des internes en médecine en Centre-Val-de-Loire (semestre hiver 2025-2026)

D'une enquête réalisée auprès de 260 internes en médecine de la subdivision de Tours, il ressort que :

• Plus de deux tiers des internes (67,7 %) dépassent les 48 heures hebdomadaires ; près d'un sur cinq dépasse 60 heures : 176 internes (68,2 %) dépassent 48 heures, 46 (17,8 %) dépassent 60 heures et 3 (1,1 %) dépassent 80 heures.

• Moins d'un interne sur deux (43,8 %) peut bénéficier systématiquement de ses demi-journées de formation, pourtant règlementées.

• Sur ce point, l'écart est majeur entre médecine générale (82 % de respect) et les autres spécialités (27 %), ainsi qu'entre l'ambulatoire (89 %) et le CHU (27 %).

• 41,5 % des internes ont déjà envisagé d'arrêter leurs études et 40,8 % de changer de spécialité.

• Plus de la moitié des internes (53,8 %) n'ont jamais consulté la médecine du travail.

• Point positif : le repos de garde est respecté systématiquement pour 94,3 % de ceux qui font des gardes.

Source : Denis Angoulvant, doyen de la faculté de médecine de Tours, secrétaire du bureau de la conférence des doyens ; communication à vos rapporteurs.

B. LA SANTÉ MENTALE TOUJOURS EN TÊTE DES PRÉOCCUPATIONS

De la même manière que les conditions de travail, les problématiques de santé mentale ont fait l'objet d'un certain nombre de dispositifs institués ces dernières années dont les résultats, au vu des témoignages recueillis par vos rapporteurs et des enquêtes réalisées, ne sont pas à la hauteur des attentes. Pour les syndicats, beaucoup trop de choses se sont mises en place au point d'entraîner une **certaine confusion**. Le recul manque pour se rendre compte de tout ce qui existe et pouvoir s'orienter. Leur utilité concrète en pâtit.

La santé mentale, toujours une problématique prioritaire pour les internes

« Tous les internes sont exposés à l'ensemble des risques psychosociaux. Pour avancer sur ce sujet, il faut donc s'attaquer à l'ensemble de ces facteurs : la reconnaissance du travail effectué, le temps de travail, mais aussi l'augmentation des salaires, le soutien des hiérarchies et la participation aux systèmes de soins. Tout cela doit permettre de redonner du sens à l'énorme travail réalisé par les internes. Cela passe aussi par l'accompagnement des victimes de harcèlement. (…) Il y a une libération de la parole de plus en plus présente, avec un certain nombre de dossiers qui avancent. Mais les procédures sont parfois très longues, ce qui peut décourager certaines personnes. Il y a aussi des situations de hiérarchie qui font peur aux internes, notamment avec la crainte de représailles pour les suites de carrière. (…) Cette peur des répercussions est malheureusement fondée parce qu'il existe ce rapport hiérarchique dans les établissements. C'est encore plus compliqué dans les petites spécialités, où il peut parfois n'y avoir qu'un seul enseignant et donc peu d'échappatoires. »

Source : Achille Cassiot, président de l'ISNI, Le Quotidien du médecin, op. cit.

1. Enquête après enquête, une question toujours centrale

Les résultats de la **deuxième enquête sur la santé mentale** des étudiants en santé, réalisée en 2021, ont montré une **aggravation de la situation par rapport à la première**, comme en témoignent les données du tableau ci-dessous.

PRINCIPAUX RÉSULTATS PAR COMPARAISON AVEC L'ENQUÊTE DE 2017 (1)

	Enquête 2017 21 768 réponses seuils HAD > 7	Etude 2021 11 754 réponses seuils HAD > 7	Etude 2021 11 754 réponses seuils HAD > 10
Symptômes anxieux (HAD)	62.2%	75%	52%
Symptômes dépressifs (HAD)	27.7%	39%	18%
Episode dépressif caractérisé	-	25%	25%
Idées suicidaires	23.7%	19%	19%
Burn-out (MBI externes + internes)	-	67%	67%
Burn-out (MBI 1er cycle)	-	39%	39%
Humiliation	-	23%	23%
Harcèlement	-	25%	25%
Agression sexuelle	-	4%	4%

Source : Dossier de presse, Enquête 2021, santé mentale jeunes médecins ; « Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : la santé mentale des futurs médecins en danger ! », ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI.

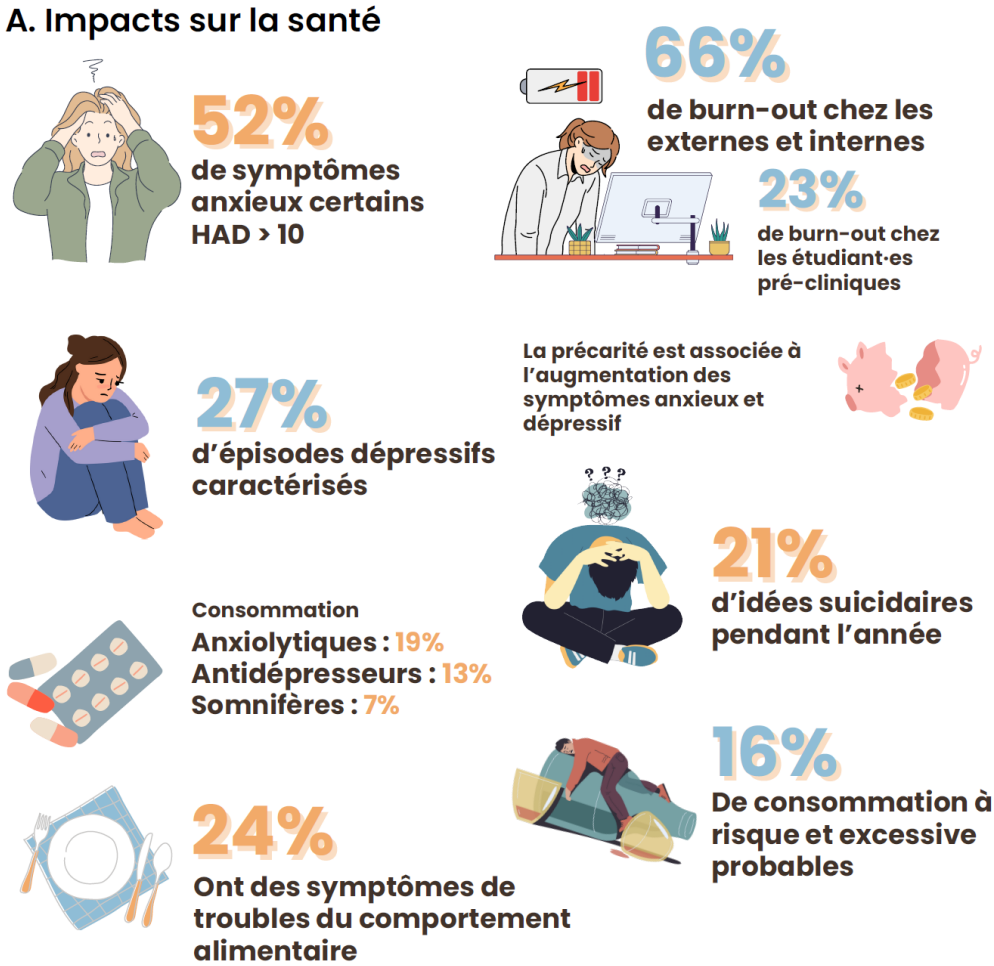
(1) L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Un score supérieur à 10 correspond à une symptomatologie certaine (anxieuse ou dépressive).

Certes, entretemps, la crise sanitaire de la covid-19 avait pesé, mais les syndicats insistent sur le fait que d'autres facteurs ont eu une part prépondérante dans cette évolution, notamment le **grand nombre de réformes** en cours et le **manque de moyens pour assurer le respect des droits et des conditions de travail**, l'absence d'une véritable politique de prévention des risques psychosociaux ou de promotion de la qualité de vie des futurs médecins. Vos rapporteurs y reviendront.

Ils plaident en conséquence pour une **vision systémique des risques psychosociaux**, des moyens et l'application de sanctions, envers les établissements ne respectant pas la législation, comme envers les auteurs de maltraitance ou de violence.

La **troisième étude, publiée en 2024**, a confirmé les préoccupations et la persistance des niveaux élevés d'étudiants en souffrance.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SANTÉ MENTALE DE 2024



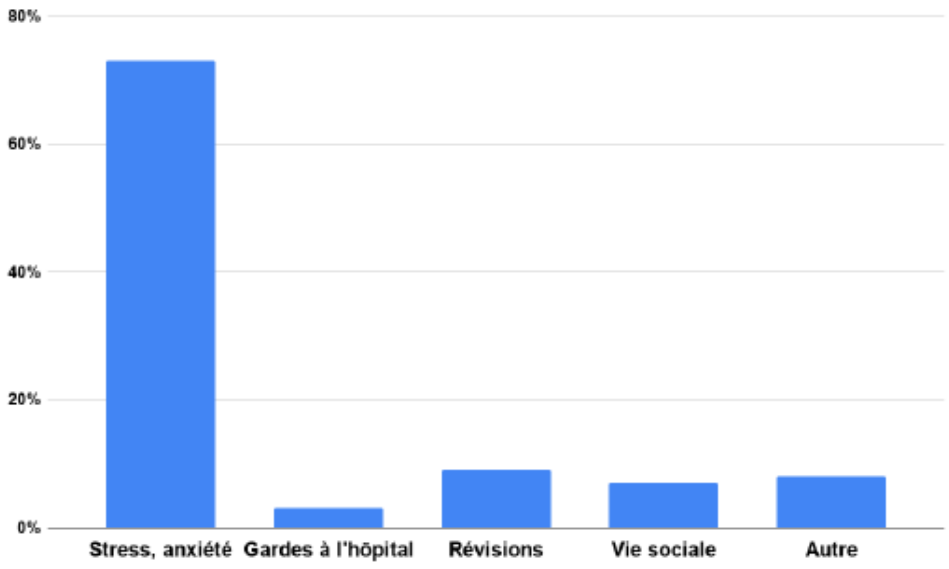
Source : « L'enquête sur la santé mentale des étudiants en médecine de la deuxième année à la fin de l'internat », ANEMF, ISNAR-IMG et ISNI, dossier de presse 2024.

À cela s'ajoutent des **troubles du comportement alimentaire**, qui touchent un étudiant sur quatre, une **consommation notable d'anxiolytiques** (19 % d'étudiants sont concernés), d'antidépresseurs (13 %) ou encore de somnifères (7 %). S'y ajoute en outre un **impact certain sur les études** puisque 50 % des

répondants déclarent avoir envisagé d'abandonner leurs études une fois par mois au cours des douze derniers mois. 10 % ont eu cette idée une fois par semaine et 10 % y pensent tous les jours. Seuls 30 % n'ont jamais pensé à arrêter leurs études.

Le **baromètre de la qualité de vie étudiants**, publié par l'ANEMF en **mars 2026**, apporte des résultats cohérents avec ceux des études précédentes : 52 % des étudiants présentaient un **état anxieux** au moment de l'enquête et 13 % un état dépressif [(1)]. En moyenne**, 28 % des étudiants présentent des troubles du comportement alimentaire**, cette situation étant bien plus fréquente chez les femmes (31 %) que chez les hommes (15 %). Il apparaît que 40 % des étudiants ne suivent pas les recommandations publiques sur le temps de sommeil et que les raisons sont essentiellement dues au stress et à l'anxiété.

PRINCIPALES RAISONS DES INSOMNIES DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE



Source : Baromètre, ibid.

Dans le même ordre d'idées, on relève que 70 % des étudiants en médecine consomment de l'alcool, dont 60 % ont une consommation à risque, les **consommations de substances psychoactives** n'étant pas non plus anodines puisque 20 % consomment des poppers au moins une fois par mois, 6 % du protoxyde d'azote, 8 % du cannabis, 2 % des amphétamines et 1 % de la cocaïne. Par ailleurs, 4 % fument quotidiennement, 20 % au moins une fois par mois.

2. La question sensible du suicide

Dans cet ensemble d'items, la **question du suicide** des étudiants en médecine prend un relief certain. Comme le mettent en évidence les résultats de la dernière enquête, la **prévalence des syndromes anxieux** est forte, et surtout celle du **burn-out qui touche les deux tiers des étudiants en médecine** dont **un sur cinq a eu des idées suicidaires** dans l'année précédant l'enquête. Un nombre

(1) La diminution des symptômes dépressifs depuis l'enquête de 2021 peut s'expliquer par le fait que la pandémie de covid-19 a pu marquer un point d'acmé.

important de ceux-ci passent à l'acte puisque, depuis quelques années, **on estime généralement qu'en moyenne un interne se suicide tous les dix-huit jours**.

Un suicide d'interne tous les dix-huit jours

On évoque souvent le chiffre d'un suicide d'interne tous les 18 jours. Est-il toujours d'actualité ?

« Il est encore difficile d'avoir une vision précise mais le début d'année a été particulièrement préoccupant. Nous avons été marqués par plusieurs suicides très rapprochés entre mi-janvier et début mars. À notre connaissance, il y en a eu au moins six sur cette période. **Le chiffre d'un suicide d'interne tous les 18 jours reste celui que nous utilisons aujourd'hui comme ordre de grandeur**.

Il faut toutefois rappeler qu'il ne s'agit pas d'une donnée exhaustive issue d'un recensement officiel. **Aujourd'hui, il n'existe pas de système national permettant d'avoir une remontée complète et systématique** (1). En tant que syndicat, nous dépendons des informations qui nous parviennent via les facultés, les représentants locaux ou les syndicats d'internes. Il faut donc considérer ce chiffre comme une estimation plutôt qu'une mesure exacte.

En revanche, **nous constatons sur ce début d'année une fréquence particulièrement préoccupante**. (…). »

Source : Le Quotidien du médecin, entretien avec Arthur Poncin, président de l'ISNI, 18 mai 2026.

Selon le **baromètre 2026**, **20 % des étudiants ont eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois.** Ces données sont stables d'étude en étude.

COMPARAISON PAR RAPPORT AUX PRÉCÉDENTES ENQUÊTES (2)

	ESM* 21	ESM* 24	BQVE 26
Idées suicidaires	19 %	21 %	20 %

**ESM : Enquête Santé Mentale*

Source : Baromètre, ibid.

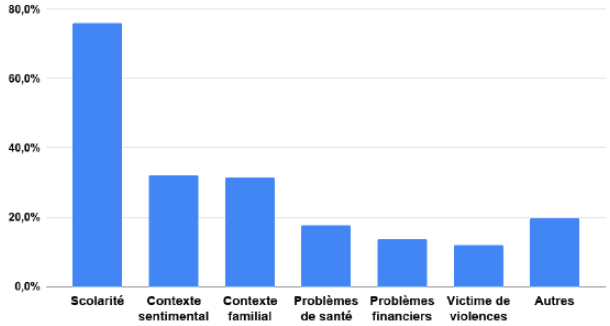
76 % d'entre eux identifient la scolarité comme une des raisons pouvant expliquer leurs idées suicidaires, la prévalence de ces idées étant plus fréquente en deuxième cycle, de la même manière que les **états anxieux – qui touchent 52 % de la population répondante** – et dépressifs – 13 % des étudiants.

(1) Le président de l'Observatoire national du suicide a pu faire observer que le recensement exhaustif des suicides d'étudiants en santé, mais aussi des étudiants des autres filières afin de rendre possible une comparaison des taux de suicide, supposerait la mise en place d'une méthodologie complexe se heurtant à divers aspects : remontée des informations, respect du secret médical, anonymat des données, etc., indépendamment du fait que le délai de mise à disposition de la base des causes de décès est de N+3 ou N+4.

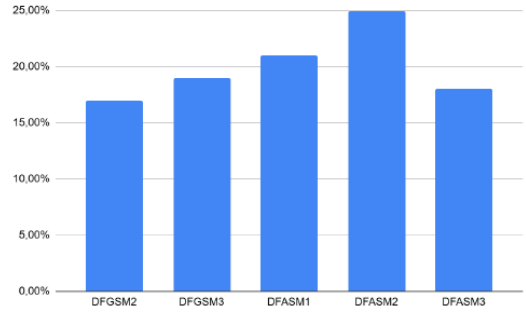
(2) Remarque : la population du baromètre (BQVE 2026) n'inclut pas les étudiants de 3e cycle.

LES IDÉES SUICIDAIRES CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

RAISONS EXPLIQUANT LES IDÉES SUICIDAIRES



IDÉES SUICIDAIRES SELON CYCLE



Source : Baromètre de la qualité de vie étudiante, ANEMF, mars 2026.

3. Peu d'abandons d'études mais des impacts forts sur la santé

Les statistiques du ministère de l'enseignement supérieur montrent que les abandons d'études de médecine sont néanmoins relativement peu fréquents, malgré les conditions incontestablement difficiles et les déclarations de nombreux étudiants exprimant dans les enquêtes des velléités d'abandon.

LES ABANDONS DES ÉTUDES DE SANTÉ

Cycle	Niveau d'inscription	Nombre d'inscrits en 2021	Nombre d'étudiants non retrouvés dans les inscriptions des trois années suivantes	% de non-inscrits en médecine les 3 années qui suivent
1er cycle	BAC+2	11 553	76	0,66
	BAC+3	9 804	72	0,73
2ième Cycle	BAC+4	10 025	277	2,76
	BAC+5	9 279	47	0,51
	BAC+6	9 329	212	2,27
3ième cycle Généralistes	BAC+7	4 078	80	1,96
	BAC+8	3 223	63	1,95
	BAC+9	5 025	1386	27,58
3ième cycle Spécialistes	BAC+7	5 703	206	3,61
	BAC+8	5 063	89	1,76
	BAC+9	4 894	158	3,23
	BAC+9	5 262	1936	36,79

Lecture : *Durant l'année universitaire 2021/2022, 11 553 étudiants étaient inscrits en deuxième année détudes de médecine. Parmi ces étudiants, 76 ne sont pas retrouvés comme étant inscrits en études de médecine en 2022/2023, 2023/2024, 2024/2025*

Source : SIES-SISE, bases d'inscriptions, sans croiser avec la diplomation

Source : DGESIP.

On peut notamment observer que **les taux effectifs d'abandon au cours du premier cycle sont très faibles, nettement inférieurs à 1 %**. Ultérieurement, en deuxième et troisième cycles, ils restent également faibles. Selon la DGESIP, les motifs des abandons ne sont pas connus mais il est légitime de supposer que ceux observés au cours de la quatrième année d'études, légèrement supérieurs, peuvent être la conséquence des premières vraies expériences de stage, et donc, possiblement, du « choc » de la mise en situation et de la découverte des réalités du métier. De même, ceux de sixième année peuvent être liés à l'entrée en internat. En outre, la majorité des étudiants qui étaient inscrits en dernière année de leur troisième cycle et que l'on ne retrouve pas comme inscrits les années suivantes sont ceux qui ont terminé leur cursus : ils sont devenus docteur suite à leur soutenance et sont sans doute devenus praticiens.

C. LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES RESTENT UN SUJET MAJEUR

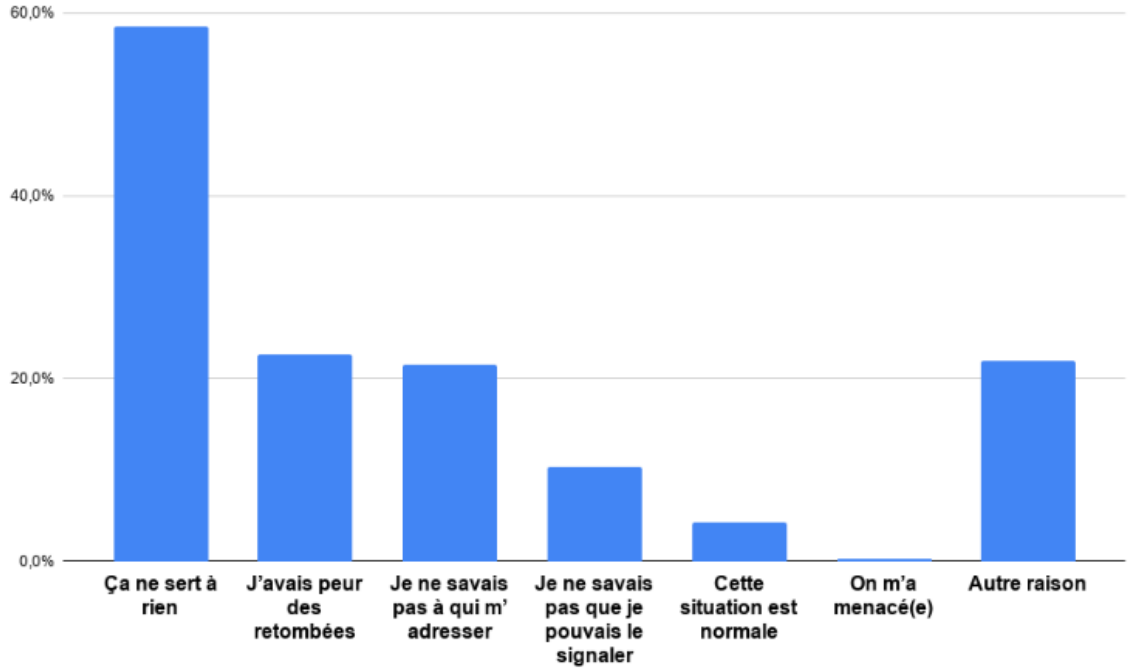
Si l'on en croit le **baromètre de l'ANEMF publié en mars 2026**, les constats restent à peu près aussi préoccupants que ceux présentés lors de la première enquête spécifiquement consacrée aux VSS.

1. La situation à l'hôpital

Il apparaît en effet aujourd'hui que **20 % des étudiants, des deux sexes, ont subi des outrages sexistes en stage**, que **13 % ont subi du harcèlement sexuel** et que 3 % ont été victimes d'une agression sexuelle. Comme dans l'enquête de 2021, **la grande majorité des auteurs sont des supérieurs hiérarchiques** : internes, médecins du service (PU-PH, PH, CCA), chefs de service et cadres hospitaliers. Par exemple, parmi les **victimes de harcèlement**, près de 60 % ont vécu un outrage venant d'un médecin.

Comme précédemment, et pour les mêmes raisons, en moyenne, **seulement 16 % des victimes de VSS en stage ont effectué un signalement**. Les victimes s'abstiennent notamment de signaler leur agression en raison d'un manque de connaissance des dispositifs et car elles sont convaincues de l'inutilité de la démarche.

RAISON DONNÉE PAR LES 84 % DE VICTIMES N'AYANT PAS SIGNALÉ LES VSS



Source : ANEMF, Baromètre, op. cit.

Comme auparavant, l'enquête relève notamment **l'absence ou le très faible nombre de signalements** aux forces de l'ordre pour les faits d'outrages, de harcèlement sexuel et d'agression sexuelle, les dispositifs institutionnels de signalement – administration hospitalière, universitaire, cellules de signalement et d'accompagnement, doyenne ou doyen, etc. – n'étant utilisés que de manière marginale.

2. La situation dans le cadre universitaire

De la même manière qu'en ce qui concerne l'hôpital pendant les stages, on relève peu d'évolution intéressante. Le baromètre relève en effet que 13 % des étudiants ont été la cible d'outrages sexistes ou sexuels, et que 10 % ont subi du harcèlement sexuel.

8 % ont été victimes d'agressions sexuelles, dont **plus de 80 % lors d'événements festifs** (week-ends, soirées, gala, etc.). Ces agressions étaient répétées dans 57 % des cas. 2 % des étudiantes et étudiants ont été victimes d'un viol. Seules 23 % des victimes d'agression sexuelle ou de viol l'ont signalé. Les raisons pour lesquelles les victimes s'abstiennent sont toujours les mêmes : **manque de connaissance** des dispositifs de signalement et **sentiment d'inutilité**. Au demeurant, 56 % des victimes de viol ont trouvé leur signalement inutile.

D. ÉTUDES DE SANTÉ ET PRÉCARITÉ : UNE QUESTION TOUJOURS AIGUË

Sur ce plan également, quelles qu'aient été les avancées, la situation reste préoccupante pour les étudiants en santé qui perçoivent une **rémunération à partir**

du deuxième cycle (externat), les stages effectués **durant le premier cycle** n'étant **pas rétribués**, non plus que le **service sanitaire**, pour lequel une indemnité de transport peut néanmoins leur être servie.

1. La rémunération des étudiants en médecine

a. Les indemnités des externes

Au cours des **trois années du deuxième cycle**, les **externes** reçoivent une **indemnité** d'un montant **de 273,14 € bruts mensuels en première année, de 336,17 € la deuxième année et de 409,70 € la troisième année**, correspondant à des montants bruts annuels respectifs de 3 277,64 €, 4 034,02 € et 4 916,46 €. La totalité du montant est versée mensuellement, que le stage soit à temps partiel ou à plein temps.

S'y ajoutent [(1)] les **gratifications pour les gardes** de douze heures effectuées à l'hôpital (55,29 € bruts), complétées, le cas échéant par une **indemnité de transport** s'ils résident à plus de quinze kilomètres de leur lieu de stage ou de l'université. Ils peuvent enfin bénéficier d'une **indemnité d'hébergement** s'ils effectuent leur stage en ambulatoire en zone sous-dense les amenant à louer un autre logement.

Jusqu'à la fin de leur externat, **ils peuvent également bénéficier des bourses sur critères sociaux**. En outre, pour permettre leur mobilité sur divers terrains de stage, les établissements **doivent garantir** aux étudiants hospitaliers un certain nombre de **conditions d'accueil**, notamment **l'accès au service de restauration hospitalier** et, dans la mesure du possible, aux conditions tarifaires du Crous, et leur **faciliter l'accès à un logement sur place**.

b. Les salaires des internes

En internat, soit à partir de la **septième année d'études, les étudiants sont salariés de l'hôpital** et leur rémunération mensuelle évolue à l'ancienneté, en fonction du nombre de stages effectués. Elle passe de **1 617,20 € brut en première année** (19 406,35 € annuels) à **2 370,68 € en cinquième année** (28 448,22 € annuels). Le cas échéant, ces émoluments sont majorés au titre du supplément familial pour charges de famille. Au cours des deux premières années d'internat (quatre semestres), ils bénéficient en outre d'une **indemnité pour sujétions**, d'un montant de 435,18 €.

Les montants attribués pour les **gardes des internes** ont été revalorisés de 50 % en janvier 2024 et sont aujourd'hui les suivants :

- **234,80 € bruts** pour une **garde de nuit de douze heures en semaine** (117,39 € pour une demi-garde) ;

---

(1) Article D. 6153-58-1 du code de la santé publique.

- **256,86 €** pour une **garde de douze heures le week-end ou un jour férié** (128,43 € pour une demi-garde). Ce tarif est également celui d'une **garde supplémentaire**, assurée en cas de nécessité de service ;
- **422,03 €** pour une **garde de nuit, un dimanche ou un jour férié** (211,01 € la demi-nuit ou un samedi après-midi).

