

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évaluation de l'impact de la réforme PASS/LAS sur les
études médicales**

Présentée et soutenue publiquement le 04/12/2024
à 16h00 au pôle formation

Par Camille ANDROVIC

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Pierre-Henry MIQUEL

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CPEM	Certificat Préparatoire aux Etudes Médicales
DFASM	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques
ECOS	Examens Cliniques Objectifs Structurés
EDN	Épreuves Dématérialisées Nationales
EDS	Enseignement De Spécialité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LAS	Licence Accès Santé
MICA	Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
PASS	Parcours d'Accès Spécifique Santé
PCB	Physique Chimie Biologie
PCEM	Premier cycle des Études Médicales
PCN	Physique Chimie et Naturelles
SIES	Systèmes d'Information et des Études Statistiques
ZAC	Zone d'Action Complémentaire

ZAR Zone d'Accompagnement Régional

ZIP Zone d'Intervention Prioritaire

Sommaire

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	6
Sommaire	8
Introduction.....	10
1 Positionnement de ce travail	10
2 Organisation des études de Médecine en France	10
2.1 Historique des réformes du premier cycle des études médicales.....	10
2.2 Premier cycle actuel, réforme PASS/LAS.....	12
2.3 Inquiétudes au sujet de la réforme PASS/LAS	13
2.4 Organisation des études médicales au-delà du premier cycle.....	14
3 Démographie médicale en France.....	14
3.1 Etat actuel.....	14
3.2 Historique du <i>numerus clausus</i>	16
3.3 Augmentation parallèle des besoins de la population.....	17
3.4 Une adéquation pas si évidente	18
4 Objectif	19
Matériel et méthodes	20
1 Analyse qualitative.....	20
2 Analyse quantitative : étudiants en médecine	20
3 Analyse quantitative : enseignants en médecine.....	21
4 Analyse quantitative : données de scolarité	21
5 Analyse statistique.....	21
5.1 Analyses univariées.....	21
5.2 Analyses bivariées.....	21
5.3 Significativité.....	22
6 Cadre réglementaire.....	22
6.1 Analyse quantitative : étudiants en médecine.....	22
6.2 Analyse quantitative : enseignants en médecine.....	22
Résultats.....	23
1 Analyse qualitative.....	23
1.1 Personnes interrogées	23

1.2	Axes d'évaluation de la réforme (avantages et inconvénients).....	23
1.3	Définition des études quantitatives	24
1.3.1	Enquête auprès des étudiants	24
1.3.2	Enquête auprès des enseignants.....	26
1.3.3	Analyse des données de scolarité (non réalisée).....	27
2	Analyse quantitative : étudiants en médecine	29
2.1	Profil des étudiants	29
2.1.1	Parcours personnel.....	29
2.1.2	Niveau d'études maximal des parents	30
2.2	Evaluation de la réforme.....	30
3	Analyse quantitative : enseignants en médecine.....	35
3.1	Profil de l'enseignant	35
3.2	Évaluation de la réforme PASS/LAS par rapport au système antérieur.....	35
	Discussion	39
1	Présentation thématique et discussion des résultats.....	39
2	Discussion de la méthode	41
3	Perspectives.....	42
	Conclusion.....	43
	Annexe 1 : article publié dans le bulletin du CDOM 59.....	44
	Liste des tables.....	46
	Liste des figures	47
	Références	48

Introduction

1 Positionnement de ce travail

Les études médicales ont fait l'objet de nombreuses réformes ces dernières décennies. En 2020 a été mise en place la réforme PASS/LAS qui à la fois suivait des objectifs assez différents des précédentes (principalement la diversification des parcours), et était accompagnée de la suppression théorique du *numerus clausus*. Cette réforme soulève de nombreuses inquiétudes sur son impact futur sur la formation médicale et donc, en bout de chaîne, la production quantitative et qualitative de futurs médecins.

L'objectif de ce travail est de proposer une évaluation de cette réforme sur le site lillois, la Faculté de Médecine de Lille étant la plus grande faculté de médecine de France.[1]

Dans la mesure où une partie des réformes des études médicales vise à contrôler la démographie médicale et, par là, l'offre de soins, nous évoquerons successivement dans l'introduction l'organisation des études de Médecine, puis le contexte de démographie médicale dans lequel s'inscrivent ces réformes. Nous exposerons enfin les objectifs de ce travail.

2 Organisation des études de Médecine en France

2.1 Historique des réformes du premier cycle des études médicales

Le premier cycle des études médicales a subi de nombreuses transformations au cours du dernier siècle. En 1893, l'année préparatoire aux études médicales, appelée certificat d'études Physiques, Chimiques et Naturelles (dit PCN) devient obligatoire. Les bacheliers ont librement accès aux études médicales universitaires à condition d'être titulaires du PCN, enseigné à la Faculté des Sciences.[2]

Progressivement, le niveau de sélection s'élève et le taux de recrutement diminue. En 1909, la durée des études médicales est fixée à 5 ans avec l'introduction de nouvelles matières telles que la stomatologie, la bactériologie et la radiologie. En 1932, le certificat d'études se renomme PCB pour Physique Chimie Biologie. Le système de sélection reste inchangé mais la durée d'étude est fixée à 7 ans devant l'accroissement constant des connaissances.[2]

En 1958, la réforme initiée par le Professeur Debré crée les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les médecins à temps plein hospitalo-universitaire.[3] Le décret du 28 juillet 1960 modifie profondément le cursus des études. Le PCB est supprimé. L'accès aux études médicales est ouvert directement aux bacheliers de l'enseignement secondaire, avec une première année d'étude consacrée principalement aux matières « médicales ». Seuls certains enseignements demeurent éventuellement dispensés par les Facultés des sciences.[4]

L'arrêté du 2 août 1960 fixe la répartition de l'ensemble des enseignements, les semestres initiaux sont consacrés aux sciences fondamentales (biologie, biophysique,

biochimie, physiologie, anatomie, histologie) et à la sémiologie. Avec la suppression du PCB, les études passent de 7 à 6 ans : le cursus s'étale sur 5 ans partagés entre la théorie et la pratique hospitalière, auxquels s'ajoute une dernière année exclusivement hospitalière.[5]

En 1963, la nécessité d'obtention d'un certificat préparatoire est à nouveau rétablie par le « Certificat Préparatoire aux Etudes Médicales », (dit CPEM) comprenant 75% de Science et 25% de Médecine.[6]

En 1969 est établi le Premier cycle des Etudes Médicales (PCEM).[7] Les arrêtés des 23 et 24 juillet 1970 définissent les programmes avec des disciplines obligatoires essentiellement scientifiques (physique, mathématiques, biophysique, chimie, histologie, embryologie, physiologie, anatomie, psychologie, sciences sociales et économiques) et des matières optionnelles laissées au choix de l'étudiant parmi les enseignements proposés. L'admission est libre après le baccalauréat. Le PCEM1 est validé par un examen terminal et par un contrôle continu des connaissances. Par la suite, le *numerus clausus* est instauré en 1971.[8] (ce sujet sera détaillé dans la section 3, page 14, dédiée à la démographie médicale).

Deux sujets inquiètent alors certains observateurs : le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine ou odontologie étant très faible par rapport au nombre de candidats, le redoublement de la première année était devenu la norme. Malgré le redoublement, certains étudiants ne pouvaient pas accéder aux études médicales, et se réinscrivaient en première année d'autres filières de santé. Une étude toulousaine a montré que le flux était très faible de la PCEM1 vers pharmacie, absent vers la maïeutique, mais assez conséquent vers la masso-kinésithérapie, exclusivement pour des étudiants masculins¹.

Par la suite, plusieurs réformes ont été proposées sans être appliquées, comme le « Deug Santé » défendu en 1995 par l'Unef-ID,[9] la « licence biomédicale » apparue dans le rapport de Jacques Attali en mai 1998.[10] L'esprit général de ces deux propositions était de faire disparaître la filière médicale en premier cycle pour la remplacer par un enseignement mutualisé avec d'autres filières de santé.

Parallèlement à cela, certaines facultés ont mis en place, à titre expérimental, des premières années de médecine-odontologie permettant également d'accéder aux études de masso-kinésithérapie et de Maïeutique².

La première année de médecine est à nouveau modifiée en 2010, elle prend le nom de PACES pour Première Année Commune aux Etudes de Santé.[11] Cette nouvelle première année permet l'accès, au terme d'un concours avec options choisies volontairement par l'étudiant, aux filières de médecine, odontologie, pharmacie, masso-kinésithérapie et maïeutique.[12] Le redoublement était autorisé, et encore très fréquent du fait de la persistance dans le même temps d'un *numerus clausus*.

En 2019, la Commission de la culture, de l'éducation et de la communication estime que celle-ci, bien qu'équitable et peu onéreuse, présente un taux de réussite trop faible, avec un recrutement de profils d'étudiants stéréotypés : celui du bachelier scientifique, titulaire d'une mention très bien au baccalauréat et issu des classes sociales les plus favorisées.[13] La réforme de 2019 instaure la création de la PASS

¹ Etude réalisée par le directeur de thèse en 1997, alors étudiant, rapport remis aux enseignants de la faculté de médecine Toulouse-Purpan, perdu depuis

² Entretien avec le directeur de thèse, sources non-retrouvées

et de la LAS, deux voies d'accès aux études de santé dont l'objectif principal est de diversifier les profils des étudiants.[14] Cette organisation est détaillée ci-après.

2.2 Premier cycle actuel, réforme PASS/LAS

En 2018, le gouvernement exprime la volonté de diversifier les profils des futurs médecins par le biais de la réforme PASS/LAS, prônant un « mode de sélection renouvelé », qui permettrait d'améliorer le niveau de formation des études de santé.[15] A noter que différentes typographies concernant la réforme PASS/LAS existent : nous avons fait le choix de sélectionner celle qui était la plus couramment employée, que ce soit sur les sites officiels ou dans la presse.

Après le baccalauréat, la plateforme Parcoursup oriente le futur étudiant en médecine en PASS ou en LAS, deux voies qui permettent l'intégration des études de médecine. La LAS a pour vocation d'élargir les profils des professionnels de santé, la PASS correspondant davantage à l'ex-PACES.[16]

Dans les deux filières, le programme est réparti en une majeure et une mineure.

En LAS, le candidat choisit une majeure hors santé telle que l'histoire, l'économie, lettres, ainsi qu'une mineure santé. Les années sont réparties chronologiquement en LAS1, LAS2 et LAS3.[16] Si le candidat valide son année, il peut candidater aux filières de santé ou poursuivre en deuxième année de licence de son choix. Il peut intégrer la deuxième voire la troisième année des études de santé. Après une année de licence supplémentaire, il peut candidater une nouvelle fois aux filières de santé, au maximum deux fois. S'il ne valide pas son année de LAS, il peut éventuellement la redoubler mais ne peut pas candidater aux études de santé, voie qui lui est définitivement fermée.[16]

En PASS, à l'inverse de la LAS, le programme est organisé autour d'une majeure santé, et d'une mineure hors santé. Si le candidat est admis, il poursuit en deuxième année de médecine. Le redoublement n'est pas permis en PASS. L'étudiant peut alors, sous conditions de validation de l'année, accéder à une LAS2. Après une année supplémentaire de LAS, il peut candidater une dernière fois aux études de santé (Figure 1).[16]

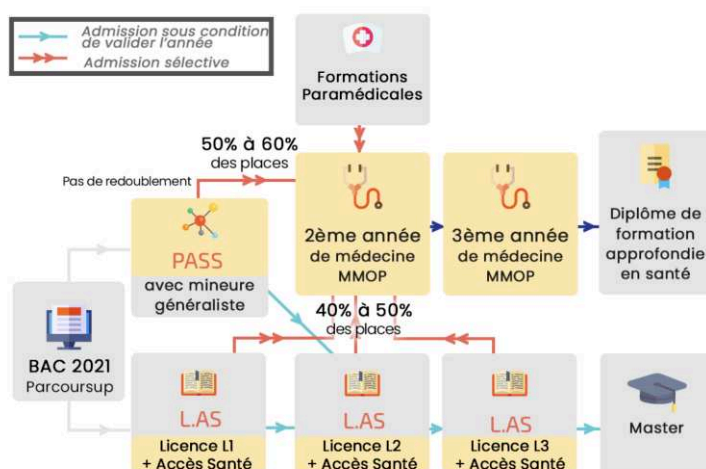


Figure 1 : Organisation du premier cycle dans la réforme PASS/LAS [16]

En PASS comme en LAS, l'admission se fait via deux groupes d'épreuves. Après les épreuves écrites, un jury au sein de chaque université fixe une note plancher au-dessus de laquelle un premier groupe d'étudiants est directement admis en deuxième année (cela peut représenter jusqu'à la moitié des places). Les autres candidats doivent passer une deuxième série d'épreuves, essentiellement orales, qui évaluent « des compétences transversales ».[17]

Les capacités de formation en deuxième et troisième années des études de santé sont déterminées par les universités selon des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième cycle, fixés sur avis conforme des agences régionales de santé (ARS), qui tiennent elles-mêmes compte d'objectifs nationaux pluriannuels fixés par l'État.[18] Selon les universités, la PASS représente 50 à 60% des places, et la LAS 40 à 50% des places en deuxième année de médecine. Par exemple, à l'Université de Lille pour l'année 2024, il y a 570 places en médecine dont 279 pour les PASS, 74 pour les LAS1, 171 pour les LAS2 et LAS3. Le reste des places est attribué aux candidats effectuant des passerelles.[19] Néanmoins, l'objectif du gouvernement est d'obtenir à terme une répartition égale des places entre les deux voies.[20]

