

COMMUNIQUÉ DE PRESSE



Académie
nationale de **Chirurgie**

Mercredi 8 janvier 2025
15, rue de l'Ecole de Médecine - 75006 Paris

PÉNURIE DE MÉDECINS QUELLES SOLUTIONS AU MANQUE DE MÉDECINS ? NOUS AVONS UNE RESPONSABILITÉ SOCIALE

Trouver des plages de consultation après 18h00 ou le samedi matin constitue une gageure et 15% des patients n'ont plus de médecin généraliste. Les délais pour obtenir un rendez-vous sont longs : 50 jours en moyenne en cardiologie, 80 en ophtalmologie.

Le départ en retraite d'un médecin généraliste exige deux installations pour couvrir la même activité. Et ce, au moment où le vieillissement de la population crée de nouveaux besoins médicaux. Sans évoquer les grandes disparités nord/sud ou ville/campagne. Les multiples mesures prises jusqu'ici, certes utiles, n'ont pas changé significativement la situation et la suppression du numerus clausus, en trompe l'œil, n'est pas de nature, même à terme, à l'améliorer.

Ainsi, les erreurs multiples accumulées depuis une trentaine d'années, les corrections insuffisantes, démagogiques ou inadaptées, ont généré une désorganisation et une désaffection de l'hôpital public, un accès insatisfaisant à la médecine de ville, des ruptures de stock en médicaments de base,... et un sentiment général d'impuissance et de fatalisme.

Pourtant des solutions existent ... l'Académie nationale de Chirurgie vous invite à découvrir les préconisations d'experts qui permettraient très rapidement, à horizon de 5 ans, de mettre à disposition 17 000 à 20 000 médecins supplémentaires, de quoi régler la question de la pénurie médicale.



INTERVENANTS :

Pr Olivier JARDÉ

Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
CHU - Amiens
Président de l'Académie nationale de Chirurgie

Pr Didier GOSSET

Professeur de médecine légale et droit de la santé
Président Honoraire de la Société Française de Médecine Légale
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine de Lille
Conseiller du Président de l'Université

Président : Pr Olivier JARDÉ

Secrétaire général perpétuel : Pr Hubert JOHANET

Coordinateur : Pr Henry COUDANE

COMMUNIQUÉ DU PRESSE

QUELLES SOLUTIONS AU MANQUE DE MÉDECINS ? REPENSER LA COHÉRENCE DES ÉTUDES MÉDICALES

PRÉCONISATION DU PROFESSEUR DIDIER GOSSET

**Professeur de médecine légale et droit de la santé
Président Honoraire de la Société Française de Médecine Légale
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine de Lille
Conseiller du Président de l'Université
Ambassadeur de L'Université**

On aura beau sauter sur sa chaise comme un cabri en répétant à l'envi que notre médecine est la meilleure du monde, plus personne n'y croit vraiment. Les erreurs multiples accumulées depuis une trentaine d'années, les corrections insuffisantes, démagogiques ou inadaptées, ont généré une désorganisation et une désaffectation de l'hôpital public, un accès insatisfaisant à la médecine de ville, des ruptures de stock en médicaments de base,... et un sentiment général d'impuissance et de fatalisme.

Le temps médical manque. On peut accuser la très mauvaise gestion du numerus clausus à l'entrée des études de médecine des années 90. Il faut en vouloir désormais à l'évolution de notre société qui touche aussi le corps médical. Un corps médical submergé par sa vie professionnelle, plus soucieux de sa vie personnelle, moins reconnu aussi. Trouver des plages de consultation après 18h00 ou le samedi matin constitue une gageure et 15 % des patients n'ont plus de médecin généraliste. Les délais pour obtenir un rendez-vous sont longs : 50 jours en moyenne en cardiologie, 80 en ophtalmologie. Le départ en retraite d'un médecin généraliste exige deux installations pour couvrir la même activité. Et ce au moment où le vieillissement de la population crée de nouveaux besoins médicaux. Sans évoquer les grandes disparités nord/sud ou ville/campagne. Les multiples mesures prises jusqu'ici, certes utiles, n'ont pas changé significativement la situation et la suppression du numerus clausus, en trompe l'œil, n'est pas de nature, même à terme, à l'améliorer.

