



Commission des
Affaires Culturelles
et de l'Éducation

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mission « flash » sur la réforme des études de santé

Communication de Mme Valérie Bazin-Malgras et M. Benoît

Potterie

Rapporteurs

—

14 avril 2021

Mission « flash » de la Commission des Affaires Culturelles et de l'Éducation
relative à la réforme des études de santé
Mme Valérie Bazin-Malgras et M. Benoît Potterie
Avril 2021

La réforme des études de santé est une réforme de grande envergure, mise en œuvre de manière échelonnée depuis 2017, et dont certains pans sont déjà largement engagés : la réforme du troisième cycle des études médicales à la rentrée universitaire 2017, la création d'un diplôme d'infirmier en pratique avancée et du service sanitaire à la rentrée 2018, ou encore l'universitarisation des formations paramédicales à compter de la rentrée 2019.

La loi du 24 juillet 2019 d'organisation et de transformation du système de santé donne une nouvelle impulsion à cette réforme, en modifiant deux éléments fondamentaux et emblématiques des études de santé en France : la 1^{ère} année de ces études, la **PACES**, d'une part, et l'accès au troisième cycle des études de médecine par **les épreuves classantes nationales (ECN)** d'autre part. Ces deux pans devaient être mis en œuvre à la rentrée universitaire 2020, cependant, seule la réforme de l'accès aux études de santé l'a été, la réforme des ECN étant, pour l'essentiel, repoussée d'un an.

Compte tenu du calendrier restreint des travaux de notre mission flash et des modalités de présentation de nos conclusions, nous avons fait le choix de nous concentrer sur cette réforme de la 1^{ère} année, pour nous permettre de mieux en approfondir les enjeux et d'étudier sa mise en œuvre de manière d'autant plus fine et précise qu'elle est au cœur de l'actualité et suscite un grand nombre d'inquiétudes qui nous ont été relayées.

Nous précisons que notre mission ne portait pas sur l'évaluation du bien-fondé de cette réforme et de ses effets – nous n'avons pas encore le recul suffisant pour cela – mais sur sa mise en œuvre effective et les difficultés que cette mise en œuvre peut soulever. Aussi, après avoir rappelé brièvement le contexte, nous ne reviendrons donc pas en détail sur les considérations de principe ou les débats que nous avons pu avoir à l'été 2019.

Enfin, toujours s'agissant de nos travaux, nous avons mené à l'Assemblée près de 25 auditions, dont plusieurs tables rondes qui nous ont permis de rencontrer, au total, plus de 80 personnes, représentant les étudiants, leurs familles, les universitaires, les professionnels de santé, ou encore les administrations. Nous avons également rencontré les parties prenantes dans nos circonscriptions, en particulier les universités et les collectifs d'étudiants et de familles d'étudiants.

I. La réforme de l'accès aux études de santé était nécessaire mais a souffert d'une communication qui a suscité de faux espoirs

1/ La réforme met fin au système peu satisfaisant de la PACES

Commençons d'abord par rappeler en quoi consiste la réforme de l'accès aux études de santé. Alors qu'il existait, depuis 2010, une 1^{ère} année commune aux études de santé, dite « PACES », qui permettait ensuite d'accéder en 2^{ème} année des filières dites « MMOP », pour médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (et, dans certaines universités, kinésithérapie), cette 1^{ère} année était très critiquée : très difficile, évaluée uniquement sous forme de QCM de connaissances pures, elle ne permettait pas de distinguer des étudiants avec des compétences pourtant utiles pour les professionnels de santé de demain. Surtout, elle menait à l'échec un grand nombre d'étudiants qui, après avoir redoublé une première fois, devaient « retourner à la case départ » après deux ans de « bachotage », sans pouvoir valoriser les connaissances acquises, entraînant des situations dramatiques.

La réforme a donc consisté à développer des voies d'accès nouvelles aux études de santé, qui permettent aux étudiants de valider des crédits universitaires et de suivre un parcours de progression ininterrompu, même en cas de non-admission en 2^{ème} année d'études de santé. Deux voies principales ont été créées, à partir notamment des expériences menées dans plusieurs universités :

- une voie dite « **PASS** », pour « parcours d'accès spécifique santé », dans lequel l'étudiant doit choisir une mineure dans un domaine autre que celui de la santé, vers lequel il se réorientera éventuellement s'il n'est pas admis en 2^{ème} année d'études de santé mais valide son année universitaire ;
- une voie dite « **LAS** » pour « licence accès santé », ressemblant à une licence classique à laquelle s'ajoute une « mineure santé », et à l'issue de laquelle l'étudiant peut, soit être admis en 2^{ème} année d'études de santé, soit poursuivre sa licence.

À l'issue de la 1^{ère} année, un étudiant de PASS ou de LAS qui n'est pas admis en études de santé mais qui a validé ses crédits universitaires est admis en 2^{ème} année de LAS ou « LAS2 », à la fin de laquelle il peut tenter une 2^{nde} fois d'intégrer la 2^{ème} année d'études de santé. Il peut également conserver cette 2^{nde} chance pour l'exercer à la fin de la 3^{ème} année de LAS, ou LAS3. S'il n'existe pas de redoublement à proprement parler, il y a donc bien une 2^{nde} possibilité d'accéder à la 2^{ème} année d'études de santé.

Le *numerus clausus*, fixé auparavant au niveau national à l'unité près, est remplacé par un *numerus apertus*, que les universités peuvent moduler dans une certaine mesure, et qui dépend des besoins territoriaux et des capacités de formation des universités.

La répartition des places ouvertes entre les parcours prévoit, à terme, qu'aucun d'eux ne peut représenter plus de 50 % des places, mais que 30 % des places au moins doivent être réservées aux étudiants ayant obtenu 60 crédits ECTS (soit à la fin de leur 1^{ère} année de PASS ou de LAS) et 30 % aux étudiants ayant obtenu au moins 120 crédits (soit à la fin de la 2^{ème} ou de la 3^{ème} année de licence). Toutefois, de manière transitoire, pour cette année universitaire et la suivante, les universités sont autorisées à déroger à cette répartition selon des quotas fixés par arrêté : la plupart ont obtenu de réserver 70 % de places aux PASS et 30 % aux LAS. Des passerelles sont aussi ouvertes, à la fois pour des diplômés de professions paramédicales (au moins 5 % du total des places) et pour des étudiants en cours de formation paramédicale.