2.3 Inquiétudes au sujet de la réforme PASS/LAS

Après trois années de mise en place, la réforme PASS/LAS semble cependant présenter plusieurs limites importantes. Elle contribuerait à la chute des connaissances des étudiants ; la diversification des parcours entraîne l'élimination d'étudiants excellents au profit d'autres, qui étaient peut-être de bons étudiants mais qui n'ont pas bénéficié de la formation offerte par la PASS. En réalité, beaucoup d'étudiants passés par la LAS peuvent éprouver des difficultés dès le début de leurs études, n'ayant étudié que le quart du programme étudié par les étudiants PASS.[21] Il en résulterait un taux élevé de redoublement pour ceux issus de la voie LAS : selon la Conférence des doyens des facultés de médecine, seuls 40% des élèves LAS parviennent à valider leurs examens de deuxième année de médecine. Les étudiants PASS affichent quant à eux un taux de réussite de 80% en deuxième année de médecine, soit le double.[22]

De plus, le remplacement du *numerus clausus* par le *numerus apertus* ne permettrait pas l'augmentation annoncée du nombre de places en deuxième année de médecine.[21]

Dans ce contexte, un collectif de parents d'élèves, le collectif PASS-LAS 21, a saisi le Conseil d'Etat fin 2022 pour réclamer l'abrogation de ces textes, le système instauré créant selon lui d'importantes inégalités en fonction des universités et des filières. Le 29 décembre 2023, la décision du Conseil d'Etat est rendue et considère que le décret comme l'arrêté de la réforme sont « entachés d'illégalité ». Il estime qu'une partie du texte « renvoie purement et simplement aux universités le soin de déterminer la pondération respective » de chaque groupe d'épreuve dans la note finale, « sans encadrer aucunement cette délégation ». En fonction des universités, l'épreuve orale « pouvait représenter parfois 30% de la note finale, parfois 70% ». En revanche, le Conseil d'Etat n'a pas jugé que les textes attaqués dérogeaient au « principe d'égalité » entre étudiants.[21]

Récemment, en mai 2024, une étude rétrospective menée à Tours a évalué l'impact de la réforme sur la diversification des étudiants. Celle-ci révèle que le profil des étudiants en PACES (c'est-à-dire mention Bien ou Très Bien au baccalauréat

scientifique) a simplement été transféré aux étudiants de PASS. L'entrée par la filière LAS a abouti à une nouvelle catégorie d'étudiants avec des mentions Passable ou Assez Bien pour leurs résultats au baccalauréat scientifique. Cependant, l'année suivante, cette diversité par le biais de la filière LAS a diminué, et LAS est devenue aussi compétitive que PASS. En effet, les lycéens modifient stratégiquement leurs choix de filière (PASS ou LAS) en fonction du système de sélection. Cette approche adaptative dans le choix des cours pourrait, à terme, rendre insignifiante la diversification réelle.[23]

2.4 Organisation des études médicales au-delà du premier cycle

Suite à la première année, les deuxième et troisième années de médecine visent à apporter les bases du savoir médical. Ce savoir théorique est complété par un stage infirmier de 4 semaines, ainsi que par 12 semaines de stage réparties sur deux ans. En fin de troisième année, l'étudiant obtient le niveau DFGSM (diplôme de formation générale en sciences médicales), équivalent de licence.[24]

L'étudiant débute ensuite l'externat, ou deuxième cycle, qui correspond aux quatrième, cinquième et sixième années de médecine et lui permet d'acquérir les bases de chaque spécialité médicale. Le temps de travail est réparti à parts égales entre les cours théoriques et les stages hospitaliers.[24]

La fin de l'externat est sanctionnée par les Épreuves Dématérialisées Nationales (EDN). Ce concours national se présente sous forme d'épreuves écrites ainsi que sous forme d'évaluation des compétences via les examens cliniques objectifs structurés (ECOS). Le parcours de l'étudiant et ses projets personnels sont également pris en compte dans la note finale. A la fin du deuxième cycle, les étudiants obtiennent le DFASM (diplôme de formation approfondie en sciences médicales), équivalent du niveau master. Selon le classement, ils choisissent une spécialité et un lieu d'exercice en fonction du nombre de postes, variable selon la région.[24]

A ce concours succède le troisième cycle des études médicales, dont la durée varie selon la spécialité, allant de quatre à six ans. Il est divisé en trois phases : phase socle, phase d'approfondissement, phase de consolidation. Au terme de ces années de formation, l'étudiant soutient sa thèse, et acquiert le titre de Docteur en Médecine.[24]

3 Démographie médicale en France

3.1 Etat actuel

Actuellement, 12 % des Français soit environ 7 millions de personnes vivent dans un désert médical.[25] Selon la DREES, jusqu'en 2025, les effectifs de médecins augmenteraient moins que les besoins de soins de la population. De nombreux départs à la retraite sont en cours et les nouvelles installations de docteurs ne compensent pas encore ce déficit. Ainsi, près de 20 millions d'habitants seront sans médecin d'ici la fin du prochain quinquennat. Soit plus d'une personne sur quatre dans un désert médical.[26]

De plus, la répartition géographique des effectifs médicaux est inégale selon les régions, avec une opposition Nord-Sud. Effectivement, les régions Centre Val de Loire (257,6), Hauts de France (302,0) et Normandie (296,5) présentent des densités de

médecins en activité les plus faibles. A l'inverse, l'Île-de-France (384,1) et la Provence-Alpes-Côte-D'azur (415,7) sont les régions aux densités les plus importantes.[26]

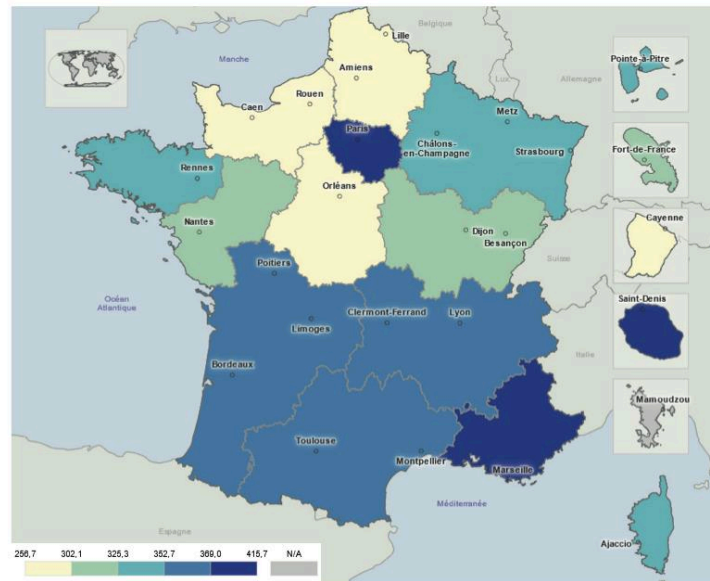


Figure 2 : Densités régionales des médecins en activité au 1er janvier 2023 (pour 100 000 habitants) [26]

Cette démographie médicale est également étudiée à une approche plus locale, avec un zonage des régions en ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire) en ZAC (Zone d'Accompagnement Complémentaire) et en ZAR (Zone d'Accompagnement Régional).[28]

Ces zones étudient la répartition de l'offre médicale sur le territoire selon différents critères :[29]

- calcul d'un score d'offre de soins selon la densité et l'activité moyennes des médecins généralistes, et selon la part des médecins généralistes de plus de 65 ans
- calcul d'un score de besoin de santé selon la prévalence des ALD, la consommation de soins, la part des ACS, et par des indicateurs de mortalité prématurée et générale.

La DREES définit également un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville.[30] Cet indicateur, bien que facultatif pour la détermination des zones, prend en compte l'activité de chaque praticien, le temps d'accès au praticien, et la consommation de soins par classe d'âge.[29]

Le zonage définit ainsi les territoires où l'offre de soins est insuffisante, et vise à améliorer la démographie médicale en allouant des aides sous différentes formes (conventionnelles, aides à l'installation émanant de l'Assurance Maladie, aides fiscales, aides de l'Etat, aides des collectivités territoriales).[29]

Cependant, ces approches sont méthodologiquement très faibles pour plusieurs raisons. En particulier, elles ne tiennent pas compte des éléments suivants :

- La mobilité des habitants sur le territoire plutôt que leur domiciliation (les habitants des Hauts-de-France ont un temps de trajet moyen pour se rendre

sur leur lieu de travail de 36 minutes, les habitants d'Ile-de-France de 44 minutes).[31]

- Les infrastructures publiques de transport (par exemple, la station de métro Bourgogne à Tourcoing est un désert médical)[32]
- La continuité du territoire au-delà des découpages administratifs (par exemple, Chantilly ou Compiègne sont des villes des Hauts-de-France, situées aux portes de l'Ile-de-France)[28]
- Les besoins de santé de la population en termes d'âge et de pathologie (par exemple, la population de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur est plus âgée que la moyenne nationale)[33]
- Le mode d'exercice et le temps de travail des professionnels de santé (temps partiel, exercice spécifique au-delà de la spécialité d'inscription...)[34]

Néanmoins, au-delà de la complexité du sujet, il est consensuel que la France ne compte pas trop de médecins.

3.2 Historique du *numerus clausus*

Le *numerus clausus* est instauré en 1971 face à la volonté de la profession de garantir des revenus aux médecins en limitant leur nombre. Celui-ci est d'abord fixé au-dessus des demandes des médecins. Pour une population comptant 52,64 millions habitants dont 18% habitants de plus de 60 ans en 1970, le *numerus clausus* a été fixé à 8588 étudiants par an en 1971 (Figure 3).[35]

A cette époque, l'Etat cherche à réduire les dépenses de santé en se basant sur le concept de la demande induite par l'offre : plus l'offre de soins augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmente, plus la demande de soins de la population croît. L'idée sous-jacente était probablement que cette demande de soins serait plus importante que les besoins réels de santé, et qu'une partie des soins réalisés serait donc superflue.[35]

Dès lors, limiter le nombre de médecins formés paraît beaucoup moins coûteux politiquement que de toucher aux honoraires ou remboursements. De plus, l'option du *numerus clausus* est initialement soutenue par la majorité de la profession médicale. Ainsi, à partir de 1977, le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en médecine diminue drastiquement, passant de 9170 à moins de 4000 dans les années 1990-2000, en atteignant son niveau le plus bas en 1993, avec seulement 3 500 inscrits. On remarquera que le nombre de médecins formés par an pour 10 000 habitants de plus de 60 ans **est passé de 9,06 en 1972 à 2,97 en 2000** (Figure 3).[36,37]

En 1998, un audit est demandé par le ministère de la Santé sur le nombre nécessaire de médecins : en dessous de 8000 médecins par an, les difficultés d'accès aux soins sont très probables.[38] Pourtant, dans le même temps, est maintenu et élargi le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA), qui a pour objectif de réduire les dépenses de santé en octroyant une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés cessant leur activité entre 57 et 65 ans.[39]

Cette prise de conscience des difficultés de démographie médicale conduit à l'augmentation très progressive du *numerus clausus* jusqu'aux chiffres actuels (8812 pour la rentrée 2019). En 2019, le *numerus clausus* est supprimé et remplacé par le *numerus apertus*, qui fixe le nombre de médecins en fonction des capacités d'accueil et des besoins en santé de chaque territoire. Le Gouvernement exprime le souhait d'une diversification des profils des futurs médecins, par la création de la PASS/LAS.

Il faut noter cependant que la capacité d'accueil d'une faculté doit tenir compte du nombre attendu de redoublants en deuxième année. Donc toute augmentation de ce nombre, à locaux égaux, diminue la capacité d'accueil de nouveaux étudiants.[14]

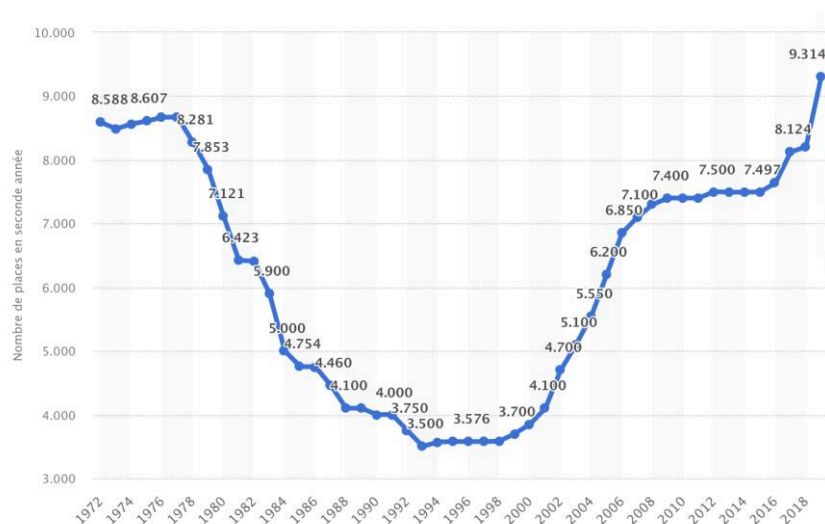


Figure 3. Évolution du numerus clausus de 1972 à 2019 en France (d'après[40])

3.3 Augmentation parallèle des besoins de la population

Cependant, cette augmentation du *numerus* semble encore insuffisante pour pallier les besoins de santé qui ne cessent de croître. Cette augmentation du recours aux soins est plurifactorielle.

En premier lieu, le recul des maladies infectieuses et cardiovasculaires ainsi que l'amélioration générale des conditions de vie et de travail ont permis d'augmenter fortement l'espérance de vie aux âges élevés. Ainsi, la population française augmente régulièrement depuis plusieurs décennies et est composée de plus en plus de personnes âgées. La part des plus de 65 ans a augmenté de près d'un quart en l'espace de 10 ans, passant de 17% en 2012 à 21% en 2022.[41] Selon les projections de l'INSEE, dans 10 ans, 25 % de la population aura 65 ans ou plus, cette proportion passera à 28 % dans 30 ans.[37] Cette augmentation de la part des personnes âgées conduit à la hausse apparente de la prévalence des maladies chroniques et des handicaps.