Enfin, chaque **période d'astreinte** donne droit à une **indemnité forfaitaire de base** de 21,26 €. Si l'interne est amené à se déplacer au cours de cette période, les **temps de trajet et d'intervention** sont considérés comme du **temps de travail effectif** et comptabilisés dans ses obligations de service, en heures pour le temps d'intervention et de manière forfaitaire (plafonné à deux heures) pour le déplacement. Toute plage de cinq heures cumulées, temps de trajet inclus, est convertie en une **demi-journée de sujétion** d'un montant de 78,26 €. La rétribution est **plafonnée à 156,53 € par période d'astreinte**.

Si l'interne ne bénéficie pas dans l'établissement ou l'organisme d'affectation du logement, de la nourriture, du chauffage et de l'éclairage, il perçoit une **indemnité pour tout ou partie de ces avantages** dont les montants bruts annuels sont les suivants :

- 1 010,64 € pour les internes non logés et non nourris ;
- 674,31 € pour ceux qui sont logés mais non nourris ;
- 336,32 € pour ceux qui sont nourris mais non logés.

En quatrième et cinquième années, les internes perçoivent des **indemnités de responsabilité** pour leur participation à des enseignements, des jurys de concours et à la formation des personnels des établissements hospitaliers, respectivement de 2 154,10 € et 4 273,93 € (montants bruts annuels).

Lors de la dernière phase des études, entre la fonction d'interne et le fait d'être officiellement médecin diplômé, les étudiants sont « **docteurs juniors** ». À la différence des internes, qui exercent sous la supervision directe d'un médecin sénior, les juniors sont **habilités à une pratique professionnelle autonome**, tout en restant supervisés, et reçoivent une rémunération supérieure, incluant une **prime d'autonomie**, qui est une prime de responsabilité.

Leur **rémunération brute forfaitaire** est de 28 495,49 € annuels, et la **prime d'autonomie** est de 5 000 € la première année (416,67 € mensuels) et de 6 000 € (500 € par mois) la seconde année. En toute fin de cursus, le salaire mensuel total d'un docteur junior est donc de **2 874,62 € brut par mois**, rémunération brute forfaitaire et prime d'autonomie cumulées.

c. Le contrat d'engagement de service public, un dispositif d'aide aux étudiants précaires et de lutte contre la désertification médicale

Initialement, aux termes de la **loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite loi

« **Hôpital, patients, santé, territoires** » (HPST) –, les étudiants de deuxième et troisième cycles de médecine (externes et internes) pouvaient demander à bénéficier du **contrat d'engagement de service public (CESP)**, qui ouvre droit à une **allocation mensuelle** à partir de la quatrième année d'études, (second cycle) jusqu'à la fin de l'internat. Au début de l'année 2026, **un décret** (1) **a élargi considérablement le périmètre des bénéficiaires possibles à tous les étudiants admis à poursuivre des études de santé** – filières « MMOP » (médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie) – **à l'issue de la première année**.

Un arrêté annuel détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer ce contrat qui « *ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les signataires peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par l'autorité administrative jusqu'à la fin de leurs études (…).* » ces dernières années, le nombre de bénéficiaires était de quelque 700 internes. Depuis le 1er janvier 2026, le montant de l'allocation est de **1 200 euros bruts mensuels**.

En contrepartie, les bénéficiaires choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux caractérisés par une **offre de soins insuffisante ou présentant des difficultés dans l'accès aux soins** et s'engagent à y exercer, à compter de la fin de leur formation, pendant un **nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et au minimum de deux ans**.

Interrogée par vos rapporteurs sur les problématiques de précarité des étudiants en médecine, la DGESIP considère à raison le CESP comme **un dispositif de soutien direct aux étudiants réduisant la pression économique liée à des cursus longs et exigeants**, et **sécurisant leur parcours en leur apportant une stabilité financière** et en **favorisant une projection professionnelle plus sereine**, tout en contribuant indirectement à **répondre aux inégalités territoriales d'accès aux soins dans des territoires sous-dotés**.

2. L'état des lieux de la précarité sociale aujourd'hui

Le **baromètre publié par l'ANEMF** au début de cette année confirme qu'une **proportion importante d'étudiants sont dans une situation difficile**.

a. Des difficultés financières fréquentes

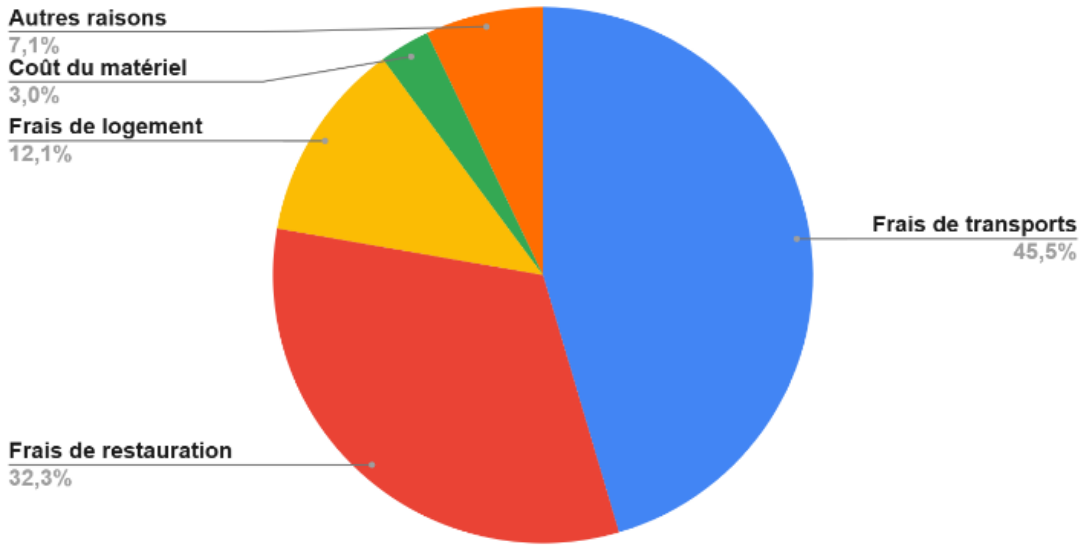
Ainsi, **un étudiant sur cinq déclare avoir de réelles difficultés financières pour faire face à ses besoins**, 37 % au total étant préoccupés par leur situation financière. **Un sur quatre est boursier** et 10 % ont dû souscrire un prêt étudiant. Ces difficultés se traduisent de diverses manières : le fait de sauter des repas plusieurs fois par mois pour des raisons financières, 19 % des étudiants sont dans ce cas. **Alors même que leurs emplois du temps sont d'ores et déjà surchargés, la moitié (49 %) des étudiants exercent une activité rémunérée en parallèle pour subvenir à leurs besoins**. Sur ce plan, **65 % des répondants**

(1) Décret n° 2026-4 du 5 janvier 2026 relatif au contrat d'engagement de service public.

considèrent la rémunération des externes (1) **insuffisantes** et plus d'un tiers des étudiants en médecine envisagent d'abandonner leurs études pour raisons financières.

À titre d'exemple, le diagramme ci-dessous détaille les raisons pour lesquelles 12 % des étudiants indiquent avoir déjà été mis en difficultés financières à cause d'un stage.

◆ Les raisons :



Source : ANEMF, Baromètre, op. cit.

Nombre de témoignages d'observateurs ou d'acteurs confirment sans aucune ambiguïté la persistance des difficultés des étudiants en santé et la **réelle précarité dans laquelle beaucoup d'entre eux se trouvent**. La **question de l'insuffisance de la rémunération est centrale** pour des jeunes qui sont engagés dans des parcours d'études très longs, et doivent s'installer dans la vie, parfois avec charges de famille, dans des conditions très difficiles, dès lors que, **ramenés à la durée effective de travail moyenne**, leur rémunération reste **toujours très inférieure au smic horaire**.

b. Le coût de la rentrée

L'autre aspect à prendre en compte est celui du **coût des études**. Depuis quelques années, l'ANEMF publie à ce propos un **indicateur du coût de la rentrée** (ICR) universitaire.

Le tableau ci-dessous résume les ICR par région et leur évolution entre 2024 et 2025. Le rapport évalue le **poids des différents postes de dépenses**, **variables selon les niveaux d'études**, mais comportant des frais spécifiques, incluant des frais de scolarité, l'achat de matériel pédagogique spécifique à la filière, des frais généraux de rentrée (complémentaire santé, CVEC, assurance logement, etc.), ainsi

(1) Au moment de l'enquête, les étudiants de deuxième année perçoivent entre 219 euros nets mensuels (DFASM1) et 320 euros (DFASM3).

que les frais mensuels de la vie courante : loyer, repas, équipements divers, téléphonie, transports…

ICR NATIONAL			
	2024	2025	TAUX DE VARIATION
FRAIS SPÉCIFIQUES DFASM	3 168,22 €	3 309,58 €	+ 4,46%
FRAIS GÉNÉRAUX DE RENTRÉE	1 327,57 €	1 353,32 €	+ 1,94%
FRAIS MENSUELS DE VIE COURANTE	1 171,25 €	1 183,92 €	+ 1,08%
TOTAL	5 667,04 €	5 846,82 €	+ 3,17%

Source : ANEMF, Indicateur du coût de la rentrée 2025-2026.

Le rapport rappelle que tout au long de l'année, les étudiants doivent se préparer aux **épreuves nationales** reposant sur un programme dense couvrant toutes les spécialités médicales. « *La perspective de ces épreuves, associée à la forte pression du classement,* ***pousse beaucoup d'étudiants à se tourner vers des organismes de préparation privés****. Ces organismes à but lucratif proposent des conférences, QCM d'entraînement et supports pédagogiques, censés offrir un cadre structuré et efficace pour réviser*. » La prise en compte de ces dépenses dans les ICR met en évidence un accroissement considérable du budget.

ICR PAR RÉGION						
	IDF 2024	IDF 2025	HORS-IDF 2024	HORS-IDF 2025	NATIO 2024	NATIO 2025
TOTAL AVEC PRÉPA PRÉSENTIEL	7 365,44 €	7 652,11 €	6 686,94 €	7 188,11 €	6 815,00 €	7 232,36 €
VARIATION % (+ PRÉPA PRÉSENTIEL)	+ 3,89%		+ 7,49%		+ 6,12%	
TOTAL SANS PRÉPA PRÉSENTIEL	6 126,56 €	6 420,36 €	5 585,17 €	5 718,55 €	5 667,04 €	5 846,82 €
VARIATION % (- PRÉPA PRÉSENTIEL)	+ 4,80%		+ 2,39%		+ 3,17%	

Source : ANEMF, Indicateur du coût de la rentrée 2025-2026.

L'ANEMF précise cependant que des initiatives solidaires se développent, des associations d'étudiants proposant des achats groupés, des modalités de **tutorats d'années supérieures (TAS), gratuits,** se mettant aussi progressivement en place dans les UFR depuis une dizaine d'années. Quoi qu'il en soit, l'ANEMF

met à juste titre ces chiffres en relation avec la rétribution moyenne mensuelle de 219 euros d'un étudiant de quatrième année…

c. Les problématiques d'hébergement

La question du logement des étudiants en santé et spécialement des internes est parmi celles qui sont le plus sensibles.

Conditions matérielles d'accueil et d'intégration des étudiants de 3ème cycle

« 2.1. Conditions d'hébergement et de restauration

Les établissements de santé doivent faciliter l'accès à un logement sur le site hospitalier ou à proximité du lieu de stage aux étudiants de 3ème cycle. Il revient aux établissements d'en assurer l'entretien régulier. Une caution peut être demandée à l'entrée dans un logement d'internat et restituée au départ.

Les chambres doivent être équipées d'une connexion internet pour permettre aux étudiants de poursuivre leur formation.

Par ailleurs, les étudiants doivent pouvoir bénéficier d'une prestation de restauration quantitativement suffisante et qualitativement satisfaisante, dans les mêmes conditions que le personnel de l'établissement (conditions tarifaires préférentielles). »

Source : Instruction interministérielle n° DGOS/RH5/DGESIP/2021/115 du 4 juin 2021 relative à l'accueil et à l'intégration des étudiants de troisième cycle au sein des établissements de santé

Le groupe de travail de la DGOS avait souligné en 2012 les difficultés croissantes des étudiants en stage à se loger dans un contexte d'augmentation du nombre d'étudiants du fait de la fin du *numerus clausus*, les **capacités d'accueil des internats étant d'ores et déjà saturées dans certaines régions**. En parallèle, l'augmentation des terrains de stage ambulatoires, parfois éloignés des lieux de résidence des internes, induit mécaniquement des **déplacements coûteux**, parfois dangereux, amenant des internes à devoir **payer deux loyers**. Comme le soulignait le nouveau président de l'ISNI dans un récent entretien, le changement de terrain de stage tous les six mois aiguise les problématiques de logement, qui peuvent s'avérer compliquées, eu égard à leurs conditions de travail : « *Avec une fin de poste le 30 avril et une prise de poste le 2 mai, toutes les démarches qu'il faut entreprendre pour un déménagement sont contraignantes* » (1).

Certes, un certain nombre d'établissements disposent d'internats, mais le nombre de logements qu'ils proposent est **dramatiquement insuffisant** et ne représente qu'une goutte d'eau en comparaison des besoins et du nombre d'internes accueillis : ainsi le **CHRU de Nancy** dispose-t-il de 40 logements dans une résidence située au centre-ville qui comporte plusieurs espaces collectifs de détente et de convivialité (salle de télévision, salle de restauration, cuisine collective, laverie-repassage), mais cela est à mettre en regard des quelque 1 300 internes qu'il accueille. De même, l'internat du **CHU de Bordeaux** propose-t-il 50 places sur son site principal pour près de 1 100 internes en 2026. La situation est sans doute

(1) Le Quotidien du médecin, 8 septembre 2026.

meilleure à **Nîmes** où le CHU, qui reçoit un peu moins de 300 internes, dispose de deux internats, dont un implanté directement sur le site hospitalier et offrant aujourd'hui 80 places d'hébergement, après la construction de 20 chambres supplémentaires en 2024.

Dans le cadre de leur politique de qualité de la vie, d'autres établissements ont mis en place des mesures dont bénéficient les étudiants en médecine. C'est le cas **au CHU de Nice**, par exemple, où le projet social de l'établissement comporte un conventionnement avec des bailleurs. D'autres mesures d'aides aux étudiants permettent par exemple de disposer de places d'accueil du jeune enfant (crèches hospitalières et partenariat avec une crèche privée), ainsi que de forfaits mobilité durable et d'actions de ce type (parking à vélos, promotion du covoiturage, participation à la prise en charge des abonnements de transport en commun, etc.).

PARTIE III : SORTIR DE L'IMPASSE

Les constats formulés depuis le début des années 2010 restent d'une brûlante actualité : quinze ans après la prise de conscience et l'ouverture des premiers chantiers, le bilan peut difficilement être qualifié de satisfaisant.

Le gouvernement a proposé des stratégies, des plans, fait voter des lois, pris des décrets, des arrêtés, rappelé et explicité la réglementation au moyen de circulaires et d'instructions. Toutes les recommandations possibles ont été formulées et partagées, des chartes ont été adoptées par l'ensemble des parties prenantes, mais malgré une nette prise de conscience de la gravité de la situation et quelques améliorations, les principaux enjeux, subsistent, quasi intacts :

– le **respect du temps de travail** des internes, **et donc de la loi**, de la part des établissements de santé ;

– les **conditions de travail proprement dites** ;

– la **lutte contre les VSS et les RPS** ;

– les **conditions matérielles**, d'une manière générale, notamment illustrées par la faiblesse des rémunérations, très nettement inférieures au taux horaire du smic, compte tenu des horaires excessifs.

Il serait inutile que vos rapporteurs se contentent d'insister à leur tour sur la nécessité de respecter la réglementation sans essayer de formuler quelques propositions innovantes, inspirées par les acteurs entendus en auditions, quand bien même le **contexte hospitalier resterait durablement contraint**. Alors que les internes, rejoints par nombre d'observateurs, considèrent qu'ils sont devenus la **variable d'ajustement de l'hôpital public en crise**, sans doute convient-il de s'interroger sur les **facteurs de blocage** et sur les raisons pour lesquelles leur situation ne s'améliore pas plus.

Un entretien accordé à la presse (1) l'an dernier par trois étudiantes en cinquième année à l'université de Tours, quelques mois après qu'un externe, également de cinquième année, se fut suicidé (2), synthétise à lui seul les différents sujets : le **tabou qui persiste autour du mal-être des étudiants en médecine** ; **l'accumulation de facteurs de stress** – « *un planning de gardes délivré au dernier moment, leur rémunération revue à la baisse et l'ajout de quatre semaines de stage à la fin de l'année* » ; **le manque d'écoute des autorités de la faculté** – « ***Aucun***

---

(1) La Nouvelle République, 17 octobre 2025 https://www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/etudiantes-en-5e-annee-de-medecine-a-tours-elles-denoncent-pourquoi-on-nous-traite-comme-ca-1760728440

(2) La Nouvelle république, 30 octobre 2025, https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/il-aurait-ete-un-tres-bon-medecin-leur-fils-etudiant-en-medecine-a-tours-s-est-suicide-en-juillet-2025-1761841718

aspect de notre vie n'est facilité par la fac de Tours (1). *Elle ne nous protège pas !* » ; la **pression des études et du concours**, celle du **travail à l'hôpital et de la peur de commettre une erreur médicale, faute de séniorisation** : « *On ne sait jamais comment ça va se passer. Ça dépend des services. Aux urgences, on débroussaille. On va voir les patients, on estime la gravité, avec la crainte de passer à côté. On sort de nos cours, on n'a jamais vu aucun patient et, là, on doit décider si le malade rentre chez lui ou pas,* explique l'une d'entre elles. *Parfois, l'affluence est telle que les internes nous demandent de prescrire alors qu'on n'est pas médecin. À mon dernier stage, j'ai demandé qu'on repasse derrière moi. On m'a dit "fais-toi confiance", "prends tes responsabilités". Alors, j'ai enchaîné, sans réfléchir, comme un robot…* » ; la **souffrance mentale qui rôde** « *Tous les soirs, je pleure de mal-être, de stress, d'épuisement,* confesse une autre du trio. *Heureusement que j'ai mon copain et ma famille. D'autres sont complètement isolés… Pourquoi on nous traite comme ça ?* » ; **les idées suicidaires** *:* « *L'angoissant avec les idées suicidaires, c'est qu'on a tous accès aux médicaments. Et qu'on sait comment faire… On connaît tous des gens qui ont fait des tentatives de suicide. Un interne se suicide tous les dix-huit jours. On n'en parle pas entre nous…* » ; les **anxiolytiques ou antidépresseurs pour tenir le coup** : « *il y a aussi toutes ces addictions autour de nous, à la ritaline, aux corticoïdes…* » ; le **manque de réponse et de soutien** quand on en aurait besoin : « *Un soir, j'ai appelé le 3114* [le numéro national de prévention du suicide, NDLR]. *On m'a mis en attente et ça a raccroché. Je suis restée seule…* » ; Le **service de santé universitaire** inopérant : « *Les séances de psychologue ne sont pas adaptées à notre cursus : il y a un délai de plusieurs semaines, des consultations en horaires de bureau incompatibles avec les stages, et seulement à Tours…* »

Il ne s'agit pas ici pour vos rapporteurs de présenter un catalogue de recommandations prétendant tout bouleverser alors que des dizaines d'experts ont apporté leur pierre au traitement de ces problématiques, mais plutôt de mettre l'accent sur quelques réflexions de bon sens.

I. RECENTRER L'ACTIVITÉ DES EXTERNES ET DES INTERNES SUR LEURS MISSIONS HOSPITALIÈRES

On peut s'étonner que quinze ans après le lancement des premiers travaux, après que la ministre de la santé de l'époque a fermement rappelé les établissements de santé à leurs obligations en matière de respect de la loi, après le Ségur et maints autres rapports et recommandations, la situation soit encore figée et qu'internes et externes continuent de vivre des **conditions d'études aussi difficiles et néfastes**. Sauf à supposer une particulière mauvaise foi de la part des CHU, sans doute est-il plus pertinent de s'interroger sur les déterminants de cet immobilisme et son caractère systémique.

(1) Un témoignage adressé spontanément aux rapporteurs par un autre étudiant de cette même université tend à confirmer ces propos et notamment le refus par l'administration de prendre en compte certaines situations personnelles et familiales, alors même qu'elles entraînent de lourdes conséquences sur la poursuite de son cursus.

Deux aspects principaux sont à reconsidérer : celui des **tâches confiées aux internes** et celui du **temps qu'ils y consacrent**.

A. DES PRATICIENS EN FORMATION

1. Un cadre réglementaire précis…

Selon le code de l'éducation [1], les études médicales permettent aux étudiants l'acquisition des compétences nécessaires à leur futur métier et leur **participation effective à l'activité hospitalière**. L'article n° **L. 632-5** précise que « *au cours du troisième cycle des études médicales, les internes* ***reçoivent une formation théorique et pratique à temps plein*** *sous le contrôle des universités.* (…) *Ils* ***exercent des fonctions rémunérées*** *hospitalières ou extra-hospitalières* (…) ».

Plusieurs dispositions réglementaires inscrites dans le code de la santé publique apportent quelques précisions sur ces fonctions, tant pour les externes que pour les internes.

Aux termes de l'article **R. 6153-46**, les **« étudiants hospitaliers en médecine »** – c'est-à-dire **les externes** – ont la qualité d'**agent public et participent à l'activité hospitalière et ambulatoire**. Ils doivent effectuer trente-six mois de stage, au cours desquels ils « ***exécutent les tâches qui leur sont confiées*** *par le médecin référent ou le praticien responsable de l'entité d'accueil,* ***à l'occasion des visites et consultations externes, des examens cliniques, radiologiques et biologiques et des interventions. Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante, sont chargés de la tenue des observations et participent aux services de garde***. » [2] Il est encore précisé qu'ils **participent aux entretiens portant sur les dossiers** des malades et **suivent les enseignements dispensés dans l'établissement de santé**. **Les gardes**, qu'ils effectuent « **le cas échéant** », « *ont un* ***caractère formateur*** ». [3]

Les internes sont également des **agents publics**, « ***praticiens en formation spécialisée*** » [4], qui exercent « ***des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins*** » [5], étant en outre précisé qu'ils « ***s'acquittent des tâches qui leur sont confiées et participent à la continuité des soins*** » [6].

À ce propos, les textes **sont sans ambiguïté** : la **permanence des soins** « *a pour objet d'****assurer la sécurité des malades hospitalisés*** *ou admis d'urgence et* ***la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des***

(1) Article L. 632-1.

(2) Article R. 6153-52.

(3) Article R. 6153-47-1.

(4) Article R. 6153-2.

(5) Article R. 6153-3.

(6) Article R. 6153-6.

internes *en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié*. » (1)

Les **instructions ministérielles** n'ont cessé de rappeler et de préciser cet aspect en soulignant par exemple que « ***Toutes les gardes effectuées au titre du service de garde et les astreintes sont formatrices*** *de même que la participation aux staffs. À ce titre,* ***l'interne est supervisé et encadré par un praticien de plein exercice inscrit à l'ordre***. ***L'interne ou le docteur junior exerce par délégation et sous la responsabilité de ce praticien sénior. Ce dernier doit être disponible, soit sur place, soit joignable en astreinte à domicile, pour conseiller et aider l'étudian****t*. » (2) Cela n'empêche pas que la permanence des soins puisse, le cas échéant, être assurée uniquement par des internes (3), mais lorsque **au moins six internes figurent régulièrement au tableau des gardes**.

L'instruction du 4 juin 2021 détaille précisément chaque item, **objectif et contenu du temps d'accueil et intégration en début de stage**, **conditions matérielles**. S'agissant de l'organisation de la participation des internes à la permanence des soins, elle rappelle que « *le respect strict et complet des dispositions relatives au temps de travail doit être rappelé à tous les organismes accueillant des étudiants de 3e cycle, par tous moyens appropriés*. ».

En outre, ainsi que le rappelle **l'instruction interministérielle du 4 juin 2021**, il appartient à la **commission d'organisation de la permanence des soins** d'élaborer « *le* ***plan d'organisation du service de gardes et astreintes des étudiants de 3ème cycle*** *titulaires et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne, après consultation des chefs de service et de département, ou des responsables de structure.* ***Elle assure notamment la sécurisation du recours à un sénior par les étudiants de 3ème cycle participant à la permanence et à la continuité des soins, les conditions de couverture de la responsabilité des actes réalisés par ces étudiants****, par la formalisation de l'organisation des gardes et astreintes.* ***Elle a vocation à faire remonter à la CME les éventuels dysfonctionnements organisationnels et à apporter les ajustements nécessaires afin que soit respectée la réglementation en vigueur***. »

Les internes sont donc des **professionnels**, **intégrés aux équipes médicales** des établissements, qui **participent de manière effective à l'activité hospitalière**, au fonctionnement des services dans lesquels ils sont affectés et à la prise en charge des patients.

---

(1) Article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

(2) Instruction interministérielle n° DGOS/RH5/DGESIP/2021/115 du 4 juin 2021 relative à l'accueil et à l'intégration des étudiants de 3e cycle au sein des établissements de santé.

(3) Article 3 de l'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.

2. …que les établissements hospitaliers ont du mal à respecter

a. Le glissement des tâches administratives vers les internes

Si les textes semblent clairs quant aux fonctions que doivent assurer les futurs médecins durant leurs stages, il n'en reste pas moins que les internes – mais aussi les externes – indiquent tous devoir fréquemment assumer ce qu'ils qualifient de **missions annexes non médicales** – tâches administratives, organisation, logistique, voire brancardage de malades, récupération de radiographies, tri des dossiers, etc. – qui les détournent du cœur de leurs missions de formation et de soins. Si certaines peuvent être intéressantes, comme l'encadrement d'externes, elles sont néanmoins très chronophages, d'autant plus quand les internes doivent s'occuper d'une quinzaine de patients dans la journée.

Beaucoup d'éléments, et notamment le **manque de personnel paramédical et administratif**, compliquent donc sur le terrain la situation des internes qui déclarent devoir adapter leur temps et leur vie personnelle pour que les missions du service puissent continuer d'être assumées.

Nombre d'interlocuteurs de vos rapporteurs, acteurs hospitaliers ou observateurs, conviennent avec les étudiants que les **dérives sont effectivement fréquentes** et que les internes exercent en effet des tâches qui ne devraient pas leur incomber et que ce quotidien participe de leur souffrance. Les étudiants que vos rapporteurs ont pu entendre lors de leur déplacement à Brest estiment ainsi que certaines tâches administratives occupent une place excessive dans leur activité quotidienne au détriment de leur formation clinique et que leur rôle devrait être mieux valorisé au sein des services hospitaliers.

La plupart des établissements interrogés par vos rapporteurs admettent qu'il y a en effet un certain nombre de tâches sans lien avec les compétences médicales à acquérir – de secrétariat, recherche de lits, transport de prélèvements, appels de coordination, etc. – dont la prise en charge par les étudiants relève effectivement d'un **glissement caractérisé**. Les **transformations importantes de l'hôpital** ces trois dernières décennies – **informatisation** (présentée comme particulièrement chronophage), **évolution des modalités de gestion** (normalisation des procédures, impératifs de traçabilité), **contraintes budgétaires** – ont également eu des impacts considérables sur les personnels.