Enfin, la réforme abolit le concours unique fondé sur des QCM à l'issue de la 1^{ère} année. Pour passer en 2^{ème} année d'études de santé, les étudiants sont sélectionnés sur un dossier prenant en considération les notes obtenues au cours des évaluations de l'année de PASS ou de LAS et, le cas échéant, sur des épreuves complémentaires, écrites ou orales.

Les enjeux de cette réforme étaient nombreux : limiter l'échec des étudiants ; permettre une diversification des profils et la valorisation de compétences qui pourront être utiles pour les professionnels de santé de demain (par exemple dans le domaine du droit, de la gestion, du numérique, etc.) ; ou encore garantir une plus grande équité territoriale, en permettant à des étudiants de suivre une LAS dans une université proche de chez eux, qui ne disposerait pas d'unité de formation spécifique « santé ».

Si les grands principes de la réforme et ses objectifs ne font pas réellement débat, sa mise en œuvre soulève toutefois un certain nombre de difficultés, même si nous pouvons lever plusieurs inquiétudes.

2/ Une réforme nécessaire, mais une communication qui a suscité de faux espoirs

Les auditions que nous avons menées ont montré que **la réforme n'a pas réduit les chances de réussite pour les bacheliers 2020** par rapport aux promotions précédentes.

Pourquoi tant d'inquiétude des étudiants, alors ? Ceci est, d'abord, lié à une **erreur de communication originelle**, beaucoup trop centrée sur l'annonce de la suppression du *numerus clausus*, que certains ont interprété comme la fin de la sélectivité des études de santé. Or il n'a jamais été question de mettre fin à cette sélectivité, à la fois parce que nous voulons avoir des professionnels de santé compétents et parce que nous souhaitons qu'ils soient formés dans de bonnes conditions, dans des universités dont les moyens ne sont pas extensibles à l'infini. Par la suite, l'incompréhension des étudiants et des familles a été accentuée par la publication du *numerus clausus* résiduel pour les doublants de PACES, pour lesquels l'ancien système est maintenu pour une année transitoire, alors même que la publication des *numerus apertus* des universités était repoussée de plusieurs mois, ne

permettant pas de les informer et de les rassurer sur le nombre de places ouvertes. De ceci est né, à notre sens, le sentiment d'injustice et l'inquiétude ressentis par ces étudiants.

Face à ces inquiétudes, nous avons étudié les données transmises par les universités et par la direction générale de l'enseignement supérieur. Dans toutes les universités, le taux de réussite des « primants », c'est-à-dire de ceux qui entrent dans l'enseignement supérieur ou tentent leur chance pour la première fois, augmente par rapport au taux de réussite des primants dans le système PACES. Cette augmentation varie selon les universités, de 1 % pour certaines, jusqu'à plus de 15 % pour d'autres, mais aucune n'enregistre une diminution. Il passe, par exemple, de 21 à 27 % pour l'université de Reims et de 13 à 22 % pour celle de Lille. Au niveau national, le taux de réussite moyen passe de 13 % pour les primants de l'ancien système à 23 % dans le nouveau système. En parallèle, le nombre de places en 2^{ème} année de santé augmente aussi, dans toutes les universités sauf deux, où il reste stable. Là encore, l'augmentation varie, de + 1 à + 31 % selon les universités (+ 14 % à Reims), notamment en fonction des augmentations déjà réalisées les années précédentes et des marges de manœuvre restantes. **Au niveau national, ce sont près de 2 000 places supplémentaires ouvertes pour les seuls primants, soit une augmentation de 13,6 %.** S'agissant des doublants, le nombre de places ouvertes dans le *numerus clausus* résiduel a été calculé en fonction des taux de réussite moyens des trois années précédentes, dans chaque université.

Nous avons également entendu **l'inquiétude des étudiants selon laquelle ils auraient moins de chances de réussite que les promotions à venir : ces craintes peuvent être levées.** Certes, la volonté affichée est de faire basculer le mécanisme, de sorte que la majorité des admis soient des primants, et non des doublants. Toutefois, cette bascule sera effectuée sur plusieurs années : pour l'année prochaine, qui correspondra à la 2nde chance des bacheliers de 2020, le nombre total de places offertes cette année (*numerus clausus* + *numerus apertus*) sera *a minima* reconduit par les universités et bénéficiera aux seuls étudiants issus de PASS et de LAS 1, 2 et 3. Il faudra garantir, de manière corollaire, que les places allouées aux LAS2 soient proches de celles réservées aux doublants PACES de cette année, ce qui semble l'option retenue – non encore confirmée par les chiffres qui, pour l'année 2022, n'ont pas encore été publiés.

Malgré ce constat général, des **difficultés subsistent s'agissant des taux d'admissions :**

- il apparaît qu'une partie des doublants PACES ont pu s'inscrire en LAS1 et tenteront leur chance sur ce quota, alors qu'ils auraient dû être comptabilisés parmi le *numerus clausus* résiduel ;
- certains étudiants minoritaires sont inscrits en LAS2 et LAS3 sans pour autant que cela ne résulte d'expérimentations préalables ou qu'ils n'aient pu suivre la première année de la réforme (662 étudiants sur 1 239 étudiants en LAS2 et 3) : ils bénéficient souvent de taux de réussite favorables ;

- les taux de réussite sont parfois biaisés par le décalage important entre le nombre d'inscrits, et le nombre de candidats qui se présentent effectivement aux examens dans un parcours, sans que cela puisse être anticipé.

Enfin, une nouvelle méthode de travail a été instaurée : à l'issue de concertations régionales, et d'une conférence nationale les synthétisant en mars 2021, **un objectif national pluriannuel d'augmentation de 18 % des professionnels de santé formés** (par rapport au *numerus clausus* principal de 2016-2020 ; 14 % par rapport au *numerus clausus* total de 2016-2020), sur cinq ans (pour la période 2021-2025) a été fixé, pour tenir compte des besoins et enjeux liés à la démographie médicale. Ce taux sera décliné par groupe de professions (médecine, pharmacie, maïeutique, odontologie), par territoire et par université, lesquelles disposeront d'une marge d'adaptation annuelle, dans le respect de la trajectoire qui leur sera fixée. Ce passage d'un *numerus clausus* à un tel *numerus apertus* devrait donner de la visibilité pluriannuelle et rassurer, tout en améliorant l'adéquation entre le nombre de professionnels formés et les besoins des territoires, sur laquelle nous reviendrons.