Toutefois, le vieillissement de la population n'est pas le principal déterminant de la hausse de consommation de soins. L'offre de soins met à disposition des traitements plus efficaces et parfois plus coûteux, tant dans le domaine diagnostique (IRM, TEP-scan) que thérapeutique (greffes, traitements du cancer, biothérapie...). L'innovation, initialement née dans les centres hospitaliers universitaires, se développe progressivement dans les hôpitaux et cabinets médicaux. Elle devient géographiquement plus accessible.[41]

D'autre part, le besoin de santé ressenti est croissant, associé à un « effet génération » : les générations récentes consomment davantage de soins que les anciennes générations pour un même état de santé. L'élargissement du périmètre de santé conduit également les patients à recourir à de nouveaux soins, auparavant non-inclus dans le champ médical. C'est le cas par exemple de la contraception, de la médecine de la reproduction, de la « santé sexuelle », de la prise en charge des

douleurs chroniques et du handicap à divers degrés, etc. De plus en plus de soins, auparavant absents ou réalisés aux frais du patient, sont désormais remboursés (séances de psychologie, séances d'activité physique adaptée, télésurveillance...).[41] Selon l'OMS, la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».[42]

3.4 Une adéquation pas si évidente

Toutefois, il semble difficile de prédire les besoins de santé et d'estimer le nombre optimal de médecin à former. La formation d'un médecin apte à répondre aux besoins de santé d'une population est le fruit d'un cheminement du post-baccalauréat jusqu'à l'âge de la retraite. A chacune des étapes constitutives de ce cheminement, des facteurs divers aboutissent à une possible diminution de l'offre de service finalement disponible. Nous énumérerons ci-après différentes explications de cette perte d'efficacité.

Selon les estimations, 10% des étudiants admis en deuxième année de médecine ne passeront pas leur thèse, abandonnant leurs études au cours de leur cursus pour diverses raisons.[43] Pour ceux qui poursuivent les études, le redoublement ou le rallongement des études avec notamment l'instauration de la quatrième année d'internat de médecine générale retarde l'arrivée sur le terrain de jeunes médecins.[44]

Par la suite, un médecin généraliste formé (par exemple) n'aboutit pas toujours à la réalisation d'un temps plein de soin. Une enquête récente met en évidence que 15% des médecins envisageraient de quitter la France pour exercer à l'étranger.[45] Parmi les médecins exerçant en France, certains travaillent en remplaçant de manière discontinue, travaillant ainsi à temps partiel tout au long de leur carrière. En 2009, le Conseil National de l'Ordre (CNOM) dénombrait 6891 remplaçants en médecine générale sur 94 909 médecins généralistes, soit 7,2% des médecins (comprenant une population assez hétérogène : internes remplaçant, activité mixte...). 66% des internes de médecine générale envisagent une période de remplacement après l'internat.[46] Lorsqu'ils sont installés, les jeunes médecins semblent travailler toutefois moins que leur aînés, cherchant à concilier davantage vie professionnelle et vie personnelle.[34]

Depuis quelques années, on observe également une fuite du libéral vers le salariat. L'augmentation actuelle du nombre de médecin en exercice de 0,6% par an se fait au profil de l'exercice salarié. Au 1er janvier 2023, l'Ordre des médecins a dénombré 48,2% de médecins salariés, 41,5% de médecins libéraux exclusifs et 10,2% de médecins ayant une activité mixte.[47] La productivité dans le secteur public et privé est très inégale. Le rapport Domergue-Giudicelli de février 2003 prend pour exemple le domaine chirurgical : « Les chirurgiens des hôpitaux publics sont en sous-activité chronique car l'hôpital public est devenu une structure de moins en moins efficace, insuffisamment imprégnée de la notion de rentabilité, quelquefois submergée par l'urgence source de désorganisation permanente, les 35 heures, le repos de sécurité et bien d'autres contraintes. Le chirurgien comme tous les acteurs de l'hôpital public est confronté aux lourdeurs administratives, aux réunions multiples et inefficaces, aux lenteurs de fonctionnement des blocs opératoires véritables structures à ne plus opérer. »[48]

De la même façon, lors des consultations, le temps de travail non médical conduit à une perte de productivité, avec par exemple les demandes de certificats absurdes,

ayant une faible valeur médicale voire illégaux pour certains.[49] Le CNOM a récemment mis à jour la liste des certificats exigibles ou, inversement, injustifiés ou illégaux en tenant compte d'une étude récemment menée dans le Nord.[50]

D'autre part, la diversification des carrières médicales est un paramètre expliquant la diminution de l'offre de soins premiers. Certains praticiens se tournent également vers des pratiques moins conventionnelles (acupuncture, homéopathie), vers la médecine esthétique ou la sexologie par exemple. D'autres professionnels fuient l'exercice clinique vers d'autres métiers, tels que le journalisme ou l'industrie.[45] Certaines spécialités sont non soignantes, telles que la santé publique.

Enfin, le temps médical ainsi généré est susceptible de ne pas donner lieu à une carrière pleine. Selon le CNOM, l'âge moyen des médecins sortant pour cause de départ en retraite avec cessation d'activité était de 66,8 ans en 2021.[51] Les médecins sortant pour arrêt temporaire d'activité avaient en moyenne 49,2 ans.[51] Ces chiffres sous-estiment cependant largement le phénomène : de notre expérience, de nombreux médecins « lèvent le pied » aux alentours de 60 ans, mais restent inscrits en « cotisation pleine » à l'Ordre des médecins car ils maintiennent une activité professionnelle à temps partiel.

4 Objectif

L'introduction précédente a permis de mettre en évidence que la réforme PASS/LAS était une réforme complexe, qui suivait des objectifs divers, notamment en lien avec la résolution espérée de la crise de la démographie médicale. Cependant, le ressenti de terrain est que cette réforme pourrait ne pas atteindre ses objectifs, notamment ceux relatifs à la démographie médicale.

L'objectif de ce travail est donc de réaliser une évaluation quantitative de la réforme PASS/LAS à différents égards. Cette évaluation sera précédée d'une enquête qualitative afin de déterminer les indicateurs utiles à l'évaluation.

Matériel et méthodes

L'objectif de la première partie, qui est une analyse qualitative, est de mettre au point les indicateurs d'évaluation.

Les parties suivantes sont des parties quantitatives, qui permettront le calcul des indicateurs identifiés précédemment.

1 Analyse qualitative

La première phase de l'étude a consisté en la lecture de documents exposant les objectifs stratégiques de la réforme. Nous avons ensuite mené des entretiens impliquant des profils divers concernés par cette réforme. Ces profils étaient initialement des contacts de l'auteur de ce travail et du directeur de thèse. D'autres contacts ont été proposés par les premières personnes interrogées. L'enquête s'est achevée à saturation des concepts.

Nous avons échangé avec onze personnes pour connaître leur compréhension du système, les avantages et inconvénients de la réforme, notamment en comparaison avec les anciens systèmes, et ce dans différents domaines (vécu par les parents et les étudiants, déroulé de la scolarité du point de vue étudiant, déroulé des enseignements du point de vue des enseignants, impact possible sur la formation des médecins, etc.).

La deuxième phase de cette partie a consisté à transformer les avantages et inconvénients attribués à cette réforme en indicateurs objectivables, à partir des entretiens et des différentes lectures. Cette étape nous a permis d'élaborer deux questionnaires distincts : l'un destiné aux étudiants et l'autre aux enseignants. Nous avons également défini des indicateurs quantitatifs pour l'analyse des données de scolarité issue de la base Apogée.

2 Analyse quantitative : étudiants en médecine

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, mis en forme à l'aide de Google Forms. Le questionnaire a été soumis à tous les étudiants inscrits en **deuxième année de médecine** (DFGSM2) de la Faculté de Médecine de l'UFR de Santé de l'Université Paul Sabatier, à **Toulouse**, à la fin de l'année scolaire (n=370).

Les étudiants ont été sollicités par email par la Scolarité, une première fois le 21 mai 2024, puis une seconde fois le 4 juin 2024.

Le questionnaire étant le résultat de l'enquête qualitative, il sera présenté dans la section correspondante des résultats (voir section 1.3.1, page 24).

Les données ont été analysées de manière descriptive. Les réponses ont également été comparées entre les 4 sous-groupes d'étudiants identifiés.

3 Analyse quantitative : enseignants en médecine

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, mis en forme à l'aide de Google Forms. Nous avons interrogé tous les enseignants du **CIMES, collège d'informatique médicale et biostatistique**, correspondant principalement à la sous-section CNU 4604 (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication). Ce collège d'enseignants a été choisi pour des raisons de contact personnel, mais aussi parce qu'il s'agit d'une des disciplines dont les mêmes enseignants peuvent être au contact d'étudiants de première et de deuxième année, et dont le corpus d'enseignement est en continuité directe avec le programme du lycée. En outre, de nombreux enseignants de cette discipline sont investis dans leur faculté, et sollicités pour analyser numériquement des données de scolarité. Certains sont des experts de Parcoursup notamment. Pour ces raisons, ces enseignants sont particulièrement au courant des réformes du secondaire et du premier cycle universitaire, et de leur impact.

Les enseignants ont été sollicités par email par le bureau du CIMES le 15 mai 2024 et le 4 juin 2024.

Le questionnaire étant le résultat de l'enquête qualitative, il sera présenté dans la section correspondante des résultats (voir section 1.3.2, page 26).

Les données ont été analysées de manière descriptive.

4 Analyse quantitative : données de scolarité

Malgré plusieurs sollicitations, nous n'avons pas pu accéder à des données objectives de scolarité. Une faculté a refusé. Une autre faculté a accepté et s'est montrée particulièrement coopérative, mais la tension rencontrée par le personnel de scolarité était telle qu'ils n'ont pu dégager le temps nécessaire à la réalisation de cette enquête.

L'enquête qualitative a cependant permis de proposer une liste d'indicateurs, qui sont présentés dans la section correspondante des résultats (voir section 1.3.3, page 27).

5 Analyse statistique

5.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

5.2 Analyses bivariées

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du Khi^2 .

L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative est testée à l'aide d'un test de Student, d'une analyse de la variance ANOVA ou d'un test de Wilcoxon-Mann-Whitney, selon les conditions de validité.

L'indépendance entre deux variables quantitatives est testée à l'aide du test de nullité du coefficient de corrélation de Pearson.

5.3 Significativité

Les tests statistiques sont tous bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%.

6 Cadre réglementaire

6.1 Analyse quantitative : étudiants en médecine

L'analyse des données de scolarité fait partie des missions de l'Université Paul Sabatier. Les données recueillies par questionnaire sont strictement anonymes et ne comportent aucune donnée sensible, ni indirectement identifiante. Elles n'entrent donc pas dans le cadre du RGPD. Les étudiants ont néanmoins été informés que leur participation était facultative mais que, le questionnaire étant anonyme, ils ne pourraient pas exercer de droit d'accès et de modification.

6.2 Analyse quantitative : enseignants en médecine

L'analyse de retours d'expérience des enseignants fait partie des missions du CIMES, qui s'adresse à ses adhérents. Les données recueillies par questionnaire sont strictement anonymes et ne comportent aucune donnée sensible, ni indirectement identifiante. Elles n'entrent donc pas dans le cadre du RGPD. Les enseignants ont néanmoins été informés que leur participation était facultative mais que, le questionnaire étant anonyme, ils ne pourraient pas exercer de droit d'accès et de modification.

Résultats

Les résultats seront présentés en regard de chaque méthodologie mise en œuvre. La discussion présentera une vue synthétique, en reclassant les résultats obtenus non pas par étude, mais par thématique.

1 Analyse qualitative

1.1 Personnes interrogées

Nous avons mené des entretiens semi-dirigés avec onze personnes :

- Un médecin généraliste exerçant en cabinet libéral à Haubourdin.
- Un médecin généraliste exerçant en MSP à Escaudain.
- Un professeur enseignant en Médecine en 1^{ère} et 2^{ème} année
- Une étudiante de 2^e année, issue de la voie PASS→DFGSM2
- Une étudiante de 2^e année, issue de la voie LAS1 → DFGSM2 (Med2)→DFGSM2 (Med2) → DFGSM2 (Med2)
- Deux étudiantes de 2^e année, issue de la voie PASS → LAS2 → DFGSM2
- Une étudiante de 4^e année, issue de la voie PASS → DFGSM2 (Med2)→DFGSM3 (Med3) → DFASM1 (Med4)
- Une étudiante de 4^e année, issue de la voie PASS → DFGSM2 (Med2)→DFGSM3 (Med3) → DFASM1 (Med4) et ayant été tutrice pour les deux tutorats PASS et LAS
- Une étudiante de 4^e année, issue de la voie LAS1 → DFGSM2 (Med2)→DFGSM3 (Med3) → DFASM1 (Med4)
- Un médecin de santé publique dont trois enfants ont accédé aux études médicales de différentes manières (deux PACES, une PASS→LAS2→DFGSM2)

1.2 Axes d'évaluation de la réforme (avantages et inconvénients)

Les impacts de la réforme, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont nombreux et complexes. Par souci de simplification, nous les présenterons ici en utilisant un ordre correspondant au **parcours chronologique** d'un étudiant type. Nous rédigerons chaque item **dans le sens positif**. Par exemple, si certains participants défendent un raccourcissement des études et d'autres un rallongement, nous rédigerons « la réforme raccourcit les études », car cette option serait consensuellement jugée comme bénéfique. Il reviendra aux études quantitatives de déterminer si l'impact sur la durée des études se fait dans un sens ou dans l'autre. Nous ferons de même également lorsque les participants ne rapportent un axe que dans son sens négatif.