Pour la direction générale du **CHU de Caen**, ces glissements ne sont en aucun cas une politique délibérée d'ajustement. Ils sont d'abord un **symptôme de la tension sur les effectifs** et se concentrent dans les services et aux périodes où la ressource médicale et administrative est la plus contrainte. Cela relève du **problème structurel des ressources humaines hospitalières** qui amène les internes à devoir combler des manques et assumer de plus en plus de tâches administratives, les services ne disposant pas de secrétariat propre. Cela peut parfois relever d'une **informatisation insuffisante de certains processus** indique le **CHU de Lille**, qui conduit à reporter sur les équipes médicales une charge importante. Les internes,

pleinement intégrés aux équipes, n'y échappent pas et sont **directement concernés par ces contraintes organisationnelles**.

Certains établissements, tels le **CHRU de Nancy**, les CHU **d'Amiens-Picardie**, de **Poitiers, de Caen-Normandie** et d'autres encore, tiennent à souligner que **les fonctions assumées par les internes incluent, par nature, diverses tâches administratives**, **indissociables de l'exercice médical** : comptes rendus d'hospitalisation, courriers de sortie, codage, tenue des dossiers, coordination des parcours de soins, traçabilité, sont **inhérents à l'exercice médical,** ils ont une **valeur formative réelle et font partie de l'apprentissage du métier**. Il s'agit de **compétences professionnelles à acquérir** qui sont réparties entre les membres des équipes au sein des services, en fonction de leurs connaissances, étant entendu qu'elles ne doivent évidemment pas prendre une proportion excessive susceptible de dégrader la valeur formative du stage, notamment au niveau clinique.

Certains PU-PH entendus par les rapporteurs partagent l'analyse des syndicats d'internes et mettent en avant les changements importants que l'hôpital a connus, notamment dans le **processus d'informatisation**. Pour eux, le poids du quotidien pour les internes est aussi celui d'un fonctionnement marqué par une dérive permanente des tâches alors que leur métier est de se former au chevet des patients. Ils considèrent d'ailleurs qu'il y a non seulement un transfert mais aussi une augmentation des tâches, au point que certains avancent que **le rapport temps administratif/temps soin des internes est désormais de deux tiers/un tiers**.

b. Conséquences de la séniorisation insuffisante

Plus grave qu'une évolution due aux transformations de l'hôpital, **le glissement de tâches concerne parfois des aspects médicaux**, l'**insuffisance des effectifs d'encadrement** pouvant les conduire à **être en première ligne sans sénior** présent, voire disponible. Les échanges de vos rapporteurs avec les internes du **CHU de Brest** ont ainsi mis en évidence des **difficultés liées au fonctionnement du système hospitalier**, le manque de personnels médicaux les amenant parfois à devoir **assumer des responsabilités proches de celles des médecins séniors**. Parmi les nombreux témoignages recueillis par vos rapporteurs, il en est qui ont évoqué comme autant de défaillances des établissements, outre une **charge de travail trop importante** et des **conditions psychologiques dégradées**, des **séniors injoignables même durant les gardes**, ou qui n'avaient pas le temps de revoir les patients après les internes, d'autres encore **inaptes à sénioriser** par manque de compétences médicales au point d'être parfois incapables de répondre aux questions, ou des praticiens étrangers sans équivalence légale et pas inscrits à l'Ordre, ou encore des internes laissés seuls dans le service d'urgence…

Dès 2012, **la première enquête de l'ISNIH mettait l'accent sur ce sujet** : « *dans plus de 25 % des cas, **les médecins seniors de garde ou d'astreinte ne sont pas disposés à répondre promptement aux sollicitations des internes**. Ceci pose problème quand l'acquisition par l'interne des connaissances et compétences n'est pas encore suffisante – rappelons qu'un interne est un praticien en formation*

spécialisée pour prendre en charge de manière optimale les patients seuls, celle-ci est pourtant nécessaire. Ces résultats montrent bien que ***certains internes en médecine sont livrés à eux-mêmes lors de leurs activités de permanence ou de continuité des soins faute d'encadrement effectif****. Cela conduit* in fine *à une mise en danger des patients*. » Dans certains CHU, le taux moyen de 25 % de séniors non réactifs était même très largement dépassé.

À ce propos, les **décisions du groupe de travail de la DGOS** avaient conclu à la nécessité d'assurer, avant le 1er novembre 2013, « *la sécurisation du recours à un senior, les conditions de couverture de la responsabilité des actes réalisés par les internes et la prise en compte de la sécurité physique des internes, par la formalisation de l'organisation locale des gardes et astreintes* ». **L'instruction du 22 avril 2014** (1) précisera à cet effet que « ***Pour toute garde d'interne, un médecin sénior doit être disponible, soit sur place, soit en astreinte à domicile, pour conseiller et aider l'interne. L'interne de garde ou d'astreinte exerce par délégation et sous la responsabilité du médecin sénior, ce qui garantit le caractère formateur de la garde***. »

Pour autant, les choses ne se sont pas vraiment améliorées, en témoigne la situation de certains CHU. Ainsi, commentant la crise récemment traversée par le **CHU de Caen** qui a conduit à la suspension temporaire de l'accueil d'internes dans le **service des urgences**, le **directeur général de l'ARS de Normandie** indiquait à vos rapporteurs qu'elle résultait de la **convergence de plusieurs difficultés anciennes s'étant aggravées** en 2025 : une pression sur le service résultant de la fermeture de ceux de cliniques privées, une **réduction importante des effectifs médicaux titulaires** en deux ans (une quinzaine d'ETP) conduisant à un **recours croissant à l'intérim** pour un coût prohibitif et à une **fragilisation de la séniorisation des internes**. Plusieurs signalements avaient fait état d'une **difficulté d'encadrement des internes** notamment durant les gardes de nuit : **absence ou insuffisance de séniorisation**, difficultés d'accès aux avis spécialisés, charge de travail importante et croissante et inquiétudes relatives à la sécurité des patients et des professionnels, ces éléments étant signalés tant par les représentants des internes que par les responsables universitaires. Des témoignages recueillis par vos rapporteurs confirment que tous les signalements des internes n'ont pas empêché la situation de dégénérer et de se manifester parfois par l'absence totale de séniors pendant les gardes de nuit aux urgences, rendant les services impossibles à tenir pour les internes.

Pour le **professeur Emmanuel Bergot**, président de la CME du CHU de Caen, les professionnels et **notamment les internes paient le prix de toute la dérégulation du système** : alors que la capacité de formation devrait surtout se trouver au lit du patient, le fait que **la charge de travail augmente quand les effectifs réduisent conduit mécaniquement à réduire le temps dédié à la formation et à l'encadrement des étudiants**, qui est désormais vécu comme une contrainte et une charge mentale supplémentaires, contribuant à la **perte**

(1) Instruction n° DGOS/RH4/2014/128 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux internes.

d'attractivité des établissements. D'autres témoins partagent cette analyse : les internes évoluent dans un hôpital public sous tension et en absorbent donc en partie les difficultés. En ce sens, les stages effectués dans les centres hospitaliers non universitaires sont sans doute moins difficiles, les enjeux et contraintes étant nettement différents.

c. Un état de fait qui pourrait empirer

À cela s'ajoutent très directement les effets du ***numerus apertus*** et donc de l'augmentation du nombre d'étudiants et d'internes, dans un contexte où, **malgré les alertes des hospitaliers universitaires**, les **effectifs d'encadrants sont toujours insuffisants**.

Les CHU ayant répondu au questionnaire de vos rapporteurs mettent tous en avant cette problématique parfois cruciale.

Évolutions constatées et prévisibles des effectifs étudiants au CHU de Caen

. **Croissance du nombre d'étudiants à former**, conséquence mécanique de la montée en charge des objectifs pluriannuels d'admission : de 684 ETPR en 2019 à 898 en 2025, soit + 31,29 %. Cette dynamique devrait se poursuivre au regard des objectifs d'augmentation des capacités de formation.

. **Alourdissement du temps d'encadrement requis par étudiant** : la réforme du troisième cycle (décret du 25 novembre 2016) et le statut de docteur junior supposent une supervision graduée et formalisée ; la réforme du deuxième cycle renforce le poids de l'évaluation en stage.

. **Progression plus lente de la ressource sénior** : de 483 à 554 ETPR entre 2019 et 2025, soit + 14,70 %, très en-deçà de la progression du nombre d'étudiants.

. **Effet de ciseau** : + 31,29 % d'étudiants pour + 14,70 % de séniors sur la même période, soit une **diminution du nombre d'encadrants disponibles par étudiant**. C'est, selon nous, le **déterminant principal de la dégradation ressentie des conditions de stage**, davantage que l'insuffisance des dispositifs formels d'accueil.

Source : Communication écrite du CHU de Caen.

Le **CHU de Saint-Étienne** indique ainsi des effectifs passés de 573 étudiants au 31 décembre 2023 à 693 au 31 décembre 2025, soit **+ 21 % en deux ans**. Le nombre de **docteurs juniors** a crû dans des proportions supérieures, + 30 %, de 84 à 109 sur la même période. Dans le même temps, les **praticiens hospitaliers**, au nombre de 348 en 2023, sont aujourd'hui 370, soit une augmentation d'un peu plus de 6 %. Inévitablement, les **conditions d'encadrement des stagiaires ne peuvent que se dégrader**, et cette tendance, avertit le CHU, est appelée à se poursuivre dans les prochaines années, avec une hausse progressive des effectifs juniors, notamment en raison de la suppression du *numerus clausus*, de l'augmentation du nombre de professionnels entrant dans les cursus de formation et de la mise en place de la quatrième année de médecine générale. Les tendances constatées au **CHU de Lille**, subdivision la plus importante de France après Paris (+ 32 % depuis 2012) ou au **CHU de Nîmes,** sont comparables, de l'ordre de + 20 %

à moyen terme. La croissance des effectifs d'internes a entraîné la **saturation des capacités d'accueil du CHU de Dijon-Bourgogne**, et amené l'UFR à développer une offre de stages dans les centres hospitaliers généraux bourguignons mais leur éloignement de la métropole régionale pèse sur leur attractivité.

Il en est de même au **CHU d'Amiens**, où l'on attire l'attention sur les **conséquences opérationnelles de cette évolution** qui **suppose un accroissement** du nombre de professionnels hospitalo-universitaires, de terrains de stage agréés, de terrains de gardes, du temps d'encadrement par les séniors disponibles, des capacités d'hébergement (internat et autres hébergements sur le territoire) nécessaires à l'accueil des étudiants dans de bonnes conditions. Mais à l'heure actuelle, **au niveau national**, **l'augmentation du nombre d'étudiants s'est opérée à moyens d'encadrement globalement constants**, et **le nombre d'étudiants à former est de moins en moins en rapport avec les capacités d'encadrement des CHU**.

Le **CHU d'Amiens-Picardie** souligne trois points de tension : en premier lieu, la **saturation de certains terrains de stage** : le quota de gardes imposé par le cursus de deuxième cycle, soit vingt-cinq, commence à être difficilement réalisable dans plusieurs CHU. En second lieu, les **limites de la territorialisation de la formation** : l'envoi d'étudiants en stage dans les centres hospitaliers périphériques constitue une voie de solution imparfaite, dans la mesure où une équipe médicale fragilisée par un déficit de praticiens ne peut consacrer le temps nécessaire à l'encadrement pratique des étudiants, étant entendu que ce compagnonnage est rendu d'autant moins aisé que ce sont souvent ces mêmes équipes qui accueillent les praticiens à diplôme hors Union européenne (1). **Les limites sont donc rapidement atteintes au sein des territoires médicalement sous-denses**. Enfin, la question de **l'accueil logistique** : les **capacités d'hébergement** des étudiants pour un stage de sept semaines dans un établissement éloigné de leur lieu de résidence ne sont pas extensives ; cette problématique s'ajoute à celle concernant l'accueil pédagogique. Pour la direction du CHU, l'augmentation des effectifs à former appelle en conséquence **deux conditions de réussite** : **conforter les équipes hospitalo-universitaires** des CHU, par des créations de postes de titulaires associées à des **mesures d'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire, car il faut aussi pourvoir les postes créés** (2) ; conforter les nominations d'enseignants associés aux équipes hospitalo-universitaires dans les Centres hospitaliers généraux, ce qui suppose la création de supports budgétaires délégués aux UFR et aux CHU.

Par-delà les différences d'analyse, **vos rapporteurs constatent une forme d'unanimité, entre les CHU et les universitaires**. Les professeurs Marie-France

---

(1) 4 000 lauréats des épreuves de vérification des connaissances en 2025 sont à former sur deux ans.

(2) Le CNG indiquait en mai 2026 que sur 10.000 postes de praticiens hospitaliers ouverts par les établissements, un peu plus de 3 000 ont fait l'objet d'une candidature, ce qui « signifie qu'environ 6 000 praticiens hospitaliers statutaires titulaires font défaut *», malgré l'amélioration apportée à la communication sur les postes effectuée par les établissements. Ce chiffre est stable sur plusieurs années. Les spécialités et les régions sont toutefois diversement concernées, certaines étant plus attractives que d'autres.*

Seronde, doyenne de la faculté de Besançon, et Denis Angoulvant, doyen de la faculté de médecine de Tours, auditionnés en représentation de la conférence des doyens, soulignaient en outre un **effet collatéral des difficultés des CHU** à assumer leurs missions de formation : les stages organisés dans des centres hospitaliers périphériques permettent que les étudiants découvrent d'autres pratiques, mais **les conditions d'accueil et d'encadrement peuvent être très variables compte tenu d'un encadrement non universitaire.** Le doyen de la faculté de Tours complétait par ailleurs les observations des CHU sur les problématiques d'encadrement des étudiants : « *La fac a du mal à remplir un certain nombre de missions car le nombre des étudiants a considérablement augmenté.* ***Nous en avons 330 qui sortent de première année, contre 250 en 2020 et 80 il y a vingt ans***. *Et ceci* ***à moyens et personnel administratif quasi constants*** *pour faire les plannings des cours, de stages et de gardes pour 1 000 étudiants en deuxième cycle (de la 4e à la 6e année). C'est compliqué. Pour les souhaits de stages, on utilisait jusqu'à présent un algorithme qui ne fonctionne plus avec autant d'étudiants. Il a fallu quasiment tout refaire à la main.* » (1)

Dans d'autres établissements en revanche, les évolutions prévisibles sont soit plus lentes et auront de ce fait des effets sans doute moins problématiques, soit répondent aux **besoins territoriaux croissants**. C'est par exemple le cas à **La Réunion** où le CHU indique que plusieurs facteurs locaux plaident pour la poursuite de l'augmentation des effectifs juniors et séniors, même si cette dynamique s'accompagne d'importants enjeux financiers, organisationnels, logistiques et de disponibilité de ressources humaines pour l'enseignement, l'encadrement des stagiaires et la gestion administrative et pédagogique. Le **CHU de Nice** présente ainsi une situation particulière, le nombre d'étudiants de l'UFR de médecine ayant fortement augmenté ces dernières années – quadruplé en trente ans, doublé sur les dix dernières années – mais pas celui des internes, en hausse beaucoup plus modérée : la subdivision se trouve par conséquent en **sous-effectifs chroniques d'internes par rapport aux besoins territoriaux** et le rattrapage promis par les ministres ne se produit pas. En découle une sur-représentation du secteur libéral et des **difficultés d'accès aux soins pour les personnes les plus précaires**. En d'autres termes, se posent aussi des **questions d'équilibres géographiques et territoriaux**, certains CHU apparaissant **sous-dotés en internes pour pouvoir répondre aux besoins de la population locale**. Cela laisse à penser que cette donnée n'est pas sans effet sur la charge de travail des stagiaires.

B. LE SERPENT DE MER DU TEMPS DE TRAVAIL

1. La décision du Conseil d'État n'a pas levé les incertitudes

Pour mémoire, la présence des internes sur les terrains de stage doit respecter **le plafond moyen de 48 heures** hebdomadaires, réparties en

(1) La Nouvelle République, 22 novembre 2025, https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/la-fac-de-medecine-de-tours-sous-l-eau-avec-ses-1-000-etudiants-le-doyen-annonce-l-embauche-de-deux-psychologues-1760727061.

huit demi-journées de pratique dans les services de la structure d'accueil et **une demi-journée de formation hors stage** pour les internes [(1)].

Sur cette question, la décision du Conseil d'État de 2022 paraissait sans réelle ambiguïté quand il déclarait que la réglementation en vigueur supposait que les établissements publics de santé se dotent d'un « ***dispositif fiable, objectif et accessible*** » permettant de décompter le nombre de demi-journées et le nombre journalier d'heures de travail effectuées par chaque agent, pour s'assurer du respect du plafond de quarante-huit heures hebdomadaires.

Pour le Conseil, les textes étaient suffisamment clairs et **il n'était pas nécessaire d'y ajouter une définition horaire des demi-journées**. Il avait en effet pris soin de préciser que « *dès lors que les dispositions des II et III de l'article R. 6153-2 du code de la santé publique disposent que les obligations hebdomadaires de service des internes sont fixées en demi-journées dans la limite de quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée sur une période de trois mois,* ***ces dispositions impliquent nécessairement que le nombre d'heures effectuées par les internes au cours des demi-journées de travail correspondant à leurs obligations de service, en période de jour comme en période de nuit, soient telles qu'elles ne puissent dépasser la durée maximale hebdomadaire de travail.*** *Contrairement à ce que soutient l'association requérante, la circonstance que les dispositions attaquées ne détermineraient pas les modalités de conversion en heures d'une demi-journée n'est donc pas, par elle-même, de nature à méconnaître l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la norme*. »

2. Une grande variété de situations et d'appréciation

On relèvera en premier lieu des **conceptions variables** de la part des CHU. Pour celui **de Nancy**, « *la réglementation prévoit qu'une* ***demi-journée de stage correspond à une durée de référence de 3h30***. ***Leur activité hospitalière est organisée sur la base de dix demi-journées hebdomadaires****, correspondant à un volume maximal théorique de 35h hebdomadaires, auquel peuvent s'ajouter, le cas échéant, les gardes réalisées dans les conditions prévues par la réglementation*. » À **Poitiers**, en revanche, « ***Chaque demi-journée travaillée compte par défaut 4h30*** *(10h/jour moins 1h de repas). Les* ***demi-journées de formation*** *comptent 3h30* » [(2)]. Dans le même temps, selon l'**article R. 6153-2-1** du code de la santé publique, « ***une période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demi-journées*** », étant entendu par ailleurs qu'une garde de nuit débute à 18h30 et s'achève le lendemain à 8h30 selon l'instruction du 19 septembre 2024...

---

(1) La demi-journée de temps personnel de consolidation des connaissances n'entre pas dans ces 48 heures et les externes ne doivent effectuer que cinq demi-journées.

(2) Dans son instruction du 19 septembre 2024, le ministère rappelait que « le temps consacré à ces neuf demi-journées ne peut excéder quarante-huit heures de temps de travail effectif par période de sept jours ».

Pour le reste, il est sans doute révélateur que sur les quinze CHU qui ont répondu au questionnaire que vos rapporteurs leur ont adressé, **très peu ont apporté une réponse précise à la question** : « *Quels sont les horaires moyens effectués par les étudiants en stage dans les services de votre établissement ?* ».

Plusieurs ont simplement rappelé les dispositions en vigueur, assurant que direction générale et direction des affaires médicales (DAM) veillaient au strict respect de la réglementation, que tel ou tel logiciel – GTA Médical, GTMED, Chronos, Agile Time, ITEM ou Clepsydre – était utilisé (1), à charge pour les internes de le renseigner (2), laissant ainsi entendre qu'il n'y avait pas vraiment de sujet.

D'autres se sont contentés d'indiquer que « *les horaires moyens effectués par les étudiants et internes en stage s'établissent, selon les services, entre 8h30 et 18h30, borne horaire encadrant la permanence des soins, dans le respect du plafond réglementaire* » ou que la saisie des emplois du temps sur le logiciel était perçue comme une tâche administrative supplémentaire, « *en contradiction avec l'objectif de libération de temps médical* » et qu'il y avait de ce fait un enjeu de fiabilité des données…

Si les établissements les plus transparents ont apporté des informations intéressantes, il apparaît néanmoins que **la détermination précise des horaires reste un exercice généralement complexe**, quels que soient les logiciels utilisés. Le **CHU de Rennes**, l'un des très rares à donner des indications précises, évoque des horaires moyens, **hors permanence des soins**, évoluant entre 38 heures et 56 heures hebdomadaires selon les services. Celui de **Dijon-Bourgogne** précise que depuis **novembre 2025** les internes disposent d'un **dispositif de déclaration de dépassement horaire** de la demi-journée. Ces déclarations sont comptabilisées et exploitées tous les trois mois et la DAM adresse aux responsables de planning l'état des dépassements déclarés à fin d'analyse pour que des solutions co-construites entre l'administration et le chef de service soient trouvées. Ces états ont ainsi permis de décider de renforts numériques de postes d'interne, notamment en chirurgie. La dernière exploitation de ces déclarations a concerné une vingtaine d'internes sur les 500 affectés au CHU, pour des **dépassements allant de trois heures à cinquante heures sur le trimestre écoulé**, dans six services. Les **Hospices civils de Lyon** (HCL) indiquent avoir effectué un recensement auprès de l'ensemble des services pour vérifier la conformité des organisations avec la réglementation en place, ce qui avait permis d'identifier ceux, moins de vingt sur cent-soixante, dans lesquels des dépassements de temps de travail des internes avaient été déclarés, entraînant la **mise en place d'actions correctrices**, notamment la **création de postes supplémentaires de faisant fonction d'interne** (FFI). Par ailleurs, un suivi général permet d'analyser les éventuels écarts entre services. Les chefs de services

(1) Il est souvent précisé que des guides ou tutoriels ont été préparés à cet effet.

(2) Plusieurs CHU indiquant à ce propos que cette possibilité offerte aux internes était peu utilisée, malgré l'information qui leur est donnée.

se sont notamment engagés sur des bornes horaires quotidiennes dont ils sont les garants.

Plusieurs établissements soulignent le peu d'appropriation des dispositifs à disposition des internes : c'est le cas du **CHU de Caen-Normandie**, dont la direction générale signale que le **renseignement du temps de présence des internes sur le logiciel reste très partiel**. Une cinquantaine d'entre eux l'ont fait, dont onze présentaient un temps de travail moyen supérieur à 48 heures hebdomadaires, avec un maximum de 52 heures. Une remarque comparable est faite par la direction générale des **Hospices civils de Lyon**, qui indique que le temps de travail des internes, géré de manière automatisée via le logiciel *Chronotime*, fait l'objet d'un suivi institutionnel, mais que l'on constate un **défaut d'exhaustivité de la saisie par les internes eux-mêmes**, qui atténue la pertinence du logiciel.

Quoi qu'il en soit du **degré d'appropriation par les internes** de l'outil mis à leur disposition, il n'en reste pas moins que, à l'heure actuelle, **la situation ne peut être considérée comme satisfaisante**.

Comme vos rapporteurs l'ont rappelé, plus de quatre ans après la décision du Conseil d'État, près d'une quinzaine de CHU n'ont toujours pas mis en place de systèmes de mesure du temps de travail, certains indiquant que le respect des bornes horaires était régulièrement rappelé aux chefs de service qui se sont engagés à les respecter. Néanmoins, entre les contentieux qui restent ouverts, en attente d'une nouvelle décision du Conseil d'État, et les lenteurs de la mise en place des dispositifs dans les CHU qui ont conclu des médiations avec les syndicats, il est difficile de considérer que ce dossier avance comme il le devrait. **L'objectivation de la durée de travail des externes et des internes est un impératif auquel les établissements de santé ne sauraient se soustraire**, et l'élaboration de tableaux de service prévisionnels et récapitulatifs est à cet effet insuffisant.

Pour mémoire, la décision du Conseil d'État, reprenant les termes d'un **arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne** de 2019 [(1)], avait jugé que les dispositions en vigueur **impliquaient** que les établissements mettent en place, « ***en complément des tableaux de service*** *prévisionnels et récapitulatifs* » et selon les modalités qu'il leur appartenait de définir, un **dispositif objectif, fiable et accessible permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier**.

Or, malgré ce cadrage, les **instructions ministérielles postérieures se contentent de rappeler l'autonomie des établissements** qui doivent par exemple établir, à leur niveau, une correspondance entre la demi-journée et le nombre d'heures, correspondance qui peut varier entre le jour et la nuit, ou selon l'organisation et les spécificités propres de chaque service. [(2)] Elles rappellent

(1) CJUE, communiqué de presse n° 61/19 du 14 mai 2019, « Les États membres doivent obliger les employeurs à mettre en place un système permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier », https://curia.europa.eu/site/upload/docs/application/pdf/2019-05/cp190061fr.pdf.

(2) Instruction n° DGOS/SDRH/RH5/2025/170 du 30 décembre 2025 relative au temps de travail des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

également qu'il revient aux établissements de « *déterminer les modalités concrètes d'organisation du temps de travail médical, et notamment de fixer les bornes horaires du service de jour et du service de nuit. Ces modalités sont fixées par les règlements intérieurs et tiennent compte des spécificités de chaque service. Le temps de présence exigé pour chaque période de jour ou de nuit permet de s'assurer que le praticien reste en deçà de la borne des 48 heures hebdomadaires. La borne des 48 heures est une borne maximum. Les établissements peuvent décider de fixer une borne inférieure dans leur règlement intérieur. La fréquence mensuelle du relevé des obligations de service réalisées permet le réajustement si nécessaire des tableaux de service prévisionnels des mois suivants afin de garantir le respect des obligations de service calculées en moyenne sur le quadrimestre.* »

Ces quelques aspects rappelés, la DGOS se limite à indiquer que « ***l'outil informatique doit constituer un appui utile au suivi du temps de travail et à la lisibilité pour les praticiens***. »

Aux yeux de vos rapporteurs, cette mention ne saurait être considérée comme suffisante pour répondre aux exigences posées par le Conseil d'État, non plus qu'à celles de la CJUE dont l'arrêt précisait : « ***Il incombe aux États membres de définir les modalités concrètes de mise en œuvre d'un tel système, en particulier la forme que celui-ci doit revêtir, en tenant compte, le cas échéant, des particularités propres à chaque secteur d'activité concerné, voire des spécificités***, *notamment, de la taille de certaines entreprises*. »

Nombre d'étudiants entendus par vos rapporteurs partagent le sentiment que les **dispositifs de mesure du temps de travail sont encore insuffisants**. À Brest, par exemple, plusieurs ont considéré qu'un **système de pointage ou de contrôle plus fiable permettrait de mieux objectiver les dépassements horaires et de garantir une meilleure application de la réglementation**.

Recommandation n° 1 : Publier une instruction ministérielle rappelant aux établissements de santé leur obligation d'instaurer un dispositif objectif, fiable et accessible permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier, comme un système de pointage ou de badgeuse.

Incidemment, en objectivant le temps de travail des stagiaires, l'instauration de dispositifs de mesure du temps de travail permettra également de contrôler la réalisation effective des stages par les externes et de limiter les risques de fraudes récemment constatés.

C. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS

1. Respecter la dimension formatrice des stages n'est pas hors de portée

Nombre d'établissements déclarent en effet porter une **particulière attention à ce sujet**, estimant précisément que « ***les activités confiées aux internes***

doivent être cohérentes avec leurs missions et leur parcours de formation et ne doivent pas avoir pour objet de pallier durablement des difficultés organisationnelles ou de ressources ».

Aux **Hospices civils de Lyon**, par exemple, des **rappels réguliers** sont adressés aux chefs de service sur le rôle des référents internes de spécialité qui participent au dialogue avec les instances de gouvernance si des difficultés constatées justifient de revoir les activités et l'organisation du travail. C'est aussi la politique de la direction des affaires médicales du **CHU de Dijon-Bourgogne** qui indique que les étudiants de deuxième et de troisième cycle ne sont **que très marginalement chargés de tâches administratives** et précise que l'adéquation de la charge de travail au sein du CHU relève du **calibrage du nombre d'internes par service pour assurer une activité essentiellement médicale**, à répartir entre praticiens séniors et internes. Dans le même esprit, le **CHRU de Nancy** considère que les étudiants hospitaliers et les internes ont vocation à exercer au sein des services dans une **logique prioritairement pédagogique et formatrice** et que leur présence répond avant tout aux **objectifs de formation définis dans le cadre de leur cursus**. Même si les conditions d'exercice peuvent varier selon les spécialités, les services, l'intensité de l'activité clinique ou encore les particularités des prises en charge, les étudiants ne sauraient constituer un moyen de compensation des besoins structurels de fonctionnement des équipes médicales.

Il est donc **difficile de porter une appréciation uniforme** sur l'ensemble des situations mais les parties prenantes (DAM, CME, responsables de terrain de stage) indiquent rester très attentives à toute situation susceptible de dégrader les conditions de formation ou de travail. La direction des affaires médicales du **CHU de Nîmes** précise par exemple mener un **travail concerté et régulier avec les internes**, les chefs de service et les organisations syndicales pour adapter les organisations de travail, ce dialogue permettant en outre de s'assurer du respect de la limite des 48 heures hebdomadaires, de l'application effective des repos de sécurité ainsi que des journées dédiées à la formation, les gardes réalisées par les internes faisant par ailleurs l'objet d'une séniorisation systématique.

2. Mettre en place une nouvelle organisation du travail

Les **professeurs Charline Bertholdt** (Université de Lorraine et CHRU de Nancy) et **Olivier Turrini** (Université d'Aix-Marseille et Institut Paoli-Calmette de Marseille), entendus par vos rapporteurs, ont complété leur audition par une contribution écrite (1) qui présente leurs analyses et les expériences qu'ils ont menées dans leurs établissements respectifs.

Ils estiment, comme d'autres acteurs et observateurs, que les différents enjeux – **glissement de tâches ou dépassements horaires** – **ne peuvent être réduits à une simple question de respect** des dispositions en vigueur et qu'il s'agit

(1) Le professeur Martin Bertrand (faculté de Montpellier-Nîmes et CHU de Nîmes), non auditionné par vos rapporteurs, est également signataire de la contribution.

d'**une problématique systémique nécessitant une transformation collective** : les situations constatées résultent en effet bien plutôt d'une **combinaison de facteurs** liés aux exigences de la formation médicale, à l'organisation des soins et aux représentations professionnelles historiquement associées à une disponibilité totale des praticiens. Leur réduction suppose donc de **mieux comprendre les organisations**, **d'identifier les leviers permettant d'articuler formation et continuité des soins**, et de **mobiliser collectivement les acteurs concernés**.

Certains de ces facteurs **tiennent aux exigences de la formation médicale**, l'internat reposant sur une articulation étroite entre formation et exercice professionnel, **à l'organisation des soins et des services**, aux **ressources disponibles**. La **participation des internes à la permanence des soins** – composante essentielle de la formation médicale – est un **déterminant majeur de leur temps de travail** : **les gardes et astreintes** contribuent à l'acquisition progressive de l'autonomie et exposent les internes à des situations cliniques spécifiques, mais elles représentent un **facteur important de dépassement du temps de travail**. **L'articulation entre nécessité pédagogique, continuité des soins et respect du cadre réglementaire constitue ainsi un enjeu central**.

À cet égard, ils remarquent l'inégalité de traitement entre internes selon les établissements dans lesquels ils sont affectés, **le recours aux astreintes étant réservé aux seuls CHU**. Il s'ensuit une certaine hétérogénéité de leurs conditions de stage, et donc une forme d'iniquité territoriale. Dès lors que les déplacements effectués durant les périodes d'astreinte, et donc la prise en charge effective de patients, sont relativement limités, se pose la question de leur intérêt pédagogique pour les intéressés. Dans cette optique, sans doute serait-il pertinent de **réfléchir à une harmonisation des modalités de participation des internes à la permanence des soins** en les recentrant sur les gardes, dispositif qui leur permet un réel apprentissage.

Ces aspects se conjuguent avec l'**évolution des organisations hospitalières qui se sont progressivement structurées en intégrant la contribution des internes au fonctionnement quotidien des services**, à un moment où les exigences réglementaires augmentaient, entraînant un surcroît de tâches administratives d'autant plus facilement assumées par les internes que le périmètre de leurs responsabilités n'est pas clairement défini.

Dès lors, faire évoluer leur temps de formation implique de **revoir des équilibres organisationnels parfois anciens, ce qui nécessite une réflexion plus large sur la répartition des activités entre les différents professionnels**. Cela suppose en conséquence un travail collectif de changement organisationnel : « ***La transformation suppose ainsi une mobilisation conjointe des internes, des équipes médicales, des responsables pédagogiques, des établissements, des facultés et des autorités de tutelle afin de construire un modèle conciliant qualité de la formation, continuité des soins et respect du cadre réglementaire***. » (1)

(1) Contribution écrite remise à vos rapporteurs.

Les expériences menées sur le terrain dans les CHU de Nancy sous l'impulsion du professeur Bertholdt, par le professeur Turrini à l'Institut Paoli-Calmette de Marseille et dans le service du professeur Bertrand au CHU de Nîmes, retiennent l'attention, dans la mesure où, au-delà des divergences d'approches et des différences de contextes, **ils ont permis de réelles améliorations** et de mettre en place des organisations compatibles avec le respect des temps de travail des internes, y compris dans les services comme la chirurgie ou la gynéco-obstétrique, spécialités dans lesquelles la permanence des soins est fortement mobilisatrice : « *Les trois équipes y sont parvenues en s'appuyant sur des organisations différentes : mise en place de repos compensateurs,* ***planification du temps de travail sur plusieurs semaines****,* ***réorganisation des présences*** *au bloc opératoire ou dans les unités de soins****, nouvelle répartition des gardes ou adaptation des horaires de présence****.* »

Ils jugent que cela met en évidence qu'**il n'y a pas de modèle organisationnel unique**, mais que **les solutions doivent être construites au plus près des réalités de terrain**, l'enjeu étant en conséquence de **définir un cadre permettant à chaque équipe de construire l'organisation compatible avec le respect du temps de travail**, tout en préservant la qualité de la formation et de la prise en charge des patients.

S'agissant de la planification du temps de travail, la démarche a consisté à **lisser les horaires hebdomadaires sur une longue période**, de deux mois, permettant de concilier exigences de permanence des soins et respect des dispositions légales, en tenant compte des disponibilités des internes, conditionnées à leurs absences et obligations de formation. Ces nouvelles modalités permettent de mieux anticiper la gestion des services.

Recommandation n° 2 : Introduire des éléments de flexibilité dans la gestion de la présence des internes en lissant leur activité sur de longues périodes, par exemple de deux ou trois mois.

Cela suppose une **dynamique collective, essentielle**, mise en œuvre par des acteurs convaincus de la nécessité du changement et en capacité de fédérer les équipes autour d'un objectif partagé. En l'espèce, dans les trois établissements, les internes, les séniors, les assistants et les autres professionnels impliqués dans le fonctionnement quotidien des services ont participé à la réflexion et la construction de la nouvelle organisation. Vos rapporteurs remarquent à ce propos que cette démarche s'inscrit à rebours des constats formulés par de nombreux professionnels de santé auditionnés selon lesquels sur les dernières décennies, la dimension collective du travail hospitalier, et partant le dialogue et la cohésion au sein des équipes, se sont fortement réduits.

Le succès des expériences repose en outre sur une **réorganisation du travail médical**. Il suppose de ne pas simplement diminuer le temps de travail des internes et implique de **réorganiser en profondeur le fonctionnement des services** pour garantir à la fois la continuité des soins, la qualité de la formation et

le respect du cadre réglementaire. En d'autres termes, cela passe par une **redistribution de certaines activités, en particulier les tâches administratives ou organisationnelles**, vers les professionnels les plus à même de les réaliser, mais « *également de* ***réinterroger la répartition des missions médicales entre internes et praticiens seniors*** », de mieux anticiper les plannings, d'avoir des outils de suivi adaptés et de renforcer la coordination entre les différents acteurs du service.

In fine, dans un contexte où les fonctions confiées aux internes peuvent fréquemment faire l'objet de glissement, **la démarche illustre la nécessité d'une réflexion plus large sur leur place au sein des équipes médicales** pour « *dépasser une approche fondée uniquement sur la définition des missions des internes, pour également identifier les activités qui ne devraient pas relever de leur responsabilité habituelle, afin de prévenir les glissements d'activité et de sécuriser leur temps de formation.* » Pour les trois auteurs, ces expériences montrent que « *la réduction du temps de présence hospitalière conduit à mieux distinguer le temps consacré à l'activité clinique du temps véritablement dédié à la formation. Si elle constitue une contrainte organisationnelle, cette évolution peut également représenter une opportunité pédagogique : elle invite les équipes à expliciter les objectifs d'apprentissage, à mieux identifier les situations réellement formatrices et à structurer davantage les temps de supervision et d'enseignement. Elle met également en lumière une difficulté préexistante : bien que le temps de formation théorique soit pleinement intégré au cadre réglementaire de la formation des internes, son organisation demeure encore hétérogène et insuffisamment structurée dans de nombreux parcours. Cette situation s'explique notamment par des modèles d'organisation historiquement centrés sur une forte présence hospitalière, dans lesquels les temps pédagogiques n'ont pas toujours été identifiés ni intégrés comme des composantes essentielles de la formation*. »

Pour **nombre d'experts et de praticiens hospitaliers** entendus par vos rapporteurs, tout est **une question d'équilibre** entre les tâches incontournables et ce qui n'a pas à reposer sur les épaules des seuls internes. Le problème structurel des ressources humaines ne devrait pas conduire à une telle surcharge et ce sont des **dérives inacceptables** dont pâtissent les étudiants de deuxième ou de troisième cycle. **Plusieurs PU-PH** auditionnés insistent par conséquent sur **l'intérêt de poser une définition claire de leurs missions à l'hôpital**. Il serait ainsi **très utile** de travailler sur le **contenu des stages**, voire sur l'introduction de **fiches de postes dans les services**, qui permettraient de recentrer les missions sur le cœur de leur métier – **être au chevet des patients** – et de disposer en outre d'un **outil de vérification**.

Recommandation n° 3 : Instituer la formalisation obligatoire de fiches de poste par les chefs de service, détaillant les missions et responsabilités confiées aux externes et aux internes durant leur stage, rappelant les modalités de supervision et d'organisation du service, ainsi que les objectifs pédagogiques et les modalités d'évaluation.

Cela suppose un **travail de remise à plat, interne aux établissements**, permettant de définir la manière dont un service doit fonctionner, de préciser les personnels et les moyens dont il dispose et dont il a besoin, le rôle des séniors et des internes et la part d'administratif qui revient à chacun, en gardant présent à l'esprit que **la qualité de la prise en charge des patients exige de ne pas « désénioriser » tout ce qui relève du soin**.

D. EN COMPLÉMENT, RETRAVAILLER QUELQUES QUESTIONS DE GOUVERNANCE

Le propos n'est pas ici de revenir sur les acquis issus des travaux du professeur Claris qui ont posé les jalons essentiels d'une gestion hospitalière bienveillante dont on a vu l'importance dans la perspective d'une meilleure qualité de vie au travail des professionnels de santé et des étudiants. Plutôt de souligner l'intérêt qu'il y aurait à apporter quelques changements complémentaires qui, pour certains, touchent à des aspects culturels.

1. L'intérêt d'une gouvernance plus collective

Nombreux sont les observateurs entendus par vos rapporteurs qui analysent les problématiques auxquelles font face les internes en termes structurels. Quelles que soient les réformes qui ont été introduites ces dernières années, la structure même du système hospitalier reste très souvent marquée par un fonctionnement vertical, dans lequel se conjuguent une forte hiérarchie et une concentration des pouvoirs aux mains de quelques-uns.

a. Dans la gestion des services...

Certes, plusieurs des CHU interrogés par vos rapporteurs assurent que les recommandations du rapport Claris ont été mises en œuvre, à la faveur de l'adoption de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, qui en a rendu certaines obligatoires, comme l'association des chefs de service et des cadres de santé à l'élaboration du projet d'établissement, à celle du projet de gouvernance et de management participatif comme aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. Des groupes de travail pluriprofessionnels ou des comités de pilotage sont en train d'élaborer, ou l'ont déjà fait, les projets managériaux des prochaines années incluant des thématiques visant à une gouvernance plus bienveillante, sur lesquelles le professeur Claris avait insisté, comme à la prévention des VSS et des RPS, cf. par exemple les deux premiers axes du volet « **Gouvernance et management** » du projet d'établissement

du **CHU de Bordeaux** pour les années 2026-2030 (1). Des formations sont également souvent mises en place localement. Un fonctionnement plus collectif est donc sans doute heureusement en train de se mettre en place progressivement dans les établissements hospitaliers.

Cela étant, **du chemin reste à faire**, de l'aveu même de certains d'entre eux qui admettent que l'objectif de formation de l'ensemble des chefs de pôle ne devrait pouvoir être atteint que dans les prochaines années, que les formations que les uns et les autres ont suivies jusqu'alors sont très variées et que l'on est encore loin de pouvoir proposer aux binômes chefs de service-cadres de santé des formations permettant une culture commune.

En outre, certains CHU n'hésitent pas à reconnaître que si les managers non médicaux bénéficient d'un parcours de formation initiale structuré et d'une offre continue substantielle, la situation des managers médicaux est en revanche différente. **La compétence et la formation managériale sont encore rarement des critères de sélection et la nomination à une fonction de chef de service demeure très largement fondée sur la reconnaissance scientifique et clinique**. De nouveaux responsables sont ainsi amenés à encadrer des équipes parfois nombreuses sans formation préalable, sans temps identifié et sans accompagnement… **Cette formation est pourtant une obligation légale des établissements de santé**, le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement (2) devant « *comporter un volet spécifique relatif à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.* ***Il porte également sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités***. *Il comprend enfin des actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de prévention des risques psychosociaux auxquels peuvent être exposés de manière spécifique les personnels soignants, médicaux et paramédicaux*. »

C'est aussi un impératif : il importe de sortir du **mode de management traditionnel autocratique** encore trop souvent en vigueur du fait, précisément, de l'absence de formation, qui engendre de la souffrance au travail, notamment vis-à-vis de professionnels de santé disposant d'autonomie. **Une formation au management est non seulement indispensable** pour les managers médicaux ou administratifs, pour qu'ils mettent en place des pratiques adaptées qui les forme notamment à l'analyse de l'organisation du travail et des caractéristiques de leurs équipes. Ces modalités, encore peu développées à l'EHESP et absentes des facultés de médecine, sont à mettre en place dans les meilleurs délais.

Quelles qu'en soient les modalités, aux yeux de vos rapporteurs il est **impératif de rendre opposable la formation au management, qui doit être une**

---

(1) *https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Projets-et-strat%C3%A9gies/Projet-d-%C3%A9tablissement-2026-2030/ANNEXES-Projet-%C3%A9tablissement/8.-PE-Volet-gouvernance-et-management-CHU-de-Bordeaux.pdf/*

(2) Article L. 6143-2-3 du code de la santé publique.

condition préalable à la nomination des chefs de service. Compte tenu des l'ampleur des problématiques de VSS et de RPS, il paraît également indispensable que les formations intègrent de manière également obligatoire des modules portant sur les compétences en matière de prévention et de traitement des situations critiques, comme de médiation.

Recommandation n° 4 : Confier aux agences régionales de santé le contrôle de la régularité des nominations à des postes de responsabilité des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements de santé, au regard des exigences de formation au management posées par l'article L. 6143-2-3 du code de la santé publique.

Il est par ailleurs encore fréquent que des PU-PH soient tout à la fois médecin, enseignant, chercheur, chef de service, tout en assurant des responsabilités universitaires, quand ils n'occupent pas des fonctions nationales. Ce **cumul de fonctions** invite à s'interroger sur les aptitudes de tout un chacun à pouvoir les mener toutes à bien : soigner, gérer un service et une UFR, encadrer des internes, faire de la recherche, enseigner, sont des tâches qui requièrent chacune des compétences différentes et une grande disponibilité. Les qualités pour les exercer toutes de front avec la même exigence ne sont pas identiques, on peut être un bon chercheur sans être un bon manager, un bon médecin sans être un bon professeur. Si certains postes sont évidemment complémentaires, ce n'est pas le cas de tous. Cette situation ne peut pas être sans effet sur le quotidien d'un service hospitalier et notamment sur l'attention portée aux internes, sur la qualité de l'encadrement qu'ils sont en droit d'attendre de leur hiérarchie.

Recommandation n° 5 : Instituer une limitation du cumul des fonctions de responsabilité médicale au sein des établissements hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires.

Cet état de fait, qui touche à l'un des aspects les plus connus du système hospitalier, celui des **« mandarins » nommés à vie, indéboulonnables, cumulant casquettes et pouvoirs**, amène vos rapporteurs à tirer plusieurs conclusions.

Les questions de mal-être des personnels et notamment des étudiants tenant beaucoup à la qualité de vie des services, il paraît hautement utile **d'instituer des modalités d'évaluation des managers sur cet aspect**. Il s'agirait non seulement d'exiger qu'ils soient formés et démontrent leur aptitude, mais aussi **d'évaluer a posteriori leurs résultats sur la base d'un contrat d'objectifs**. Comme l'indiquait le professeur Claris dans son rapport, il convient désormais « *d'adapter les règles de renouvellement des mandats des responsables médicaux lorsqu'elles existent. Les logiques de projets, de bilans, et de transparence dans les procédures de désignation ou d'élection doivent progressivement s'imposer. La reconnaissance locale des compétences et des acquis d'expérience mis au service du projet d'établissement sont préférables à une limitation normative qui génère de plus en plus souvent des difficultés (manque de candidats, dispositions locales dérogatoires,…) et à une perte in fine pour la collectivité*. » En ce sens, les projets de management des établissements doivent impérativement comporter des items

tenant à la qualité de vie au travail des professionnels et des étudiants et externes, sur lesquels les responsables doivent être évalués, et que cet aspect soit une condition du renouvellement de leurs fonctions.

Recommandation n° 6 : Conditionner le renouvellement des fonctions de responsabilité à l'évaluation des objectifs fixés au sein du contrat de pôle de l'établissement.

En outre, au-delà de la question de la formation nécessaire à l'occupation de certaines fonctions, il semble important pour vos rapporteurs que le cumul de fonctions soit non seulement limité dans le temps mais que l'éventail des possibilités soit aussi restreint, ce qui serait bénéfique aux établissements : des perspectives de carrières plus ouvertes sont aussi un gage d'attractivité.

b. … Comme dans celle des stages

Si une dimension plus collective peut être introduite dans la gestion des services, il est raisonnable de penser qu'afin d'éviter aux internes d'être pendant des semestres entiers dans une relation de dépendance exclusive et potentiellement toxique vis-à-vis d'un chef de service ayant le droit de vie et de mort sur leurs études et leur avenir, un schéma comparable doit pouvoir être envisagé dans la gestion des stages des internes et spécialement dans leur évaluation.

En ce sens, la **validation collégiale des stages** est une piste à explorer, en cohérence avec l'objectif d'améliorer les conditions de travail des internes et leur situation. Selon les témoignages recueillis par vos rapporteurs cette pratique est en vigueur dans certains établissements hospitaliers, tel celui du Havre où divers mécanismes ont été développés qui tendent à alléger les facteurs induisant un stress chez les étudiants.

Aux termes de l'**article 57 de l'arrêté du 12 avril 2017** portant organisation du troisième cycle des études de médecine, un stage est validé par le directeur de l'UFR, « *après avis du responsable médical du lieu de stage agréé* (…) *et de la commission locale représentée par le coordonnateur*. »

Pour mémoire, chaque étudiant de troisième cycle des études de médecine conclut avec le directeur de l'unité de formation et de recherche et la commission locale de coordination de la spécialité un **contrat de formation** qui définit les objectifs pédagogiques et le parcours de formation suivi au sein de la spécialité [(1)]. La commission est notamment chargée [(2)] de s'assurer du respect de la formation suivie par l'étudiant et de son accompagnement ; elle assure également la coordination des enseignements et le contrôle des connaissances. Présidée par le coordonnateur local, elle comprend des représentants étudiants.

(1) Article R. 632-26 du code de l'éducation.

(2) Article R. 632-14 du code de l'éducation.

Il est également précisé que « ***l'évaluation est progressive*** *et s'appuie sur les entretiens menés par le praticien agréé-maître de stage des universités ou le responsable médical chargé de l'encadrement pédagogique (…), en présence de l'étudiant en début, milieu et fin de stage.* » Les **procédures de validation** des différentes phases du troisième cycle sont précisément définies, ainsi que les **voies de recours ouvertes à l'étudiant** : « *En cas de non-validation d'un stage ou d'une phase ou de difficultés particulières, conformément à l'article R. 632-15 du code de l'éducation, l'étudiant ou le coordonnateur local de la spécialité saisit la commission locale de coordination de la spécialité. Cette dernière se réunit, et après avoir entendu l'étudiant pour statuer sur la situation, peut proposer une réorientation ou le maintien dans la phase de formation*. » (1)

Pour autant, à entendre de nombreux témoignages, la pratique est telle que ces dispositifs semblent **peu connus des internes**, en particulier les voies de recours en cas de non-validation, ou que les délais soient contraints, les validations intervenant souvent en fin de semestre, empêchant de ce fait leur mise en œuvre.

L'analyse des textes en vigueur montre qu'il existe une forme de collégialité dans le processus de validation. Malgré cela, pour de nombreux acteurs, les étudiants en premier lieu, le maître de stage apparaît tout puissant et seul à même de décider de l'avenir des étudiants. Il semble en conséquence nécessaire de renforcer la collégialité du dispositif et sa visibilité.

Recommandation n° 7 : Réviser les dispositions de l'arrêté du 12 avril 2017 afin de renforcer l'effectivité de la collégialité du processus de validation des stages.

Ce n'est d'ailleurs pas uniquement dans le processus de validation des stages que l'opportunité d'une approche plus collective est intéressante. Il en est aussi de même dans d'autres aspects, quotidiens, des stages. Ainsi, un dispositif de « seconde victime » (2) a-t-il été institué, destiné à aider les internes impliqués dans la survenue d'un **événement indésirable grave (EIG)**, situation par nature stressante. Des **mécanismes de soutien ont été formalisés** qui **associent les pairs** dans un premier niveau, le **service de santé au travail** ensuite et *in fine*, **l'intervention d'un spécialiste** (psychologue ou psychiatre). Ils permettent non seulement à l'intéressé de mieux gérer sa détresse, qui peut en l'espèce être grave et lourde de conséquences (symptômes physiques, émotions négatives, troubles divers, addictions, diminutions de performances professionnelles, etc.), mais aussi à l'équipe de sortir collectivement de cette crise.

(1) Article 61 de l'arrêté.

(2) Tout professionnel de santé, directement ou indirectement impliqué dans un évènement indésirable, une erreur non intentionnelle, ou un dommage pour le patient, et qui est impacté négativement.

2. Développer les dispositifs d'évaluation des stages

La question de l'évaluation des stages se heurte aux risques de représailles que courent les étudiants qui craignent de payer au prix fort le fait d'avoir dénoncé leurs conditions de travail.

Quelques dispositifs existent à ce propos, qui rencontrent plus ou moins de succès, la garantie de l'anonymat n'étant pas toujours suffisante. Dans cet ensemble, le plus connu est sans doute Gélules (Guide en ligne unifiant les évaluations de stages), qui a été lancé à la faculté de Lille en 2008 et a pris la forme d'une plateforme numérique, permettant aux étudiants d'évaluer leur stage et de signaler tout incident vécu en stage, à la faculté ou à tout moment de leur parcours. Selon le site (1), plus de 200 000 évaluations dans 29 UFR médicales, dix écoles de sage-femme, une faculté de pharmacie et une d'odontologie ont été déposées depuis 2014, et quelque 6 700 commentaires recensés comme problématiques à l'échelle de la France entière dans tous les établissements utilisateurs de Gélules. Les étudiants s'investissent dans ce dispositif pour en assurer le fonctionnement.

D'autres initiatives méritent d'être signalées, notamment celle de l'ARS de la région Auvergne-Rhône-Alpes qui, suite à l'évolution réglementaire donnant la possibilité aux directeurs généraux d'ARS d'extraire un interne qui ne serait plus sécurisé dans un stage, ou de retirer un agrément pour un stage non conforme aux attendus pédagogiques et réglementaires, a lancé en 2022 une plateforme d'évaluation, réalisée en collaboration avec les doyens et les représentants d'étudiants, afin de permettre un espace de communication libre entre les acteurs.

Selon les informations communiquées à vos rapporteurs, l'évaluation se fait au travers d'un questionnaire reprenant des items objectifs et règlementaires sur les conditions d'accueil et travail en stage, toutes spécialités confondues. La plateforme est hébergée sur un site ministériel sécurisé « Démarches simplifiées » auquel ont accès les doyens et deux personnes responsables du pôle de la formation à l'ARS.

Il s'agit à ce jour d'un projet unique en France qui vise à permettre de mieux saisir les conditions réglementaires de travail des internes, en une dizaine de questions simples, rapides, centrées sur les indicateurs permettant de détecter des risques psychosociaux sérieux. Il s'agit aussi de pouvoir permettre aux internes de s'exprimer librement et anonymement au sujet des conditions de travail.

Néanmoins, l'utilisation du dispositif reste modeste : au 30 juillet 2026, 886 évaluations avaient été déposées depuis le lancement de la plateforme fin 2023. L'ARS relève qu'elle est cependant utilisée comme étant l'endroit dédié pour déposer de manière individuelle et sécurisée les éléments factuels rencontrés au cours d'un stage, et pouvant être repris à l'appui des signalements initialement plus généraux. Il semble que le manque de connaissance soit un frein, le lien n'étant pas relayé par les universités sur la fin des stages, ni même par les syndicats d'internes. La garantie de totale confidentialité et l'anonymat a permis à l'ARS de pouvoir

(1) *https://ufr3s.univ-lille.fr/vie-de-campus/etre-soutenu/securite*

intervenir auprès de responsables (DG du CHU, doyen ou coordonnateur responsable), pour agir auprès des services concernés, apporter des correctifs et aider les internes à surmonter des situations difficiles.

3. Renforcer le levier de la certification

La Haute Autorité de santé procède à la certification des établissements de santé sur la base d'un référentiel qui comporte de nombreux items sur lesquels sont évalués les hôpitaux.