II. Une mise en œuvre complexifiée notamment par le contexte sanitaire et des difficultés à aplanir pour les années à venir

1/ Une mise en œuvre complexe et disparate

Au-delà de ce premier constat général sur le nombre de places ouvertes et les taux de réussite des étudiants, nous devons tout de même souligner que **la mise en œuvre de cette réforme est particulièrement complexe et, surtout, fait l'objet de grandes disparités au niveau local.**

Complexité, d'abord, pour plusieurs raisons :

- d'une part, cette réforme est bien plus large que les seules études de santé : elle toucherait près de 10 % des étudiants entrant en études supérieures et concerne le monde universitaire dans son ensemble ;
- elle est affectée, bien sûr, par **la crise sanitaire, qui n'a pas permis à l'ensemble des concertations ou des interactions nécessaires d'avoir lieu ;**
- on peut aussi noter que cette crise a entraîné à la fois une augmentation du nombre de bacheliers en 2020, du fait de l'examen en contrôle continu, et un attrait important pour les filières de santé, conduisant à une forte augmentation du nombre d'étudiants en 1^{ère} année de ces études ;
- par ailleurs, **le temps a considérablement manqué**, entre la publication des textes réglementaires à l'automne 2019 et la mise en œuvre de la réforme à la rentrée 2020 : ces difficultés ont été sensiblement renforcées du fait du contexte de crise sanitaire.

Sans remettre en cause le principe d'autonomie des universités, nous relevons également une très grande disparité dans la mise en œuvre de cette réforme entre les académies, et entre les universités d'une même académie. Celle-ci a pu générer des incompréhensions.

Les formules proposées par les universités se caractérisent par leur nombre et leur variété : il existe 35 PASS avec 227 mineures différentes, et 457 LAS au niveau national. Certaines universités proposent des PASS et des LAS, quand d'autres ont fait le choix de ne proposer que des LAS (Caen et Strasbourg). S'agissant des PASS, le nombre de mineures proposées est variable ; de même, certaines proposent 2 LAS, d'autres plus d'une dizaine.

Ces différences s'observent aussi dans les modalités d'enseignement, d'évaluation et de classement : certaines universités ont mis en œuvre des notes éliminatoires, dès le premier semestre pour les PASS, quand d'autres permettent la compensation entre plusieurs semestres ou ne dispensent la mineure qu'au 2nd semestre ; certaines ont choisi de ne pas prendre en compte la mineure dans le classement en PASS (uniquement dans la validation universitaire) quand d'autres font un choix opposé. On constate aussi, au sein d'une même université, des disparités importantes entre les mineures, notamment dans la charge de travail qu'elles représentent, pouvant conduire à une inégalité ou à un sentiment d'inégalité entre les étudiants.

[2/ Des difficultés à sortir du paradigme de la PACES](#)

De plus, alors que l'objectif de la réforme était de rompre avec le modèle de la PACES, cela semble difficile en pratique, pour plusieurs raisons :

- d'une part, le manque de communication, ou l'erreur de dénomination du PASS, très proche de « PACES », a conduit certains étudiants à considérer qu'il s'agissait de la **voie royale d'accès aux études de santé**, reproduisant finalement les profils des années antérieures. Ces étudiants ont, parfois, développé des stratégies pour être admis en PASS, au risque de choisir une mineure « par défaut » dans laquelle ils avaient davantage de chance d'être pris, mais qui ne les satisferait pas pour autant s'ils devaient être réorientés en 2^{ème} année de licence de cette discipline et dans laquelle ils ne s'investissent ni ne se projettent ;
- d'autre part, **les programmes ont été insuffisamment adaptés aux nouvelles modalités de formation, en PASS comme en LAS**. En PASS, certaines universités ont sensiblement repris le programme de PACES, faute de temps ou de moyens. Mais à ce programme déjà extrêmement lourd, s'ajoute désormais une mineure disciplinaire, qui représente une charge de travail d'une journée par semaine environ. En LAS, de la même manière, le programme de la mineure santé, s'ajoute souvent aux 60 crédits ECTS nécessaire pour

valider l'année universitaire et ne s'y intègre pas, ne permettant pas aux étudiants de réussir le double enjeu de la mineure santé et de la licence disciplinaire ;

- de même, **les modalités d'évaluation semblent reproduire, notamment en PASS, le système de notation drastique**, où peu importe d'avoir 5 sur 20 si le dernier admis a 4,9. Mais dans le système PASS-LAS, cette manière de faire ne permet pas aux étudiants de valider leurs crédits ECTS dont dépend la validation de leur année universitaire, et d'espérer poursuivre leurs études sans à-coups. Les notes des examens du premier semestre ont été mauvaises, supérieures mais proches des notes de la PACES dans un grand nombre d'universités, et laissent présager des taux de redoublement élevés. S'agissant des PASS, la médiane des notes est supérieure à 10 dans une minorité d'universités (7 sur 18) pour lesquelles les données ont été communiquées. Dans trois universités, cette médiane est comprise entre 4 et 6 ; s'agissant des mineures santé des LAS, la médiane est supérieure à 10 dans 3 universités sur 13 pour lesquelles nous disposons des données, et se situe entre 2 et 4 pour deux universités ;
- enfin, **les oraux, qui devaient permettre de valoriser d'autres compétences que les savoirs académiques, et notamment les qualités humaines et relationnelles, peinent à être mis en place**. Alors que ces oraux peuvent permettre de faire évoluer le classement des étudiants de manière significative, leurs modalités n'ont pas été systématiquement communiquées à temps ou de manière suffisamment précise, s'agissant notamment des compétences précisément évaluées ou de la manière dont elles le seront. Les étudiants n'ont pas davantage reçu de préparation à ces oraux, délivrée par les universités. **Le risque existe que des organismes privés préemptent cette préparation aux oraux, au détriment des étudiants qui n'auront pas la possibilité d'y avoir recours**. Les universités s'inquiètent aussi des moyens humains, financiers et logistiques nécessaires pour mettre en œuvre ces épreuves – deux fois mille oraux pour l'Université de Paris par exemple.

[3/ La deuxième année de la réforme : un point crucial pour sa réussite](#)

La **deuxième année de la réforme constitue un élément central pour sa réussite, mais n'apparaît pas, aujourd'hui, suffisamment maîtrisée**.