Idéalement, la réforme pourrait ainsi permettre :

- Une bonne lisibilité du système pour les élèves de terminale et leurs parents
- Un accès peu sélectif à la PASS via Parcoursup
- Une répartition territoriale équilibrée des centres de formation de santé
- Une gestion optimale de la charge de travail pour les étudiants de PASS

- Des conditions d'enseignement agréables en PASS
- Le remplacement de l'année de redoublement de première année par une année plus accessible
- L'obtention rapide d'un diplôme pour les étudiants n'accédant pas aux études de santé
- Une possibilité d'insertion professionnelle pour les étudiants qui ne passent pas en deuxième année de médecine.
- Une sélection équitable des étudiants admis en DFGSM2
- Une intégration réussie de tous les étudiants en DFGSM2
- Le maintien d'un comportement adapté des étudiants de DFGSM2 en cours
- Une gestion optimale de la charge de travail pour les étudiants de DFGSM2
- Un accompagnement des étudiants au cours de leur formation médicale
- La garantie d'une mixité sociale chez les médecins formés
- La garantie d'une diversité disciplinaire chez les médecins formés
- La maîtrise de la durée moyenne entre le bac et l'internat
- La formation au terme des études d'un nombre suffisant de médecin

Ces axes sont par la suite déclinés en indicateurs dans les études quantitatives, en tenant compte du *design* de l'étude, et le cas échéant du niveau de connaissance des personnes interrogées.

1.3 Définition des études quantitatives

1.3.1 Enquête auprès des étudiants

Les entretiens semi-dirigés et les réunions de concertation ont permis de définir le questionnaire suivant. Les questions ont été rédigées d'une manière aussi neutre que possible. Nous avons également tenu compte du fait que ces étudiants n'ont pas connu l'ancien système, et ne peuvent donc émettre que des jugements absolus, non-comparatifs.

1. Cochez la case qui correspond le mieux à votre parcours :

Une seule réponse possible.

- Bac → PASS → DFGSM2
- Bac → PASS → LAS2 → DFGSM2
- Bac → LAS1 → DFGSM2
- Autre formation (...) → DFGSM2
- Activité professionnelle (...) → DFGSM2

2. Si vous avez suivi la PASS, quelle était votre mineure ?

3. Si vous avez suivi la LAS, quelle était votre majeure ?

4. Quel est le plus haut diplôme atteint par votre ou vos parents ?

Une seule réponse possible.

- Bac+5 et plus (Master, DESS, DEA, thèse, thèse d'exercice, etc.)
 Bac+2 à Bac+4 (Deug, licence, maîtrise, etc.)
 Bac ou bac+1
 Autre niveau infra-bac

5. Est-ce qu'un de vos parents est médecin ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Concernant la réforme PASS/LAS

6. Concernant le système actuel PASS/LAS, pour chacune des propositions suivantes, veuillez indiquer votre accord

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Il propose un système lisible aux élèves de terminale et à leurs parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il permet un accès peu sélectif à la PASS via Parcoursup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il permet une bonne répartition territoriale des centres de formation en santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La charge de travail en PASS est adaptée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas d'échec en PASS il est plus intéressant de faire une LAS2 que de redoubler comme autrefois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé peuvent obtenir un diplôme rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé peuvent s'insérer professionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sélection pour accéder en DFGSM2 est équitable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tous les étudiants sont bien intégrés dans la promotion de DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le comportement de tous les étudiants de DFGSM2 en cours est adapté (discipline, retard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La charge de travail en DFGSM2 est adaptée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tous les étudiants admis en DFGSM2 ont la méthode de travail nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tous les étudiants admis en DFGSM2 ont les bases théoriques nécessaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On observe une bonne mixité sociale chez les futurs médecins formés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On observe une bonne mixité scientifique littéraire chez les futurs médecins formés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dispositif actuel permet de limiter à 6 ans la durée entre le bac et l'internat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dispositif actuel permet de former autant de médecins qu'on admet d'étudiants en DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NB : le processus de sollicitation et d'envoi est détaillé dans les méthodes (voir page 20).

1.3.2 Enquête auprès des enseignants

Les entretiens semi-dirigés et les réunions de concertation ont permis de définir le questionnaire suivant. Les questions ont été rédigées d'une manière aussi neutre que possible. Nous avons supposé que ces enseignants étaient pour la plupart en mesure de comparer l'ancien et le nouveau système, et avons de ce fait rédigé les items de manière comparative. Nous avons également tenu compte du fait que leur connaissance du système pouvait provenir de différentes activités d'enseignement, et de proximité personnelle avec des étudiants.

1. Votre profil : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Vous enseignez en PASS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous enseignez en DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous enseignez en LAS1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes en contact personnellement (famille, amis) avec des lycéens ou étudiants concernés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Nous souhaitons connaître les effets de la réforme PASS/LAS en médecine, par rapport au système antérieur (PACES). Selon vous, sur chaque critère ci-dessous, la réforme fait-elle mieux ou moins bien que le système précédent ?
 /\ Si vous n'avez pas d'opinion sur une question, ne cochez pas la réponse.

	Beaucoup moins bien	Plutôt moins bien	Pareil	Plutôt mieux	Beaucoup mieux
Proposer un système lisible aux élèves de terminale et à leurs parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre un accès peu sélectif à la PASS via Parcoursup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre une bonne répartition territoriale des centres de formation en santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contenir la charge de travail des étudiants en PASS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre aux enseignants de travailler dans de bonnes conditions en PASS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remplacer le redoublement de première année par une année plus facile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre aux étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé, d'obtenir un diplôme rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre aux étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé, de s'insérer professionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre une sélection équitable des étudiants admis en DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre une bonne intégration de tous les étudiants dans la promotion de DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintenir un comportement adapté des étudiants de DFGSM2 en cours (discipline, retard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contenir la charge de travail des étudiants en DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les capacités de travail nécessaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les bases théoriques nécessaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permettre aux enseignants de travailler dans de bonnes conditions en DFGSM2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accompagner les étudiants dans leur formation médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer une mixité sociale chez les médecins formés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer une diversité disciplinaire des médecins formés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contenir la durée moyenne entre le bac et l'internat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Former un nombre suffisant de médecins au terme des études	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NB : le processus de sollicitation et d'envoi est détaillé dans les méthodes (voir page 21).

1.3.3 Analyse des données de scolarité (non réalisée)

Les entretiens semi-dirigés et les réunions de concertation ont permis de définir des indicateurs quantitatifs permettant d'évaluer les axes identifiés. Nous retranscrivons ces indicateurs, en tant que résultats de l'enquête qualitative. Certains étaient destinés à être interprétés directement, d'autres auraient permis de calculer des indicateurs secondaires. Hélas, il n'a pas été possible d'obtenir de valeur de ces indicateurs, d'où l'absence de résultat correspondant par la suite.

La notion de « profil de Med2 » évoquée ci-dessous correspond idéalement au typage des étudiants de DFGSM2 en « PASS→DFGSM2 », « PASS→LAS2→DFGSM2 » et « LAS1→DFGSM2 ».

Indicateurs de scolarité, classés par source de données :

- PARCOURSUP
 - Candidats PASS :
 - Tous les candidats :
 - Nombre total de candidats classés par la Faculté
 - En séparant par mineure :
 - Nombre de candidats classés par la Faculté
 - Etudiants finalement admis en PASS
 - Tous ensemble :
 - rang du dernier pris
 - proportion de boursiers
 - Par mineure :
 - rang du dernier pris
 - proportion de boursiers
 - Etudiants admis en LAS 1, tous ensemble :
 - Proportion de boursiers
- Dossiers individuels
 - Etudiants inscrits en DFGSM2 en 2022-2023
 - Nombre d'étudiants qui n'ont aucune inscription en médecine en 2023-2024, en précisant leur profil
- APOGEE
 - Etudiants inscrits en DFGSM2 en 2023-2024
 - Pour chaque profil type en Med2
 - Nombre d'étudiants inscrits en début d'année
 - Nombre de succès en première session
 - Nombre de succès au total (première et deuxième session)
 - Note moyenne générale en deuxième année
 - Note moyenne obtenue en SSH en deuxième année
 - Eventuellement, note moyenne obtenue en début d'année à une évaluation préalable à l'ECL de remédiation
 - Etudiants inscrits en DFGSM2 et inscrits à l'ECL de remédiation en début d'année :
 - Pour chaque profil type
 - Nombre d'étudiants
 - Etudiants inscrits en DFGSM3 en 2023-2024
 - Pour chaque profil type (autant que possible)
 - Nombre d'étudiants inscrits en début d'année
 - Nombre moyen d'années écoulées depuis le bac
- Maquettes de formation
 - Nombre d'heures CM/ED en PACES en 2019-2020

- Nombre d'heures CM/ED en PASS en 2023-2024 en majeure, en mineure
- Nombre d'heures CM/ED en DFGSM2 en 2019-2020 avant la réforme
- Nombre d'heures CM/ED en DFGSM2 en 2023-2024 après la réforme
- Effectifs globaux, capacité d'accueil locale
 - PACES en 2019
 - Nombre de places ouvertes aux bacheliers
 - PASS en 2020
 - Nombre de places ouvertes aux bacheliers
 - PASS en 2023
 - Nombre de places ouvertes aux bacheliers en 2023 en PASS
 - DFGSM2 en 2020 (avant la réforme)
 - Nombre de places ouvertes aux primants
 - Nombre de places réellement prises par des primants
 - DFGSM2 en 2021 (après la réforme)
 - Nombre de places ouvertes aux primants
 - Nombre de places réellement prises par des primants
 - DFGSM2 en 2023
 - Nombre de places ouvertes aux primants
 - Nombre de places réellement prises par des primants
 - DFGSM3 en 2021 (avant la réforme)
 - Nombre de primants inscrits
 - DFGSM3 en 2022 (après la réforme)
 - Nombre de primants inscrits
 - DFGSM3 en 2023
 - Nombre de primants inscrits

2 Analyse quantitative : étudiants en médecine

Cette partie retranscrit les résultats du questionnaire adressé aux étudiants de Med2 de la Faculté de Toulouse.

2.1 Profil des étudiants

2.1.1 Parcours personnel

Nous avons recueilli un total de 96 réponses au questionnaire adressé aux étudiants, soit un taux de réponse de 25,9%. La première partie du questionnaire nous a permis d'identifier les différents parcours :

- 33 étudiants (34,4%) sont passés du bac à la PASS, puis à la LAS2, avant d'intégrer la DFGSM2.
- 31 étudiants (32,3%) ont suivi un parcours allant du bac à la LAS1, puis à la DFGSM2.
- 30 étudiants (31,2%) sont passés du bac à la PASS, puis ont intégré directement la DFGSM2.

- 2 étudiants (2,1%) ont suivi un autre parcours avant d'accéder à la DFGSM2.

Parcours	Effectif	Proportion
Autre formation (...) → DFGSM2	2	2.08 %
Bac → LAS1 → DFGSM2	31	32.29 %
Bac → PASS → DFGSM2	30	31.25 %
Bac → PASS → LAS2 → DFGSM2	33	34.38 %

Tableau 1: Parcours des étudiants

2.1.2 Niveau d'études maximal des parents

La section suivant du questionnaire avait pour objectif d'identifier le milieu social des étudiants, en recueillant des informations sur le niveau d'étude des parents :

- 56 étudiants (58,3%) ont au moins un parent titulaire d'un Bac +5 ou plus.
- 23 étudiants (24%) ont au moins un parent ayant un niveau d'études compris entre Bac +2 et Bac +4.
- 10 étudiants (10,4%) ont au moins un parent ayant obtenu le Bac ou un Bac +1
- 7 étudiants (7,3%) n'ont aucun parent ayant le bac.

L'analyse statistique ne révèle pas de différence significative du niveau d'étude maximal des parents en fonction du parcours de l'étudiant ($p=0,30$).

Concernant la profession exercée par les parents, 85 étudiants (88,5%) déclarent ne pas avoir de parent médecin tandis que 11 étudiants (11,4%) déclarent en avoir un ou deux. A nouveau, il n'y a pas de différence significative en fonction du parcours ($p=0,92$).