Les réformes des études médicales se sont succédé à marche rapide, dans le plus grand désordre et sans cohérence chronologique : réforme du troisième cycle (R3C) en 2017, du premier cycle (R1C) en 2020, du baccalauréat en 2021 pour se terminer avec la réforme du second cycle (R2C) et de l'accès au 3ème en 2024. La myopie de chacune des réformes ne tient pas compte de la cohérence d'ensemble et encore moins d'un objectif d'augmentation du nombre de médecins. Chaque réforme a apporté son lot d'innovations positives comme l'utilisation de la simulation médicale, la progressivité de la formation et la vérification des connaissances dans le troisième cycle ou les évaluations des compétences par ECOS(Examens Cliniques Objectifs et Structurés, utilisés depuis bien longtemps outre-Atlantique, examens pratiques par stations qui testent bien la qualité de l'interrogatoire du patient et l'empathie du médecin mais qui dérivent déjà en escamotant souvent la phase d'examen physique du malade). Mais l'ensemble de ces réformes tient de guingois.

La R1C ne satisfait personne. Le premier cycle est devenu absurde, complexe, totalement illisible et incompréhensible du commun des mortels.

L'oral, tout d'abord, inique puisqu'il ne s'applique, faute de moyens suffisants, qu'à une fraction des étudiants et porte sur des sujets non médicaux, afin de tester des aptitudes autres que les simples connaissances et les attitudes envers un patient putatif. On récuse ainsi l'étudiant timide mais brillant sans lui laisser la possibilité de s'améliorer pendant les études. On progresse pourtant beaucoup, heureusement, dans sa relation avec l'autre au fil des études médicales. L'empathie aussi s'apprend.

La P1 puis la PACES, remplacées par un double système PASS/LAS (Parcours Accès Spécifique Santé/ Licence avec Accès Santé) sensé offrir une diversification des compétences par une diversification des voies d'accès, aboutit en réalité à un abîme entre les deux systèmes. Les étudiants issus d'une LAS sont en fait des étudiants de licence (philosophie, mathématiques, physique, droit, langues, sciences de la vie...) ayant acquis le vernis d'un module santé. Ils se retrouvent confrontés, s'ils passent en deuxième année de santé, à des étudiants de PASS ayant travaillé toute l'année les fondamentaux de la médecine et ayant acquis une puissance de travail très supérieure. Ceci se traduit par une moyenne générale grossièrement inférieure de 5 points à celle des étudiants issus de PASS. Ces étudiants doivent travailler beaucoup plus pour essayer de rattraper le niveau, certains redoublent, d'autres abandonnent ou abandonneront ou encore se réorienteront. S'ils persistent, ils sont condamnés à la queue de peloton. On aboutit bien à la sélection molle voulue par les pouvoirs publics pour s'affranchir du couperet de l'ancienne PACES.

La suppression proclamée du numerus clausus, remplacée par l'avènement de quotas (numerus apertus), a néanmoins engendré une hausse des effectifs d'environ 10% mais les abandons risquent d'annihiler cette augmentation voire paradoxalement, sauf à limiter les exigences de qualité, à aboutir à une baisse du nombre de médecins formés. Il serait improductif, si l'on fait fi des questions matérielles, disons-le, de procéder à une nouvelle augmentation des quotas, car le vivier étudiantin, pour une génération donnée, est tari, faute d'avoir un bagage suffisant. Le dispositif a eu aussi pour effet pervers de siphonner les effectifs de la pharmacie (qui n'en avait pas besoin) et même des paramédicaux au bénéfice de la médecine, les étudiants profitant de l'effet d'aubaine. Tout ceci était prévisible.

Le second cycle a vu ses programmes se charger. Chaque spécialité a réussi au fil des ans à intégrer dans les programmes la totalité de ses items et pratique désormais le protectionnisme disciplinaire le plus sévère. Un tri timide a été réalisé avec la R2C en écartant les objectifs pédagogiques accessoires. De qui se moque-t-on ? Le référentiel de pédiatrie est ainsi passé de 1100 pages à 850. Quel progrès ! A quoi bon bourrer les esprits d'informations très pointues et inutiles en pratique courante. Le second cycle devrait être un véritable tronc commun contenant les données essentielles à la bonne prise en charge des patients et le pré-requis à l'accès à la spécialité. L'achat de l'ensemble des « Collèges », prêt-à-porter de la pensée médicale, a un coût élevé et impose un bachotage expliquant en partie la désertification des cours. Comment s'étonner, dans ces conditions, du mal-être de l'étudiant en médecine ? Sa vie est totalement quadrillée et il ne dispose d'aucun temps pour pratiquer, par exemple, la moindre activité sportive.