Ainsi que les responsables de la Haute Autorité l'ont précisé à vos rapporteurs, ce référentiel de certification, conçu par des professionnels pour les professionnels, de façon collégiale avec des représentants de fédérations hospitalières, de gouvernance des hôpitaux, des experts visiteurs qui sont des professionnels de santé et des représentants des usagers, évolue très régulièrement.

Il comporte actuellement 22 critères impératifs qui reposent sur des objectifs facilement atteignables et pragmatiques. Certains intéressent directement la situation des étudiants. Ainsi, le critère 3.3-08 du référentiel – « L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire » – concerne l'accueil des étudiants : dans le cadre de la visite de certification, des questions sont posées à la gouvernance de l'hôpital pour savoir comment la politique d'encadrement des stages est organisée. Un autre élément concerne la procédure de signalement des EIG en prenant en compte à la fois l'impact sur le malade mais également sur la personne qui a commis l'erreur et le processus permet d'analyser la qualité du dispositif institutionnel mis en place, la manière dont le signalement est organisé et traité, comment le travail de débrief et d'analyse subséquent s'organise, etc.

Lors du dernier cycle, il a été jugé nécessaire d'intégrer au référentiel des **critères relatifs à la qualité de vie au travail**, et **à compter du 1er janvier 2027**, un **critère spécifique relatif à la lutte contre les VSS**, concernant au sens large les professionnels, **entrera en vigueur**. Il concernera également plus précisément les étudiants, et notamment le travail qui s'articulera avec l'université d'une part et le CHU auquel ils sont rattachés d'autre part. Vos rapporteurs se réjouissent de cette innovation majeure.

En outre, poursuivant la réflexion dans cette logique, il apparaît à la HAS qu'il serait également opportun qu'un autre aspect soit développé, **relatif aux terrains de stage**, la vérification des bonnes conditions d'accueil dans chaque établissement, ainsi que de la manière dont les stages se déroulent, afin que chaque établissement puisse se saisir des résultats pour apporter des réponses collectives. Cela suppose toutefois au préalable que des modalités d'encadrement permettant aux étudiants de se placer dans des situations d'apprentissage correctes soient définies.

Si le référentiel de certification ne peut évidemment inclure tous les aspects réglementaires, les établissements doivent néanmoins respecter la loi. En ce sens, vos rapporteurs estiment que l'introduction d'un critère tendant à la vérification des tableaux horaires des internes pourrait être intégré.

Recommandation n° 8 : Insérer des critères relatifs à l'évaluation des terrains de stage et au respect des conditions de travail des stagiaires dans le référentiel de certification de la Haute Autorité de santé.

II. MIEUX SOUTENIR LES ÉTUDIANTS

Il est essentiel de travailler sur les différents items que vos rapporteurs ont présentés : le recentrage de l'activité des étudiants et des internes sur des missions hospitalières réellement formatrices, comme le définit le code de la santé publique, la réduction du temps de travail hebdomadaire dans les limites légales et réglementaires, ou l'inflexion vers une gouvernance hospitalière permettant de donner un cadre pertinent à cette ambition, sont des axes nécessaires.

Pour autant, ils n'exonèrent pas d'une réflexion sur l'amélioration des voies et moyens permettant d'améliorer le traitement des différends au sein des établissements hospitaliers ou d'apporter un soutien aux étudiants qui en ont le plus besoin.

Ainsi que vos rapporteurs l'ont rappelé, la prévalence des symptômes d'anxiété et des problématiques de santé mentale chez les étudiants en médecine et, plus largement, chez les étudiants en santé, repose, à ce jour, essentiellement, sur les résultats des **enquêtes déclaratives réalisées par les syndicats d'étudiants**. Par ailleurs, le chiffre, terrible, d'un suicide d'interne tous les dix-huit jours, n'est qu'une estimation reposant sur les remontées d'informations des organisations syndicales qui peuvent être lacunaires. C'est la raison pour laquelle vos rapporteurs plaident en premier lieu pour la **production d'études précises** qui permettront de caractériser le phénomène, **l'amélioration de la connaissance étant un impératif permettant d'adapter la nature, le calibrage et la qualité de la réponse**.

Recommandation n° 9 : Publier un baromètre annuel des risques psychosociaux et des suicides des étudiants en santé.

A. RENFORCER LES DISPOSITIFS D'AIDE AUX ÉTUDIANTS

Les informations recueillies par vos rapporteurs montrent qu'un certain nombre de CHU sont particulièrement sensibilisés à la souffrance psychique des étudiants en médecine et mettent en œuvre des mécanismes d'aide et de soutien qui retiennent l'attention. Au-delà, l'analyse montre que de nombreux dispositifs externes coexistent, dont la pluralité n'est pas, de l'avis général, gage d'efficacité.

1. Un ensemble de dispositifs dont l'efficacité est discutée

Un certain nombre de points ont été soulevés de manière récurrente, tenant à une insuffisance de moyens humains, de disponibilité, voire à une qualité de réponse médiocre de certains dispositifs de soutien aux étudiants. Sur ces aspects, vos rapporteurs ont indiqué les griefs qu'ils avaient entendus de plusieurs sources, notamment des syndicats d'étudiants eux-mêmes. De sorte que l'efficacité et la pertinence de nombreux dispositifs posent question, quel que soit l'engagement des acteurs.

Selon un recensement effectué par la médiatrice nationale, **environ une quinzaine** de dispositifs existent, qui **interviennent peu ou prou sur le même créneau** du soutien aux étudiants via une **ligne d'écoute ouverte sur des plages horaires plus ou moins larges**, et consécutivement, avec plus ou moins de limites et d'efficacité. Les motifs des appels reçus sont la plupart du temps similaires : difficultés psychologiques plus ou moins graves et urgentes, souffrance mentale qui s'exprime avec plus ou moins de violence, situations de harcèlement moral ou sexuel, de maltraitance, conditions d'études compliquées (surcharges de travail, pression ou dysfonctionnements divers), pour ne pas parler des problématiques de difficultés sociales ou d'isolement. Les modalités d'action sont également comparables et renvoient souvent à des orientations vers des prises en charge psychologiques, voire à la saisine de cellules d'aides juridiques par exemple.

Cette pluralité d'acteurs sur un même champ d'intervention invite à s'interroger. Elle met en évidence une **grande fragmentation des intervenants** peu coordonnés, éventuellement en concurrence sur les mêmes problématiques, et l'on peut déduire de cette dispersion une efficacité amoindrie ne serait-ce que par **manque de lisibilité** pour les publics destinataires dont les besoins peuvent être immédiats, par exemple en cas de velléités suicidaires. Savoir à qui s'adresser sans avoir à réaliser un travail préalable de recherche, notamment lorsqu'on n'est pas en état psychologique de le faire, est un impératif.

Cela suppose, aux yeux de vos rapporteurs, un **resserrement des dispositifs au niveau local** et un **accès simplifié**, quitte à ce que le numéro d'appel unique agisse comme une plateforme.

2. Le peu de recours aux dispositifs institutionnels

Pour tous les CHU qui ont répondu au questionnaire de vos rapporteurs, la prise en compte des problématiques de qualité de vie au travail est une priorité qui figure dans le projet d'établissement et qui concerne tant les professionnels que les étudiants. On relève ici l'existence d'une commission dédiée ou d'une cellule d'écoute, ailleurs la nomination d'un chargé de projet, la mise en place d'actions de sensibilisation, d'une offre de formation managériale ou aux bonnes pratiques, voire portant spécifiquement sur la prévention des VSS ou des RPS. Ces actions restent parfois encore modestes : tel CHU indique par exemple que depuis 2020 il est

proposé aux chefs de service de participer à une formation au management, mais que, à ce jour, seuls 23 praticiens en ont bénéficié.

Ces actions sont positives dans la mesure où elles permettent une **sensibilisation des responsables médicaux aux enjeux** de management et aux conditions de travail des étudiants, ainsi qu'un dialogue débouchant sur une meilleure prise en compte des difficultés, et parfois le signalement de dysfonctionnements internes à leur service par les responsables médicaux eux-mêmes qui sollicitent un appui institutionnel pour les résoudre, ainsi que le **CHU de Dijon-Bourgogne** le précise.

Néanmoins, vos rapporteurs ont également rappelé que **les dispositifs institutionnels internes aux établissements sont assez peu utilisés** pour des raisons bien connues qui tiennent aux risques, réels ou supposés, que le fait d'y recourir peut faire courir aux intéressés qui, de ce fait s'abstiennent, d'autant plus facilement qu'ils sont, à ce moment-même, en situation de fragilité et de souffrance, après avoir subi une agression ou vécu une situation de harcèlement. Il est frappant que les institutions officielles de recours et protection – administration hospitalière, police, justice – soient particulièrement peu saisies par les victimes qui préfèrent très majoritairement se confier dans un premier temps à un proche.

Tous les interlocuteurs de vos rapporteurs, quelles que soient les positions qu'ils occupent, ont confirmé que **l'omerta reste une réalité** et que **la réticence ou le refus de faire un signalement tient à cette unique raison** : la crainte que, au moment où en cours de processus, il faudra se dévoiler et sortir de l'anonymat garanti au début, en sera fini de leurs chance de valider le stage, d'être accepté dans un autre établissement, de trouver un directeur de thèse. Comme on le faisait remarquer à ce propos à vos rapporteurs, le milieu hospitalo-universitaire est petit, tout le monde se connaît et tout se sait…

Les dispositifs institués dans les établissements hospitaliers paraissent pourtant intéressants. Ils montrent que **les équipes administratives sont souvent très fortement mobilisées sur ces problématiques** et qu'elles font preuve d'inventivité pour mettre en place un éventail de structures efficaces : nomination de référents, élaboration de protocoles de signalement, politique préventive à destination des professionnels de santé, ouverture de cellules d'écoute et de conciliation – ici « Alerte Violences », là « Stop », ailleurs « Parler » – qui ne semblent cependant pas toujours convaincantes, selon certains témoignages de CHU. Plusieurs portent en effet un **regard circonspect sur la manière dont les étudiants y ont recours** : ils estiment avoir mis en place des procédures simples, parfois des guichets uniques, accessibles via l'intranet de l'établissement de manière confidentielle, et des dispositifs d'accompagnement protecteurs, mais le bilan est parfois insatisfaisant, tel CHU indiquant par exemple un nombre de signalements enregistrés inférieur aux prévalences rapportées au niveau national. Cela amène à s'interroger sur les **questions de connaissance, d'accessibilité** sur lesquelles des efforts doivent continuer d'être portés.

Le sentiment qui ressort des réponses au questionnaire de vos rapporteurs est que, **même anonymes, les dispositifs de signalement ne permettent pas de lever l'appréhension de certains étudiants** qui craignent qu'une dénonciation d'un sénior entache leur carrière. Les signalements et enquêtes administratives ne garantissent l'anonymat que jusqu'au moment où la procédure devient disciplinaire et que le principe du contradictoire s'impose juridiquement.

En d'autres termes, non seulement l'anonymat et l'accompagnement doivent être garantis le plus longtemps possible, tout comme l'indépendance du traitement des signalements, mais cela reste à l'évidence insuffisant tant la perspective, inévitable à plus ou moins longue échéance, de la levée de l'anonymat au moment de la phase contradictoire, agit comme un élément de blocage indépassable.

Cette réalité persistante invite vos rapporteurs à attirer l'attention sur la **nécessité de mettre en place des dispositifs de protection immédiate** des victimes, témoins et lanceurs d'alerte – mesures conservatoires, changement de terrain de stage sans pénalisation – garantissant qu'en aucune manière leur témoignage ou signalement ne pourra porter un quelconque préjudice à leur cursus.

Recommandation n° 10 : Instituer des mesures de protection immédiate des étudiants à l'origine d'une plainte pour violence sexiste et sexuelle.

3. L'engagement particulier de quelques CHU mérite d'être relevé

D'autres établissements développent des actions volontaristes et prometteuses. C'est par exemple le cas du **CHU de Brest**, et la question de la santé mentale a occupé une place centrale dans les échanges de vos rapporteurs lors de leur déplacement.

Pour y répondre, la faculté de médecine et le CHU ont développé plusieurs dispositifs d'accompagnement, permettant aux étudiants de faire remonter des situations problématiques. Les responsables soulignent que si ces dispositifs n'ont pas encore permis de réduire significativement le mal-être, ils **favorisent une prise en charge plus précoce des situations de souffrance**. Les étudiants peuvent également bénéficier d'un **accès facilité aux consultations psychologiques**. L'ensemble de ces dispositifs témoigne d'une **volonté institutionnelle de mieux accompagner les étudiants tout au long de leur parcours**. Les échanges ont ainsi mis en évidence les progrès réalisés dans la prévention et le traitement des VSS et des situations de harcèlement. Cette diversité est perçue comme un élément positif, susceptible de faciliter la libération de la parole. Toutefois, **les internes soulignent que les signalements demeurent particulièrement difficiles**. À Brest comme ailleurs, leur parcours professionnel dépend largement de l'évaluation réalisée par leurs encadrants, et cela peut conduire certains à renoncer à dénoncer des comportements inappropriés par crainte de conséquences. Les représentants du CHU de Brest rappellent à ce propos que les procédures internes ont été renforcées

et que les signalements font désormais l'objet d'un traitement plus rapide. Les participants ont également insisté sur l'importance de poursuivre les actions de sensibilisation aux VSS, mais aussi aux RPS et aux conduites addictives, qui demeurent des sujets de préoccupation dans les études médicales.

Après une réflexion initiée en 2020 par l'UFR de médecine, les bases de l'accompagnement des étudiants dans une démarche anticipative et de construction proactive de leur projet professionnel ont été posées. **La cellule d'accompagnement à la réussite des étudiants** (CARE) est née en 2022. Depuis septembre 2025, l'équipe est constituée des deux psychologues du travail, et de personnels titulaires de l'université exerçant à temps plein. En juin 2026, une vice-doyenne qualité de vie a intégré l'équipe de direction, entourée d'un comité pédagogique engagé dans l'accompagnement des étudiants en difficulté, mobilisable à leur demande.

La cellule d'accompagnement à la réussite des étudiants (CARE)

La CARE est directement implantée au cœur de l'UFR, au plus près du quotidien des étudiants, des enseignants, des équipes de scolarité et de la direction. Cette proximité permet de travailler en bonne intelligence et en cohérence avec l'ensemble de la faculté. Sa force repose sur son articulation fluide avec les autres services de l'université – en premier lieu le Service de Santé des Étudiants (SSE) – ainsi qu'avec un réseau d'acteurs partenaires hors de l'université. L'enjeu est de faire le lien entre cet écosystème interne et externe, en garantissant un **cadre éthique inébranlable** : **stricte confidentialité**, **neutralité absolue** et **respect fondamental** de la parole de chacun.

Un dispositif d'accompagnement individuel

L'accompagnement individuel, cœur de métier de la CARE, repose sur un cadre d'échange bienveillant, garanti par une stricte **confidentialité** et le respect de l'**anonymat**. Les entretiens permettent d'aborder le vécu des études et des stages, d'analyser la méthode de travail, d'offrir une prise de recul et de soutenir les projets professionnels ou personnels.

Les entretiens obligatoires représentent un volume de 450 étudiants par an en DFASM1 (4ème année) et DFASM2 (5ème année), valorisés par 1 ECTS. Auxquels s'ajoutent des entretiens libres, à la demande, qui représentent un volume d'environ 300 étudiants par an, toutes années d'étude de médecine confondues y compris l'internat. Les problématiques régulièrement exprimées par les étudiants incluent mal-être et souffrance psychique, méthodologie et organisation, parcours et échéances, vie personnelle et santé.

Durant l'année universitaire 2023/2024, les étudiants en souffrance pouvaient, sur conseil des psychologues de la CARE, solliciter des rendez-vous chez un psychologue clinicien à raison de cinq séances. Le paiement des séances était assuré par le biais d'une subvention obtenue lors d'un appel à projet.

Des actions collectives et de la prévention

Santé mentale (module de sensibilisation obligatoire en DFGSM2 (2ème année de médecine) ; **semaines de sensibilisation (**organisation de temps forts (ex. « consommer en toute sécurité » et la « semaine VSS ») ; **ateliers bien-être (**séances TOP (Techniques d'Optimisation du Potentiel) et cardioboxe financées par le Groupe Pasteur Mutualité) ; **chartes de l'étudiant (s**ensibilisation aux chartes facultaires et de stage (attitude professionnelle, secret médical, éthique, consentement, solidarité) ; **temps conviviaux (**organisation d'événements favorisant le lien social, le partage informel et la cohésion de promotion) ; **tiers-Lieux (**participation aux réflexions et actions d'amélioration des espaces de travail et de bien-être).

Des engagements dans la lutte contre les VSS et les addictions

La lutte contre les VSS constitue un pilier des actions de prévention de la CARE, menée en concertation avec l'université : **semaine de sensibilisation en 2024 (**conférences, exposition, documentaire-débat, ateliers Krav Maga et formation Stand Up dispensée par L'Oréal Paris, la Fondation des Femmes et Right To Be) ; **module de formation obligatoire (UE VSS 4h, d**éployé dès 2025 sous forme de MOOC (7 chapitres + évaluation QCM). **Obligatoire** pour les étudiants de DFGSM2 (2ème année de médecine) et DFGSM3 (3ème année de médecine), et optionnel pour le second cycle (DFASM - externat) ; **encadrement des évènements festifs ; gouvernance & Partenariats (r**éunions bimensuelles entre la vice-présidence VSS de l'UBO, la référente VSS de la faculté, la CARE, et des partenaires associés.)

Les **Hospices civils de Lyon** mènent une action comparable. Selon les informations recueillies par vos rapporteurs, plusieurs dispositifs ont été mis en place, visant à prévenir les risques psychosociaux, prévenir et accompagner les situations de harcèlement, de sexisme ou de maltraitance, et à améliorer la qualité de vie des étudiants en santé. **Depuis avril 2019**, le CEPIM – « Centre de prévention et d'intervention contre le harcèlement, le sexisme et la maltraitance pour les étudiants et les internes en difficulté » – constitue un dispositif central de prévention et d'accompagnement, géré par la direction des affaires médicales du CHU en lien avec la référente universitaire du cycle des études médicales, avec une adresse mail dédiée. Il permet aux étudiants et internes de signaler, anonymement ou non, des situations problématiques rencontrées dans le cadre de leur formation ou de leur activité hospitalière. Ces signalements donnent lieu à analyse et à un accompagnement individuel. Au-delà de l'accompagnement des situations individuelles, les signalements recueillis par le CEPIM permettent également d'**identifier des problématiques récurrentes** et de **mettre en place des actions collectives** (formation sur les VSS, etc.).

En complément, le **projet « CARE-SANTÉ » (1)**, **porté conjointement par les HCL et l'université Lyon 1**, vise à **renforcer la coordination des dispositifs existants** en matière de prévention, de santé mentale, de bien-être et d'accompagnement des étudiants en santé. Plusieurs axes de travail sont développés, notamment sur les circuits de soins en santé mentale, les enseignants/formateurs ressources, les compétences relationnelles et la communication sur les dispositifs existants. Selon les informations communiquées à vos rapporteurs, le projet CARE devrait être finalisé d'ici à la fin de l'année 2026.

Les HCL déploient également le parcours « POWER D », destiné aux internes en médecine, qui vise notamment à développer les compétences relationnelles, la gestion du stress, la communication au sein des équipes et la prévention de l'épuisement professionnel. Expérimenté initialement en pédiatrie, il a vocation à être progressivement étendu à d'autres spécialités. Il est une des actions retenues dans le cadre du déploiement du **projet stratégique HCL 2035** et de la déclinaison du programme de transformation dédié à la promotion de la culture de l'attention pour tous.

L'analyse de ces différents dispositifs amènent vos rapporteurs à proposer plusieurs recommandations s'en inspirant. Il apparaît en effet que les dispositifs de signalement doivent être clairement identifiés dans les facultés et les établissements de santé.

Recommandation n° 11 : Développer des dispositifs de signalement clairement identifiés au sein des facultés et des établissements de santé, garantissant une assistance indépendante, associant étudiants et référents externes.

(1) Confié au docteur Donata Marra, ancienne présidente du CNA.

En outre, pour la bonne information des futurs stagiaires quant aux terrains de stage dans lesquels ils sont susceptibles d'être affectés, il serait pertinent que la situation de chaque établissement et son évolution, soient connues. Les établissements devraient en conséquence **publier chaque année un bilan anonymisé** de leur action.

Recommandation n° 12 : Instituer la publication annuelle par les établissements de santé du bilan anonymisé des signalements effectués et des suites qui leur ont été données.

4. Une porte de sortie possible ?

Comme plusieurs interlocuteurs de vos rapporteurs l'ont souligné, telles qu'elles sont organisées, les études médicales sont un **long tunnel** dans lequel les étudiants entrent avec le bac sans en sortir avant la soutenance de leur thèse et la remise de leur diplôme quelque dix ans plus tard. **Cette problématique participe du mal-être des étudiants** compte tenu de la pression ressentie à divers stades de cette course de fond, au cours de laquelle il ne faut rien lâcher sauf à risquer d'échouer, de se retrouver dans une filière non désirée et d'en subir les effets tout au long de sa vie professionnelle. Comme on le faisait remarquer à vos rapporteurs, les études médicales, telles qu'elles sont structurées, obligent les jeunes à **se positionner très tôt et de manière quasi définitive**, sur des filières dont certaines sont parfois très étroites et quasiment sans possibilité d'en changer. Même si un droit au remords ou une possibilité de réorientation ont été institués, **le système est vu comme source de frustration et de stress**, les conséquences d'une erreur étant définitives.

Un **droit au remords** (1) existe depuis quelques années, qui permet certes un changement de spécialité mais il ne peut en effet être exercé que selon **certaines conditions restrictives**, à savoir : au plus tard durant le deuxième semestre de la phase d'approfondissement (années deux à quatre de l'internat) et au sein de la subdivision d'affectation de l'interne, le changement de spécialité ne pouvant être effectué que vers une autre dans laquelle des postes ont été ouverts à l'issue des épreuves nationales. Par ailleurs, un **seul changement** est permis.

La réorientation (2) est permise dans des **conditions également assez strictes** : d'une part, lorsque le coordonnateur local ou le doyen constate que l'étudiant n'est pas en mesure de mener à son terme la formation de la spécialité choisie, il peut saisir la commission locale de coordination de la spécialité, afin qu'elle émette un avis sur les possibilités de réorientation de l'étudiant concerné, lequel peut aussi de lui-même saisir cette instance. Après avis de la commission locale et après consultation du directeur général de l'agence régionale de santé, le doyen peut prendre, une décision de réorientation qui s'effectue dans le troisième cycle de médecine. En cas de non-validation de la phase socle (première année

(1) Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

(2) Article R. 632-40 du code de l'éducation.

d'internat), une réorientation peut également être proposée par la commission locale de la spécialité.

Ces dispositifs sont certes opportuns mais néanmoins compliqués à mettre en œuvre. En outre, ils paraissent insuffisants, dans la mesure où ils n'offrent pas de réelles voies de sortie à celui qui échoue ou renonce. Cette donnée et la forte pression académique, supérieure à celle d'autres filières, compte tenu des enjeux de classement et des choix de spécialité déterminants et irréversibles, engendrent des situations de stress chronique et la peur, chez l'étudiant qui se rend compte de son erreur, ou se trouve en situation d'échec, de retourner à la case départ, sans rien d'autre en poche que son bac. Ces questions occupent d'ailleurs un grand nombre des appels aux plateformes de soutien à certaines périodes de l'année.

Accessoirement, cette contrainte renforce mécaniquement la dépendance des étudiants à leur hiérarchie et contribue à fragiliser leur position en cas de conflit, de situation de maltraitance ou de harcèlement : comment oser risquer tout perdre à deux ans de la fin des études si aucune autre perspective n'est envisageable ? **Sans option, la vulnérabilité restreint fortement le champ des possibles**.

C'est la raison pour laquelle vos rapporteurs **estiment urgente une réflexion sur une réforme du cursus** aux termes de laquelle **seraient considérablement assouplis ces dispositifs**. Indépendamment de la sérénité que pourraient y gagner les étudiants, sur lesquels la perspective d'un échec serait moins écrasante, ces passerelles leur permettraient aussi de pouvoir s'extraire de situations de VSS et de RPS en leur ouvrant facilement la possibilité de terminer un stage dans un autre établissement.

Recommandation n° 13 : Faciliter les dispositifs existants afin d'améliorer les possibilités de réorientation des étudiants en cours d'études.

Cette réforme peut évidemment paraître complexe à mettre en œuvre, compte tenu notamment de la rigidité des filières, qui souvent ne reconnaissent pas les maquettes des autres spécialités. Pour autant, à l'heure où le mal-être des étudiants est un enjeu de santé publique, il serait incompréhensible de ne pas explorer les possibilités qu'elle pourrait offrir.

Dans le même ordre d'idées, nombre d'experts et d'acteurs ont insisté auprès de vos rapporteurs sur l'aberration que représente aujourd'hui la quantité d'informations que doivent mémoriser les étudiants, qui ne leur seront bien souvent utiles qu'à l'occasion des concours, et sans réel intérêt sur leur activité clinique. Comme le faisaient observer plusieurs praticiens hospitaliers, le véritable apprentissage du métier se fait sur le terrain, au cours des stages, grâce à leur intégration dans les équipes et aux responsabilités croissantes qui leur sont confiées. Tout le monde convient que ces connaissances exigées ont crû dans des proportions déraisonnables et, ainsi que vos rapporteurs l'ont indiqué, certains jugent même que la formation des étudiants en médecine n'est aujourd'hui plus adaptée. Une manière

de redonner du sens au métier consisterait en conséquence à se recentrer sur les aspects humains et à réduire au nécessaire l'accumulation de connaissances théoriques. En d'autres termes, de profiter des possibilités que l'intelligence artificielle offre d'ores et déjà pour réviser le contenu de la formation théorique. Accessoirement, cela permettrait de libérer du temps pour la pratique clinique dans les établissements.

Recommandation n° 14 : Tirer profit des possibilités offertes par l'IA pour réformer le contenu des études médicales en diminuant la part des connaissances théoriques.

5. La médiation nationale

Le dispositif de médiation nationale pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (1) monte en puissance progressivement depuis son installation en 2020 et il faut rappeler qu'il a élargi son périmètre à partir de 2023 en inscrivant les problématiques de prévention des risques psychosociaux et l'amélioration de la qualité de vie au travail dans le ressort de la médiation. En outre, à cette époque, le réseau de médiateurs s'est consolidé au niveau national.

Ces rappels permettent de situer la médiation parmi les acteurs importants pour le soutien aux étudiants en médecine. Le rapport 2025 de Mme Danielle Toupillier, médiatrice nationale, propose notamment un certain nombre de recommandations qui leur sont spécifiquement consacrées.

Constatant que les difficultés relationnelles apparaissent en fait dès le début de la formation des étudiants en santé, notamment **lors des premiers stages**, elle juge important que les étudiants soient formés à la communication, à la relation interpersonnelle, à la gestion du stress et des conflits et que soit **renforcé leur accompagnement dès le début de leur formation**. C'est souvent un **manque de maîtrise des codes institutionnels**, une mauvaise adaptation à des environnements complexes et un manque d'accompagnement qui peuvent contribuer à fragiliser les parcours et conduire à des ruptures de formation, des arrêts ou des conflits nécessitant une médiation. D'une certaine manière, cette suggestion bienvenue rejoint et prolonge celle d'un accompagnement des lycéens pendant leur orientation.