Niveau d'études	Effectif	Proportion
Autre niveau infra-bac	7	7.29 %
Bac ou bac+1	10	10.42 %
Bac+2 à Bac+4 (Deug, licence, maîtrise, etc.)	23	23.96 %
Bac+5 et plus (Master, DESS, DEA, thèse, thèse d'exercice, etc.)	56	58.33 %

Tableau 2 : Niveau d'études maximal des parents

2.2 Evaluation de la réforme

Le questionnaire aborde ensuite spécifiquement la réforme PASS/LAS à travers 17 questions formulées de manière neutre, en utilisant des échelles de Likert pour permettre aux répondants d'exprimer leur accord ou désaccord. Pour simplifier l'analyse, nous avons choisi de représenter la notation moyenne, calculée avec la correspondance suivante :

- Pas du tout d'accord : -2
- Plutôt pas d'accord : -1
- Ni d'accord, ni pas d'accord : 0
- Plutôt d'accord : +1
- Tout à fait d'accord : +2

Les items positifs sont ceux qui obtiennent une moyenne positive, et pour lesquels un test du χ^2 révèle un écart significatif entre les effectifs favorables et défavorables (en

faveur des effectifs favorables). Les **étudiants sont donc plutôt d'accord** avec ces items :

- « La réforme permet de contenir la charge de travail des étudiants en DFGSM2 » ; moyenne de 0,57
- « La réforme permet aux étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé d'obtenir un diplôme rapidement » ; moyenne de 0,44
- « La réforme permet aux étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé de s'insérer professionnellement » ; moyenne de 0,39
- « La réforme permet de remplacer le redoublement de première année par une année plus facile » ; moyenne de 0,26

Les items neutres sont ceux pour lesquels un test du Khi² ne révèle pas d'écart significatif entre les effectifs favorables et défavorables. Les étudiants ne sont donc **ni d'accord ni en désaccord** avec ces items :

- « La réforme permet un accès peu sélectif à la PASS via Parcoursup » ; moyenne de 0,15
- « La réforme permet une bonne répartition territoriale des centres de formation en santé » ; moyenne de 0,02
- « La réforme permet d'assurer une mixité sociale chez les médecins formés » ; moyenne de -0,03
- « La réforme permet de contenir la charge de travail des étudiants en PASS » ; moyenne de -0,22
- « La réforme permet une bonne intégration de tous les étudiants dans la promotion DFGSM2 » ; moyenne de -0,23

Les items négatifs sont ceux dont la moyenne est négative, et pour lesquels un test du Khi² révèle un écart significatif entre les effectifs favorables et défavorables, en faveur des effectifs défavorables. Les **étudiants sont donc plutôt en désaccord** avec ces items :

- « La réforme permet le maintien d'un comportement adapté des étudiants de DFGSM2 en cours » ; moyenne de -0,36
- « La réforme permet de former autant de médecins qu'on admet d'étudiants en DFGSM2 » ; moyenne de -0,39
- « La réforme permet d'assurer une bonne mixité littéraire et scientifique chez les médecins formés » ; moyenne de -0,43
- « La réforme permet de contenir la durée moyenne entre le bac et l'internat » ; moyenne de -0,46
- « La réforme permet de proposer un système lisible aux élèves de terminale et leurs parents » ; moyenne de -0,57
- « La réforme permet une sélection équitable des étudiants admis en DFGSM2 » ; moyenne de -0,91
- « La réforme permet de s'assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les bases théoriques nécessaires » ; moyenne de -1,05
- « La réforme permet de s'assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les capacités de travail nécessaires » ; moyenne de -1,27

Des tests de comparaison de moyennes ont été réalisés pour chaque item au regard du parcours des étudiants. Seuls trois items voient apparaître une différence significative entre parcours. Les réponses sont significativement différentes pour les items suivants :

- « La réforme permet un accès peu sélectif à la PASS via Parcoursup » : les étudiants issus de PASS sont moins d'accord que les redoublants, et encore moins que les anciens LAS1 ($p=1,2\%$)
- « La réforme permet de s'assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les bases théoriques nécessaires » : les étudiants issus de LAS1 ont un avis négatif, alors que les étudiants issus des trois autres parcours ont un avis très négatif ($p=3,2\%$)
- « La réforme permet de contenir la durée moyenne entre le bac et l'internat » : les étudiants issus de LAS1 sont plutôt d'accord, alors que les trois autres parcours ne sont pas d'accord ($p=0,04\%$).

La réponse moyenne pour chaque item est présentée en Figure 4 et les effectifs détaillés des réponses sont présentés en

Figure 5.

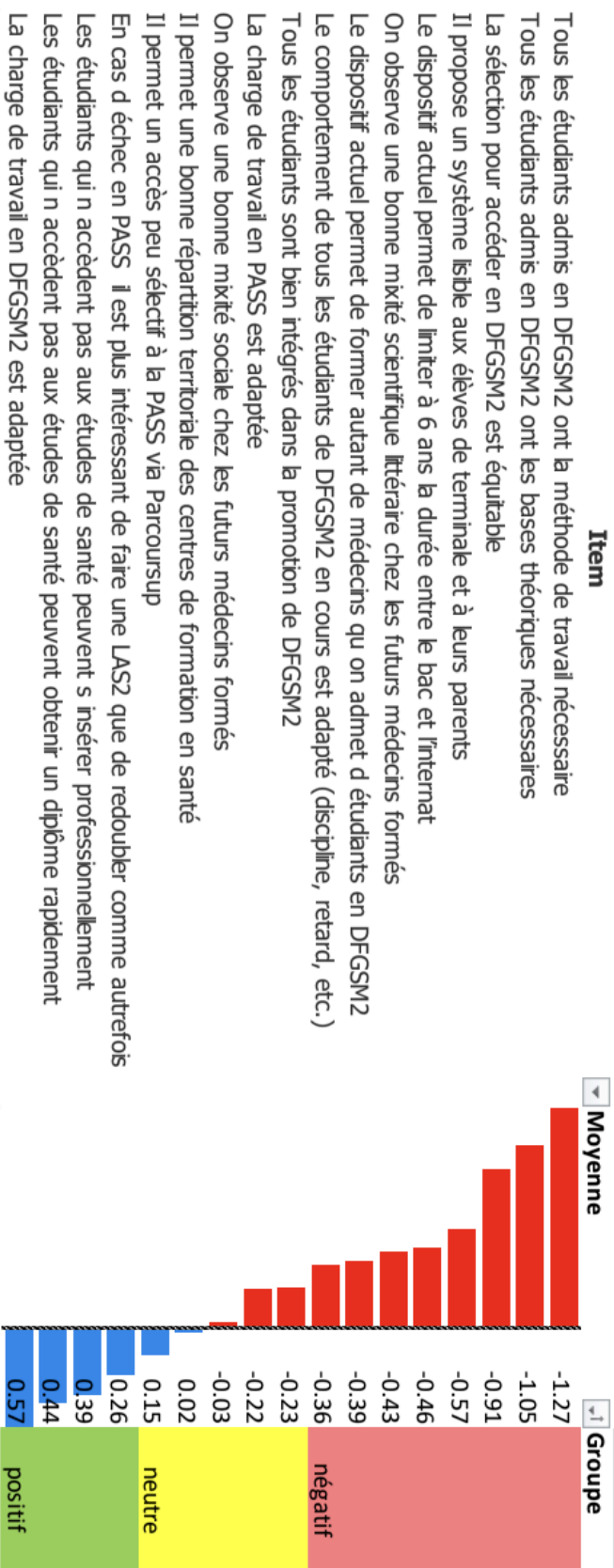


Figure 4 : Évaluation de la réforme PASS/LAS par les étudiants (moyenne)

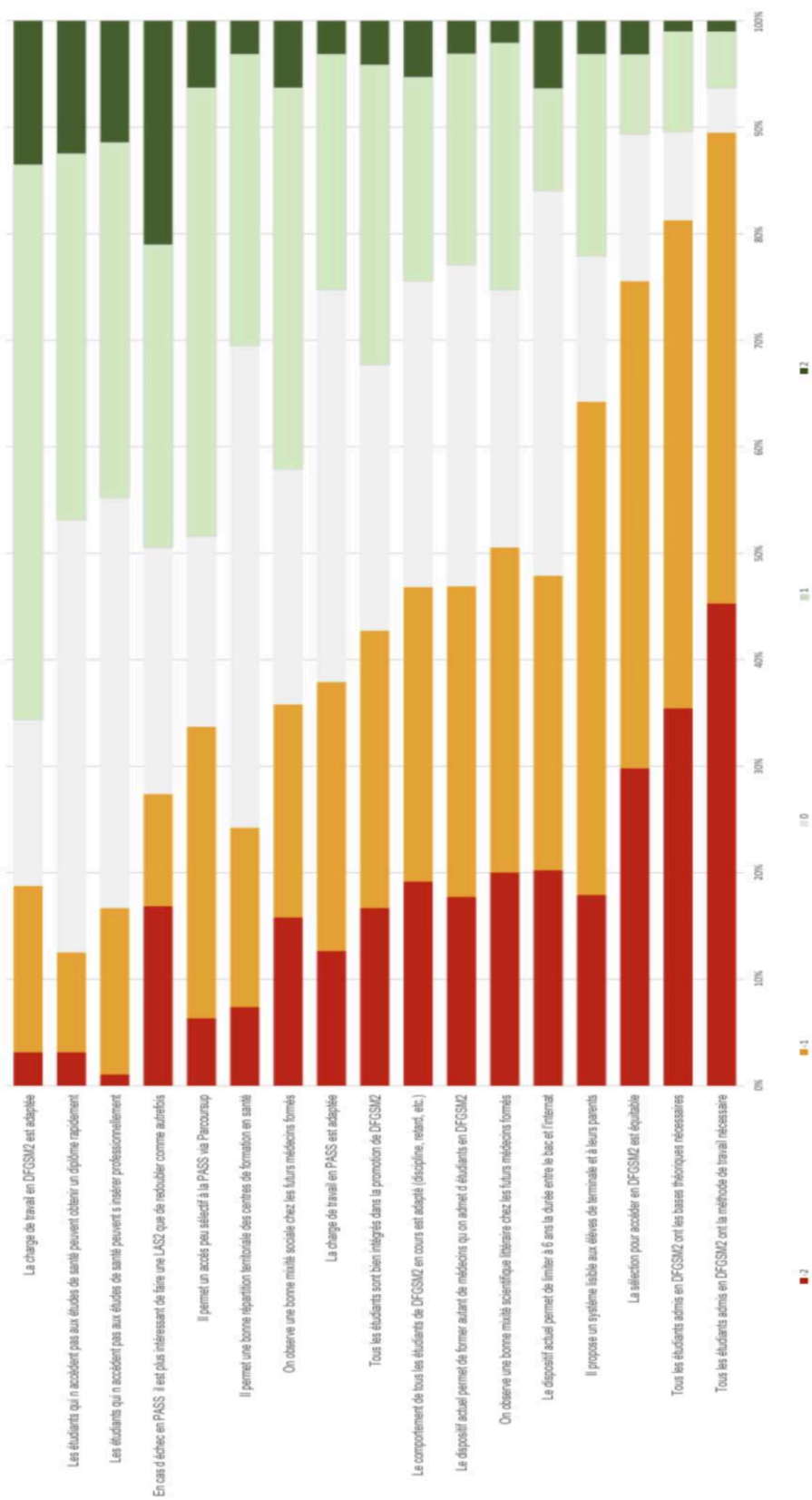


Figure 5 : Évaluation de la réforme PASS/LAS par les étudiants (détails des réponses)

3 Analyse quantitative : enseignants en médecine

3.1 Profil de l'enseignant

Nous avons reçu 34 réponses au questionnaire, soit un taux de réponse estimé à 43,5%. La première partie du questionnaire nous a permis d'identifier les différents profils des enseignants :

- 30 (88,2%) répondants enseignent en PASS
- 19 (55,9%) répondants enseignant en DFGSM2
- 12 (35,3%) répondants enseignent en LAS1
- 12 (35,3%) répondants déclarent être en contact personnel avec des étudiants ou lycéens concernés par la réforme

Au total, 32 répondants (94,1%) enseignent en PASS ou LAS1 ou DFGSM2.

Modalite	Effectif	Proportion
Enseigne en PASS ou LAS1 ou DFGSM2	32	94.12 %
Enseigne en PASS	30	88.24 %
Enseigne en DFGSM2	19	55.88 %
Enseigne en LAS1	12	35.29 %
Contact personnel avec des étudiants ou lycéens concernés	12	35.29 %

Tableau 3 : Profil des enseignants

3.2 Évaluation de la réforme PASS/LAS par rapport au système antérieur

Comme pour le premier questionnaire, nous avons choisi de représenter l'avis moyen, calculé selon la correspondance suivante :

- Beaucoup moins bien : -2
- Plutôt moins bien : -1
- Pareil : 0
- Plutôt mieux : +1
- Beaucoup mieux : +2

Les items positifs sont ceux qui obtiennent une moyenne positive, et pour lesquels un test du Khi^2 révèle un écart significatif entre les effectifs favorables et défavorables, en faveur des effectifs favorables. Les **enseignants sont donc plutôt d'accord** avec un seul item : « la réforme permet aux étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé d'obtenir un diplôme rapidement » avec une moyenne de 0,52.

Les items neutres sont ceux pour lesquels un test du Khi^2 ne révèle pas d'écart significatif entre les effectifs favorables et défavorables. Les enseignants ne sont donc **ni d'accord ni en désaccord** avec ces items :

- « La réforme permet aux étudiants qui n'accèdent pas aux études de santé de s'insérer professionnellement » ; moyenne de 0,03
- « La réforme permet d'assurer une diversité disciplinaire chez les médecins formés » ; moyenne de -0,09

- « La réforme permet d'assurer une mixité sociale chez les médecins formés » ; moyenne de -0,13
- « La réforme permet de contenir la durée moyenne entre le bac et l'internat » ; moyenne de -0,19
- « La réforme permet une bonne répartition territoriale des centres de formation en santé ; moyenne de -0,21
- « La réforme permet de former un nombre suffisant de médecin au terme des études » ; moyenne de -0,29
- « La réforme permet de remplacer le redoublement de première année par une année plus facile » ; moyenne de -0,35

Les items négatifs sont ceux dont la moyenne est négative, et pour lesquels un test du Khi² révèle un écart significatif entre les effectifs favorables et défavorables, en faveur des effectifs défavorables. Les **enseignants sont donc plutôt en désaccord** avec ces items :

- « La réforme permet d'accompagner les étudiants dans leur formation médicale » ; moyenne de -0,61
- « La réforme permet de contenir la charge de travail des étudiants en PASS » ; moyenne de -0,62
- « La réforme permet de contenir la charge de travail des étudiants en DFGSM2 » ; moyenne de -0,68
- « La réforme permet aux enseignants d'enseigner dans de bonnes conditions en PASS » ; moyenne de -0,72
- « La réforme permet le maintien d'un comportement adapté des étudiants de DFGSM2 en cours » ; moyenne de -0,76
- « La réforme permet aux enseignants d'enseigner dans de bonnes conditions en DFGSM2 » ; moyenne de -0,86
- « La réforme permet un accès peu sélectif à la PASS via Parcoursup » ; moyenne de -0,88
- « La réforme permet de s'assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les capacités de travail nécessaires ; moyenne de -1,07
- « La réforme permet de s'assurer que les étudiants admis en DFGSM2 aient les bases théoriques nécessaires ; moyenne de -1,13
- « La réforme permet une bonne intégration de tous les étudiants dans la promotion DFGSM2 » ; moyenne de -1,19
- « La réforme permet une sélection équitable des étudiants admis en DFGSM2 » ; moyenne de -1,34
- « La réforme permet de proposer un système lisible aux élèves de terminale et leurs parents » ; moyenne de -1,74

La réponse moyenne pour chaque item est présentée en Figure 6, et les effectifs détaillés des réponses sont présentés en Figure 7.