Enfin, les élucubrations de prétendus grands réformateurs ou de spécialistes d'une pédagogie éthérée ont multiplié (à l'exception notable des ECOS), des modes d'évaluation ineptes, inadaptés au second cycle mais visant à interclasser les étudiants. Comment accepter les épreuves de Lecture Critique d'Articles ou les Tests de Concordance de Script qui nécessitent une expérience médicale ? Ce sont des méthodes adaptées au 3ème cycle, pas au second.

La durée du 3ème cycle s'est accrue et est de 4 à 5 ou même 6 ans pour les spécialités chirurgicales. On a assisté à une course à l'échalote entre les spécialités, chacune voulant augmenter la durée de sa formation à l'instar de sa voisine, pour ne pas être en reste. Le clou est venu avec la spécialité de médecine générale dont la durée de formation passe de 3 à 4 ans. On arrive donc à une formation en 10 ans ! Là encore de qui se moque-t-on ? Il y a 30 ans nous étions à une formation de 7 ans et la spécialité de médecine générale a été créée avec un passage à 9 ans. N'est-ce pas là suffisant pour former un médecin de famille de qualité ? En parallèle, dans les autres spécialités, à l'exception peut-être de la médecine interne ou de la rhumatologie, on assiste à une formation tubulaire, en silos, la plupart des stages hospitaliers ne s'effectuant que dans la spécialité concernée. Ceci est confortable mais ne permet pas la formation équilibrée utile à une prise en charge globale du patient, répondant à ses besoins. Chaque médecin n'ayant pas une vue d'ensemble, on obtient l'adjonction de prises en charge mal coordonnées.

Au stade où nous en sommes, une réflexion n'est plus possible pour obtenir la cohérence globale vivement souhaitée. Il faut donc repenser totalement les études médicales en effaçant l'existant et repartant d'une page presque blanche. C'est ainsi que deux années peuvent être gagnées sur la totalité du cursus, l'une en 3^e cycle, pour toutes les spécialités, l'autre sur un 1^{er}-2^e cycle repensé en 5 ans (sans pouvoir prendre la forme LMD), sans perte de qualité mais en allant à l'essentiel et en abordant très tôt la clinique. On peut dessiner les contours d'un nouveau schéma à grands traits.

La voie de la LAS, qui est un échec cuisant, doit être supprimée. Ainsi, le système clarifié, tous les étudiants auront le bagage suffisant et homogène pour entrer en seconde année.

L'entrée dans les études mérite d'être retravaillée en relançant l'idée toujours taboue d'une pré-sélection à l'entrée sur dossier et entretien. Non pas une sélection brutale, couperet mais un choix raisonné d'étudiants où, à côté des étudiants brillantissimes que l'on aura toujours, on pourra sélectionner des étudiants courageux, dotés de bon sens, sachant raisonner, ayant démontré dès le lycée des talents variés. Ainsi sera réalisée la diversification souhaitée. C'est au prix d'une sélection à l'entrée que le principe du non-redoublement de la première année, vécu comme une injustice, pourrait être remis en question, tout en gardant l'échappatoire du module d'ouverture permettant un accès sécurisé en deuxième année de licence pour ceux qui le souhaitent. Un effort doit être aussi accompli pour que l'étudiant soit guidé par la réalité de la profession et sache ce qu'est le soin avant l'entrée dans les études.

La voie d'accès des passerelles, destinée à une réorientation d'étudiants titulaires d'un master ou d'un doctorat, mineure mais très fructueuse, est à conserver. L'oral si justement critiqué est à abandonner.

Les deux premiers cycles doivent être repensés dans leurs programmes en supprimant l'inutile ou le redondant, déplaçant le mal placé, modernisant l'archaïque reconduit à l'identique depuis 50 ans et allégeant fortement des programmes exhaustifs, en réservant une place significative à des sciences humaines appliquées aux situations cliniques de terrain.