Dans le même ordre d'idées, la **promotion d'une culture de la relation, du travail en équipe et du règlement amiable des conflits** (conciliation et médiation) est jugée nécessaire dès la formation initiale : il s'agit de sujets que les étudiants en santé connaissent mal et qui méritent de ce fait d'être intégrés à leur cursus, notamment afin de favoriser le repérage précoce des tensions et de contribuer à instaurer durablement une culture professionnelle fondée sur la coopération et la prévention des conflits.

(1) Décret du 28 août 2019.

Recommandation n° 15 : Dans les centres hospitaliers et les facultés de médecine, renforcer l'information sur les procédures externes et internes de conciliation et de médiation.

Cette dimension apparaît d'autant plus opportune que l'expérience montre que les conflits sont souvent signalés tardivement, lorsque les relations sont déjà fortement dégradées et que les possibilités de résolution amiable sont réduites. L'instauration d'une culture d'apaisement ne peut être que bénéfique dans un environnement par nature propice aux tensions.

En outre, l'expérience met aussi en évidence des pratiques fort variables dans le traitement des situations des étudiants, notamment en matière de mobilité, de changement de spécialité, de subdivision ou de réorientation. Ces disparités sont vues comme pouvant générer un sentiment d'injustice, fragiliser les parcours et provoquer des tensions nécessitant l'intervention de la médiation. Pour la médiatrice nationale, l'harmonisation des pratiques au niveau national permettrait de garantir une plus grande équité de traitement, d'améliorer la lisibilité des décisions et de réduire les contestations. Elle contribuerait à sécuriser les parcours de formation, à renforcer la confiance dans les institutions et à prévenir des situations de mal-être ou de conflit liées aux différences d'interprétation des règles.

Dans la mesure où la situation des étudiants en médecine dans les situations conflictuelles est fragilisée par leur positionnement hiérarchique et la crainte des conséquences néfastes que leurs recours peuvent avoir sur leur futur, vos rapporteurs se félicitent de l'attention particulière que le dispositif de médiation nationale leur porte. Or, quand bien même le dispositif de médiation est par nature impartial et confidentiel, qu'il s'engage à agir dans les plus brefs délais suivant un signalement – à savoir dans les 24 heures, même le weekend, et notamment lorsque cela concerne de jeunes médecins ou des étudiants – le nombre de saisines reste encore modéré, 89 en 2025 répartis entre signalements régionaux et nationaux – en partie car le dispositif est récent et encore méconnu, mais aussi car les internes ont peur. Ils souhaitent une médiation informelle, pour éviter de vivre une confrontation asymétrique avec leurs supérieurs qui les évalue et qui sont maîtres de leur cursus futur. **En réalité, les internes sont plus souvent dans la demande d'accompagnement que dans une demande de résolution dans laquelle ils se mettraient en difficulté vis-à-vis des supérieurs hiérarchiques**. En d'autres termes, **l'omerta continue de dominer**.

Aux yeux de vos rapporteurs, cela justifie de réviser les mécanismes de sanction.

B. RÉFORMER LES MÉCANISMES DE SANCTION

1. L'intérêt relatif de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers

Les quelque dix mille professeurs, chercheurs et praticiens hospitaliers relèvent depuis 1958 d'une juridiction spécifique, la **Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers (JDHU)** (1). Cette instance est l'objet de critiques pour plusieurs raisons que la Cour des comptes a identifiées il y a quelques années.

Dans un audit flash (2) remarqué, la Cour des comptes a analysé l'organisation et le fonctionnement de la JDHU et a formulé plusieurs recommandations. Les réformes qui ont été mises en œuvre ne semblent cependant pas suffisantes à ce jour pour répondre aux attentes.

Comme le souligne la Cour des comptes, la gestion du corps d'élite que sont les personnels hospitaliers universitaires est un « ***exercice sensible et stratégique*** » pour les CHU, compte tenu de leur **double appartenance** à l'hôpital et à l'université, de leur **notoriété scientifique et médicale**, de leur **positionnement dans la formation théorique et pratique des étudiants**, la **conduite de recherches** et la **direction des services**. Et cette sensibilité apparaît particulièrement forte lorsqu'il s'agit d'instruire des signalements et des plaintes les visant. Le paradoxe est qu'ils sont très rarement poursuivis alors même que, en plus de cette juridiction disciplinaire, ils sont assujettis à celle de leur ordre, indépendamment d'être susceptibles de poursuites pénales.

De fait, pour la Cour, le contrôle semble grandement théorique, à en juger par le très faible nombre de dossiers traités depuis 1958 : **trente seulement jusqu'en 2022.** (3) Cet aspect justifiait selon la Cour de **revoir le fonctionnement de l'institution**, en décalage avec une époque marquée par une plus grande sensibilité aux risques psychosociaux, notamment chez les jeunes générations, et la dénonciation d'affaires sur les réseaux sociaux ou dans la presse.

Dans son analyse, la Cour des comptes soulignait, non seulement la **très faible activité** de la JDHU, mais aussi des **délais déraisonnables** : il s'écoulait alors en moyenne **31,8 mois** entre le premier signalement porté à la connaissance de l'établissement (université ou CHU) et la notification de la décision prise par la juridiction, et **26 mois** entre la saisine ministérielle par le CHU ou l'université et la

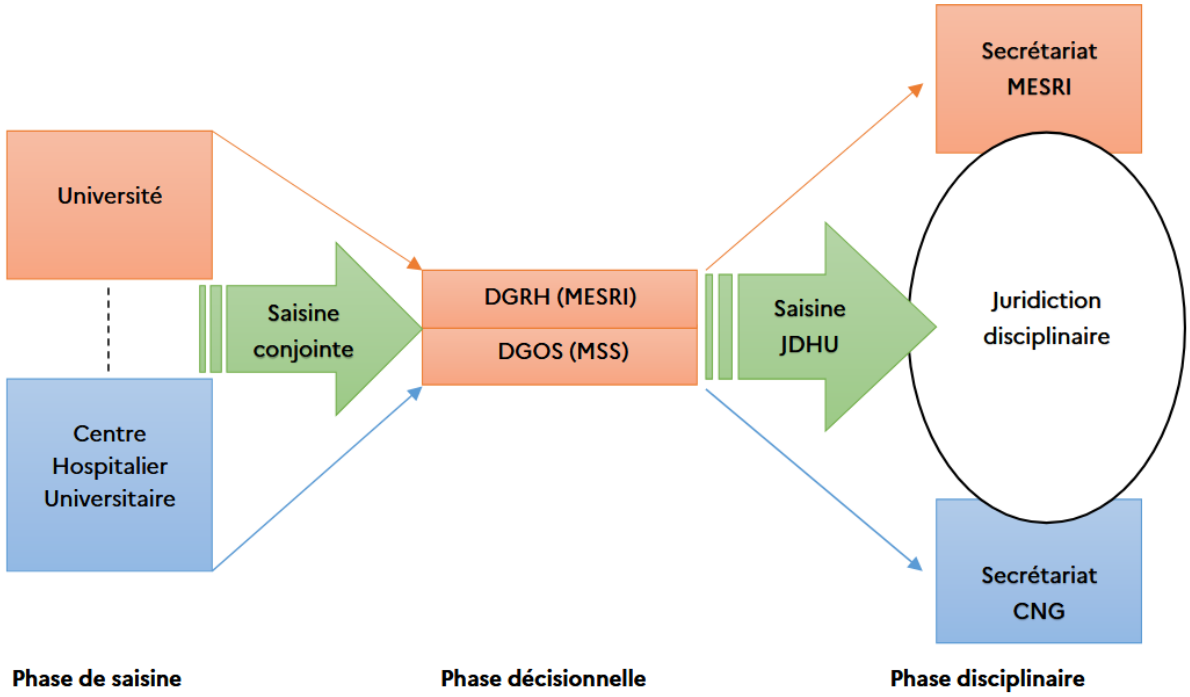
(1) Article 5 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

(2) « Le fonctionnement de la juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers (JDHU), exercice 2016 et suivants » mai 2022.

(3) 13 entre 1958 et 2015 ; 17 entre 2016 et 2022.

notification de la décision à la partie mise en cause (1), du fait de la complexité de la procédure, présentée dans le diagramme ci-dessous.

LE DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LA JDHU



Source : Ministère des solidarités et de la santé, « Constitution des dossiers disciplinaires des personnels enseignants et hospitaliers des CHU, Guide d'aide à destination des universités et des CHU », janvier 2022.

Pour le reste, la Cour s'étonnait aussi de la **faible connaissance** de la JDHU par les justiciables et les acteurs de terrain, mais aussi par les présidents d'université et les directeurs généraux de CHU, à même de déclencher la procédure. Les particularités de la procédure – les autorités locales, universitaires ou hospitalières qui demandent aux ministres de l'enseignement supérieur et de la santé de saisir, **conjointement** (2), la JDHU, ne sont ensuite pas parties à l'instance, ni même informées des suites données à leur signalement – concourent à en faire une **juridiction lointaine, méconnue**, d'autant plus que ses décisions ne sont pas publiées. La Cour des comptes recommandait en premier lieu de permettre la saisine de la JDHU par les responsables de CHU et d'université et de leur donner le statut de partie à la procédure disciplinaire.

Dans sa réponse, le premier ministre ne se déclarait **pas favorable à la saisine directe de la JDHU par les universités et les CHU**, considérant que les ministères de tutelle jouaient un **rôle important dans la préparation des dossiers** et que **cette étape renforçait l'efficacité de la procédure**, en évitant des saisines inutiles. Vos rapporteurs ont toutefois reçu le témoignage d'un établissement

(1) *Un décret du 17 août 2020 avait apporté des améliorations significatives et la Cour notait qu'une accélération sensible semblait en résulter sur les deux dossiers en cours depuis sa publication.*

(2) *« La juridiction disciplinaire instituée par l'article L. 952-22 du code de l'éducation est saisie conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé. »*, Décret n° 2004-431 du 19 mai 2004.

hospitalier regrettant de n'avoir reçu aucune aide méthodologique pour le montage de son dossier, ce qui a eu un effet dissuasif. Les filtres ministériels ne semblent aucunement justifiés même si, pour le gouvernement, cette étape permet en outre **d'apprécier l'opportunité de la saisine** sur une base objective.

Le premier ministre se montrait en revanche favorable au fait que le **statut de partie soit accordé aux CHU et aux universités**, pour rapprocher la juridiction des parties, ainsi qu'au **développement d'une fonction d'appui des ministères** aux acteurs locaux. Il partageait également l'avis de la Cour sur la réduction du nombre des membres de la juridiction.

En 2024, un décret (1) a donné suite à certaines des recommandations de la Cour et modifié les règles applicables devant la JDHU. Son organisation et sa composition ont notamment été révisées – la durée du mandat des membres, effectivement moins nombreux, a été étendue, garantissant une meilleure professionnalisation – ainsi que divers aspects procéduraux (2). Selon certains observateurs, on peut espérer de ces changements une plus grande expertise et une continuité dans la jurisprudence. Depuis l'avis rendu par la Cour des comptes, on constate un frémissement de l'activité de la JDHU : d'après le dernier rapport d'activité, la juridiction a été saisie en 2024 de quatre nouvelles affaires, et en 2025 de trois autres. Selon les indications données par son président à vos rapporteurs, dix nouvelles saisines sont intervenues au premier semestre 2026. En outre, le délai de traitement a été considérablement raccourci, étant désormais de l'ordre de 14,5 mois.

Force est de constater que, de l'avis d'observateurs entendus par vos rapporteurs et des CHU interrogés sur ce point, la **réforme de l'institution est restée au milieu du gué** et qu'une occasion a été manquée de donner une impulsion décisive à la JDHU en adoptant les réformes les plus importantes qui étaient préconisées.

En effet, l'économie générale du dispositif n'a pas été substantiellement modifiée, **la qualité de partie n'étant toujours par reconnue aux CHU non plus qu'aux établissements universitaires, la saisine restant entre les mains des seuls ministres de la santé et de l'enseignement supérieur** qui doivent agir de concert. Comme le faisait remarquer crûment un témoin auditionné par vos rapporteurs, cette usine à gaz est idéale pour mettre la poussière sous le tapis…

La saisine conjointe des deux ministres est effectivement, aux yeux de vos rapporteurs, surtout un **gage d'inefficacité et de ralentissement de la procédure** qui fait peu de cas de la situation des victimes : la nécessité de mieux protéger les étudiants suppose au contraire une certaine réactivité de la part du terrain et le passage obligé par les ministres ne fait que **rallonger et complexifier l'instruction et le suivi des dossiers**, alors qu'il conviendrait de la fluidifier. **Le double filtrage**

---

(1) Décret n° 2024-941 du 16 octobre 2024.

(2) Le statut de partie n'a en revanche pas été accordé aux acteurs locaux, malgré la position exprimée par le Premier ministre.

des ministères est vu par les acteurs locaux comme un facteur de réduction considérable du nombre de dossiers transmis à la JDHU, les **délais d'instruction restant trop longs**, même s'ils ont été raccourcis, sans que **les établissements soient tenus informés** des suites qui y sont données, ne serait-ce qu'en ce qui concerne l'engagement même des poursuites.

Dans la procédure actuelle, rien n'est fait pour contribuer à ce que les requérants aient le sentiment que leur cas est traité non seulement avec célérité mais aussi avec une chance raisonnable de succès, dans la mesure où le contexte est toujours celui d'une **opacité certaine**, les délibérations restant inconnues tout comme le barème des sanctions.

Il convient enfin de souligner que le **sort des décisions de la JDHU** suscite une certaine perplexité. Non seulement celles-ci sont très peu nombreuses, mais elles semblent parfois déconnectées des réalités à en juger par les annulations, proportionnellement nombreuses, prononcées en appel par le Conseil d'État. Le Conseil, saisi par les ministres après qu'un simple blâme a été infligé à un PU-PH, a par exemple annulé en avril 2026 une sanction « *hors de proportion avec la nature et la gravité des fautes commises* ». De même, en août 2025, le Conseil avait-il annulé le rejet d'une plainte dans une autre affaire au motif que la juridiction avait inexactement qualifié les faits.

2. Engager de nouvelles réformes pour mieux protéger les étudiants

Vos rapporteurs partagent en conséquence la position de la très grande majorité des CHU [(1)] – treize sur les quinze ayant répondu à leur questionnaire – qui se déclarent partisans de **rapprocher l'instance des acteurs confrontés aux situations en cause et de renforcer la réactivité du dispositif**.

Recommandation n° 16 : Instituer la saisine directe de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers par les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires et les présidents d'université.

Ils insistent sur le fait que **l'attribution du statut de partie** leur permettrait de **suivre activement la procédure**, de **faire valoir leurs observations** et de **mieux défendre l'intérêt de leurs services**. Cela serait cohérent avec leur responsabilité institutionnelle comme avec leur connaissance des faits, mais **aussi avec leur implication dans la gestion des conséquences** éventuelles des manquements constatés.

(1) Seuls deux d'entre eux jugent que la saisine par le CHU ne serait pas pertinente, l'un parce que la coordination des deux ministères est nécessaire et qu'en cas de divergence d'appréciation les établissements ne sont pas suffisamment armés, juridiquement, pour porter ces sujets sans accompagnement, l'autre, parce que l'établissement de santé n'est pas l'employeur principal du personnel hospitalo-universitaire.

Recommandation n° 17 : Reconnaître aux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires et aux présidents d'université le statut de partie à une procédure devant la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers.

À cet égard, plusieurs jugent qu'une prochaine réforme du dispositif devrait dépasser le simple cadre des modalités de saisine de la JDHU et porter sur d'autres aspects qui traduisent un **certain déséquilibre, voire une iniquité, dans les statuts des différents personnels hospitaliers**.

Plusieurs CHU rappellent par exemple que **tout universitaire** relève de la **section disciplinaire du conseil académique de son établissement d'enseignement supérieur**, quand **les hospitaliers ne relèvent que de la JDHU**. De même, des distinctions existent sur le plan des **procédures disciplinaires** entre les **hospitaliers universitaires et les praticiens non universitaires**, ceux-ci relevant du seul Centre national de gestion (CNG), à même de prononcer des sanctions du premier groupe – avertissement, blâme, exclusion temporaire de fonctions de moins de quatre jours – et dont les procédures sont également relativement longues. Enfin, les **personnels hospitaliers non médicaux** relèvent, eux, directement de l'établissement qui les emploie. Une harmonisation paraît opportune, ne serait-ce que pour éviter des **différences de traitement** entre des personnels qui sont tous agents de la fonction publique hospitalière et peuvent être soupçonnés des mêmes faits mais sont soumis à des procédures et des instances différentes, ce qui peut entraîner des situations complexes à gérer sur le terrain, voire difficilement appréhendables par les intéressés. En ce sens, certains plaident par exemple pour que les chefs d'établissement **puissent prendre des sanctions disciplinaires de 1er groupe à l'encontre des praticiens hospitaliers et conjointement avec l'université pour les universitaires hospitaliers.** Vos rapporteurs partagent l'avis selon lequel cette déconcentration des sanctions au niveau des établissements constituerait aussi un **levier important participant à la protection des étudiants**, en permettant d'apporter **une réponse proportionnée et rapide aux manquements les moins graves**, sans mobiliser une procédure lourde et longue, et de **restaurer la crédibilité du circuit de signalement auprès des étudiants qui s'en saisiraient**.

Recommandation n° 18 : Réformer le régime disciplinaire des praticiens hospitaliers et accorder aux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires la possibilité de prononcer à leur encontre des sanctions de premier groupe.

S'agissant de la JDHU, la plupart des interlocuteurs de vos rapporteurs jugent qu'elle devrait effectivement surtout être consacrée au traitement des cas les plus graves : le fait qu'il n'existe pas d'**échelon local disciplinaire**, comme c'est le cas pour tous les autres universitaires et personnels, **est objectivement un frein au traitement général des affaires** : certaines pourraient évidemment être réglées localement, et l'intervention obligatoire de deux ministres se révèle être facteur d'inefficacité. Si un échelon local existait, les recours des étudiants seraient inévitablement facilités et le nombre de cas traités seraient supérieur.

Si besoin était, pour des raisons de **protection des requérants**, ou des lanceurs d'alertes, vos rapporteurs font remarquer que des mécanismes parfaitement rodés et efficaces existent qui pourraient être repris et adaptés à l'espèce, comme le **dépaysement automatique de la procédure** dans une autre circonscription, qui resterait quoi qu'il en soit à un échelon local ou régional, plus facilement mobilisable qu'une instance nationale.

En matière de harcèlement, de VSS et de RPS, vos rapporteurs considèrent également, comme certains CHU l'ont suggéré, que l'éventail des sanctions pourrait aussi inclure des mesures telles qu'un suivi psychiatrique ou médical, une formation managériale, ou un aménagement d'exercice afin de **sécuriser le retour du praticien** ou d'encadrer sa pratique, **dans l'intérêt de la qualité des soins et du climat de travail au sein des équipes**. La Cour des comptes avait précisément argumenté sur l'intérêt de la plus grande implication **des présidents d'université et des directeurs de CHU dans le déclenchement et le déroulement de la procédure** en indiquant que cela aurait aussi pour effet « *de mieux anticiper les difficultés qui peuvent survenir à l'issue de celle-ci, par exemple lors du retour dans son service d'un professionnel mis en cause*. »

Dans cet ordre d'idées, et compte tenu du contexte de plus grande sensibilité aux risques psycho-sociaux, elle recommandait aussi **une amélioration de la connaissance de son fonctionnement**. À cet effet, **une plus grande transparence de la JDHU est nécessaire**. Son président considère également que l'accès aux décisions est fondamental. La **publication des décisions rendues par la JDHU** concourrait à la perception de l'effectivité de la juridiction par les intéressés. Vos rapporteurs, de même que la plupart des établissements interrogés, partagent cette position et invitent à la transparence.

Recommandation n° 19 : Instituer la publicité des travaux de la Juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers.

Pour ces différentes raisons, vos rapporteurs considèrent qu'il serait pertinent que la recommandation de la Cour des comptes relative à la possibilité de **permettre aux présidents d'université et aux directeurs généraux de CHU de saisir directement et conjointement la JDHU,** soit suivie et que le décret du 18 septembre 1986 (1) soit de nouveau modifié. Cette co-saisine, à laquelle le président de la CME et le directeur de l'UFR pourraient opportunément être associés, permettrait de **mieux articuler l'action des établissements** dans le traitement de situations où ils sont tous les deux, d'une manière ou d'une autre, partie prenante. Il conviendrait en outre de leur reconnaître **le statut de parties** aux instances, afin qu'ils puissent suivre la procédure.

(1) Décret n° 86-1053 du 18 septembre 1986 modifié fixant les règles de procédure devant la juridiction disciplinaire instituée par l'article L. 952-22 du code de l'éducation pour les membres du personnel enseignant et hospitalier.

Dans son audition, le président de la JDHU faisait part à vos rapporteurs de ses propres réflexions et soulignait qu'il serait notamment utile que cette juridiction comporte aussi un **ministère public**, pour **faciliter un débat plus contradictoire**, constatant, en l'espèce, une certaine inertie des parties. Il appelait en outre de ses vœux une **révision de l'échelle des sanctions**, suggérant l'introduction du sursis afin de renforcer l'effet dissuasif de la pression imposée au mis en cause qui serait amené à changer son comportement.

III. TRAITER LA QUESTION SOCIALE

Malgré les dispositifs d'accueil et de soutien, aide au logement, au transport, la précarité des étudiants en santé reste un sujet majeur qui a des impacts sérieux sur leurs conditions de travail qu'elle contribue à aggraver. Deux sujets majeurs en termes de politiques publiques méritent surtout d'être évoqués ici.

A. LES ERREMENTS DU CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC

Le contrat d'engagement de service public (CESP) est un dispositif institué par la **loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite loi « **Hôpital, patients, santé, territoires** » (HPST).

Initialement, le CESP prévoyait que les étudiants en médecine ou odontologie pouvaient se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la quatrième année d'études (second cycle) jusqu'à la fin de l'internat.

Au tout début de l'année 2026, un décret (1) a **élargi considérablement le périmètre des bénéficiaires possibles** à tous les étudiants admis à poursuivre des études de santé – filières « MMOP » (médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie) – **admis à poursuivre leurs études à l'issue de la première année**.

Chaque année, un arrêté détermine le nombre d'étudiants qui peuvent signer ce contrat qui « *ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les signataires peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par l'autorité administrative jusqu'à la fin de leurs études (…).* » En contrepartie, les bénéficiaires choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux caractérisés par une offre de soins insuffisante ou présentant des difficultés dans l'accès aux soins et s'engagent à y exercer, à compter de la fin de leur formation, pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et au minimum de deux ans. Depuis le 1er janvier 2026, le montant de l'allocation est de 1 200 euros bruts mensuels.

(1) Décret n° 2026-4 du 5 janvier 2026 relatif au contrat d'engagement de service public.

Le financement du CESP relève d'une dotation spécifique au sein du sixième sous-objectif de l'ONDAM. La **loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023** visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels a transféré la gestion du dispositif du CNG à l'Agence de services et de paiement (ASP) à compter du 1er janvier 2026 (1).

Le coût global du contrat d'engagement de service public	
2021	34 127 983 €
2022	35 169 065 €
2023	38 509 729 €
2024	39 967 350 €
2025	40 774 578 €

Source : DGOS.

Interrogée par les rapporteurs sur les problématiques de précarité des étudiants en médecine, la DGESIP considère à raison le CESP comme un dispositif de soutien direct aux étudiants réduisant la pression économique liée à des cursus longs et exigeants, et sécurisant leur parcours en leur apportant une stabilité financière et en favorisant une projection professionnelle plus sereine, tout en contribuant indirectement à répondre aux inégalités territoriales d'accès aux soins dans des territoires sous-dotés.

Pour autant, force est de **s'interroger sur la cohérence des mesures prises depuis quelques années par le gouvernement** en la matière, dans la mesure où, **dans le même temps**, le nombre de bénéficiaires ne cesse de diminuer, le nombre de contrats pouvant être signés se réduisant comme peau de chagrin.

Alors que le dispositif permettait de soutenir un nombre assez important d'étudiants, comme le montrait une étude du CNG, tout se passe désormais comme si sa disparition avait été décidée.

(1) Pour l'année 2026, un arrêté du 11 septembre 2026 a fixé avec la DSS la dotation à l'ASP au titre des CESP à 42 300 000 €. À ce stade, ce montant reste prévisionnel. Le montant final sera connu en fin d'année.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CESP OFFERTS

Discipline	Statut	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Total cumulé	Evolution 2010-2019 (en %)
Médecine	Etudiants	200	200	224	235	245	250	262	286	303	335	2 540	67,5
	Internes	200	200	205	215	210	216	216	235	258	299	2 254	49,5
	Ensemble	**400**	**400**	**429**	**450**	**455**	**466**	**478**	**521**	**561**	**634**	**4 794**	**58,5**
Part des étudiants (%)		***50,0***	***50,0***	***52,2***	***52,2***	***53,8***	***53,6***	***54,8***	***54,9***	***54,0***	***52,8***	***53,0***	
Odontologie	Etudiants	-	-	-	50	95	110	112	127	139	126	759	152,0
	Internes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	22	-
	Ensemble	**-**	**-**	**-**	**50**	**95**	**110**	**112**	**127**	**139**	**148**	**781**	**196**
Ensemble	**Etudiants**	**200**	**200**	**224**	**285**	**340**	**360**	**374**	**413**	**442**	**461**	**3 299**	130,5
	Internes	**200**	**200**	**205**	**215**	**210**	**216**	**216**	**235**	**258**	**321**	**2 276**	60,5
	Ensemble	**400**	**400**	**429**	**500**	**550**	**576**	**590**	**648**	**700**	**782**	**5 575**	**95,5**
Part des étudiants (%)		***50,0***	***50,0***	***52,2***	***57,0***	***61,8***	***62,5***	***63,4***	***63,7***	***63,1***	***59,0***	***59,2***	

Source : Centre national de gestion, « Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants en médecine et en odontologie, campagnes 2010/2011 à 2019/2020.

En effet, pour ne retenir que les dernières années, on observe en effet que :

– **L'arrêté du 25 juin 2024 proposait en tout 440 contrats d'engagement de service public aux étudiants de deuxième cycle de médecine et 348 aux étudiants de troisième cycle**, soit au total **788 contrats**. 167 contrats (157 + 10) étaient en parallèle ouverts aux étudiants en odontologie et 25 à des praticiens Padhue).

– **L'arrêté du 17 juillet 2025** réduisait fortement ces contrats puisque **seuls 387 étaient désormais proposés aux étudiants de deuxième cycle de médecine et 235 aux étudiants de troisième cycle**, soit **au total 622**. Les contrats proposés aux étudiants en odontologie étaient en revanche en légère augmentation, 169 contre 167 l'année précédente.