Figure 6 : Évaluation de la réforme PASS/LAS par les enseignants (moyenne)

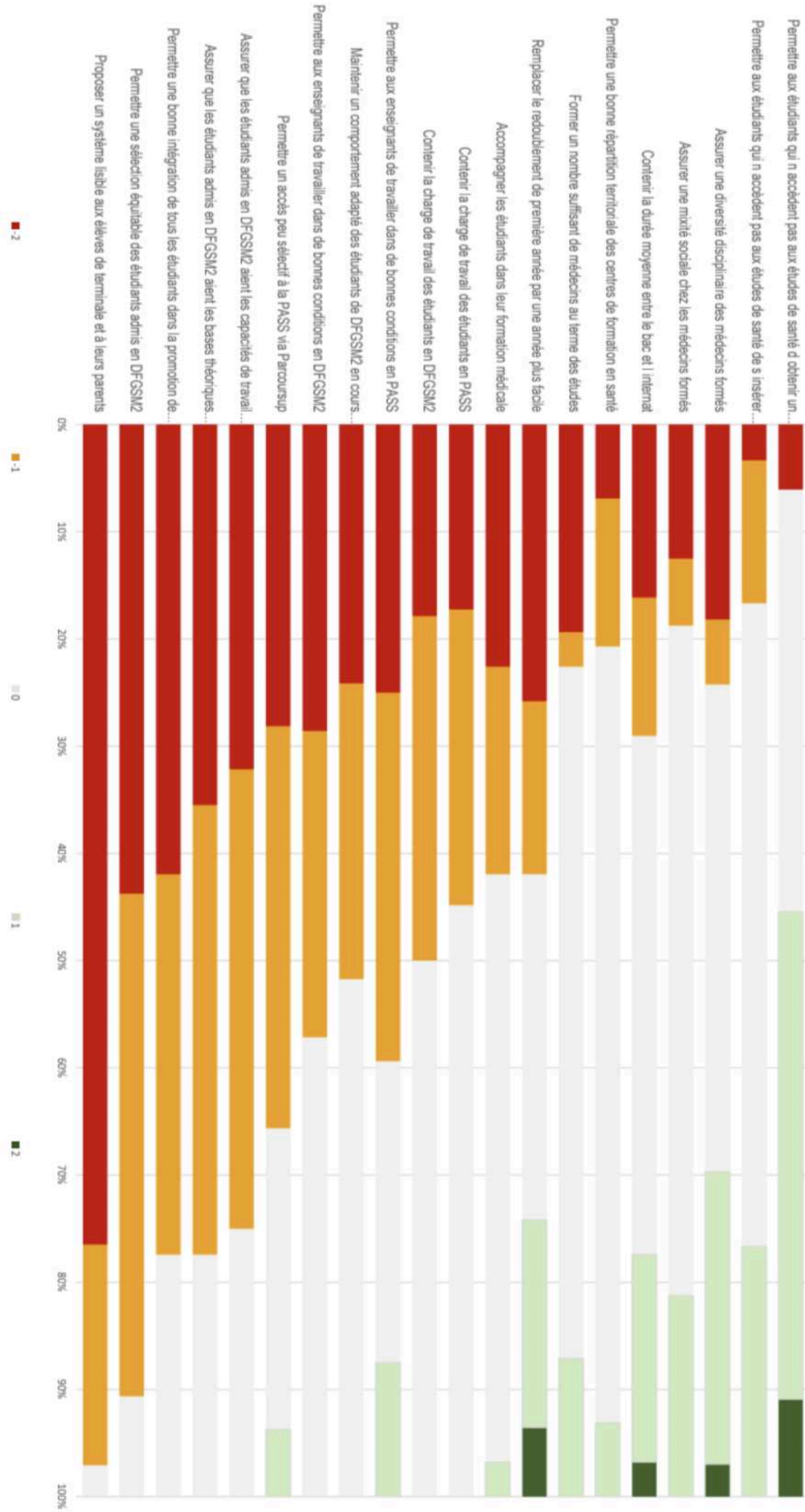


Figure 7: Évaluation de la réforme PASS/LAS par les enseignants (détail des réponses)

Discussion

Nous avons dans ce travail mené deux enquêtes par questionnaire, une adressée aux étudiants de deuxième année de médecine de Toulouse, et une adressée nationalement à tous les enseignants de la discipline informatique médicale et biostatistique, dont la plupart enseignent à la fois en PASS et en deuxième année de médecine.

Nous présenterons les résultats de manière thématique en comparant les résultats obtenus à la littérature, puis nous discuterons la méthode en, enfin, évoquerons les perspectives de ce travail.

1 Présentation thématique et discussion des résultats

Selon un rapport de la DREES de 2006, 45 % des médecins en activité sont issus de catégories socioprofessionnelles supérieures, et seulement 8 % d'une famille d'ouvriers.[52] C'est dans ce contexte que s'inscrit la réforme PASS/LAS, avec pour objectif de diversifier les profils et de démocratiser l'accès aux études de santé par le biais d'un mode de sélection rénové. Contrairement aux attentes initiales, notre étude ne nous a pas permis de relever de différence en fonction du niveau d'études des parents selon les parcours suivis (PASS ou LAS), et la proportion d'enfants de médecins n'est pas plus élevée dans l'une ou l'autre des filières. Nos résultats peuvent être mis en perspective avec une étude de plus grande ampleur menée à Tours entre 2018 et 2022, incluant un total de 1 479 étudiants. Cette étude rétrospective a révélé que le nombre moyen de parents issus de catégories professionnelles intermédiaires et intellectuelles était significativement plus élevé en PACES et en PASS comparé à la L.AS. Les modalités de sélection via Parcoursup semblent même paradoxalement avoir renforcé la sélection sur certains aspects, contraignant certains bons élèves à renoncer à leur vocation initiale faute de place. Pour les PASS, le classement étant stratifié par mineures, certaines d'entre elles, comme « sciences du médicament », sont particulièrement prisées et saturées rapidement. Les étudiants en PASS sont significativement plus nombreux à estimer que l'accès aux études de santé via Parcoursup est davantage sélectif, en comparaison aux autres filières. Étudiants comme enseignants jugent que ce système de sélection est illisible et imprévisible, entraînant un légitime sentiment d'injustice chez les lycéens et leurs parents. En outre, cette nouvelle forme de sélection n'a pas entraîné de réelle mixité de profils, littéraires et scientifiques, selon les étudiants. Un rapport publié en décembre 2023 par le système d'information et des études statistiques du ministère de l'Enseignement supérieur (SIES) révèle en effet que la proportion d'étudiants admis issus de filières scientifiques a légèrement diminué, passant de 97 % à 95 %.[53] L'étude de Tours citée ci-dessus a également mis en évidence une différence significative concernant les mentions obtenues au baccalauréat, où la proportion d'étudiants ayant reçu une mention bien ou très bien est nettement plus élevée en PASS qu'en L.AS. [23] Une note du SIES de décembre 2023 souligne qu'entre 2019 et 2022 la part de mention « très bien » a chuté de 53 à 39%.[53] Cependant, la part de mentions s'élève encore à 89%, bien qu'elle soit en baisse (8 points en un an).[54]

La sélection est à nouveau jugée inéquitable pour passer en DFGSM2. Cela s'explique principalement par les écarts de difficulté entre la PASS et la LAS, cette dernière étant jugée plus accessible. En effet, les étudiants de LAS1 n'ont qu'une journée d'enseignement en santé par semaine, le reste de leur emploi du temps étant consacré aux cours de licence, avec un rythme souvent moins soutenu. En PASS, un cinquième du volume horaire est désormais consacré à la mineure, le programme des enseignements de santé restant n'a pas été réduit et doit être traité sur un laps de temps plus restreint, dégradant au passage les conditions d'enseignement. La charge de travail est donc encore plus importante, avec une sélection plus ardue étant donné que les étudiants PASS représentent 50% des places du *numerus apertus*.

De plus, les épreuves orales de fin d'année ajoutent une part d'imprévisibilité pour les deux tiers de la promotion, accentuant les inégalités selon les sujets imposés. Comme tous les oraux, ceux-ci risquent aussi d'engendrer une sélection sociale, déjà répandue dans de nombreuses filières littéraires, mais dont la filière médicale était jusque-là préservée. Devant l'augmentation de la charge de travail et l'incertitude de l'oral, le recours aux officines privées paraît davantage nécessaire aux étudiants, favorisant les candidats dont les parents peuvent les financer. Au total, il en résulte un net clivage de niveau entre les deux filières, qui complique l'intégration entre étudiants et entraîne des problèmes de comportement sur les bancs de la faculté.

La situation ne semble pas s'améliorer en DFGSM2 : enseignants et étudiants, s'accordent à dire que les bases théoriques et la méthode de travail ne sont pas acquises. De surcroît, les étudiants de PASS et de LAS2 sont plus nombreux que ceux de LAS1 à estimer que ces bases ne sont pas acquises. Tout cela complique les conditions d'enseignement, car les cours doivent désormais intégrer des rappels rapides et peu digestes qui ne permettent pas de gérer la charge de travail. Le système actuel ne permet pas d'accompagner correctement les étudiants dans leur cursus médical et ces difficultés semblent conduire, à terme, à des redoublements voire à des abandons, notamment chez les étudiants de LAS1. Cela retarde et réduit le nombre de médecins formés, malgré l'apparente suppression du *numerus clausus*. Les LAS1 ne sont étonnamment pas de cet avis, contrairement autres types de parcours et aux enseignants. Selon la Conférence des doyens de la faculté de médecine, seuls 40% des élèves LAS parviennent à valider leurs examens de deuxième année de médecine. Les étudiants PASS affichent quant à eux un taux de réussite de 80% en deuxième année de médecine, soit le double.[21]

Concernant les étudiants en situation d'échec, ils disposaient auparavant d'une seconde chance par le redoublement ou pouvaient bénéficier de passerelles selon la faculté d'origine, avec des possibilités limitées. L'un des objectifs de la réforme était de favoriser la réussite de tous les étudiants, qu'ils soient admis ou non dans les études de santé. Les étudiants qui, autrefois, auraient redoublé la première année, passent désormais en LAS2 si leur note est suffisante. Cette année est vécue comme plus facile selon les étudiants, et permet de diversifier leur cursus. Certains rapportent qu'elle peut être une année de labeur en fonction des options choisies, et selon la ville. Les chiffres du SIES basés sur l'année post-réforme révèlent cependant que trois étudiants sur cinq ne se réinscrivent pas dans une formation donnant accès aux études de santé, ce qui donne un taux d'échec largement supérieur à celui de la génération PACES.[54] Certains étudiants ne poursuivent pas même après avoir validé leur année : c'est le cas à Lille où 30% des étudiants en PASS ou LAS 1 ayant validé leur année ne sont pas allés en LAS2.[55] Ces chiffres se basent sur la première année de

mise en place de la réforme, et certains estiment qu'il faut un temps d'appropriation de la réforme. Les quelques années depuis la mise en place de la réforme ont peut-être permis d'améliorer la situation, car les enseignants et étudiants interrogés s'accordent à dire que le système actuel de la première année de médecine permet l'obtention rapide d'un diplôme. Les étudiants estiment de plus que ce diplôme facilite l'insertion professionnelle, ce qui n'est pas l'avis des enseignants qui sont restés neutres sur cette question. A noter que les possibilités de débouchés sur un master semblent limitées selon les régions, des améliorations restent à prévoir. On ne sait pas à ce jour quels pourraient être les débouchés professionnels pour ces étudiants.

2 Discussion de la méthode

Nos questionnaires ont été élaborés afin de refléter la réalité du terrain, par des entretiens qualitatifs préalables. Ils ont été conçus de la façon la plus neutre possible, permettant aux répondants d'exprimer leur accord ou leur désaccord. Ceux-ci comprenaient 22 questions du côté étudiants et 25 questions côté enseignants, afin de balayer la réforme sur un maximum d'aspects. Les enseignants ont l'avantage d'avoir un comparatif avec les réformes précédentes, contrairement aux étudiants dont l'avis est absolu. On observera que pour les étudiants, l'absence de comparaison entraîne un avis plus indulgent envers la réforme que pour les enseignants. On remarquera également que la grande majorité des enseignants qui ont répondu à l'enquête enseignent en PASS et en DFGSM2, rendant leur avis particulièrement pertinent. Nous avons cherché à être le plus complet possible dans nos analyses, en réalisant des analyses univariées et bivariées. Les tests statistiques étaient tous bilatéraux.

