

UFR Sciences de Santé
7, Bd Jeanne d'Arc
Département de Médecine Générale
21000 DIJON

OBJET : Demande d'agrément aux fonctions de Maître de stage des Universités

Monsieur le Doyen,

Par la présente, je sollicite mon agrément aux fonctions de Maître de Stage des Universités (MSU) au Département de Médecine Générale (DMG) de l'UFR Santé de Dijon.

Ayant validé les prérequis à la maîtrise de stage, soit :

- ☐ être MG (*médecin généraliste*) installé depuis 1 an minimum (ou en collaboration) ;
- ☐ avoir une activité de médecine conventionnelle majoritaire ;
- ☐ avoir une activité de 15 à 25 patients par jour lorsque l'étudiant sera au cabinet ;
- ☐ s'engager à respecter les termes de la charte des PAMSU (*Praticien Agréé maitre de stages des universités*) à

[télécharger ici](#) ;

je joins à cette demande un dossier administratif complété, ainsi que les pièces justificatives nécessaires :

• Pour tous,

- ☐ la fiche de renseignement ;
- ☐ le CV ;
- ☐ le projet pédagogique envisagé ;
- ☐ l'annexe I ;
- ☐ le(s) justificatif(s) de formation réalisée à la maîtrise de stage ;
- ☐ les 2 derniers RIAP ;

• Si je choisis la rémunération en COSP (*Collaborateur Occasionnel du Service Public*), en tant que **médecin salarié** ou **médecin libéral** souhaitant en bénéficier, je transmets :

- ☐ l'annexe II (**médecin salarié uniquement**)
- ☐ l'annexe IV convention COSP
- ☐ scan lisible de la pièce d'identité à jour (CNI ou Passeport) ;
- ☐ une attestation de sécurité sociale ;
- ☐ un justificatif de domicile ;
- ☐ un RIB **personnel** au **NOM - Prénom - adresse personnelle actuelle** figurant sur la fiche de renseignement ainsi

que sur le justificatif de domicile ;

• Si je choisis d'être en honoraires (médecin libéral) :

- ☐ l'annexe III ;
- ☐ un RIB professionnel (à l'adresse du cabinet) ;
- ☐ une attestation URSSAF

Veuillez agréer, Monsieur le Doyen, l'expression de ma considération distinguée.

À

Le

Signature,



Fiche de renseignements

Merci de renseigner toutes les rubriques. Tout dossier incomplet sera retourné, ce qui occasionnera un retard dans son traitement et par conséquent, dans le paiement des salaires.

Réservé au service

Arrivé au bureau du personnel le _____	☐ SIHAM
☐ Dossier complet : le _____	☐ WINPAIE :
☐ Dossier incomplet : le _____	☐ Prise en charge
☐ Dossier non recevable : le _____	☐ Adresse ☐ RIB
convention signée ☐ le _____	☐ Autres modifications : _____

N° de sécurité sociale (13 + 2 chiffres) : _____	
Nom : _____	Prénom : _____
Nom de naissance : _____	Date de naissance : _____
Nationalité : _____	Lieu et pays de naissance : _____
Situation familiale : ☐ célibataire / ☐ PACS le _____ / ☐ marié le _____ / ☐ concubinage le _____ / ☐ divorcé / ☐ veuf(ve) depuis le _____ / ☐ séparé	
Adresse Personnelle : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ N° tél : _____	
Adresse mail (diffusable aux futurs étudiants) : _____	
Situation professionnelle	
Adresse Professionnelle (cabinet): _____ Code Postal : _____ Ville : _____ N° tel Cabinet : _____	
☐ Médecin libéral	☐ Médecin salarié des centres de santé Employeur : _____
Numéro de SIRET (obligatoire pour l'agence comptable) : _____	Numéro RPPS (obligatoire pour l'agence comptable) : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et m'engage à porter à la connaissance de l'Université Bourgogne Europe toute modification intervenant ultérieurement.

Le _____, Signature



Curriculum Vitæ

Cursus :

- Baccalauréat Année (*obtenu en*)
- Interne des Hôpitaux de (*Ville d'internat+ Année*) :
- Thèse Doctorat en Médecine obtenue (*Ville + année*) :
- Diplôme(s) complémentaire(s) : (*DES ou Certificats*) :
- Date de la première installation (ou collaboration) :
- Date de l'installation du cabinet actuelle (*si différente de l'item précédent*) :

Conditions d'exercice :

☐ Cabinet isolé

☐ Cabinet de groupe

☐ En maison pluriprofessionnelle

J'exerce la Médecine Générale selon les critères de la WONCA dont au moins les 4/5 du temps médical relevant de la médecine générale allopathique : OUI ☐ NON ☐

J'exerce dans un autre lieu que mon cabinet :