– **L'arrêté du 30 juin 2026** est pour sa part beaucoup plus restrictif : au total **292 contrats seulement sont proposés aux étudiants en médecine** (208 + 84) ! tandis que 100 sont ouverts aux seuls étudiants de deuxième cycle d'odontologie, aucun n'étant plus proposé aux étudiants de troisième cycle. Les étudiants des autres filières inclus dans le dispositif en début d'année n'apparaissent pas et les contrats offerts aux praticiens diplômés hors de l'Union européenne n'en bénéficient plus…

En d'autres termes, **en deux ans, le nombre de contrats aura diminué de 63 %** au niveau national.

Dans le détail, il apparaît que **ces réductions sont inégalement réparties** entre les 33 UFR de médecine : ainsi, l'UFR d'Aix-Marseille ne reçoit que 15 contrats dans l'arrêté de 2026 contre 30 l'année précédente, celle de Bordeaux 7 contre 17, celles de Grenoble 4 contre 21, celle de Lille 7 contre 25, ou encore celle de Paris-Cité 5 contre 34 ! Si l'on analyse la situation d'une autre manière, on remarque par exemple qu'en **région Centre-Val-de-Loire, premier désert médical de France avec 84,5 % de ses habitants situés en zone prioritaire** selon

le zonage de l'ARS [1], l'UFR de Tours se voit particulièrement pénalisée : 21 étudiants de deuxième cycle pouvaient être bénéficiaires d'un CESP en 2024, 10 seulement en 2025 et 9 en 2026. Les chiffres sont respectivement de 19 bénéficiaires, 13 et finalement 3 pour les étudiants de troisième cycle.

Recommandation n° 20 : Augmenter le nombre de bénéficiaires du contrat d'engagement de service public en ciblant particulièrement les territoires dans lesquels les problématiques de couverture médicale sont les plus aiguës.

Par ailleurs, pour les internes dont la situation sociale est difficile, la signature d'un CESP, même si elle représente des contraintes, représente une aide extrêmement utile [2], qui peut conditionner la poursuite de leurs études et est perçue comme **un outil efficace de lutte contre les déserts médicaux**.

De l'avis des intéressés, **ainsi que des syndicats**, ISNI et ISNAR-IMG notamment, un certain nombre d'améliorations pourraient lui être apportées, tant il reste peu connu des étudiants, manquant de notoriété et de communication de la part des facultés. En outre, il apparaît peu lisible et les bénéficiaires sont peu accompagnés par les ARS, ce qui rend les démarches parfois malaisées. C'est la raison pour laquelle ils jugent que la problématique de l'accès aux soins étant devenue un enjeu prioritaire, les acteurs (institutions publiques, facultés, ministères de tutelle et ARS, structures représentatives) doivent travailler ensemble au développement pérenne de cet outil tout en apportant des améliorations pour en renforcer l'efficacité, tant pour les bénéficiaires que pour les populations des territoires.

Recommandation n° 21 : Améliorer la communication sur le contrat d'engagement de service public ainsi que l'accompagnement par les agences régionales de santé des étudiants qui en sont bénéficiaires.

Vos rapporteurs invitent en conséquence le gouvernement à revenir sur le sous-financement croissant du dispositif et à lui redonner l'élan qu'il mérite.

B. RÉÉVALUER LA RÉTRIBUTION DES ÉTUDIANTS ET LES AIDES MATÉRIELLES

Vos rapporteurs ont présenté plus haut les conditions de rétribution des étudiants de deuxième et troisième cycle en rappelant que, juridiquement, aux termes du code de la santé publique, ce sont des étudiants mais aussi des praticiens exerçant des fonctions hospitalières, particulièrement exigeantes. À la différence de nombreux autres étudiants, il leur est difficile, pour ne pas dire impossible, d'avoir une activité annexe rémunératrice.

---

(1) *https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-14945QE.htm*

(2) *https://www.lequotidiendumedecin.fr/jeunes-medecins/formation-initiale/financierement-ca-ete-salvateur-adrien-futur-urgentiste-revient-sur-son-choix-de-signer-un-cesp*

1. Les rémunérations des externes et des internes soutiennent mal les comparaisons

Or, force est de souligner la faiblesse insigne de la rémunération qui leur est servie. Quelques éléments de comparaison méritent d'être présentés de ce point de vue.

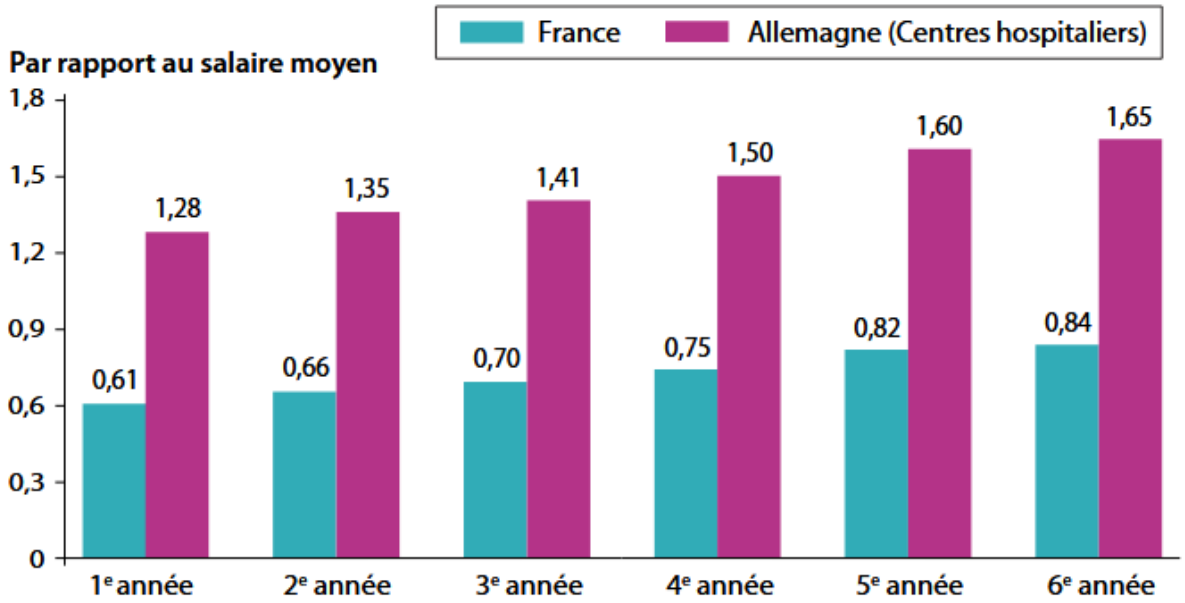
Ainsi un **externe** perçoit-il au cours de trois années **du deuxième cycle**, une **indemnité de 273,14 € bruts mensuels en première année**, de 336,17 € la deuxième année et de 409,70 €, la troisième année, en rétribution des stages qu'il effectue. Dans le même temps, les étudiants des **instituts régionaux d'administration** (IRA), recrutés sur concours ouvert aux diplômés d'une licence, perçoivent une rémunération de **1 801,74 € bruts mensuels** au 1er janvier 2025, à laquelle s'ajoute une indemnité de formation de 200 € mensuels bruts. Les élèves des **écoles normales supérieures** perçoivent une rémunération identique. Le traitement des élèves de **l'Institut national du service public (INSP),** également recrutés à bac +3, est de **1 841,12 € bruts mensuels** (indice brut 395), auxquels s'ajoute pendant les périodes d'études, une indemnité de formation d'un montant de 568 €, suspendue pendant la période au cours de laquelle l'élève bénéficie d'indemnités de stage ou en cas d'absence injustifiée.

Recommandation n° 22 : Aligner la rétribution des externes sur celle des fonctionnaires stagiaires.

Ces données, pour vos rapporteurs, amènent à considérer comme **indécent le sort qui est fait aux étudiants en médecine eu égard aux responsabilités majeures qu'ils exercent dès leur externat et aux conditions dans lesquelles ils les exercent**. Il est urgent de réévaluer leur rémunération.

À titre de comparaison, comme le met en évidence le graphique ci-dessous, une étude récente de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) soulignait les **différences nettes entre la rémunération des internes en France et en Allemagne** : « *L'écart de rémunération de base des internes en France et en Allemagne est assez important. Les internes allemands, quelle que soit l'année de leur spécialisation, touchent une rémunération de base plus importante, par rapport au salaire moyen national, que leurs homologues français (écart de 0,67 en première année et de 0,81 en sixième année).* ***En deuxième année, les internes français gagnent à peu près 65 % du salaire moyen national tandis qu'en Allemagne, ils gagnent 35 % de plus que le salaire moyen***. *En cinquième année, en France, ils gagnent toujours près de 20 % en dessous du salaire moyen, contre 60 % de plus en Allemagne. Rappelons qu'il s'agit d'une comparaison de la rémunération de base en France comme en Allemagne,* ***cette comparaison ne prend pas en compte la rémunération des gardes et astreintes, moins bien rémunérées en France***. »

RÉMUNÉRATION DE BASE DES INTERNES EN MÉDECINE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE PAR RAPPORT AU SALAIRE MOYEN DANS CHAQUE PAYS (MONTANTS JUILLET 2022)



Source : IRDES, « Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne », mars 2024.

Si des revalorisations sont intervenues ces dernières années, suite au Ségur de la santé, le régime de la rémunération des internes reste très discutable, tant en valeur relative qu'en valeur absolue. Il l'est d'autant plus qu'un examen détaillé met en évidence de fortes inégalités.

2. Garantir le smic horaire à chaque interne

Le volume horaire très important réalisé par les internes, associé à un salaire brut de base peu élevé, conduit à des situations dans lesquelles **nombre d'internes sont rémunérés à des niveaux inférieurs au salaire minimum légal**, comme le montrent les éléments ci-dessous.

a. Rémunération hors gardes : un taux horaire inférieur au smic pour tous les internes

Malgré les responsabilités importantes qui sont confiées aux internes, le salaire horaire en excluant la rémunération des gardes est inférieur au smic :

– Pour les internes de première et deuxième année, si l'on se base sur la durée légale maximale hebdomadaire (48 heures) ;

– Pour tous les internes, y compris les docteurs juniors, si l'on se base sur le durée moyenne effective (59 heures, selon l'enquête ISNI).

SALAIRE HORAIRE DES INTERNES – ÉCART AU SMIC SANS PRISE EN COMPTE DE LA RÉMUNÉRATION DES GARDES

	1re année	2e année	3e année	4e année	5e année	Dr junior
Salaire brut annuel	19 406 €	21 483 €	28 408 €	28 430 €	28 448 €	28 495 €
Indemnité de sujétion annuelle	5 222 €	5 222 €	–	–	–	–
Prime d'autonomie supervisée	–	–	–	2 154 €	4 274 €	5 000 €
Total brut annuel	24 628 €	26 705 €	28 408 €	30 584 €	32 722 €	33 495 €
Brut mensuel	2 052 €	2 225 €	2 367 €	2 549 €	2 727 €	2 791 €
Net mensuel approximatif (*)	1 719 €	1 857 €	1 962 €	2 107 €	2 250 €	n.c.
Taux horaire brut à 48 h/sem.	10,9 €	11,8 €	12,6 €	13,6 €	14,5 €	14,8 €
Écart au smic à 48 h	-11%	-4%	+2%	+10%	+18%	+21%
Taux horaire brut à 59 h/sem.	8,9 €	9,6 €	10,2 €	11,0 €	11,8 €	12,1 €
Écart au smic à 59 h	-36%	-37%	-25%	-19%	-13%	-11%

(**) Source : ISNI, Le statut de docteur junior (1)

Ainsi, un interne réalisant ce volume horaire moyen dans un service sans permanence de soin est-il **rémunéré à un taux inférieur au minimum légal**.

b. Prise en compte des gardes dans la rémunération : des situations diverses en fonction des spécialités et des établissements

Le calcul du salaire horaire doit également prendre en compte la rémunération des gardes et des astreintes. En effet, celles-ci engendrent un complément de salaires, compensant la réalisation d'un travail de nuit ou lors de week-ends et jours fériés.

Le salaire horaire des gardes est supérieur au smic, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

	Forfait	Taux horaire (*)	Écart au SMIC horaire
Garde semaine	234,80	16,8	+ 36 %
Garde WE et jours fériés	256,56	18,3	+ 49 %

(*) Sur la base d'une durée de garde de 14h (18h30 – 8h30)

Les calculs de temps de travail hebdomadaire prennent bien en compte les gardes de nuit. Si la durée maximale légale de 48 heures était respectée, la réalisation de gardes pourrait ainsi permettre aux internes les effectuant de dépasser le smic horaire. Toutefois, dans la pratique, les gardes ne viennent en général pas remplacer la présence de jour, mais s'y ajoutent. La prise d'une garde conduit ainsi à réaliser une journée de travail continue de 24 heures.

De plus, il convient de noter que tous les internes ne sont pas dans des services prévoyant une permanence de soin. Le nombre de gardes réalisées dépend de la spécialité et du nombre d'internes présents dans le service. Les disciplines chirurgicales, ainsi que la gynécologie obstétrique, l'anesthésie-réanimation, la médecine intensive-réanimation et la médecine d'urgence sont ainsi des spécialités dans lesquelles les internes peuvent être fortement mobilisés à ce titre. Mais l'organisation des soins est un sujet propre à chaque établissement, si bien qu'il est difficile de disposer d'un panorama précis sur le sujet.

---

(1) https://www.isni.fr/sinformer/post-internat/docteur-junior

Enfin, dans certains cas, les gardes réalisées sont qualifiées d'astreintes, et rémunérées selon un forfait bien inférieur.

L'ensemble de ces paramètres conduisent à des situations variées et des inégalités de traitement entre les internes qu'il importe de corriger.

Recommandation n° 23 : Garantir aux internes une rémunération équivalente à celle du smic horaire par rapport au temps de travail réellement effectué.

3. Améliorer les conditions matérielles

La problématique de l'accueil des étudiants sur le terrain est cruciale. Elle participe non seulement des conditions dans lesquelles se déroulent les stages, mais aussi de l'attractivité des établissements et des territoires. Le rapport fondateur du groupe de travail de la DGOS de 2012 mentionnait déjà la nécessité d'**encourager les initiatives locales et régionales** pour faciliter les démarches administratives et logistiques lors de l'arrivée d'un interne dans une ville ainsi que la concertation entre les ARS, les CHU, les collectivités pour développer des initiatives locales, adaptées au contexte régional (en termes d'attractivité, d'infrastructures, etc.). Le **nombre croissant d'étudiants ne peut que rendre cette question encore plus sensible** quinze ans plus tard. Ultérieurement, les **chartes d'accueil et d'intégration** ont fait référence aux conditions matérielles faites aux étudiants et des engagements ont encadré la mise en place de nombreuses initiatives, locales ou régionales, sous forme d'aides au logement ou au transport. Elles restent cependant insatisfaisantes.

Les **conditions d'hébergement des internes**, notamment, restent un point noir, compte tenu du faible nombre de logements offerts dans les internats, dont certains sont en outre insalubres ou inadaptés, aux dires des syndicats. En 2019, ils ont proposé une **Charte des Hébergements Territoriaux des Étudiants en Santé** (HTES) [(1)], définissant un cahier des charges souple de ce qui est attendu par les étudiants, notamment au niveau de l'équipement minimum.

Certaines collectivités territoriales soutiennent des projets, comme **les internats ruraux**, plutôt destinés à un public de stagiaires auprès de médecins libéraux. D'autres appuient des **projets d'hébergements collectifs** ouverts à la location de courte ou moyenne durée pour les professionnels de santé en formation, proposant des logements individuels ou en colocation et des espaces communs partagés, favorisant le développement d'une vie sociale et d'échanges entre résidents, sur le principe des cités universitaires. Ces différents dispositifs sont intéressants, mais, même si aucun bilan n'est disponible, s'agissant d'initiatives locales non suivies de remontées d'informations au niveau national, elles restent

(1) https://www.anemf.org/wp-content/uploads/2019/06/htes-charte-commune-anemf-isnarimg-isni.pdf

néanmoins insuffisantes compte tenu des besoins croissants et de la gravité de cette question pour les internes.

Recommandation n° 24 : Soutenir les initiatives visant à améliorer l'offre d'hébergement des stagiaires dans les territoires.

Les **conditions matérielles** restent perfectibles, notamment quant à la **restauration** : l'accès aux repas à un euro des restaurants des Crous auxquels ils ont droit leur est parfois impossible, compte tenu de l'éloignement des CHU, des emplois du temps, des horaires, et les étudiants n'ont d'autres ressources que de déjeuner en acquittant le tarif des personnels hospitaliers. De même, des conditions de restauration compatibles avec l'organisation du travail hospitalier, notamment lors des gardes ou des horaires atypiques, devraient leur être garanties à des conditions acceptables pour leur budget.

Recommandation n° 25 : Garantir aux externes et internes le bénéfice de repas à tarification étudiante dans les centres hospitaliers universitaires.

EXAMEN PAR LE COMITÉ

Le Comité a procédé à l'examen du présent rapport d'information lors de sa réunion du mardi 13 octobre 2026 et a autorisé sa publication.

Les débats qui ont eu lieu au cours de cette réunion sont accessibles sur le portail vidéo du site de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante :

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.19543301_6ace1c646fa04.comite-d-evaluation-et-de-controle-des-politiques-publiques-conditions-de-travail-des-etudiants-en-13-octobre-2026

ANNEXE N° 1 :
PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS

1. Auditions :

- Mme Laurence Feray-Marbach, présidente de la Ligue pour la santé des étudiants et internes en médecine (Lipseim) *(12 février 2026).*

- Direction générale de l'offre de santé (DGOS), représentée par MM. Marc Reynier, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé, Charles Bourdeaud'huy, chef du bureau des politiques sociales, du dialogue social et de la qualité de vie au travail, Vincent Hemery, adjoint à la cheffe de bureau Démographie et formation initiale des professionnels de santé, et Hugo Chamaret, adjoint à la cheffe du bureau des personnels médicaux des établissements de santé *(26 février 2026).*

- Mme Anne-Paule Duarte et M. Matthieu Sibé, membres de la commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » du Haut Conseil de la santé publique *(5 mars 2026)*.

- Professeur Philippe Colombat, hématologue, CHU de Tours, chercheur au sein de l'équipe de psychologie du travail QUALIPSY, responsable du Master 2 « Management des équipes, santé et qualité de vie au travail » de l'université de Tours, ancien président de l'Observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé (2018-2022) *(5 mars 2026).*

- Mme Donata Marra, médecin psychiatre, auteur du rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (2017), ancienne présidente du Centre national d'appui (2019-2021) *(5 mars 2026).*

- M. Jacques Pisarik et Mme Camille Parent, anciennement chargés d'études à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) *(18 mars 2026).*

- Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), représentée par MM. Patrick Courilleau, adjoint à la cheffe du service de la stratégie des formations et de la vie étudiantes, Laurent Régnier, sous-directeur de la stratégie et de la qualité des formations, Mmes Anne Grangé, adjointe au sous-directeur de la réussite et de la vie étudiante, Katia Siri, cheffe du département des formations de santé, Carole Modigliani-Chouraqui, cheffe du département défis sociétaux et environnementaux, Olga Criez, adjointe à la cheffe du département des formations de santé, et Orianne Wagner Ballon, conseillère scientifique et pédagogique en santé *(2 avril 2026).*

- MM. Alexis Bataille-Hembert et Philippe Denormandie, co-auteurs du rapport sur la santé des professionnels de santé (2023) *(9 avril 2026)*.

- Mme Muriel Dahan, inspectrice générale des affaires sociales, et M. Fabrice Wiitkar, inspecteur général de l'éducation, du sport et de la recherche, co-auteurs du rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (juillet 2022) *(9 avril 2026)*.

- Mme Adeline Kulig, directrice des programmes de l'association En avant toute(s), chargée de la mise en œuvre des mesures de soutien prévues dans le cadre de la Coordination nationale d'accompagnement des étudiantes et des étudiants (CNAÉ), accompagnée de Mmes Laurène Scutelnicu, écoutante psychosociale, et Laetitia Ngono, stagiaire Data, et Mme Nathalie Roudaut, déléguée générale de Nightline France *(23 avril 2026)*.

- Professeur Olivier Claris, ancien président de la commission médicale d'établissement (CME) des Hospices civils de Lyon (HCL), auteur du rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières (2020) *(30 avril 2026)*.

- Professeur Nicolas Sirven, École des hautes études en santé publique (EHESP) *(30 avril 2026)*.

- MM. Adrien Capelle, co-président du Syndicat des internes bas-normands (SIBN), CHU de Caen, et Arthur Poncin, président de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) *(30 avril 2026)*.

- Mmes Catherine Cornibert, directrice générale de SPS (L'Institut pour la santé des soignants), et Maëlys Jégu, chargée de mission *(7 mai 2026)*.

- Mme Marie Cousineau, maîtresse de conférences en sciences de gestion, université de Rouen, et docteur Vincent Langlois, praticien hospitalier, chef du pôle médico-chirurgical 6 à l'hôpital Jacques Monod du Havre *(7 mai 2026)*.

- Mme Danielle Toupillier, médiatrice nationale pour les personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux *(7 mai 2026)*.

- Docteur Anna Boctor, présidente du syndicat Jeunes médecins, accompagnée du docteur Jean-Christophe Lecomte, premier vice-président *(21 mai 2026)*.

- Professeur Guy Vallancien, membre de l'Académie nationale de médecine, auteur d'un rapport sur la formation médicale initiale (2025) *(21 mai 2026)*.

- Mme Samia Benallah, maîtresse de conférences en économie à l'université de Reims, *(21 mai 2026)*.

- Professeur Pierre Michel, président de la CME du CHU de Rouen, président de la commission « Formation et relations avec les universités » de la conférence des présidents de CME de CHU, et Docteur David Piney, président de la CME du centre hospitalier de Lunéville, président de la conférence nationale des présidents de CME et de commission médicale de groupement (CMG) de CH *(28 mai 2026)*.

- Professeur Etienne Minvielle, médecin de santé publique, professeur de gestion, directeur du Centre de recherche en gestion (CRG) de l'École polytechnique, responsable du master 2 « Analyse du management des établissements de santé » *(4 juin 2026)*.

- Professeur Emmanuel Chartier-Kastler, chef du service d'urologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, président de l'association Amicale des anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris (AAIHP) et docteur Patrick Carlioz, membre de l'Académie nationale de chirurgie, président de l'Association générale de l'internat de Lyon (AGIL) *(4 juin 2026)*.

- M. Frédéric Varnier, directeur général du CHU de Caen, et professeur Emmanuel Bergot, président de la CME du CHU *(11 juin 2026)*.

- Professeur Paul-Ursmar Milliez, ancien chef du service de cardiologie du CHU de Caen, doyen de la faculté de médecine de Caen *(11 juin 2026).*

- Mme Isabelle Richard, directrice de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) *(18 juin 2026).*

- M. Mathias Ott, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie, accompagné de MM. Bertrand Cazelles, directeur général adjoint, Pierre Tsuji, directeur de l'attractivité des métiers et de la transformation numérique du système de santé, Kévin Lullien, directeur de l'offre de soins, ainsi que de Mme Cécile Lheureux, directrice départementale du Calvados *(18 juin 2026).*

- Mmes Floriane Rivière, directrice générale du CHRU de Tours et Anne-Lucie Boulanger, directrice des affaires médicales du CHU de Dijon Bourgogne *(18 juin 2026).*

- Professeur Christophe Baret, faculté d'économie et de gestion de l'université Aix-Marseille, vice-président de l'ARAMOS (Association de recherche appliquée au management des organisations de santé), et M. Jean-Baptiste Capgras, maître de conférences en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3 (CRDMS/IFROSS), directeur de l'IFROSS (Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales) *(25 juin 2026).*

- Professeure Marie-France Seronde, doyenne de la faculté de médecine de Besançon, et Professeur Denis Angoulvant, doyen de la faculté de médecine de Tours *(2 juillet 2026).*

- Professeure Charline Bertholdt, université de Lorraine-CHRU de Nancy, et professeur Olivier Turrini, université d'Aix-Marseille et institut Paoli-Calmettes *(2 juillet 2026).*

- M. Rodolphe Soulié, responsable du Pôle Ressources humaines hospitalières de la Fédération Hospitalière de France (FHF) *(9 juillet 2026).*

- M. Philippe Ingall-Montagnier, président de la Juridiction disciplinaire compétente à l'égard des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et des personnels enseignants de médecine générale (JDHU) *(9 juillet 2026).*

- Mme Michèle Morin-Surroca, cheffe de la mission rapport d'analyse prospective et M. Patrick Mechain, chef du service de certification des établissements de santé, Haute Autorité de santé (HAS) *(9 juillet 2026).*

2. Table ronde des syndicats d'étudiants en médecine *(26 février 2026)*

- Mme Marion Da Ros Poli, présidente de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)*, accompagnée de Mme Marianne Kermarc, vice-présidente chargée des études médicales.

- M. Arthur Poncin, premier vice-président de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), accompagné de Mme Marie-Bérénice Roux, vice-présidente Politiques de santé et enseignement supérieur,

- M. Arthur Garcia, premier vice-président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG), accompagné de M. Pierre-Alexandre Lecomte, porte-parole.

3. Déplacement à Brest (3 juillet 2026) :

- Professeur Béatrice Cochener-Lamard, chef du service d'ophtalmologie du CHU de Brest, doyenne de la faculté de médecine,
- Professeur Geneviève Héry-Arnaud, cheffe du département des agents infectieux au CHU, vice-doyenne à la qualité de vie étudiante,
- Professeur Pierre-Yves Salaun, chef du service de médecine nucléaire, président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHU,
- Professeur Olivier Langeron, chef du service d'anesthésie-réanimation chirurgicale du CHU, vice-doyen du 3e cycle,
- Professeur Nathalie Douet-Guilbert, service de génétique, vice doyenne à la pédagogie et vice doyenne du 1er cycle,
- Docteur Emilie Brenaut, vice -doyenne du 2nd cycle,
- Professeur Romuald Seizeur, chef de service de neurochirurgie, 1er vice doyen, président du jury PASS L.AS,
- M. Jocelyn Dutil, directeur général adjoint du CHU de Brest,
- Mme Stéphanie Dioszeghy, directrice des affaires médicales du CHU,
- Mme Isabelle Marc, responsable administrative et financière de l'université de Bretagne occidentale (UBO),
- Mme Céline Dolou, directrice adjointe des affaires médicales du CHU,
- M. Romain Tymen, interne en DES de médecine intensive réanimation (DESMIR), représentant des internes de spécialités,
- Mme Louise Ruvoën, étudiante en médecine, présidente du MIG29,
- Mme Manon Letren, étudiante sixième année de médecine, vice-présidente 2nd cycle (externat) du Tutorat associatif des carabins brestois (TACB), ex vice-présidente en charge des problématiques sociétaires de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)*,
- M. Yael Thomas, étudiant en cinquième année, élu au conseil de l'administration de l'UBO et au conseil de l'UFR médecine et sciences de la santé, membre du conseil d'orientation du Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (CRAPS), ancien président de l'ANEMF*,
- M. Arthur Guy, interne, DES de maladies infectieuses, représentant des internes de spécialités, membre de l'ISNI,
- M. Martin Rieth, étudiant, membre titulaire du conseil de l'UFR de médecine de l'UBO,
- M. Stann Le Gall, étudiant, membre suppléant du conseil de l'UFR de médecine de l'UBO.