La **gestion des « flux » d'étudiants arrivant en 2^{ème} année de LAS, notamment après une année de PASS**, apparaît fondamentale, mais semble peu anticipée. En effet, universités comme administrations nous ont confirmé avoir peu de visibilité sur le nombre d'étudiants de PASS ou de LAS qui arriveront en LAS2 l'an prochain, faute de connaître les résultats aux examens de fin d'année ou les choix qui seront faits par les étudiants. Ceci ne leur permet pas d'anticiper les moyens financiers, humains et matériels nécessaires. De plus, ni les universités ni les administrations n'ont pu nous garantir qu'une place en LAS2 correspondant à la mineure suivie en PASS serait systématiquement disponible pour chaque étudiant de PASS non admis en études de santé mais ayant validé ses crédits, notamment dans les mineures correspondant à des filières en tension. Par ailleurs, certains étudiants ont choisi leur mineure « par défaut »,

et souhaiteraient une place dans une autre licence, engendrant une réorientation pouvant poser des difficultés. Il existe, enfin, un risque avéré de retour en L1 des étudiants qui n'obtiendront pas la LAS2 de leur choix, ce qui ne répond pas aux ambitions de la réforme. En tout état de cause, toutes les universités s'inquiètent des moyens à prévoir pour accueillir ces « nouveaux » étudiants, qui s'ajouteront aux étudiants qu'elles forment traditionnellement en licence, dans de bonnes conditions, les modalités de formation de ces étudiants étant nécessairement bien plus chères que celles des doublants de PACES, notamment pour certaines filières requérant un taux d'encadrement important ou du matériel spécifique (pailles de biologie).

Ces moyens sont d'autant plus importants à garantir qu'il en va de l'existence effective d'une 2nde possibilité de se présenter à l'examen, pour les étudiants concernés : ceux-ci doivent pouvoir être orientés dans une licence correspondant à leurs compétences et appétences, à l'issue de laquelle ils auront effectivement des chances de réussir l'examen leur permettant d'accéder aux études de santé. Cette 2nde chance doit, de fait, faire l'objet d'une communication rapide et de précisions, s'agissant du programme que les étudiants auront à suivre, du lien qu'ils pourront ou devront garder avec le domaine de la santé, d'éventuels rattrapages des enseignements de LAS1 qu'ils n'auraient pas suivis dans leur année de PASS, mais surtout des modalités d'évaluation et d'examen à l'issue de la LAS2. À ce jour, les étudiants qui pourraient être concernés ont du mal à se projeter et à s'investir dans cette 2nde chance à venir, tant les incertitudes perdurent encore.

S'agissant des étudiants qui seront admis en 2^{ème} année d'études de santé en venant de LAS, il conviendra également de prévoir les modalités selon lesquelles ils devront rattraper des enseignements de santé non suivis et selon lesquelles leurs profils variés pourront être valorisés, au-delà des seuls enseignements qu'ils auront reçus pendant leur 1^{ère} année d'études supérieures. Les parcours devront être personnalisés, ce qui nécessitera des moyens, d'autant plus importants que les places ouvertes en 2^{ème} année d'études de santé seront, elles aussi, en augmentation. C'est, en réalité, l'ensemble du premier cycle, et notamment les 2^{ème} et 3^{ème} années, qu'il faudra revoir pour les adapter à cette diversification des profils et des parcours.

[4/ Une réforme qui ne permet pas, aujourd'hui, de répondre aux enjeux de la démographie médicale, et doit être prolongée](#)

Enfin, et sans remettre en cause le bien-fondé de la réforme, il nous semble qu'elle **ne permettra pas de répondre aux enjeux de la démographie médicale**. Certes, un premier pas est fait, par l'augmentation du nombre de professionnels formés, la définition du *numerus apertus* en fonction de caractéristiques locales de la démographie médicale, ou encore la possibilité de débiter sa formation dans les territoires, y compris dans des villes sans faculté de santé. De plus, la loi du 24 juillet 2019 étend la possibilité déjà ouverte pour les internes en médecine générale de faire des stages hors CHU, notamment chez des professionnels libéraux,

aux étudiants de 2nd cycle et à ceux de 3^{ème} cycle n'ayant pas choisi la spécialité de médecine générale. Il n'est pas encore possible de dire ni si cette possibilité est exploitée, ni quels sont ses effets sur l'installation des professionnels dans les territoires.

Cependant, il semble que ceci ne pourra suffire : d'une part, **la réforme n'agira probablement que marginalement sur la répartition des professionnels de santé**, qui est pourtant plus importante que leur nombre en tant que tel. En effet, rien ne garantit que les professionnels de santé formés exerceront sur le territoire où ils ont été formés, d'autant plus que le concours de l'internat, même réformé, laissera la possibilité aux mieux classés de choisir leur lieu d'affectation. Si une territorialisation du concours avait pu être envisagée, il semble que les étudiants en santé tiennent à leur possibilité d'effectuer leur internat sur l'ensemble du territoire national et craignent des inégalités si les épreuves venaient à ne plus être nationales.

D'autre part, et malgré les facteurs pris en compte par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé dans la détermination du nombre de professionnels à former, **c'est aujourd'hui tout un écosystème qu'il faut considérer**, et non la simple pyramide des âges des professionnels de santé ou des patients. En effet, les médecins d'aujourd'hui, et peut-être plus encore ceux de demain, ont des attentes différentes de leurs aînés, s'agissant de leur temps de travail, de l'organisation de ce travail – qu'ils souhaitent moins solitaire – ou encore de l'accès à l'emploi pour leur conjoint et, plus généralement, à l'ensemble des services publics pour leur famille. La désertification médicale, souvent, n'est que l'un des éléments d'une désertification plus générale...

Nous observons l'arrivée de professionnels étrangers, ou, à tout le moins, formés à l'étranger, qui peut masquer le problème quelque temps, mais, au pays de Pasteur, cette solution ne peut nous satisfaire. D'ailleurs, les collectivités locales qui se sont engagées dans cette voie, en faisant venir des médecins d'autres États européens notamment, n'estiment pas que cette solution puisse être pérenne.

De nombreuses mesures, plus incitatives que coercitives, existent à ce jour, mais il nous semble qu'elles devraient être approfondies, renforcées ou, à tout le moins, évaluées, s'agissant en particulier du développement des stages en dehors des CHU. Une obligation d'exercice dans la région de l'internat, pour quelques années *a minima*, pourrait également être envisagée. Ces enjeux pourraient faire l'objet d'une mission complémentaire.