Nous aurions néanmoins souhaité disposer d'un effectif plus conséquent, tant du côté des étudiants que des enseignants, ce qui aurait renforcé la robustesse de notre étude. Nous pouvons aussi nous poser la question d'un biais de sélection, étant donné que le taux de réponse est estimé à 25,9% chez les étudiants, et 43,5% chez les enseignants. Les répondants sont probablement plus impactés par la réforme et les conclusions de l'étude peuvent ainsi ne pas être généralisables. En particulier, comme 94,1% des enseignants ayant répondu déclarent enseigner en PASS, LAS1 ou DFGSM2, en particulier 88,2% en PASS, on peut penser que le biais de sélection existe, mais qu'il a manifestement sélectionné les personnes qui connaissent le mieux la réforme et son impact pratique.

L'une des façons d'analyser la diversité aurait été d'identifier les différents profils de lycéens admis en DFGSM2. Cette évaluation nous a semblé complexe en raison de la réforme du lycée qui a entraîné un décloisonnement des parcours via la création d'enseignements de spécialité (EDS). En classe de première, les lycéens choisissent trois EDS parmi les 7 ou 8 proposés, en fonction de leurs aspirations, et conservent deux EDS en terminale, ce qui crée une multitude de parcours. Ce système crée 66 « doublettes » différentes et complique une possible analyse statistique sur l'effectif dont nous disposons.[56]

Nous aurions également souhaité analyser les données de scolarité, mais nous n'avons pas obtenu l'accord de le faire dans l'une des facultés interrogées. Dans une autre, le manque de temps du personnel administratif a freiné le traitement des données, que nous n'avons finalement pas obtenues.

3 Perspectives

Pendant longtemps, la Conférence des doyens et la presse ne se sont intéressées qu'à l'oral, pointant du doigt l'inégalité qu'il entraîne entre étudiants et entre facultés. Début juillet 2024, un décret gouvernemental a harmonisé les conditions de l'épreuve orale, qui doit désormais représenter 30% de la note finale et ne doit pas contenir plus de 4 oraux de dix minutes chacun.[57]

Plus récemment, en septembre 2024, la Conférence des doyens a exprimé le souhait d'une simplification de l'accès aux études de santé, en ne rendant possible qu'une seule voie d'accès aux filières santé par université. Les étudiants d'une même université auront accès à une LAS ou une PASS, sans compétition entre les deux voies. Cette nouvelle proposition soulève de nombreuses interrogations, et les autres aspects problématiques de la réforme actuelle, tels que la diminution des connaissances, les abandons et la démographie médicale, semblent encore négligés. Un changement semble toutefois s'amorcer progressivement.[58]

En octobre 2024, nous avons publié dans le bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord une tribune,[59] reproduite en Annexe 1.

Conclusion

Les objectifs de la réforme PASS-LAS ne sont globalement pas atteints, et des ajustements semblent indispensables pour limiter les conséquences sur les étudiants et la démographie médicale, dont les médecins généralistes représentent une grande partie.

Annexe 1 : article publié dans le bulletin du CDOM 59

FOCUS

RÉFORME DU PREMIER CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES (PASS-LAS) : BILAN TRÈS NÉGATIF



Professeur
Emmanuel CHAZARD
Conseiller ordinal
suppléant



Madame
Camille ANDROMC

⚠ Ce point de vue n'engage ni le CDOM du Nord, ni l'Université de Lille, ni le CHU de Lille.

LA COMPLEXE RÉFORME PASS-LAS

Pour soigner les études médicales, une nouvelle réforme du premier cycle des études de santé a été mise en place en 2021. La PACES (ex-PCEM1) a laissé place au dispositif PASS-LAS. Les bacheliers peuvent désormais s'inscrire en PASS, en choisissant une « mineure » (SVT, Droit, etc.). Les meilleurs peuvent accéder à une deuxième année de santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique ou kinésithérapie selon leurs vœux et leur classement), éventuellement via un oral. Les autres peuvent continuer en 2^{ème} année de leur mineure initiale (LAS2), et ont une 2^{ème} chance d'accéder à une 2^{ème} année de santé, sinon ils poursuivent en LAS3. Parallèlement à cela, d'autres étudiants peuvent après le bac s'inscrire en LAS1, avec une majeure de leur choix et la « mineure santé ». Les meilleurs pourront rejoindre la 2^{ème} année de santé de leur choix. D'autres flux sont prévus plus tard dans le cursus, nous ne les détaillerons pas car le dispositif est complexe.

La promotion de 2^{ème} année de médecine, nommée DFGSM2, comprend désormais trois groupes : (1) des étudiants au cursus classique PASS→DFGSM2 ; (2) des étudiants comparables aux redoublants d'autrefois, au cursus PASS→LAS2→DFGSM2 et (3) des étudiants au profil nouveau, LAS1→DFGSM2. En 3^{ème} année de médecine s'y ajoutent d'autres parcours comparables mais intégrés en médecine plus tard. La consigne reçue du gouvernement était alors claire : au plus la moitié des étudiants en fin de 2^{ème} cycle devaient provenir du cursus « classique » PASS→DFGSM2. Si les autres étudiants n'étaient pas assez nombreux, la méthode d'éviction des étudiants surnuméraires, qui sont des plus méritants, n'a heureusement jamais été précisée. Nous évoquerons les conséquences de cette réforme pour la formation des médecins. La situation est pire pour les pharmaciens, mais nous n'en parlerons pas ici.

BÉNÉFICES TRÈS MODESTES

Un seul des objectifs annoncés par la réforme a été atteint : les étudiants qui échouent perdent moins de temps, car certains d'entre eux ne redoublent jamais et peuvent en trois ans obtenir une licence (LAS3). Hélas, ce diplôme n'offre pas de débouché professionnel. De plus, les étudiants qui échouent au concours ne redoublent plus comme autrefois (PACES→PACES→IDFGSM2) mais peuvent diversifier

temporairement leur cursus (PASS→LAS2→DFGSM2). Pour certains, cette LAS2 est une année de promenade, pour d'autres une année difficile, selon la filière suivie et la ville. Mais, dans tous les cas, le retour en DFGSM2 est plus facile que prévu, du fait des quotas imposés aux facultés (quotas qui sont autant de places en moins pour les étudiants PASS→DFGSM2). On observera néanmoins que la seule suppression de numerus clausus aurait pu faire quasiment disparaître le redoublement.

En-dehors de ces deux points, l'ensemble de cette réforme ne comporte que des inconvénients.

CAPOTAGE EN PREMIÈRE ANNÉE

Les méfaits débutent dès la sélection des futurs bacheliers sur Parcoursup. Dans une faculté bien connue, on recevait 4 candidatures pour 1 place, mais on ne refusait personne en pratique, car de nombreux candidats visaient en priorité une autre inscription (classes préparatoires aux grandes écoles, etc.). Désormais, on reçoit 5 candidatures pour 1 place mais on doit refuser certains bons lycéens, car le classement est stratifié par mineure, or certaines mineures sont très demandées et vite saturées (« sciences du médicament » par exemple). Ce système illisible et imprévisible provoque de l'anxiété et un légitime sentiment d'injustice chez les lycéens et leurs parents. Ensuite, face à l'interdiction de redoubler, la compétition en PASS est devenue plus rude encore. De plus, la réforme ayant entraîné la suppression de près d'un cinquième du volume horaire, le même programme est traité plus vite. Le recours aux officines privées paraît plus nécessaire encore aux étudiants. Deux tiers de la future promotion de DFGSM2 doivent désormais passer un oral qui, comme tous les oraux, ajoute une couche de sélection sociale, comme elle existe dans les filières littéraires, mais dont la filière médicale était préservée. De plus, cet oral avantage les candidats dont les parents peuvent financer des prépas spécialisées : le succès à cette épreuve n'est pas lié au niveau scolaire mais à la préparation spécifique. Les « soft skills » et le porte-monnaie sont valorisés au détriment de l'acquisition de connaissances.

CAPOTAGE EN DEUXIÈME ANNÉE

En DFGSM2, les choses sont pires encore. Les étudiants directement issus de PASS sont encore meilleurs qu'avant, tandis

FOCUS

que ceux issus de LAS1 n'ont pas pu être formés, ni sur les bases théoriques, ni sur la méthode de travail. La suppression d'heures de cours en PASS contraint à des rappels trop rapides et indigestes en DFGSM2, tandis que la réforme du 2^{ème} cycle a supprimé en cascade un sixième des heures de cours. Les cours restants sont donc encore plus intenses et rapides. Le taux d'échec des étudiants issus de LAS1 aux examens est considérable dans toutes les disciplines, alors que les étudiants issus de PASS réussissent avec aisance. La différence de niveau et de comportement sur les bancs de la faculté entraîne un clivage au sein de la promotion. Les anciens PASS n'oublient pas leurs anciens condisciples tombés en chemin et sont parfois peu indulgents envers les anciens LAS1, jugés moins méritants. Pour les anciens LAS1, cette situation est inhumaine. La proportion d'anciens LAS1 physiquement présents dans l'amphithéâtre de DFGSM2 passe de 30% à 0% dès les premiers mois de cours.

MOINS DE MÉDECINS FORMÉS *IN FINE*

Ces difficultés subies par les étudiants issus de LAS1 entraînent de nombreux redoublements et abandons. Les redoublements des anciens LAS1 en DFGSM2 saturent la capacité d'accueil (CAL) des facultés, et les empêchent d'admettre autant d'étudiants qu'elles l'auraient pu. Ensuite, les abandons diminuent encore le nombre d'étudiants capables d'accéder au 3^{ème} cycle. Pour ceux qui y parviennent, le parcours est en moyenne rallongé alors que la réforme promettait un raccourcissement statistique de la durée de la formation. Au bilan, la suppression apparente du numerus clausus s'accompagnera probablement en réalité d'une diminution du nombre de médecins formés.

QUEL DEVENIR POUR CETTE RÉFORME ?

De l'avis de tous les étudiants et de tous les enseignants, la réforme PASS-LAS est un échec complet. C'est un capotage. Elle n'atteint quasiment aucun de ces objectifs, coûte un « pognon de dingue », et nuit très fortement aux étudiants et aux facultés. Nous craignons cependant qu'aucun politicien n'accepte de reconnaître les faits, pourtant évidents.

	Passion sigles
CAL	Capacité d'accueil locale
DFGSM2	2 ^{ème} année du diplôme de formation générale en sciences médicales
LAS ou LAS1	Licence avec l'accès santé*, LAS1, LAS2 et LAS3 en sont les années successives.
PACES	Première année commune aux études de santé
PASS	Parcours d'accès spécifique santé
PCEM1 ou P1	1 ^{ère} année du premier cycle des études médicales
SVT	Sciences et vie de la terre

Noms successifs des années en Médecine

Première année	PCEM1 puis PACES puis PASS
Deuxième année	PCEM2 puis DFGSM2

Avant de la réforme « PASS-LAS »	
Effets bénéfiques :	Effets négatifs :
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'obtenir un bac+3 (sans débouché) sans redoubler 	<ul style="list-style-type: none"> • Admission Parcoursup plus sélective • Anxiété chez les bacheliers, étudiants et leurs parents • 1^{ère} année encore plus compétitive
Effets neutres :	<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination sociale accrue
<ul style="list-style-type: none"> • Redoublement remplacé par une année de tourisme universitaire • Pas de diversification disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 2^{ème} année de médecine encore plus difficile • Absentéisme des anciens LAS1 en 2^{ème} année • Clivage au sein des promotions de médecine • Enseignants en difficulté en 1^{ère} et 2^{ème} années • Rallongement observé des études • Diminution du nombre de médecins finalement formés.

Au mieux, la réforme sera vaguement aménagée, l'épreuve orale notamment, alors que seule une abolition pure et simple permettrait d'améliorer le triste sort de nos étudiants et de notre personnel administratif.

FAIRE CONFIANCE AUX PROFESSIONNELS

La formation des professionnels de santé ne doit plus être contingentée par l'Etat : les besoins de soins croissent sans cesse (amélioration de la survie des maladies chroniques, allongement de la durée de vie, augmentation des besoins d'accompagnement) et notre dispositif de formation voit son rendement baisser (abandons, diminution du temps effectif de soin, diversification des carrières notamment vers le bien-être ou le secteur non-soignant, retraite précoce). D'autre part, la plupart des problèmes du premier cycle des études médicales provenaient du numerus clausus, qui est désormais supprimé. Les difficultés liées à la première année devraient naturellement disparaître.

Nous proposons une simplification drastique des filières de santé, qui sont des filières d'excellence comme les autres. Chaque filière disposerait de son cursus en propre, et ce dès la première année après le baccalauréat. Chaque filière serait libre d'organiser son processus de sélection et de classement après le bac (Parcoursup), en toute autonomie. Ensuite, chaque filière déciderait des règles de passage à l'année supérieure, et le cas échéant des règles de redoublement (note plancher, nombre de places, etc.). Cette autonomie n'interdirait aucunement de mutualiser certains enseignements, de prévoir des accessions parallèles sur dossier, ou de permettre une inscription dans une autre première année en cas d'échec, comme dans toutes les autres filières.

Les formations de santé doivent pouvoir simplement s'organiser elles-mêmes, en tenant compte des besoins de la population, des capacités des étudiants, des faits scientifiques, et des critères de compétence professionnelle définis par les ordres professionnels. L'expertise se trouve dans nos facultés et nos ordres professionnels.

L'absence d'indication est la première contre-indication. Dans une situation d'iatriogénie, on commence par supprimer le remède en cause, surtout lorsque ce remède est inefficace.

Le présent article s'appuie sur de nombreux retours d'expérience et 3 études scientifiques réalisées en 2024 : une enquête auprès des étudiants de 2^{ème} année de Toulouse, une enquête auprès d'un collège d'enseignants (le CIMES) en France entière, et une enquête auprès des étudiants de 2^{ème} année de Tours.