4. Contributions écrites :

Ont répondu au questionnaire que les rapporteurs leur ont adressé, les CHU suivants : Angers ; Amiens-Picardie ; Bordeaux ; Caen-Normandie ; Dijon-Bourgogne ; Lille ; Limoges ; Hospices civils de Lyon ; Nancy ; Nice ; Nîmes ; Poitiers ; *Reims* (1) ; Rennes ; La Réunion ; Saint-Etienne ; *Toulouse*.

À la suite de leur audition, les professeurs Charline Berthold et Olivier Turrini ont adressé aux rapporteurs une contribution écrite, co-signée par le professeur Martin Bertrand (faculté de Montpellier-Nîmes-CHU de Nîmes).

** Cet organisme a procédé à son enregistrement au répertoire des représentants d'intérêts géré par la Haute autorité pour la transparence de la vie publique.*

(1) Les réponses des CHU en italiques ont été reçues trop tardivement pour pouvoir être prises en compte.

ANNEXE N° 2 :
ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

Vos rapporteurs ont souhaité disposer d'éléments de comparaison précis sur la situation des étudiants en santé dans quelques pays européens. Ils remercient le réseau des conseillers des affaires sociales des postes diplomatiques pour les renseignements qu'ils ont bien voulu réunir et leur transmettre.

A. LA SITUATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN ALLEMAGNE

1. Organisation des études en deuxième et troisième cycles

La durée des études universitaires de médecine est de **douze semestres** (six ans), parcours divisé en **trois étapes** dont chacune se termine par un examen d'État (*Staatsexamen*) : une **formation pré-clinique** (*Vorklinik*) de **deux ans** (cours théoriques et pratiques) ; une **formation clinique** (*Klinik*) de **trois ans** (un an d'enseignement médical général, deux ans consacrés aux différentes disciplines cliniques) ; une **quatrième année de clinique** (*Praktisches Jahr*), comprenant une formation pratique de quarante-huit semaines : seize semaines en médecine interne (*InnereMedizin*), seize semaines en chirurgie et seize semaines à choisir dans une des spécialités médicales. À l'issue de ce parcours, l'étudiant obtient l'***Approbation***, indispensable pour exercer et pour commencer une spécialisation (*Facharztausbildung*), y compris en médecine générale. Cette spécialisation correspond à certains égards à l'internat français, mais les **médecins assistants** bénéficient pendant cette période d'un poste à part entière et ne sont pas considérés comme des étudiants. Les médecins ayant fini les études médicales et ayant obtenu le droit d'exercice (*Approbation*) peuvent soumettre leur candidature directement à un hôpital de formation agréé pour un poste de médecin assistant dans la spécialité médicale de leur choix. La spécialisation peut durer cinq à six ans. Elle se déroule sous la supervision des médecins spécialistes agréés pour la formation de médecins assistants dans les hôpitaux universitaires, dans d'autres institutions médicales habilitées à la formation spécialisée et dans les cabinets médicaux également agréés.

2. Temps de travail et rémunération

Les **externes en stage** doivent travailler en moyenne huit heures par jour, soit 40 heures hebdomadaires. Dans les faits, selon les associations, environ 55 % des étudiants en stage travaillent entre quarante et cinquante heures par semaine, 40 % moins de quarante heures, et **5 % dépassent les cinquante heures**. Ils ont droit à trente jours de congés annuels mais ne peuvent bénéficier d'arrêts maladie. La rémunération des stages pendant le *Praktisches Jahr* (quatrième année) dépend des hôpitaux. Dans les hôpitaux munichois où les étudiants en médecine de la *Technische Universität München* ont coutume d'effectuer leurs stages,

la gratification mensuelle est comprise entre 0 et 500 euros par mois. L'indemnité maximale pour le stage clinique est calculée sur la base du montant maximal actuel de la bourse Bafög (actuellement 992euros). Selon le baromètre de l'association professionnelle *Marburger Bund*, en 2023, seuls 2,44 % des stagiaires percevaient ce montant maximal. **La majorité d'entre eux reçoivent une indemnité comprise entre 301 et 649 euros**.

S'agissant des **médecins assistants**, (internes), selon un sondage réalisé pour l'association de médecins *Hartmann Bund* en 2025, le temps de présence à l'hôpital varie d'une spécialité à une autre : services de psychiatrie et d'anesthésie, en moyenne cinquante heures ; chirurgie, en moyenne cinquante-huit heures. La loi allemande permet de déroger à la durée maximale du travail fixée par la convention collective par les accords dit d'« opt-out ». Concrètement, **la durée maximale du travail peut être augmentée à cinquante-six heures**, à condition que les services de garde soient réguliers et fréquents.

Les rémunérations des médecins hospitaliers, dont les médecins assistants font partie, s'inscrivent dans le cadre de la convention collective applicable aux médecins des hôpitaux municipaux ou aux médecins des hôpitaux universitaires. Pour les deux, ces conventions sont négociées avec le syndicat des médecins (*Marburger Bund*). Les rémunérations oscillent entre 5 400 et 5 600 euros brut/mois la première année et entre 6 600 et 6 800 euros € brut/mois la quatrième année.

3. Le ressenti

Des études menées dans certains Lander mettent en évidence des problématiques de stress : **47 % des externes en Saxe affirment ressentir du stress quotidiennement et 30 % hebdomadairement**, notamment à cause de la **charge de travail**. Selon la confédération allemande des étudiants en médecine, **environ 35 % des étudiants en année de stage répondent actuellement aux critères du burn-out.** 70 % des médecins assistants (internes) déclarent ne pas pouvoir respecter les temps de pause prescrits par la loi, et plus de 40 % d'entre eux affirment que leurs heures supplémentaires ne sont pas décomptées ou pas en totalité, 40 % des médecins assistants interrogés estimant dans le même temps que leur structure manque de soignants. Plus d'un tiers des médecins assistants déclarent envisager une reconversion professionnelle en raison de leur charge de travail, et 56 % expriment une préférence pour un poste à temps partiel afin de se conformer à une durée hebdomadaire standard. De même, un sondage (2025) relève que les médecins assistants se déclarent souvent épuisés physiquement : 19 % (en psychiatrie) et 32 % (en pédiatrie) des médecins assistants se sentent souvent physiquement épuisés par le travail. En termes de santé mentale, 24 % (chirurgie orthopédique) et 36 % (gynécologie) se sentent émotionnellement épuisés au moins une fois par semaine.

4. Les revendications

De vives critiques sont formulées par les syndicats sur le manque d'encadrement et les conditions de travail de la quatrième année de stage clinique (*Praktisches Jahr*). Les revendications portent sur l'amélioration des normes pédagogique pendant l'année de stage : cours et un encadrement par un médecin référent de meilleure qualité ; octroi d'un droit à huit jours de congé maladie par période de formation de seize semaines ; mise en place d'une indemnité minimale uniforme à l'échelle nationale ; délai minimum de quatre semaines entre la fin de l'année de stage et le troisième examen d'État. Les médecins assistants formulent des revendications en matière de **modernisation de leurs outils de travail (informatique défaillante)**.

B. LES ÉTUDIANTS EN ESPAGNE

1. L'organisation des études

Le contenu académique des deux premières années des études de médecine est théorique et centré sur les sciences de la santé. Les deux années suivantes amorcent une transition vers un contenu plus pratique. En cinquième et surtout sixième année, la pratique clinique prend plus de poids et les étudiants, sous supervision, doivent valider des stages dans différents services hospitaliers et centres de santé de premier recours. À l'issue des six années et après obtention du diplôme, les étudiants doivent passer le concours dit Médecin Interne Résident (MIR) qui leur permet de choisir une spécialité et un hôpital afin d'y effectuer leur internat. L'internat dure quatre ou cinq ans, selon les spécialités.

2. Le temps de travail

Les médecins internes résidents ont un double statut d'étudiants universitaires et de salariés. Ils signent à ce titre un contrat de travail d'un an renouvelable avec l'hôpital pour lequel ils travaillent, qui prévoit leurs conditions de travail, y compris le temps de travail et les gardes, en conformité avec le droit applicable. La durée ordinaire du travail de 37,5 heures calculées en moyenne hebdomadaire sur six mois. Les heures complémentaires (liées à des gardes) ne peuvent être effectuées que si elles sont prévues dans le programme de formation de l'interne. Le total ne peut excéder quarante-huit heures hebdomadaires, calculées sur un semestre. En aucun cas un interne ne peut réaliser plus de sept gardes par mois. Le nombre maximal d'heures de gardes ne peut excéder 273 h/semestre. Entre deux journées de travail, un repos minimum de douze heures doit être respecté. Les internes doivent également bénéficier du régime du repos compensatoire de trente-six heures ininterrompues (ou soixante-douze heures sur quatorze jours) suite à une garde effectuée les samedis et les jours fériés.

En réalité, les horaires de travail effectués par les internes sont souvent supérieurs. Il existe une contradiction entre la directive UE de 2003 qui limite le temps de travail à quarante-huit hebdomadaires et le décret qui permet entre quatre

et sept gardes par mois. Selon une enquête de l'Ordre des médecins, 80 % des jeunes médecins réalisent au moins cinq gardes par mois. Le temps de repos post-garde n'est pas respecté dans 13 % des cas et le repos compensatoire ininterrompu de trente-six heures par semaine ne l'est pas non plus pour près de 50 % des cas.

3. La rémunération

La rémunération des internes est composée d'un salaire de base équivalent à celui des personnels statutaires des services de santé, et dépend de la spécialité et de l'ancienneté du professionnel mais surtout des communautés autonomes, compétentes en matière de ressources humaines et qui fixent les salaires. Il peut varier considérablement d'une région à une autre. D'autres variables (lieu, ancienneté, productivité, type de poste, gardes qui peuvent représenter 21 à 27 % de la rémunération des médecins) entrent en jeu. À partir de la deuxième année d'internat, il existe un complément de salaire, proportionnel au salaire de base, destiné à rémunérer le niveau de connaissances et l'acquisition progressive de responsabilités : 8 % en deuxième année, 18 % en troisième année, 28 % en quatrième année, 38 % en cinquième année.

En 2021, une estimation moyenne des salaires mensuels indiquait des montants compris entre 1 400 et 1 500 € bruts mensuels en première année, jusqu'à environ 1 900 et 2 000 € bruts mensuels en quatrième et cinquième années, auxquels il faut rajouter les compléments (travail de nuit ou jours fériés, gardes…).

4. Le ressenti

Selon une enquête de 2025, 94 % des jeunes médecins présentent des symptômes de burn-out dans au moins une dimension (épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou faible réalisation personnelle), la moitié d'entre eux présentant des symptômes dans les trois dimensions, ce qui correspond à un burn-out complet. Les chirurgiens sont la spécialité la plus affectée (54,5 %) par le burn-out. Il s'agit aussi dans les enquêtes sur les horaires de travail de ceux qui effectuent le plus de gardes. Les conséquences sur la santé et la vie personnelle sont notables : troubles du sommeil (85 %), détérioration des relations sociales (72 %), impact sur la sexualité, usage accru de psychotropes (38 %), risque de dépendance (alcool, anxiolytiques). Un médecin sur quatre a déclaré avoir été en incapacité temporaire pour des raisons de santé mentale. Les médecins effectuant plus de 5 gardes par mois et ne bénéficiant pas de repos adéquat présentent des niveaux de burn-out plus élevés. Les femmes, qui représentent 73 % des jeunes médecins, présentent un risque supérieur de 24 % par rapport aux hommes d'être en situation de burn-out ou d'épuisement émotionnel (problématique de conciliation vie professionnelle/vie personnelle et niveau de satisfaction professionnelle inférieur).

5. Les revendications

Respect de la réglementation du travail, en limitant le nombre d'heures hebdomadaires et en assurant les temps de repos compensatoires après les gardes ;

renforcement du tutorat et de la formation ; **amélioration de la supervision** des médecins durant leurs premières années et adaptation progressive des responsabilités en fonction du niveau de formation ; soutien psychologique et programmes de bien-être (meilleure accessibilité, au Programme d'attention intégrale au médecin malade (PAIME), intégration des **services psychologiques** gratuits dans les CHU et promotion de programmes de prévention en santé mentale pour les professionnels) ; **conciliation et égalité de genre** ; **réduction des charges administratives** afin de libérer du temps clinique, en donnant la priorité aux activités de soins et de formation.

C. LES CONDITIONS DES ÉTUDIANTS AU ROYAUME-UNI

1. L'organisation des études

En premier lieu, les lycéens souhaitant poursuivre des études de médecine ne peuvent postuler que dans **quatre universités au maximum**, doivent attester d'un score suffisant à un examen spécialisé dans le domaine médical et réussir un ou plusieurs entretiens d'admission (parcours, motivations, connaissances…). Le **premier cycle compte généralement cinq ans d'études**, principalement théoriques : deux ans d'enseignements magistraux, suivis de trois ans introduisant progressivement les aspects cliniques. Certaines facultés proposent toutefois des activités cliniques et d'auto-apprentissage dès le début du cursus. Le premier cycle se clôt par un examen (*Medical Licensing Assesment)* donnant le titre de docteur en médecine mais pas le droit d'exercer. Le **deuxième cycle** (« *Foundation training* », « entraînement fondamental », équivalent à l'externat en France), **dure deux ans**. C'est la phase d'introduction à la pratique clinique, sous la supervision d'un professionnel. À l'issue de ce deuxième cycle, les externes deviennent « *fully registered* » auprès de l'ordre (*General Medical Council*) et peuvent postuler à des emplois, moins qualifiés et non spécialisés, ou se spécialiser en réalisant un troisième cycle d'études. Le **troisième cycle** ou « *Specialty training* », **équivalent de l'internat**, a une durée comprise entre **trois ans pour devenir médecin généraliste** (*general practitioner*, GP), et **cinq à huit ans pour devenir médecin spécialiste**.

Les étudiants de deuxième et troisième cycles sont regroupés au sein du même terme de « *resident doctors* » (« médecins en formation »), parfois encore appelés « *junior doctors* ». Début 2026, l'agence *National health service* (NHS) England dénombrait plus de 75 000 *resident doctors*, représentant près de la moitié de tous les médecins exerçant au Royaume-Uni.

2. Le temps de travail

Les horaires de travail et de repos applicables ont transposé les dispositions de la directive européenne sur le temps de travail : interdiction de travailler plus de quarante-huit heures par semaine (sauf dérogation, cf. *infra*) ; interdiction de dépasser soixante-douze heures travaillées par période de

cent soixante-huit heures ; obligation de respecter onze heures consécutives de temps de repos quotidien et au moins vingt-quatre heures de repos ininterrompu par période de sept jours (ou quarante-huit heures par période de quatorze jours) ; pause d'au moins vingt minutes si la journée de travail excède six heures de travail ; maximum de huit heures de travail de nuit par période de vingt-quatre heures.

Les professionnels concernés peuvent déroger à une partie de ces règles en signant dans leur contrat une clause d'« *opt out* », qui leur permet d'augmenter leur durée hebdomadaire travaillée. Il n'est en revanche pas possible : de déroger aux règles en matière de temps de repos ; de dépasser les soixante-douze heures de travail hebdomadaires ; de dépasser treize heures consécutives pour une période continue travaillée (la durée maximum des gardes pouvant en revanche être portée à vingt-quatre heures). Des dispositifs de repos compensatoire doivent être mis en place lorsqu'une période de repos est interrompue pour des raisons de service.

Par ailleurs, les établissements ont l'obligation de comptabiliser les heures travaillées chaque mois par les médecins, ceux en formation, y compris les heures supplémentaires, celles-ci devant être déclarées par le praticien lui-même puis validées par un responsable avant le paiement du salaire.

3. Le ressenti

Le Royal College of Physicians a publié en octobre 2025 les résultats d'un sondage auquel ont répondu plus de 1 000 *resident doctors*, attestant de **conditions de travail dégradées** causant de **fortes pressions**, conduisant à de **nombreux cas de troubles de santé mentale et d'épuisement professionnel** : près des trois quarts des médecins en formation citent le manque de personnel, les lacunes dans les plannings comme le principal facteur ayant un impact négatif sur la qualité de la formation et le bien-être, suivis de la **charge de travail clinique élevée** (66 %) et les **lacunes informatiques** (59 %) ; un quart seulement (26 %) des médecins en formation se sentent prêts à franchir la prochaine étape de leur carrière ; moins d'un sur cinq (17 %) estiment les processus de recrutement des médecins post-diplômés équitables ; seules 65 % des personnes interrogées s'imaginent travailler encore au sein du NHS dans cinq ans. En 2024, une autre étude estimait également que les médecins en formation étaient les plus exposés à un **risque élevé ou très élevé d'épuisement professionnel (91 %)**. Les **femmes présentaient des taux de risque d'épuisement professionnel plus élevés** que les hommes, et que les personnes travaillant de longues heures (cinquante et une heures ou plus) présentaient également un surrisque d'épuisement professionnel.

4. Les revendications

Le NHS fait face à des pénuries structurelles de personnel (plus de 100 000 postes vacants), et rencontre des difficultés chroniques de recrutement et de planification des effectifs qui pèsent sur sa capacité à délivrer les soins et augmentent sa dépendance au personnel intérimaire dont le coût annuel est de trois milliards de livres. C'est la raison pour laquelle à partir de mars 2023, les

resident doctors se sont engagés aux côtés des autres soignants (médecins, dentistes, infirmières, sage-femmes, ambulanciers) dans un mouvement de grève afin d'obtenir une revalorisation salariale, s'estimant particulièrement lésés par l'évolution du coût de la vie depuis la fin des années 2000.

Des analyses économiques estiment la **baisse cumulée du salaire réel des *résident doctors* de l'ordre de 20 à 30 %**. En trois ans, les *resident doctors* ont pris part à 15 mouvements de grèves cumulant plus de soixante journées de grève en trois ans, le dernier à date du 7 au 13 avril 2026. Face à l'ampleur de la mobilisation, le gouvernement britannique a conclu en septembre 2024 un accord salarial incluant une augmentation rétroactive pour 2023/2024, en complément des hausses déjà accordées. Le salaire moyen de base d'un *resident doctor* à temps plein commençant son externat est ainsi passé de 32 400 £ à 36 600 £ dès 2024, l'accord comprenant aussi la revalorisation des heures supplémentaires et des indemnités de gardes de nuit.

D. LA SITUATION EN ITALIE

1. L'organisation des études

Le programme d'études en médecine et en chirurgie a une durée de 6 ans (cycle unique) et prévoit l'obtention de trois cent soixante ECTS, dont au moins soixante doivent être obtenus dans le cadre d'activités de formation visant à l'acquisition de compétences professionnelles. Cette organisation (mise en place entre 2018 et 2020) fait que le master à cycle unique en médecine et en chirurgie est devenu directement habilitant. Cela signifie que la formation clinique en médecine a été entièrement intégrée aux six années d'études universitaires. Au moment de la soutenance de son mémoire, l'étudiant obtient simultanément l'habilitation à exercer la profession de médecin-chirurgien (après son inscription à l'Ordre des médecins). Ce changement historique a rendu la pratique clinique des étudiants encore plus centrale, rigoureuse et structurée, dans le but de vérifier non seulement les connaissances théoriques, mais surtout les compétences liées au « savoir-faire » et au « savoir-être » du médecin.

Aujourd'hui, le parcours pratique d'un futur médecin se divise en deux grandes parties obligatoires : les Activités de formation professionnalisante (AFP) et le stage pratique d'évaluation pour l'examen d'État (TPVES). Les soixante crédits de formation universitaire (CFU) entièrement consacrés à l'expérience sur le terrain, ce qui correspond à pas moins de mille deux cents heures d'immersion totale dans les établissements de santé. Sur les soixante ECTS pratiques au total, quarante-cinq sont consacrés aux activités de formation professionnalisante (AFP). Au cours de ces années, la pratique clinique des étudiants s'articule autour de rotations périodiques dans différents services spécialisés. L'objectif est de fournir un aperçu complet et exhaustif de toutes les principales branches de la médecine contemporaine. Les stagiaires sont encadrés par des enseignants et des responsables médicaux (appelés tuteurs cliniques) afin

d’observer et de commencer à assimiler les processus diagnostiques et thérapeutiques.

Le stage pratique d’évaluation pour l’examen d’État (TPVES), d’une valeur de 15 ECTS (soit 300 heures au total), est la condition essentielle et obligatoire pour obtenir l’aptitude à l’habilitation professionnelle. L’étudiant doit être inscrit au moins en cinquième année du cursus et doit avoir réussi tous les examens fondamentaux prévus au cours des quatre premières années du programme d’études. Le TPVES est une période de travail pratique intensif, qui dure au total trois mois et se compose de trois périodes distinctes d’un mois chacune (100 heures, équivalant à 5 ECTS par bloc : Un mois dans le domaine médical ; un mois dans le domaine chirurgical ; Un mois en médecine générale.

2. Temps de travail

Les médecins en formation spécialisée travaillent, en moyenne, entre quarante-cinq heures minimum et soixante heures maximum par semaine. Selon des enquêtes, 30 % des personnes interrogées ont déclaré travailler plus de soixante-dix heures et jusqu’à cent vingt heures par semaine.

En ce qui concerne le droit au repos avant et après le service de garde (qu’il soit diurne ou nocturne), 39 % des personnes interrogées répondent qu’il n’est prévu d’aucune manière, tandis qu’environ 20 % indiquent qu’il est largement laissé à l’appréciation du tuteur en service. Dans plus de la moitié des cas, les médecins en formation travaillent donc également après des périodes de garde.

En outre, certains internes indiquent qu’ils sont soumis à la disponibilité immédiate – ou à l’astreinte – sans toutefois pouvoir bénéficier des indemnités prévues dans ces cas pour les médecins titulaires.

3. La rémunération

Les étudiants en internat perçoivent un salaire d’environ 1 700/1 800 euros bruts, avec une augmentation d’ancienneté de 50 euros après la troisième année. Il faut déduire de ce montant les différentes cotisations annuelles et les assurances qui incombent à un « quasi » médecin de service.

4. Le ressenti

Après avoir passé l’un des concours d’entrée les plus sélectifs, près de la moitié des étudiants en médecine ont envisagé l’idée de tout abandonner. 79 % des personnes interrogées ont fait l’expérience de l’épuisement professionnel au cours de leur formation, 23 % le vivent en permanence et 34 % le vivent fréquemment. Il ne s’agit pas d’un simple stress lié aux examens, mais d’un épuisement profond, alors même que 84 % ont choisi la médecine en raison d’un véritable intérêt pour cette discipline, et 67 % en raison de leur désir d’aider ceux qui en ont besoin.

Les problèmes de santé mentale ne se limitent pas au burn-out. 59 % des étudiants ont connu une dépression ou d'autres troubles psychologiques au cours de leur formation, et 22 % en souffrent de manière constante ou fréquente (avec, parmi les multiples causes possibles, l'éloignement par rapport à la famille (fréquent), ainsi que la nécessité pour beaucoup de travailler en dehors des études pour pouvoir subvenir à leurs besoins, entraînant une très forte charge mentale). Seul un quart n'a jamais été confronté à ces problèmes. Face à cette souffrance généralisée, la moitié des étudiants ont sollicité une aide professionnelle, mais se sont principalement adressés à des psychologues externes (44 %) plutôt qu'aux services universitaires (seulement 6 %). 22 % auraient souhaité demander de l'aide, mais ne l'ont pas fait, ce qui indique qu'il existe des obstacles à l'accès ou qu'une stigmatisation entoure encore la demande d'accompagnement psychologique. Et le jugement des étudiants sur leurs établissements est impitoyable : 52 % estiment que le bien-être mental n'est pas du tout une priorité pour l'administration et le corps enseignant. Environ 10 à 15 % des internes ont décidé d'interrompre leur formation avant la fin, notamment dans les spécialisations les plus exigeantes et les plus stressantes (chirurgie, médecine d'urgence et médecine intensive).

5. Les revendications

Les associations qui représentent les étudiants en médecine réclament une réforme globale des spécialisations médicales, en passant à une véritable convention collective nationale pour la formation médicale.

De nombreux étudiants suggèrent aussi, au-delà de l'amélioration des conditions de travail, de réduire la charge administrative, d'augmenter les rémunérations et d'intégrer davantage d'expériences pratiques dès les premières années du cursus. Un soutien et une facilitation de l'accès au logement sont également mis en avant.

E. LA SITUATION EN SUÈDE

1. L'organisation des études

L'organisation des études de médecine est décentralisée. Le cursus a été profondément rénové en 2021. Il est désormais de six ans et permet l'obtention d'une autorisation d'exercer (*legitimation*) immédiatement après l'obtention du diplôme. Les médecins suivant le nouveau cursus médical obtiennent leur agrément à l'issue de leurs études et doivent désormais effectuer un service de base comme première étape de leur spécialisation. Parmi les nouveaux objectifs figurent **des modules sur le travail d'équipe et la mise en œuvre de soins plus centrés sur la personne**, répondant aux besoins et aux souhaits du patient et de ses proches. Ces objectifs mettent davantage l'accent sur l'égalité d'accès aux soins et à la santé, la prévention, la formation continue, la sécurité des patients, la santé mondiale et le développement durable. Ce nouveau programme de médecine permet également

aux étudiants de bénéficier **d'une formation plus approfondie au rôle médical professionnel**, axée sur la prise de décision et la responsabilité en matière de santé.

2. Temps de travail et rémunération

Les règles sur le temps de travail des internes et praticiens hospitaliers varient selon la région, le lieu du travail, et le statut public ou privé de l'organisme, dans le cadre des limites de la directive de 2003.

En 2023, le salaire moyen des internes était de 51 011 couronnes par mois (environ 4 700 €).

3. Le ressenti et les revendications

Selon le rapport annuel de l'association professionnelle des jeunes médecins, (SYLF) pour l'année 2025, un externe sur quatre envisage de quitter la profession. Selon SYLF, un environnement de travail médiocre, une charge de travail excessive et une rémunération perçue comme insuffisante expliquent ce désir. Les études de médecine représentent le cursus universitaire le plus coûteux, et lorsque les conditions de travail des médecins ne sont pas à la hauteur de celles du reste de la société, le secteur public en subit les conséquences – au moment même où la pénurie de personnel soignant est précisément identifiée comme un enjeu crucial.

Les économies réalisées, conjuguées au gel des embauches, ont affecté les médecins en formation. D'après les enquêtes menées par SYLF en 2025, un interne sur cinq estime qu'il lui sera difficile de se spécialiser dans les délais impartis et sept internes sur dix ressentent les effets des coupes budgétaires comme une augmentation de leur charge de travail et une diminution de leurs perspectives de récupération après le travail. Plus de quatre internes sur cinq sont très ou assez inquiets des conséquences des mesures d'économie et trois sur quatre craignent une dégradation de la sécurité des patients.

Selon une enquête menée par l'université d'Uppsala en 2023 auprès d'étudiants de deuxième et de troisième cycle, un environnement de travail sain était cité comme la principale priorité. Certains se déclaraient même prêts à échanger une part de leur salaire (de 8 000 à 12 000 couronnes, soit de 740 à 1 100 €) pour un meilleur environnement de travail.