En tout état de cause, l'ensemble de ces aspects doit, impérativement, être pris en compte dans le cadre de la prolongation et de l'achèvement de la réforme des études de santé, au-delà du seul calcul de l'objectif national de professionnels de santé à former.

Nous ne pourrons considérer cette réforme comme réussie que si elle permet, simultanément, d'améliorer la formation et la sélection des professionnels de santé, et de garantir à l'ensemble des Français l'accès à des soins de proximité et de qualité.

III. Les propositions des rapporteurs

En définitive, **nous considérons la réforme comme une bonne réforme, légitime, attendue, nécessaire.** Cependant, justement pour la sécuriser et pour en améliorer l'acceptation et l'appropriation par l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les étudiants et le monde universitaire, nous formulons **plusieurs propositions qui aideront, selon nous, à garantir son succès :**

1) Communiquer différemment auprès des publics concernés par la réforme

- d'abord vis-à-vis des lycéens et de leurs familles, pour préciser que le PASS n'est pas la voie royale et que le choix de la mineure doit correspondre à une réelle option de réorientation ;
- ensuite vis-à-vis des étudiants et de leurs familles, en les associant aux décisions prises localement et en les tenant informés en amont des modalités selon lesquelles ils seront formés, évalués, sélectionnés ;
- enfin, vis-à-vis des universités, en leur donnant des orientations claires quant à l'application des mesures nationales qui ne doivent pas faire l'objet de disparités trop importantes ;

2) Adapter la charge de travail aux nouvelles modalités de formation, en allégeant effectivement les programmes de PASS pour tenir compte de l'ajout d'une mineure disciplinaire et en intégrant, autant que possible, les crédits de la mineure « santé » au sein des crédits de la LAS ; recruter à cette fin des ingénieurs pédagogiques pour revoir les programmes et les maquettes ;

3) Adapter les modalités de contrôle des connaissances pour sortir du système de notation de la PACES, permettre une validation par les étudiants compétents de leur année universitaire et éviter un taux de redoublement excessif ; harmoniser les modalités d'évaluation entre les différentes mineures et LAS, *a minima* par un lissage des notes ;

4) Prévoir, de manière pérenne, l'augmentation des moyens financiers et humains nécessaire à la réforme :

- premièrement pour accueillir davantage d'étudiants en 2^{ème} année de santé et permettre la bonne intégration de ceux qui viendront de LAS ; prévoir une réforme globale du premier cycle pour adapter les 2^{ème} et 3^{ème} années à la diversification des profils et des parcours ;
- deuxièmement pour accueillir davantage d'étudiants en LAS2 dans la discipline de leur choix, et intégrer ceux qui viendraient de PASS ;

Assurer une transparence dans l'allocation de ces moyens aux universités et dans l'utilisation de ces moyens par les universités ;

- 5) **Préciser rapidement les modalités d'exercice de la 2nde candidature** s'agissant du programme et de l'examen ; garantir aux LAS2 un exercice effectif de cette 2nde chance en leur ouvrant des places équivalentes à celles des doublants PACES de cette année, et en leur permettant d'obtenir une place dans la LAS2 correspondant à leurs compétences et à leurs appétences ;
- 6) Envisager, comme certaines universités l'ont déjà fait cette année avec, semble-t-il, moins de contestations locales et une meilleure compréhension de la réforme, la possibilité de **mettre fin aux PASS pour ne conserver qu'une 1^{ère} année sous forme de LAS**, donnant accès à la 2^{ème} année d'études de santé ou à une 2^{ème} année de licence ;
- 7) **Prolonger la réflexion sur les enjeux de la démographie médicale**, en tenant compte des attentes nouvelles des professionnels de santé ; développer les stages en dehors des CHU, en valorisant les professionnels qui les encadrent.

En conclusion, il convient de rappeler que cette année universitaire a été particulièrement difficile pour tous les étudiants, et en particulier les primo-entrants, en raison de la crise sanitaire. Ces difficultés sont la conséquence de la crise et non celle de la réforme. Mais il est clair que le contexte impose que nous ayons un regard bienveillant sur leur situation, et notamment pour la suite de leur parcours.

ANNEXE I :

Evolution du taux de réussite des primants par université

Université	NC 2020	NC transitoire 2021	Nbr inscrits PASS 20-21	Nbr inscrits LAS 20-21	Nbr inscrits PASS+LAS 20-21	Tx réussite moyen 3 ans	Tx réussite primants 2021
AIX MARSEILLE	673	355	1601	620	2221	14,8%	17%
AMIENS	366	117	795	353	1148	17,3%	25%
ANTILLES	193	90	709	249	958	11,0%	13%
BORDEAUX	571	393	1114	350	1464	7,8%	18%
CAEN NORMANDIE	348	207	0	900	900	15,3%	22%
CLERMONT AUVERGNE	370	206	710	302	1012	14,4%	23%
CORSE	46	37	158	40	198	8,0%	11%
DIJON	368	175	726	263	989	17,7%	25%
FRANCHE COMTE BESANCON	338	129	600	243	843	23,1%	29%
GRENOBLE	351	230	1303	427	1730	11,5%	12%
GUYANE	34	12	115	19	134		21%
LILLE CATHOLIQUE	181	112	0	532	532	18,8%	24%
LILLE ETAT	807	495	1412	624	2036	13,1%	22%
LIMOGES	250	106	523	207	730	14,9%	26%
LORRAINE-NANCY	551	211	1100	302	1402	18,3%	27%
LYON I	921	607	1695	384	2079	13,9%	29%
MAYOTTE			0	12	12		
MONTPELLIER	588	430	1673	359	2032	9,4%	12%
NANTES	403	270	602	307	909	11,5%	28%
NICE	302	182	595	384	979	9,1%	17%
POLYNESIE	28	18	0	94	94	12,1%	13%
POITIERS	334	240	0	702	702	12,1%	18%
REIMS	352	184	490	295	785	20,8%	27%
REUNION	151	84	777	626	1403		7%
RENNES	374	211	451	250	701	14,2%	30%
ROUEN	377	174	650	251	901	13,5%	25%
SORBONNE PARIS NORD (PXIII)	245	153	382	432	814	10,8%	17%
ST ETIENNE	247	121	532	140	672	13,7%	20%
STRASBOURG	468	203	0	1219	1219	18,0%	22%
TOULOUSE III	523	350	1139	471	1610	8,4%	14%
TOURS	440	249	923	356	1279	14,1%	18%
UVSQ VERSAILLES	273	123	563	119	682	11,4%	36%
ANGERS	302		885	404	1289		27%
BREST	271		1012	438	1450		18%
CRETEIL	325		0	1286	1286		25%
UP	1049		2115	502	2617		41%
SU	476		1385	220	1605		42%
SACLAY (PXI)	322		580	215	795		41%
TOTAL GENERAL	14218	6474	27315	14897	42212		23%