Pour les disciplines fondamentales, à titre d'exemple, la chimie fondamentale et la chimie organique, si utiles pour les étudiants en pharmacie, ont-elles un intérêt pour les étudiants en médecine? Les statistiques et la LCA (Lecture Critique d'Article) sont à enseigner conjointement mais à réserver à un tronc commun de début d'internat, au moment où, l'expérience venant, on en voit l'intérêt. Et en les maintenant bien sûr à destination des étudiants qui s'engagent en parallèle dans un cursus de Master Sciences. L'anatomie, qui fait partie des incontournables avec la physiologie ou la biologie cellulaire, doit être enseignée en l'associant d'emblée à la radiologie, à la chirurgie ou à la sémiologie. La biochimie doit être plus appliquée aux grands mécanismes physiologiques et associée à l'étude de la nutrition ou des dyslipémies. L'étudiant pourra ainsi mieux voir l'intérêt pratique des fondamentaux qu'il apprend. Conservons néanmoins le principe général de cours communs entre les voies menant aux différentes professions de santé, principe qui forge une culture commune et une meilleure interprofessionnalité ultérieure.

Quant aux disciplines cliniques, des coupes sombres, d'au moins un tiers globalement, sont nécessaires dans les programmes, n'en déplaise aux responsables de disciplines.

Avec un premier semestre consacré aux sciences fondamentales, un second déjà tourné vers la sémiologie, une seconde année où débutent des stages courts et un apprentissage accéléré en centre de simulation, un second cycle largement tourné vers la clinique et l'évaluation des compétences de l'étudiant, se dessine une réforme allant à l'essentiel, axée sur la prise en charge du patient et permettant l'adéquation entre besoins et formation.

Revenir enfin à un troisième cycle plus court d'un an, pour toutes les spécialités, est raisonnable et facile à mettre en place rapidement, sans en changer en profondeur la structure qui vient d'être modifiée. Il doit être réhabité par les données essentielles de la spécialité, au bénéfice du patient. Un chirurgien doit-il tout savoir sur la cure de hernie ou sur la transplantation hépatique ? C'est le post-internat qui permet des hyperspécialisations, apanage des CHU. Une dose de transversalité, en favorisant des stages hors de sa spécialité ou à l'étranger, est aussi à prescrire.

Ainsi, le raccourcissement de deux ans des études permet, très rapidement, à horizon de 5 ans, de mettre à disposition 17 à 20 000 médecins supplémentaires. De quoi régler la question de la pénurie médicale pour le plus grand bénéfice de la nation. Le gouvernement garde la main, comme actuellement, pour régler au mieux le curseur entre la médecine générale et les autres spécialités. Une telle réforme ne coûte guère et est de nature à améliorer le sentiment de mal-être étudiantin.

Afin de réussir ces changements, deux difficultés, jusqu'ici éludées, méritent toute l'attention des pouvoirs publics. L'attractivité des carrières hospitalo-universitaires et le niveau des lycéens au sortir de terminale.

Les tracasseries de la vie de l'hôpital public, l'omniprésence de l'administration, la captation du temps par l'hôpital aux dépens de l'activité d'enseignement et de recherche, une gestion de carrière inadaptée, une retraite hospitalière indécente, agissent comme repoussoir sur les jeunes confrères et détournent les plus anciens vers le privé ou l'étranger, tarissant peu à peu la source des professeurs en faculté de médecine. Certaines spécialités sont déjà sinistrées. Quelques mesures incitatives efficaces devraient pouvoir régler une situation délicate déjà très ancienne, tout en tentant de restaurer une équité des capacités d'enseignement sur le territoire.

La baisse du niveau des lycéens récemment épinglée par le classement PISA est en réalité une déchéance progressive remontant à une quinzaine d'années. Chute du niveau de culture générale. Chute majeure du niveau de français aboutissant à une incompréhension des nuances, or rien n'est blanc ou noir en médecine. Chute du niveau en mathématiques (calcul mental en particulier), ne permettant plus sans risque un simple calcul de dose à administrer. Chute du niveau de maturité et de la résistance psychologique qui se traduit par une intolérance à la moindre frustration et un stress accru. Ainsi le vivier de lycéens capables d'entreprendre les études médicales se restreint d'année en année. Au diable la suppression du numerus clausus, le cursus devient inatteignable pour beaucoup ! Restons honnête envers les lycéens, le parcours reste difficile et semé d'embûches mais néanmoins très accessible à l'étudiant travailleur, s'il est bien formé dans le secondaire.

L'inaction, à ce stade d'un diagnostic clair, serait coupable. Puisse le politique s'emparer de ces idées et développer une réforme courageuse, réaliste, bénéfique à la nation toute entière et peu coûteuse pour les comptes publics.