☐ EHPAD

☐ Centre de PMI

☐ à un réseau

☐ autre (*à préciser*) :

Formation(s) pédagogique(s) réalisée(s) (précisez la date et le lieu de formation et transmettre le justificatif de présence) :

☐ SIAMS 2 Formation Initiale au 2^{ème} Cycle *date et lieu* :

☐ SIAMS 3 Formation Initiale MSU 3^{ème} cycle *date et lieu* :

☐ FCS4 : Formation Complémentaire (après agrément, pour recevoir des SASPAS) *date et lieu* :

OU

☐ S1 Initiation à la maîtrise de stage : *date et lieu*

☐ S2 Accueil de l'externe ou S2 bis Accueil de l'externe : *date et lieu*

☐ S3 Supervision directe : *date et lieu*

☐ S4 Supervision indirecte (niveau 1 et SASPAS) ou FCS4: *date et lieu*

☐ S5 SASPAS : *date et lieu*

☐ S6 la rétroaction en maîtrise de stage *date et lieu*

☐ Autre(s) (*à préciser*) :

Projet Pédagogique envisagé :

Vous souhaitez recevoir :

☐ Réception d'externes ;

☐ Réception d'internes :

☐ Niveau 1 ;

☐ SASPAS ;

☐ Docteur Junior – dès Novembre 2026 (4^{ème} année d'internat)

Veuillez développer en quelques lignes votre projet pédagogique (condition d'accueil ; planning type envisagé ; nombre de bureaux disponibles ...) :

Annexe I : Droit d'option

Madame, Monsieur,

Le [décret 2015-1869](#) impose l'affiliation au régime général de sécurité sociale des Praticiens agréés maîtres de stage Universitaire (PAMSU) participant de façon occasionnelle à des missions de service public.

- Si vous êtes médecin salarié des centres de santé, vous serez rémunéré sous forme de salaire par l'université ;
- Si vous êtes médecin libéral, par défaut, vos honoraires de maître de stage vous seront versés sous forme de salaire, selon les modalités définies par la Direction des Ressources Humaines (dossier RH à constituer). Cependant en votre qualité de médecin libéral, vous pouvez percevoir l'indemnité sous forme d'honoraires pédagogiques, et rattacher ces honoraires de maître de stage à vos revenus tirés de votre activité libérale.

Dans ce cas une attestation sur l'honneur, ci-dessous, précisant ce rattachement doit être produite.

Nous vous remercions donc de nous adresser, le formulaire ci-dessous complété.

Le Doyen – Pr MAYNADIÉ

.....
You are a liberal or salaried doctor and you wish to benefit from the status of occasional collaborators of the public service (COSP) :

☐ Je soussigné(e) Dr certifie être **Médecin libéral ou salarié**. Je constitue un dossier RH permettant le versement sous forme de salaire. Je remets au DMG la fiche de renseignements jointe accompagnée de pièces justificatives.

You are a liberal doctor and you do not wish to benefit from the status of occasional collaborators of the public service (COSP) :

☐ Je soussigné(e) Dr certifie être Médecin libéral et m'engage à rattacher **mes honoraires** perçus au titre de l'activité de Maître de stage à mes revenus tirés de mon activité libérale.

Je fournis une attestation de rattachement au régime dont je relève au titre de mes activités non salariées.

Le

Signature

L'option choisie vaut pour la durée de votre habilitation.

Tout changement devra être signalé **avant le 30 juin** de chaque année.

Annexe II : Attestation Employeur pour les médecins salariés

Les salariés du secteur privé et les agents non titulaires de la fonction publique doivent faire remplir cette attestation par leur employeur.

Attention : on ne peut juridiquement attester par soi-même ; l'attestation doit être complétée par une tierce personne.

Je soussigné(e),

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° SIRET :

CERTIFIE QUE

Mr ou Mme (rayer la mention inutile), Dr (Nom- Prénom)

Employé(e) en qualité de

Sous contrat :

☐ A durée déterminée : du

au

☐ A durée indéterminée depuis le

EXERCE une activité professionnelle salariée

EST SOUMIS(E) :

☐ Au RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE et à ce titre :

☐ dépasse le plafond des cotisations au régime général de la sécurité sociale (3 311 euros au 1er janvier 2018). J'atteste également ne pas appliquer le prorata visé à l'article L. 242-3 du Code de la Sécurité Sociale.

☐ ne dépasse pas le plafond des cotisations au régime général de la sécurité sociale. J'atteste également ne pas appliquer le prorata visé à l'article L. 242-3 du Code de la Sécurité Sociale.

☐ A un RÉGIME PARTICULIER DE SÉCURITÉ SOCIALE. Dans ce cas, précisez la nature du régime et détaillez les sigles :

Fait à

, le

Signature,

ATTENTION : Toute rature, surcharge ou modification entraînera la nullité du document. Toutes les rubriques doivent être impérativement complétées.

Article 441-1 du code pénal

Constitue un faux, toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. (Décret 2007-658 du 2 mai 2007 – article 5)

Annexe III : Fiche renseignement - Antenne Financière

(Concerne uniquement les MSU libéraux souhaitant percevoir **des honoraires**)

FICHE FOURNISSEUR FRANCE AUTRES (Indépendants, stagiaires, etc...)

Service à l'origine de la demande de création de fournisseur

Référence UFR : UFR SANTE

N°ub : 41

Adresse (postale ou e-mail)

ufrsante-finances@u-bourgogne.fr

Tel : 03 80 39 34 45

de retour de la fiche :

Préciser le motif de la demande de création :

Gratifications stage

Prestations sociales

Rembours. droits univ.

Bourses ou remises de prix

☒

Honor. Stage médecins

Autre précisez

IDENTIFICATION

NOM - Prénom

Numéro de voie

Nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Boîte postale

Code postal BP

N° sécurité sociale

OU AUTRE NUMERO D'IDENTIFICATION*
(cocher le type de numero)

APOGEE

ORDRE DES MEDICINS

☒

AUTRE :

SIRET

(*) Un numéro d'identification est obligatoire pour l'enregistrement dans la base tiers

CONTACT

Téléphone

Téléphone portable

Télécopie

E-mail

COORDONNEES BANCAIRES : Merci de joindre un RIB professionnel ou équivalent

Nom du titulaire du compte

Nom de l'institution bancaire

Nom de la voie

Adresse de l'agence bancaire

Références aux normes SEPA

Code BIC/SWIFT de la banque

N° identification banque
Cod e pays
Cod e ville
Code guichet si connu, sinon XXX

IBAN

FR

Annexe IV : Convention COSP

CONVENTION FIXANT LES MODALITES D'EXERCICE ET DE REMUNERATION DES MEDECINS MAITRES DE STAGE DES UNIVERSITES, EN QUALITE DE COLLABORATEURS OCCASIONNELS DE SERVICE PUBLIC (COSP)

Vu l'article L632-5 et suivants du code de l'éducation ;

Vu les articles L1431-2 et R6153-46 du code de la santé publique ;

Vu l'article L311-3 21° du code de la sécurité sociale ;

Vu les articles R632-13 et suivants du code de l'éducation ;

Vu le décret n°2016-744 du 2 juin 2016 modifiant le décret n°2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public ;

Vu l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine ;

Vu l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine ;

Préambule

Le code de l'éducation et les arrêtés du 27 juin 2011, du 18 novembre 2015 et du 12 avril 2017 créent le statut de praticiens agréés-maîtres de stage des universités (PAMSU). Ceux-ci exercent en centre de santé, en cabinet libéral, en maison de santé ou au sein d'un centre médical du service de santé des armées. Les fonctions de maîtrise de stage sont financées par des honoraires pédagogiques dont le montant est fixé par les arrêtés susvisés, versés par l'université.

Dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs praticiens agréés-maîtres de stage des Universités, ces honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois.

Conformément aux dispositions du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et de l'article D. 311-1, les praticiens agréés-maîtres de stage des universités contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif et sont affiliés au régime général de sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article D. 311-3 du code de la sécurité sociale, l'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public est chargé du versement des cotisations et contributions sociales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code.

L'objet de la présente convention est de définir les modalités d'organisation et le circuit de paiement des praticiens agréés maîtres de stage des universités, en qualité de collaborateurs occasionnels du service public.

Entre

D'une part,

L'Université Bourgogne Europe
Maison de l'Université
Esplanade Erasme
21078 DIJON cedex

Représentée par son Président, Monsieur Vincent THOMAS, Ci-après désignée « l'Université »

Et, d'autre part, Préciser le statut actuel

Médecin libéral : ☐

Médecin salarié : ☐

Dr (*Prénom Nom*) :

(*adresse Personnelle*) :

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er : Objet

La présente convention a pour objet de préciser :

- Les modalités et conditions de mise en œuvre de la maîtrise de stage des praticiens agréés-maîtres de stage des universités exerçant au sein d'un centre de santé ou en cabinet libéral, qui participent à la mission de service public portant sur l'enseignement universitaire et postuniversitaire des étudiants et internes de médecine ;
- les conditions dans lesquelles l'unité de formation et de recherche de l'université verse les rémunérations des PAMSU, règle les cotisations et contributions de sécurité sociale qu'elle prend en charge ainsi que les modalités de déclaration de ces sommes, en application des articles L. 311-3 21° et D. 311-1 à 311-5 du code de la sécurité sociale. Elle organise les relations entre l'université et le professionnel de santé signataire et précise leurs engagements respectifs relatifs à la mise en œuvre et à la rémunération de ce dispositif.

Article 2 : Obligations du médecin maître de stage

Le praticien maître de stage agréé s'engage à respecter les conditions requises pour dispenser la maîtrise de stage, notamment les conditions de durée minimum d'exercice professionnel et les obligations de formation à la maîtrise de stage universitaire. Il est responsable de la coordination du stage et s'engage à dispenser une formation conforme aux règles fixées par l'université. A cet effet, il établit en lien avec l'université et l'étudiant/interne un programme de formation.

Le maître de stage universitaire s'engage à organiser le temps de travail de l'étudiant en fonction de ce programme et dans le respect des temps de présence de l'étudiant, et veille au respect des obligations prévues à l'article R. 6153-58 du code de la santé publique. Il coordonne les actions pédagogiques, note la progression de l'étudiant, organise les réunions d'accueil et l'évaluation.

Il s'engage à être titulaire d'une assurance en responsabilité professionnelle comportant une clause mentionnant cette activité de maître de stage et prévoyant que sa responsabilité personnelle est couverte en cas de dommage causé au maître de stage, au patient ou stagiaire dans le cadre de cette activité.

Lorsqu'il est salarié d'un centre de santé, il transmet à son employeur habituel les informations lui permettant de s'assurer du respect de la durée maximale de travail mentionnée à l'article L. 8261-1 du code du travail.

Article 3 : Obligations de l'université contractante

L'université assure la prise en charge du financement du dispositif.

À l'issue de l'évaluation pédagogique concernant le déroulement du stage, accompagnée de l'avis motivé adressé par le praticien agréé maître de stage à l'unité de formation et de recherche, l'université procède au paiement de l'indemnité pédagogique, ou, le cas échéant, au prorata de sa participation à la formation de l'étudiant.

Les versements, accompagnés de leur déclaration, afférents aux contributions et cotisations sociales mentionnées à l'article D. 311-2 du code de la sécurité sociale, assises sur la rémunération brute de l'intéressé fixée par arrêté, sont effectués par l'université auprès de l'organisme de recouvrement territorialement compétent. L'université procède à leur précompte et déclaration, conformément aux dispositions prévues au premier alinéa de l'article D. 311-3 du code de la sécurité sociale, dans les mêmes conditions que celles retenues pour la déclaration et le versement des cotisations et contributions sociales dues pour les agents contractuels (BRC, DUCS, DSN).

Concomitamment à la réalisation de ces formalités déclaratives et afin de permettre au praticien agréé maître de stage de faire valoir ses droits :

- elle remet au praticien agréé maître de stage un document valant bulletin de paie pour chaque vacation, mentionnant le salaire brut, les cotisations et contributions sociales et le salaire net (à télécharger sur [le site de l'ENSAP](#), après création du dossier administratif)
- elle procède auprès de l'organisme de recouvrement à la déclaration préalable à l'embauche et, lorsque la déclaration des cotisations n'a pas été faite au moyen de la DSN, à la déclaration annuelle des données sociales (DADS) auprès de sa CARSAT de rattachement.

Les manquements aux obligations déclaratives (défaut de production des déclarations et défaut de paiement des cotisations et contributions sociales notamment) entraînent à la charge de l'université l'application des pénalités et majorations de droit commun (article R. 133-14, R. 243-16 et R. 243-18 du code de la sécurité sociale). Par ailleurs, il y a lieu de préciser que l'université est susceptible de faire l'objet d'un contrôle de la bonne application des dispositions du code de la sécurité sociale en matière de recouvrement des cotisations et contributions dues dans le cadre des contrôles mentionnés à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale que les organismes chargés du recouvrement sont habilités à opérer auprès des employeurs, travailleurs indépendants et de toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations au régime général.

Article 4 : Durée de la convention

La présente convention s'applique à toute demande de participation au dispositif COSP à partir de la signature de la convention et pour la durée de l'agrément susvisé.

Article 5 : Modification et résiliation de la convention

La convention prend fin soit en cas de retrait d'agrément, soit à la demande d'une des parties.

Si l'une des parties veut mettre un terme au présent contrat, elle devra aviser les autres parties par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un délai de préavis fixé à deux mois.

Sauf non-respect de la période de prévenance, totalement ou partiellement, qui n'aurait pas fait l'objet d'un accord exprès préalable, les parties ne pourront prétendre à aucune indemnité du fait de la rupture contractuelle.

Le médecin au présent contrat informe immédiatement l'université en cas de difficultés rencontrées lors de l'exécution du contrat.

Fait à Dijon, le * 1^{er} JUILLET 202

** (La convention est à dater au 1^{er} Juillet de l'année universitaire en cours)*

Pour l'Université Bourgogne Europe,

Le Président,

Vincent THOMAS

Le Docteur, *Prénom Nom*

Signature