Source : réponses communes de la DGESIP, de la Conférence des doyens de médecine, et du Pr. Nicolas Lerolle, au questionnaire adressé par les rapporteurs

ANNEXE 2 :

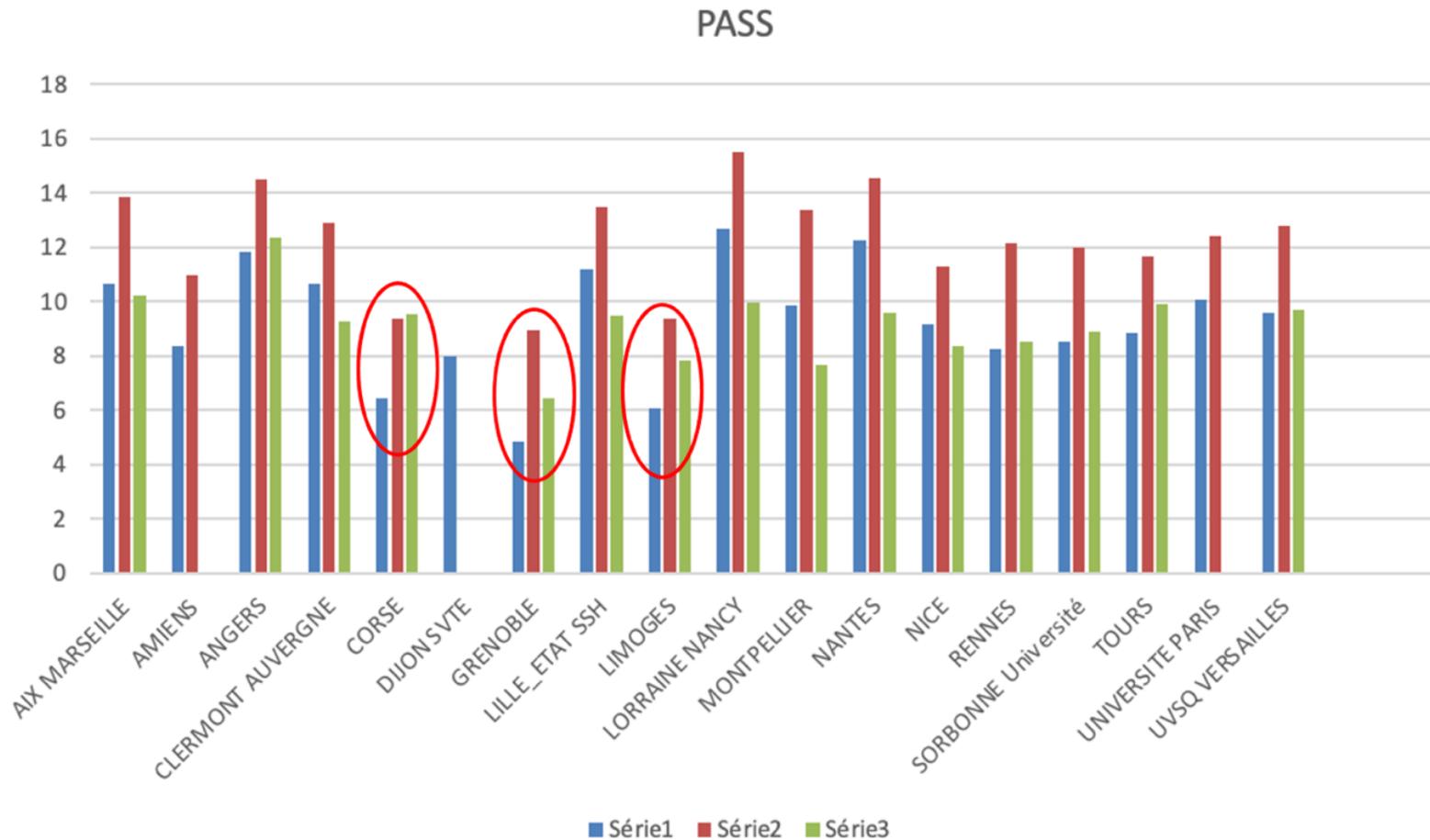
Taux de sélection des primants et des redoublants de PACES (moyenne des trois années passées)

Taux de sélection des primants (moyenne sur les 3 ans) Taux de sélection des redoublants (moyenne sur les 3 ans)

Université	FILIERE de référence	%P/P	%R/R
AIX MARSEILLE	Total	14,8%	37,4%
AMIENS	Total	17,3%	49,4%
BORDEAUX	Total	7,8%	36,5%
CAEN NORMANDIE	Total	15,3%	47,3%
CLERMONT AUVERGNE	Total	14,4%	36,6%
CORSE	Total	8,4%	42,9%
DIJON	Total	17,7%	47,3%
FRANCHE COMTE BESANCON	Total	23,1%	38,7%
GRENOBLE	Total	11,5%	52,5%
GUYANE	Total	10,9%	43,9%
LILLE CATHOLIQUE	Total	18,8%	54,6%
LILLE_ETAT	Total	13,1%	60,6%
LIMOGES	Total	14,9%	50,4%
LORRAINE NANCY	Total	18,3%	47,5%
LYON 1	Total	13,9%	46,4%
LYON SUD	Total	20,4%	44,5%
MONTPELLIER	Total	9,4%	36,1%
NANTES	Total	11,5%	58,3%
NICE	Total	9,1%	47,6%
POITIERS	Total	12,1%	49,7%
REIMS	Total	20,8%	44,2%
RENNES	Total	14,2%	59,8%
ROUEN	Total	13,5%	51,1%
SORBONNE PARIS NORD	Total	10,8%	45,7%
ST ETIENNE	Total	13,7%	42,4%
STRASBOURG	Total	18,0%	43,7%
TOULOUSE III	Total	8,4%	44,6%
TOURS	Total	14,1%	64,6%
UVSQ VERSAILLES	Total	11,4%	53,1%

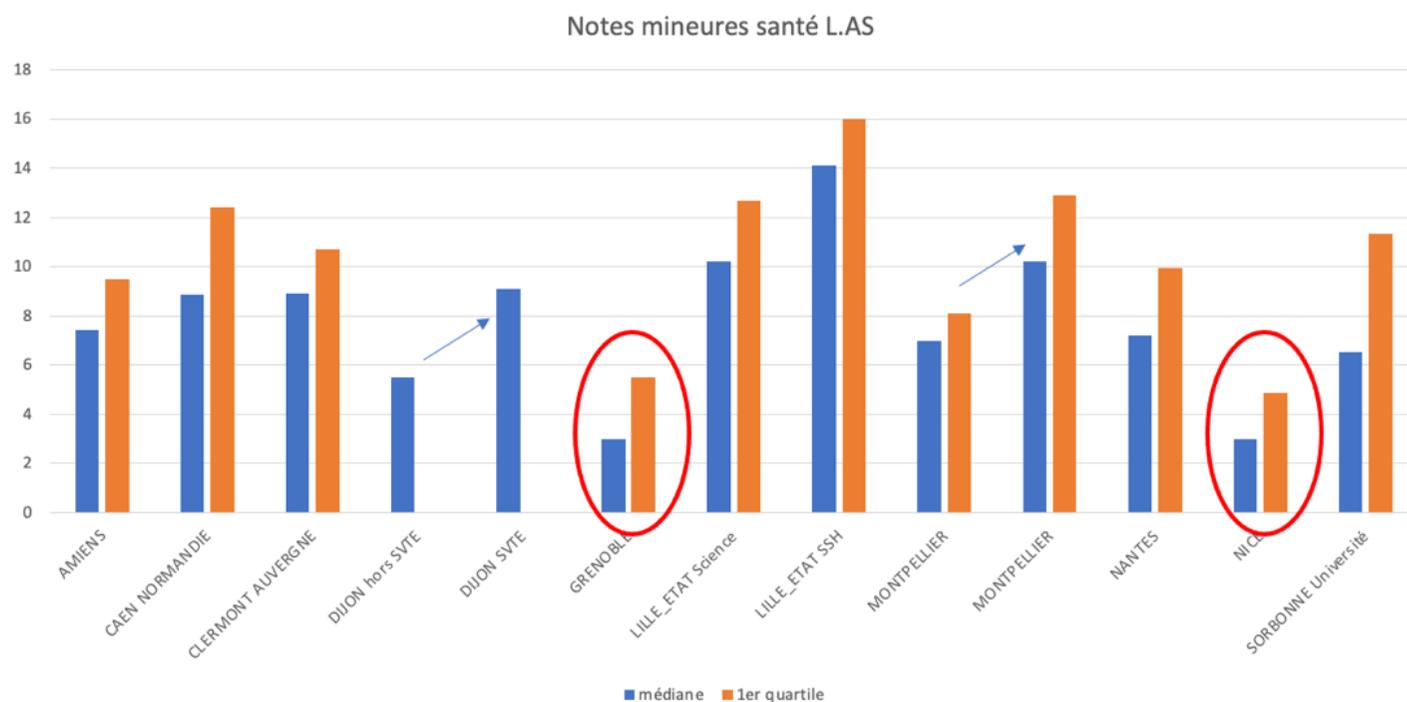
Source : réponses communes de la DGESIP, de la Conférence des doyens de médecine, et du Pr. Nicolas Lerolle, au questionnaire adressé par les rapporteurs

ANNEXE 3 : Notes des majeures santé des PASS dans différentes universités



Note de lecture : la médiane figure en bleu, le meilleur quartile en rouge et la moyenne de l'examen PACES 2019-2020 en vert.
Source : réponses communes de la DGESIP, de la Conférence des doyens de médecine, et du Pr. Nicolas Lerolle, au questionnaire adressé par les rapporteurs

ANNEXE 4 : Médiane et quartile supérieur des notes des mineures santé des LASI dans différentes universités



**2 des 10 sites
ont des
niveaux de
notes bas
même en 1^{er}
quartile**



Source : réponses communes de la DGESIP, de la Conférence des doyens de médecine, et du Pr. Nicolas Lerolle, au questionnaire adressé par les rapporteurs

ANNEXE 5 : **Liste des personnes auditionnées par les rapporteurs**

(par ordre chronologique)

- **Conférence des doyens de médecine – Pr Patrice Diot**, doyen de la faculté de médecine de Tours, et **Pr Nicolas Lerolle**, doyen de la faculté de santé d'Angers, chargé du suivi de la réforme de l'entrée dans les études de santé
- **Conférence de maïeutique – Mme Véronique Lecointe**, présidente
- **Conférence des doyens des facultés de pharmacie de France – Pr Bernard Muller**, doyen UFR pharmacie Bordeaux et président de la conférence des doyens pharmacie, **Pr Véronique Maupoil**, doyenne UFR pharmacie Tours et vice-présidente de la conférence des doyens pharmacie, et **Pr Jean-Pierre Gies**, doyen UFR pharmacie Strasbourg et vice-président de la conférence des doyens pharmacie
- **Ministère de l'Enseignement supérieur – Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) – Mme Anne-Sophie Barthez**, directrice générale, **Mme Christine Ammirati**, conseillère santé, et **M. Jean-Christophe Paul**, chef de département
- **Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) – M. Thierry Coulhon**, président, **M. Stéphane Le Boulter**, secrétaire général, **M. Jean-Marc Geib**, actuel directeur du département d'évaluation des formations, et **Mme Lynne Franjié**, directrice du département d'évaluation des formations à partir du d'avril 2021
- **Union nationale des étudiants de France (UNEF) (*) – M. Benjamin Peutevynck**, responsable du pôle universitaire
- **Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) – Pr Emmanuel Touzé**, doyen de la faculté de médecine de Caen, président, et **Mme Agnès Bocognano**, secrétaire générale
- **Intersyndicale nationale des internes (ISNI) – M. Gaëtan Casanova**, président, et **M. William Haynes**, secrétaire général
- **Conférence des doyens d'odontologie - Pr Reza Arbab-Chirani**, président, doyen de la faculté d'odontologie de Brest, **Pr Laurence Lupi**, vice-présidente de la Conférence des doyens des facultés d'odontologie, doyenne de la faculté d'odontologie de Nice, **Pr Louis Maman**, vice-président de la Conférence des doyens des facultés d'odontologie, doyen de la faculté d'odontologie de Paris Descartes, et **Pr Pierre Millet**, trésorier de la Conférence des doyens des facultés d'odontologie, doyen de la faculté d'odontologie de Reims
- **Collectif national PASS.LAS – collectif Bordeaux** (région Nouvelle-Aquitaine), collectif Marseille (région Provence Alpes Côte d'Azur), collectif Nice (région Provence Alpes

Côte d'Azur), collectif Reims (région Grand-Est), collectif Toulouse (région Occitanie), collectif Montpellier (région Occitanie), collectif Rennes (région Bretagne), collectif Tours (région Centre-Val-de-Loire), collectif Lyon (région Auvergne Rhône Alpes) collectif Corse (région Corse), collectif La Réunion (région La Réunion)

➤ **Conseil national de l'ordre des médecins – Pr Robert Nicodeme**, président de la section formation et compétences médicales, et **Pr Bernard Guerrier**, secrétaire général adjoint

➤ **M. Gaël Le Bohec**, député d'Ille-et-Vilaine, rapporteur pour avis du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

➤ **Direction générale de l'offre de soins – M. Marc Reynier**, adjoint à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé, **Mme Sandrine Jaumier**, cheffe du bureau RHI « Démographie et formations initiales », **Mme Christelle Gallo**, adjointe à la cheffe du bureau RHI et **M. Vincent Hemery**, chargé de mission

➤ **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) (*) – Mme Christine Schibler**, déléguée générale, **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles, **Mme Fabienne Seguenot**, directrice du pôle social/RH, et **Mme Laurence Mikano**, directrice-adjointe du pôle social/RH

➤ **Conférence des présidents d'université (CPU) (*) – M. Guillaume Gellé**, vice-président et président de l'université de Reims Champagne-Ardenne, et **Mme Macha Woronoff**, présidente de la commission santé à la CPU et présidente de l'université de Franche-Comté

➤ **Table ronde des recteurs de régions académiques et des recteurs délégués pour l'enseignement supérieur, à la recherche et à l'innovation (ESRI) :**

– **M. Olivier Dugrip**, recteur de la région académique Auvergne-Rhône-Alpes, recteur de l'académie de Lyon, chancelier des universités, et **M. Gabriele Fioni**, recteur délégué pour l'enseignement supérieur, la recherche et l'innovation de la région académique Auvergne-Rhône-Alpes

– **M. Christophe Kerrero**, inspecteur général de l'éducation, du sport et de la recherche, recteur de la région académique Île-de-France, recteur de l'académie de Paris, et **Mme Simone Bonnafous**, rectrice déléguée pour l'enseignement supérieur, la recherche et l'innovation de la région académique Ile-de-France

– **M. Jean-Marc Huart**, inspecteur général de l'éducation nationale, recteur de la région académique Grand Est, recteur de l'académie de Nancy-Metz, et **Mme Fabienne Blaise**, rectrice déléguée pour l'ESRI de la région Grand-Est

- **Mme Valérie Cabuil**, rectrice de l'académie d'Amiens, rectrice de la région académique des Hauts de France, rectrice de l'académie de Lille, et **Mme Marie-Elisabeth Borredon**, rectrice déléguée à l'enseignement supérieur de l'académie des Hauts de France

➤ **Fédération des associations générales étudiantes (FAGE)** ^(*) – **M. Adrien Cazes**, vice-président chargé de l'enseignement supérieur à l'ANEPF, **Mme Loona Mathieu**, vice-présidente chargée de l'enseignement supérieur à l'ANEMF, **Mme Apolline Madec**, vice-présidente en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche à l'ANESF, **Mme Lucie Gilbert**, vice-présidente chargée de l'enseignement supérieur à la FNEK, **M. Clément Mary**, vice-président chargé des affaires académiques à l'UNECD, et **M. Mamadou Ndoye**, vice-président chargé des affaires de santé à la FAGE

➤ **Ambassade de France en Belgique** – **M. Thomas Michelin**, conseiller de coopération et d'action culturelle, **M. Maël Le Bail**, attaché de coopération universitaire et scientifique, et **Mme Nathalie Avallone**, chargée de mission Campus France

➤ **Association des maires de France (AMF)** – **M. Thomas Hennequin**, maire de Montcornet, **Mme Nelly Jacquemot**, responsable du département Action sociale, éducation, culture et santé de l'AMF, et **Mme Elodie Vin**, chargée des relations avec le Parlement

➤ **Ambassade de France en Roumanie** – **Son Excellence Mme Laurence Auer**, ambassadrice, **M. Mehmet Meydan**, consul, et **M. Frédéric Beaumont**, conseiller-adjoint de coopération et d'action culturelle, attaché universitaire

➤ **Agences régionales de santé (ARS)** – **Dr Jean-Yves Grall**, président du collège des directeurs généraux, et **Mme Corinne Rieffel**, directrice déléguée « pilotage opérationnel, premier recours, parcours et professions de santé » de la direction de l'offre de soins de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

➤ **Table ronde des vice-présidents d'université chargés de la formation :**

– **Université de Paris** – **M. Philippe Roussel-Galle**, vice-président en charge de la formation, **Pr Sophie Gil**, co-responsable de la réforme du 1er cycle des études de santé, vice-doyenne en charge de la formation, et **Dr Morgane Le Bras**, chargée de mission PASS/L.AS auprès du vice-président en charge de la formation de l'Université de Paris

– **Université de Reims** – **M. Damien Jouet**, vice-président en charge de la formation et de la vie universitaire

– **Université de Caen** – **Mme Hélène Bouraïma-Lelong**, vice-présidente de la commission de la formation et de la vie universitaire de l'Université de Caen Normandie

– **Université de Rouen** – **M. David Leroy**, vice-président en charge de la formation et de la vie universitaire

➤ **Faculté de Santé - Université de Paris** – **Pr Sophie Gil**, co-responsable de la réforme du 1er cycle des études de santé, vice-doyenne en charge de la formation, **Dr Morgane Le Bras**, chargée de mission PASS/L.AS auprès du vice-président en charge de la formation de l'Université de Paris, **Pr Martin Flamant**, président de la commission Parcoursup à l'Université de Paris, assesseur à la pédagogie UFR médecine, et **Mme Weber**, directrice générale adjointe aux transversalités & pilotage à la faculté de santé

➤ **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **Mme Amélie Roux**, responsable du pôle ressources humaines, et **M. Quentin Henaff**, responsable adjoint du pôle Ressources Humaines

^(*) Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.