Pr Emmanuel Chazard

Conseiller ordinal suppléant

Emmanuel Chazard est PU-PH au CHU de Lille et à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille (biostatistique et informatique médicale). Il dirige le CERIM, fondé en 1984 par le Pr Régis Beuscart.

Camille Androvic

Camille Androvic est Interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

Liste des tables

Tableau 1: Parcours des étudiants	30
Tableau 2 : Niveau d'études maximal des parents	30
Tableau 3 : Profil des enseignants	35

Liste des figures

Figure 1 : Organisation du premier cycle dans la réforme PASS/LAS [16]	12
Figure 2 : Densités régionales des médecins en activité au 1er janvier 2023 (pour 100 000 habitants) [26]	15
Figure 3. Évolution du numerus clausus de 1972 à 2019 en France (d'après[40])... 17	
Figure 4 : Évaluation de la réforme PASS/LAS par les étudiants (moyenne)	33
Figure 5 : Évaluation de la réforme PASS/LAS par les étudiants (détails des réponses)	34
Figure 6 : Évaluation de la réforme PASS/LAS par les enseignants (moyenne)	37
Figure 7: Évaluation de la réforme PASS/LAS par les enseignants (détail des réponses).....	38

Références

- [1] Frédérick Lecuyse. La faculté de médecine de Lille est désormais la plus grande de France. La 2016.
- [2] Jean Delaneau. Sénat seconde session ordinaire de 1986-1987. Avis présenté au nom des affaires culturelles sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale après déclaration d'urgence, portant sur différentes mesures d'ordre social. n.d.
- [3] Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. n.d.
- [4] Décret n°60-797 du 28 juillet 1960 modifiant le décret 58718 du 08-08-1958 relatif au régime des études et des examens en vue de la licence des sciences. 1960.
- [5] Arrêté du 2 août 1960 répartition des enseignements entre les six années d'études en vue du diplôme de docteur en médecine. n.d.
- [6] Décret n°63-592 du 24 juin 1963 relatif aux conventions à conclure entre, d'une part, les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou les écoles nationales de médecine et de pharmacie, d'autre part, les centres hospitaliers régionaux en vue de déterminer les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires ; à la structure et au fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires ; au règlement intérieur de ces centres. n.d.
- [7] Décret n°69-175 du 18 février 1969 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en 4e et 5e année de médecine. 1969.
- [8] Arrêté du 23 juillet 1970 : organisation du premier cycle des études médicales, crée par l'arrêté du 18 février 1969 (non publié), à titre provisoire. n.d.
- [9] Wallach D. Numerus clausus: Pourquoi la France va manquer de médecins. Springer Paris; 2011.
- [10] Attali J. Pour un modèle européen d'enseignement supérieur. 1998.
- [11] Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés. 2010.
- [12] Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. 2019.
- [13] Commission de la culture, de l'éducation et de la communication : compte rendu de la semaine du 8 avril 2019. n.d.
- [14] Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle. Vade-mecum de la réforme issue de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Les nouvelles

- conditions d'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. 2021.
- [15] Pourquoi réformer les études de santé ? Enseign-Rech n.d. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/pourquoi-reformer-les-etudes-de-sante-50930> (accessed November 5, 2023).
- [16] PASS et L.AS : Comprendre la réforme des études de santé (ex-PACES). PASS Santé Nouv PACES n.d. <https://pass-sante.com/> (accessed November 1, 2023).
- [17] L'accès en 2e année est « entaché d'illégalité », le gouvernement doit revoir sa copie d'ici 6 mois. Whats Doc n.d. <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/lacces-en-2e-annee-est-entache-dillegalite-le-gouvernement-doit-revoir-sa-copie-dici-6-mois> (accessed January 14, 2024).
- [18] Projet de loi n°404 : organisation et transformation du système de santé. Commission de la culture, de l'éducation et de la communication. Avis n° 516 (2018-2019) de M. Laurent Lafon, fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication. 2019.
- [19] Université de Lille. Capacités d'accueil en 2ème année des études de Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie et Masso-Kinésithérapie à l'Université de Lille pour la rentrée universitaire 2024 2023.
- [20] PASS/L.AS : la réforme du premier cycle des études de santé nécessite des aménagements. L'Etudiant n.d. <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/pass-l-as-la-reforme-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-necessite-des-amenagements.html> (accessed February 13, 2024).
- [21] «La réforme des études de santé est un désastre, des centaines d'étudiants fuient vers les facultés européennes». Figaro Etudiant 2022. https://etudiant.lefigaro.fr/article/les-resultats-de-la-reforme-des-etudes-de-sante-sont-catastrophiques_6d31e0f8-40c6-11ed-b465-0d4323a3b863/ (accessed November 19, 2023).
- [22] Médecine: la majorité des étudiants de Las ont échoué en première année. Figaro Etudiant 2022. https://etudiant.lefigaro.fr/article/reforme-des-etudes-de-medecine-la-majorite-des-etudiants-de-las-ont-echoue_f87b757a-ed7e-11ec-a378-3d8008006685/ (accessed January 15, 2024).
- [23] Khanna RK, Blanchard E, Pasco J, Diot P, Angoulvant D. Reform of the first year of medical studies and diversification of student profiles in France: an unmet need? BMC Med Educ 2024;24:581. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05570-4>.
- [24] Les études de médecine n.d. <https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine> (accessed January 14, 2024).
- [25] Maurey H, Longeot J-F. Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! Rapport d'information n° 282. 2019.

- [26] Portela M, Polton D, Chaput H, Laffeter Q, Millien C. Les dossiers de la DREES. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale. 2021.
- [27] Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021.
- [28] Accessibilité potentielle localisée - DREES n.d. <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/> (accessed February 13, 2024).
- [29] Zonage Hauts-de-France. URPS Médecin Libéraux Hauts Fr n.d. <https://www.urpsml-hdf.fr/zonage/> (accessed February 13, 2024).
- [30] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl> (accessed February 13, 2024).
- [31] Delestre S. Durée de trajet jusqu'au lieu de travail/étude par région de France 2019. Statista 2023. <https://fr.statista.com/statistiques/1024681/temps-trajet-travail-etude-region-france/> (accessed February 13, 2024).
- [32] Slisse BC et M. Déserts médicaux, les fractures de l'agglomération lilloise 2023.
- [33] Ponzio F, Zampini C. Bilan démographique 2020. Baisse des naissances et hausse des décès, amplifiée par l'épidémie de Covid-19 - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 93. INSEE 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347886> (accessed February 13, 2024).
- [34] Les jeunes médecins veulent travailler moins pour vivre mieux. Quotid Médecin n.d.
- [35] Schneider J-L. Lettre trésor-éco. Comment lutter contre les déserts médicaux ? 2019.
- [36] Numerus clausus en médecine : évolution en France. Statista n.d. <https://fr.statista.com/statistiques/1255374/numerus-clausus-medecine-france/> (accessed February 13, 2024).
- [37] Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291> (accessed January 14, 2024).
- [38] Numerus Clausus : histoire d'une réforme dévoyée puis contre-productive n.d. <http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/medias/la-revue/75-detailsah6/350-numerusclausus> (accessed November 8, 2023).
- [39] Incitation à la cession d'activité des médecins. Sénat 1997. <https://www.senat.fr/questions/base/1997/qSEQ97020006G.html> (accessed March 11, 2024).
- [40] Numerus clausus en médecine : évolution en France. Statista n.d. <https://fr.statista.com/statistiques/1255374/numerus-clausus-medecine-france/> (accessed November 5, 2023).
- [41] Le Faou A-L, Scemama O. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé - Partie I - Consommation médicale et économie de la santé. La Revue du Praticien 2006.

- [42] Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1948.
- [43] 10% en médecine, 20% pour les infirmiers, l'abandon des études médicales est préoccupant. En cause, précarité et maltraitance. Whats Doc 2022.
- [44] Bluteau P. Quatrième année d'internat en médecine générale : "Ce n'est pas 'juste' une année de plus." L'Etudiant 2023.
- [45] Enquête sur la rémunération des médecins: l'impact Covid - 2021. <https://lecardiologue.com/enquete-sur-la-remuneration-des-medecins-limpact-covid/> (accessed January 14, 2024).
- [46] L'étude Remplact. ReAGJIR n.d. <https://reagjir.fr/je-remplace/letude-remplact/> (accessed February 18, 2024).
- [47] Plus de salariat, moins de généralistes... Ce que révèlent les derniers chiffres de la démographie médicale. egora.fr 2023. <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medicale/80231-plus-de-salariat-moins-de-generalistes-ce-que-revelent-les> (accessed January 14, 2024).
- [48] Domergue J-F, Guidicelli H. La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions. 2003.
- [49] Egora. EGORA – Certificats abusifs voire "illégaux" : un jeune médecin dévoile l'envers de la "papier-cratie" dans sa thèse. Généralistes-CSMF n.d. <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2023/12/15/egora-certificats-abusifs-voire-illegaux-un-jeune-medecin-devoile-lenvers-de-la-papier-cratie-dans-sa-these/> (accessed January 14, 2024).
- [50] Labarrière R-P, Maurice P. Circulaire N° 2024-010. Certificats médicaux - aider les médecins dans la conduite à tenir. n.d.
- [51] Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. Situation en Janvier 2023 n.d.
- [52] Breuil-Genier S. L'origine sociale des professionnels de santé 2006.
- [53] Deuxième année du premier cycle des études de santé : provenance et caractéristiques des inscrits. Enseign-Rech 2023. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/deuxieme-annee-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-provenance-et-caracteristiques-des-inscrits-94056> (accessed October 7, 2024).
- [54] Première année du premier cycle d'études de santé : évolution des parcours et de la réussite des étudiants. Enseign-Rech 2023. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/premiere-annee-du-premier-cycle-d-etudes-de-sante-evolution-des-parcours-et-de-la-reussite-des-94053> (accessed October 7, 2024).
- [55] Réorientation : la majorité des étudiants quitte la santé après un échec en PASS ou L.AS. L'Etudiant n.d. <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/reorientation-la-majorite-des-etudiants-quitte-la-sante-apres-un-echec-en-pass-ou-l-as.html> (accessed October 1, 2024).
- [56] Parcoursup et le nouveau baccalauréat général. Enseign-Rech 2022. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/parcoursup-et-le-nouveau-baccalaureat-general-83345> (accessed October 7, 2024).

- [57] Facs de médecine : les épreuves orales de PASS/LAS désormais identiques partout. Le Télégramme 2024. <https://www.letelegramme.fr/france/facs-de-medecine-les-epreuves-orales-de-passlas-desormais-identiques-partout-6624471.php> (accessed October 6, 2024).
- [58] « Illisible » et « trop complexe » : la réforme de l'entrée dans les études de santé critiquée par les doyens 2024.
- [59] Chazard E, Androvic C. Réforme du premier cycle des études médicales (PASS-LAS) : bilan très négatif. Bull Numér Cons Dép Nord L'Ordre Médecins N°144 - Édition OCTO BRE 2024 2024:20.

AUTEUR : Nom : ANDROVIC **Prénom :** Camille

Date de Soutenance : 04/12/2024

Titre de la Thèse : Évaluation de l'impact de la réforme PASS/LAS sur les études médicales
Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : réforme de la première année de médecine ; démographie médicale ; études médicales ; parcours accès spécifique santé ; licence accès santé

Résumé :

Contexte : Les études médicales ont fait l'objet de nombreuses réformes ces dernières décennies. En 2020 a été mise place la réforme PASS/LAS, visant la diversification des parcours et qui était accompagnée de la suppression théorique du *numerus clausus*. Cette réforme suscite des inquiétudes concernant son impact sur la formation médicale et, in fine, sur la production quantitative et qualitative de futurs médecins.

Matériel et Méthodes : Cette étude utilise une méthode mixte en deux phases. La première consiste en une enquête qualitative auprès d'étudiants, d'enseignants et de médecins généralistes. Ces données ont permis de définir des indicateurs pour la seconde phase, qui est une analyse quantitative des questionnaires autoadministrés utilisant des échelles de Likert. Les résultats ci-dessous correspondent aux moyennes des notations.

Résultats : Étudiants et enseignants s'accordent à dire que la réforme PASS/LAS est peu lisible (étudiants : -0,57 ; enseignants : -1,74) et inéquitable (étudiants : -0,91 ; enseignants : -1,34). Du point de vue enseignant, la sélection est jugée trop sévère pour l'accès à la PASS (moyenne des enseignants : -0,88). Si elle permet l'obtention rapide d'un diplôme (étudiants : 0,44 ; enseignants : 0,52), ses effets sur l'insertion professionnelle semblent limités (étudiants : 0,39 ; enseignants : 0,03). Les deux groupes estiment que les bases théoriques et les méthodes de travail ne sont pas suffisamment acquises (étudiants : -1,05 et -1,27 ; enseignants : -1,13 et -1,07). Par ailleurs, les enseignants relèvent une dégradation des conditions d'enseignement (moyenne : -0,86) et un comportement de plus en plus problématique chez les étudiants de DFGSM2 (moyenne : -0,76).

Du côté des étudiants, la réforme semble limiter le nombre de médecins formés par rapport au nombre d'admis en 2ème année (moyenne : -0,39) et la durée entre le baccalauréat et l'internat n'est pas contenue (moyenne : -0,46). Enfin, aucune avancée n'est perçue en matière de mixité entre les profils littéraires et scientifiques (moyenne : -0,43) ni en termes de mixité sociale parmi les médecins (moyenne : -0,03).

Conclusion : Les objectifs de la réforme PASS-LAS ne sont globalement pas atteints, et des ajustements semblent indispensables pour limiter les conséquences sur les étudiants et la démographie médicale, dont les médecins généralistes représentent une grande partie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard

Assesseurs : Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore
Monsieur le Docteur Pierre-Henry Miquel

Directeur : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard