

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 25 février 2025, a adopté le texte de ce rapport par 44 voix pour, 14 voix contre et 6 abstentions.

La formation médicale initiale

Guy VALLANCIEN (rapporteur), au nom d'un groupe de travail de l'Académie nationale de médecine.

Membres du groupe de travail : Claudine Bergoignan-Esper, Marie Germaine Bousser, Dominique Bertrand, Jacques Caton, André Chays, Bruno Clément, Patrice Diot, Patrick Netter, Francois Richard, Jean Sibilia

Les auteurs du rapport déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

« Vers l'orient compliqué, je volais avec des idées simples »

Charles de Gaulle
Mémoires de guerre

Introduction

L'évolution des sciences et des technologies médicales contraint les universités à des adaptations permanentes afin de former les futurs praticiens, leur imposant de repenser le champ des grandes thématiques couvrant les disciplines médico-chirurgicales ainsi que les aspects pratiques du cursus tant dans son contenu que dans sa durée.

Le découpage traditionnel de la médecine en disciplines d'organes s'élargit à de nouvelles entités, telles que la médecine de proximité et de coordination, la gériatrie englobant les pathologies du vieillissement, l'infectiologie et les zoonoses, l'oncologie et l'immunologie, la médecine interventionnelle et la chirurgie, tous champs d'actions qui restructurent la médecine au-delà de la seule perpétuation des disciplines traditionnelles qui, elles-mêmes, se scindent en surspécialités, telle la rythmologie cardiaque, l'hypertensiologie, la chirurgie du glaucome, de la rétine, de la hanche ou du rachis.

Si l'université offre aux étudiants des connaissances scientifiques et médicales, elle ne les forme pas au vrai métier de médecin. Les stages en CHU permettent une approche plus pragmatique de la profession, mais il s'agit d'un cadre particulier qui ne couvre pas tous les aspects des pathologies, comme de l'organisation quotidienne du praticien ainsi que ses relations avec les autres professionnels de santé.

A la suite des taux d'échec et de réorientation élevés de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), mise en place entre 2010 et 2020 pour donner accès large aux études de médecine, de maïeutique, d'odontologie, de pharmacie et de kinésithérapie (MMOPK), les études de santé furent réformées entre 2017 et 2021, sur les modes du Parcours d'Accès Spécifique en Santé (PASS) et de la Licence d'Accès en Santé (LAS) dans un temps très court, marqué par la pandémie COVID empêchant nombre d'interactions qui auraient été utiles à la préparation harmonieuse des transformations attendues. Ces réformes furent, en outre, engagées sans qu'ait été menée au préalable une réflexion holistique quant aux attentes de la nation vis-à-vis de son système de santé, du rôle en son sein du corps médical, de celui des diverses et nouvelles professions de santé et de celui des patients de plus en plus en plus acteurs de leurs soins.

La méthode

Sur la base d'un questionnaire (annexe 1), le groupe de travail, au cours d'entretiens de 30 à 45 minutes, a auditionné 61 personnalités du monde universitaire, professionnel, politique, syndical et associatif (annexe 2), en vue de rédiger le présent avis proposant quelques grandes orientations, permettant de bâtir un modèle de formation à la fois plus court, plus concret et plus multidisciplinaire, reposant sur trois évidences :

1° La nécessité d'accélérer la transition entre l'intégration des connaissances scientifiques et médicales classiques et l'apprentissage d'un savoir-faire en apprenant concrètement le vrai métier, abordant davantage les questions d'économie, de transition écologique, d'environnement, de biogénomique, de sciences numériques et d'intelligence artificielle, de cybersécurité, comme celles de l'organisation d'une installation en libéral, en centre ou maison de santé, ou celles concernant les aspects managériaux, juridiques et éthiques de la profession. Apprendre la pratique du métier de médecin au quotidien de la consultation, de la visite à domicile, du bloc opératoire, de la salle de radiologie, du microscope de l'anatomopathologiste, de l'entretien psychiatrique et des autres spécialités ainsi que l'art d'exercer en équipe. Se renseigner sur la carrière hospitalière et le cursus universitaire, le tout dans un esprit de coopération interprofessionnelle initiée dès le début des études, apportant aux étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, sciences infirmières, kinésithérapie et odontologie), des bases de connaissances communes et partagées.

2° L'importance de développer dans le cursus, outre le savoir-faire, l'apprentissage d'un savoir-être. Savoir écouter, expliquer, rassurer, tout comme savoir annoncer un diagnostic difficile, sont des qualités indispensables à l'exercice d'une bonne médecine, tout comme savoir partager et manager.

3° La variabilité des qualités requises qui diffèrent selon que l'étudiant se destine à un exercice tel que la médecine générale, à la recherche dans un laboratoire, à la chirurgie ou à la médecine de santé publique. Une formation pratique uniforme encore très hospitalo-centrée au sein des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) en tant

qu'externe, puis interne, ne permet pas de répondre concrètement à cette diversité d'exercice. L'universitarisation d'autres lieux de pratique, de coopérations et d'échanges interprofessionnels s'impose donc comme un élément essentiel visant à couvrir tous les aspects d'un exercice sanitaire global et partagé.

Au terme des interviews les membres du groupe de travail se sont réunis afin de rédiger la présente contribution, revue à partir d'un premier document de travail écrit par le rapporteur qui apporta les derniers points à ajouter au projet. Cette contribution fut présentée et votée à l'unanimité par la commission 10, puis amendée par le Conseil d'administration avant d'être proposée au vote en séance plénière. Elle a vocation à donner un cap, appuyé sur certaines évolutions structurelles à apporter à la formation médicale.

La situation sanitaire actuelle

Avant de proposer un schéma cohérent de la formation initiale des médecins, il importe d'établir un état de la situation sanitaire actuelle :

1° Les besoins : nous vivons dans une société aux pathologies mentales fréquentes, à la population vieillissante, et dont les individus veulent accéder au plus vite à tous les biens, dont la santé placée parmi les priorités.

2° L'offre de prévention est minimale, ne représentant que 2,5% des dépenses de santé.

3° L'offre de soins est disparate et désordonnée amenant à la multiplication des « déserts médicaux » et au manque de personnels hospitaliers.

4° Le monde médicosocial est considéré comme secondaire.

5° Il n'existe aucune évaluation concrète et régulière de la pertinence et de la qualité des actes effectués par les professionnels de santé, les médecins en premier, aboutissant à une proportion anormale d'au moins **20% d'actes inutiles, dits non pertinents (4).**

Enfin 3 éléments nouveaux risquent de profondément modifier l'offre sanitaire :

6° Le robot conversationnel AMIE (Articulate Médical Intelligence Explorer) de Google a montré que l'IA était préférée par les patients en termes de questionnement sur leurs antécédents et qu'elle obtenait un meilleur score de bons résultats diagnostiques pour les 6 pathologies sélectionnées (cardiologie, pneumologie, gastroentérologie et autres).

7° L'aspiration à un meilleur partage entre la vie professionnelle et personnelle des jeunes médecins devra être prise en compte dans la question du nombre d'étudiants à former.

8° La présence dans les territoires des acteurs soignants non médecins capables de poser un diagnostic et de prescrire une thérapie.

Il conviendrait donc à l'avenir d'engager non pas une politique de soins en se concentrant sur la seule thérapie, mais de former les étudiants dans une optique de santé globale, impliquant tous les aspects de la prévention à la réadaptation et l'exercice partagé entre professionnels.

La démographie médicale actuelle

1° En 2023 le Conseil National de l'Ordre des médecins a relevé 234028 médecins en activité dont 197417 médecins en activité plein temps inscrits au Tableau, 36611 médecins ayant une activité intermittente, dont 16452 en cumul emploi-retraite (5).

2° Pour la première fois de l'histoire de la Médecine en France, une majorité de médecins en exercice régulier sont des femmes (50,5%).

En conclusion :

1° La formation médicale initiale devrait permettre l'obtention d'un bagage de connaissances théoriques et d'expériences pratiques suffisant pour exercer la médecine en utilisant les meilleures technologies diagnostiques et thérapeutiques mises à la disposition des personnels soignants (simulation et immersion numériques), sans saturer les étudiants par des notions scientifiques ultra complexes, hyperspécialisées et rapidement obsolètes. Au-delà des connaissances scientifiques, c'est un métier qu'il faut apprendre.

2° L'apprentissage de l'exercice partagé avec les autres professionnels de santé, ainsi que les clefs du management s'imposent aux futurs médecins, notamment à celles et ceux qui auront des responsabilités d'équipe, d'établissement, de charge universitaire, d'association, de syndicat ou de tous autres types d'organisation sanitaire.

3° La formation devrait aussi favoriser l'acquisition de l'art de la relation interpersonnelle envers le patient et ses proches, faite d'écoute et de bienveillance, tant au téléphone et en téléconsultation que lors des consultations ou au lit du malade.

4° Des matières comme l'économie de la santé, l'organisation du système de santé, (Ministères, DGS, DSS, DGOS, ARS et autres organismes tels que les CPTS, URPS, CPAM), la génération de l'intelligence artificielle ainsi que l'aspect juridique et déontologique de la profession devraient être largement développées.

5° La formation médicale initiale devrait à l'avenir être la même dans les 27 pays de l'Union Européenne.

Le constat sur la formation initiale

1° CYCLE

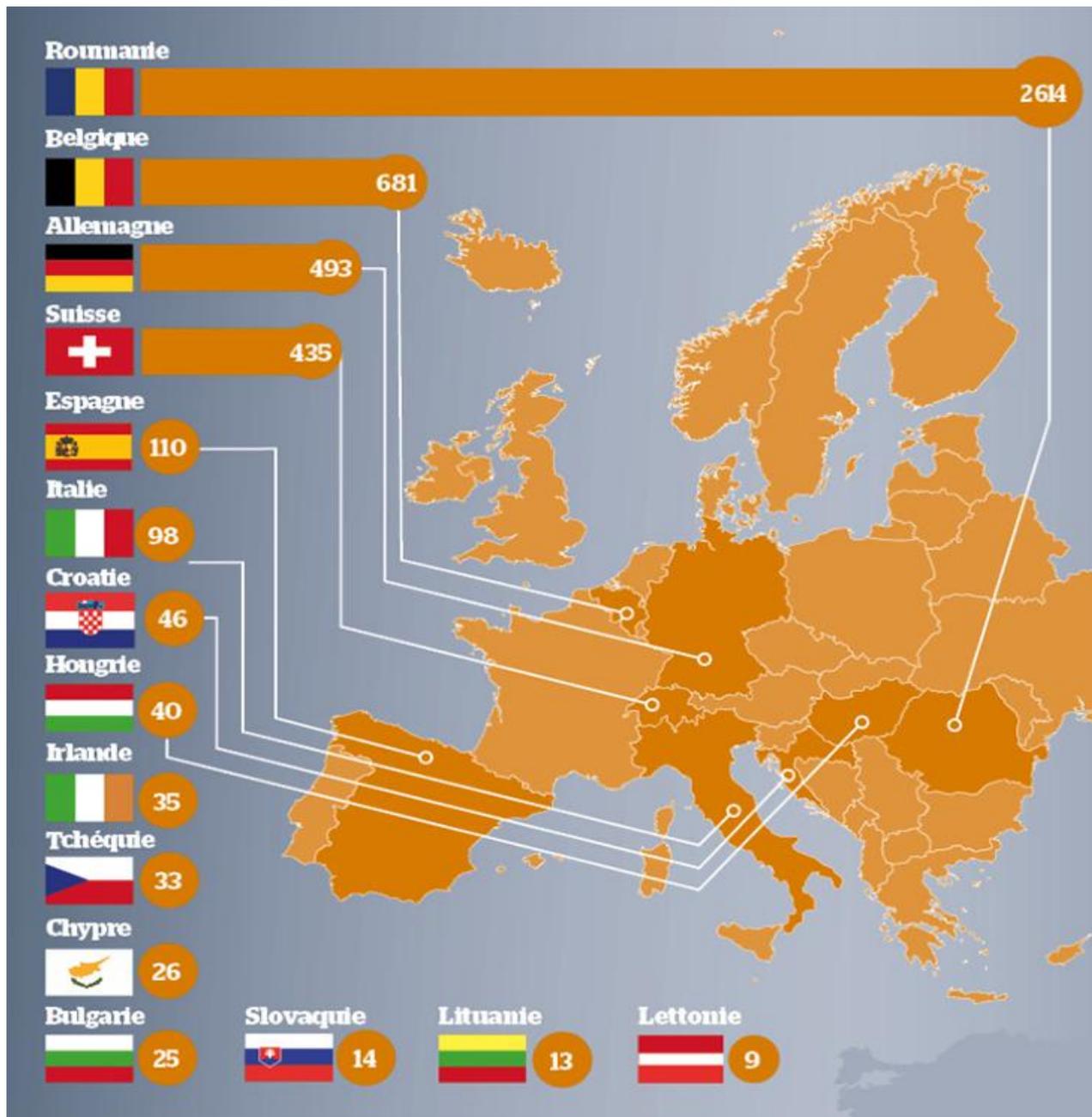
La réforme PASS-LAS qui s'est accompagnée de la décision politique d'abandonner le numerus clausus n'a pas répondu aux attentes. Elle apparaît responsable d'un mal-être pour les élèves de terminale posant leurs vœux sur ParcoursSup, comme pour nombre d'étudiants entrant dans le cursus. Les statistiques sont alarmantes : 82% des élèves de terminale entrant en Pass-Las se déclarent stressés, 42% des étudiants veulent abandonner leurs études de médecine en cours de première année et 36% se disent trop isolés. 43 % des étudiants en deuxième année de santé ont ressenti une différence de niveau entre celles et ceux qui purent intégrer via un Parcours d'Accès Spécifique en Santé (PASS) au détriment des étudiants inscrits en Licence d'Accès en Santé (LAS), engendrant une cause supplémentaire de mal-être étudiant.

Le niveau scolaire des étudiants en Pass varie aussi considérablement d'une université à l'autre. La région parisienne en fournit la meilleure illustration : en 2023, 16% des candidats de Sorbonne Paris Nord à Bobigny avaient obtenu la mention «très bien» au baccalauréat, contre 38% à Sorbonne Université et 54% à Paris Cité qui a, en outre, recruté plus d'un quart de ses étudiants de Pass hors Île-de-France en 2023.

La fuite vers les universités étrangères

Près de 5000 étudiants français seraient partis se former ailleurs en Europe (3), surtout en Roumanie, en Belgique et en Espagne, n'ayant pu intégrer ou poursuivre le cursus à la française alors que les études de santé restent très attractives.

2 614 étudiants en médecine français se trouvent en Roumanie – pays qui a mis en place une filière francophone organisée –, 681 en Belgique, 493 en Allemagne, 435 en Suisse, 110 en Espagne... Plusieurs dizaines de carabins français tentent aussi leur chance dans d'autres pays de l'Est. Au total, près de 5 000 étudiants français suivent un cursus de médecine à l'étranger – tous cycles confondus, dans des facultés publiques ou privées, en Europe ou ailleurs –, un chiffre sans doute sous-estimé.



Carte des fuites à l'étranger : Sources des données chiffrées sur la carte : ministères de l'enseignement supérieur, de l'éducation et des administrations centrales des pays cités.

2° CYCLE

La réforme dont l'ambition était de passer d'une pédagogie de la connaissance à une authentique pédagogie de la compétence, a provoqué, elle aussi, de nombreux questionnements, notamment quant à la prise en compte dans le classement des épreuves orales fondées sur des mises en situation que sont les Epreuves Cliniques Objectives et Structurées (ECOS). De même, la question du contenu et du sens de la 6^{ème} année de médecine, 3^{ème} année de l'actuel second cycle, est clairement posée (les seconds cycles de toutes les autres formations universitaires se font en deux années, selon le modèle européen du LMD, licence en 3 ans, master en 2 ans et thèse en 3 ans).

3° CYCLE

La réforme du troisième cycle (l'internat) qui avait pour but de développer la professionnalisation en fin d'études fut marquée par une inflation des spécialités, désormais au nombre de 44, et par un allongement de 1 à 2 ans (au total entre 4 et 6 ans selon les spécialités). En outre, l'organisation en silos de l'enseignement des dites spécialités, a exposé à la disparition d'un corpus culturel et de compétences génériques communs à toutes les spécialités médicales.

L'académie nationale de médecine s'est donc penchée sur cette question essentielle et complexe de la formation des étudiants en médecine, convaincue que l'évolution de la pratique médicale dépendra de multiples facteurs parmi lesquels :

1° **L'évolution des pathologies humaines** marquée par le vieillissement de la population et les comorbidités qui l'accompagnent, ainsi que par les impacts majeurs de la surpopulation, des nombreuses pollutions humaines, du changement climatique et de la rapidité des transports, tous facteurs combinés des nouvelles zoonoses.

2° **Les progrès ultra-rapides de la biologie, de la génomique, de l'imagerie** qui transforment le diagnostic en alertant le médecin avant même l'apparition des symptômes cliniques.

3° **Les avancées considérables des moyens numériques** et de l'intelligence artificielle (IA) dans l'enseignement et dans la pratique médicale (voir ci-dessous), capables de poser un diagnostic et de proposer une thérapie, voire de la réaliser eux-mêmes, décisions et actes qui seront au demeurant toujours à valider par un praticien. L'IA devrait en outre simplifier la pratique médicale en réduisant la durée de la part administrative chronophage.

4° **L'émergence des nouvelles thérapies** (CAR T-cells, vaccins à ARN messager).

5° **L'aide de la robotique à l'exécution des interventions intracorporelles**, la numérisation de l'imagerie qui permet de voir la lésion que ne détecte pas l'œil humain et est capable de produire un compte-rendu, l'analyse numérisée des lames au microscope qui commence à s'effectuer en anatomopathologie et autres progrès incessants qui bouleversent le rôle et le nombre de spécialistes à former.

6° **L'accès à la simulation et à l'immersion digitale**, permettant de recréer toutes les situations pathologiques à connaître par les étudiants.

7° **La possibilité pour une infirmière en pratique avancée (IPA) de suivre les malades** atteints de pathologies chroniques, neurologiques, d'insuffisance rénale, et de gérer les urgences en partenariat étroit avec les médecins, véritable « hybridation » des métiers qui s'est étendue aux pharmaciens, aux sages-femmes, aux odontologues et aux kinésithérapeutes en les autorisant à poser le diagnostic de certaines pathologies aiguës courantes et à prescrire une thérapie. Cette hybridation transforme le schéma traditionnel du médecin seul capable d'effectuer un diagnostic et de prescrire la thérapie qui en découle, rendant ainsi quasi caduque l'expression de « *médecin traitant* » au profit du médecin « *Maitre d'œuvre* » tel que l'a défini l'avis de l'Académie de médecine rendu en 2023 sur « *Le rôle et la place du médecin généraliste au XXIème siècle* ».

8° **La montée en puissance des patients** dans la décision médicale qui les concerne au premier chef venant à son tour empiéter sur les choix thérapeutiques d'un corps médical se voyant peu à peu dépossédé de son pouvoir.

Face à ces changements profonds, tant scientifiques, technologiques que sociétaux, qui ne feront que s'accroître, les membres du groupe de travail restent pleinement conscients et attachés à l'incomparable valeur d'un système de santé altruiste au sein d'un monde de plus en plus complexe et parcellisé.

Les Propositions

Simplifier

Raccourcir

Professionaliser

Collaborer

Humaniser

Le nombre d'étudiants

L'idée d'augmenter à 16.000 voire de doubler le nombre d'étudiants en médecine comme cela fut proposé par les autorités publiques n'est-elle pas le reflet d'une vision surannée du rôle du médecin de demain au sein d'un système de santé en pleine mutation ?

D'un côté la jeune génération privilégie un rapport plus équilibré entre vie professionnelle et vie privée sachant que 70% des étudiants en première année de médecine sont des femmes qui pourront avoir à vivre des maternités. D'autre part, trop de médecins n'exercent plus dans leur champ de compétence initiale ou sous une forme limitée, réduisant l'offre de soin présumée. Autant de réalités qui semblent pousser les autorités à augmenter le nombre de praticiens dans l'hexagone et dans les territoires ultramarins.

Parmi les médecins généralistes plein temps, hors médecins à exercice particulier (MEP), 25% d'entre eux voient plus de 2000 patients par an quand 25% en voient moins de 1100/an avec une moyenne à 1617/an à raison de 3 à 3,5 consultations par patient par an, soit environ 5250 consultations/an. Les jeunes médecins installés depuis 2016 réalisent en moyenne 4660 actes par an, soit 600 de moins que la génération précédente. En revanche, s'ils consultent moins, leurs consultations sont plus longues.

Le nombre d'installations est en augmentation : environ 2200 médecins généralistes se sont installés en 2022, un chiffre en hausse de plus de 70% par rapport à 2012.

De l'autre, **l'irruption massive de l'intelligence artificielle et l'exercice partagé et transféré à d'autres professionnels**, pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues et autres spécialistes, ainsi que le développement d'assistants administratifs libérant autant de temps disponible pour les médecins, amène à **ne pas augmenter inconsidérément leur nombre, en limitant environ à +10% le quota supplémentaire d'étudiants en médecine.**

Aujourd'hui, un jeune médecin ouvre son cabinet moins de 4 ans après sa soutenance de thèse, contre près de 6 ans en 2011. Il a alors 35 ans au lieu de 37 en 2011, toutes réalités qui vont à l'encontre des idées reçues. La tendance à la hausse du nombre d'installations ne suffit cependant pas à compenser les départs. Alors que plus d'un tiers des généralistes ont plus de 60 ans, le nombre de cessations d'activité par an a régulièrement augmenté pour atteindre environ 2350 l'an dernier, contre 2200 installations. Résultat : la population de généralistes libéraux plein-temps a légèrement diminué de 3,5 % en dix ans, à 52 150 praticiens. En revanche l'âge moyen de cessation d'activité est passé de 66 à 68 ans amortissant le nombre accru de départs en retraite. Enfin, la part de généralistes exerçant en libéral est de 68% contre 32% qui sont salariés.

Les anciennes générations de praticiens exercent en moyenne 56 heures/semaine pour les médecins hommes et 50 heures pour les femmes et suivent 1700 patients en moyenne. La durée hebdomadaire d'exercice de la jeune génération en centre de santé, maison de santé, ou en libéral est en moyenne de 40h sur dix mois pour une prise en charge de 1500 patients à raison de 3 consultations par an et par patient en moyenne réparties en un tiers de consultations longues (30 mn ou plus) et deux tiers de consultations plus courtes (17mn ou moins) par semaine, soit **4500 consultations par an/praticien** à raison de 20 consultations par jour sur 5 jours de 8 heures de travail ou 4 jours de 10h de travail. Il faudrait donc prévoir 56000 postes de médecins généralistes disponibles 8h/J, 5 jours/7 ou 10h /j, 4 jours/7 (4).

Compte tenu du nombre actuel des 51.000 praticiens généralistes temps plein, une augmentation de 10% devrait s'avérer suffisante. C'est moins le nombre de médecins soignants qui est important que le temps global de soins offert qui sera comblé par le développement des Centres Médicaux de Soins Immédiats (CMSI) faisant appel à des urgentistes et d'autres généralistes vacataires couvrant les plages horaires de nuit et de week-end afin d'assurer le relai entre les soins de ville et les urgences hospitalières.

L'usage quotidien de « Mon Espace Santé » qui permettra peu à peu l'accès à tous les professionnels de santé des informations diagnostiques, radiologiques, biologiques, endoscopiques et thérapeutiques, et le pourcentage notable de temps médical récupéré par le transfert de tâches et d'actes médicaux courants vers d'autres professionnels, sans compter la moindre occupation aux tâches administratives grâce aux assistants humains et numériques, devraient suffire à couvrir les besoins au prix d'une augmentation d'environ 10% des étudiants en médecine.

En 2035 la France atteindra tout juste 69 millions d'habitants, population qui devrait décroître à partir de 2044. Si le vieillissement de cette population nécessitera plus de temps de prise en charge globale, l'augmentation modérée du nombre de médecins généralistes sus décrite devrait suffire, à la condition d'une organisation optimale de la prise en charge des patients qui fait encore grandement défaut dans de nombreux territoires.

Ce sont donc finalement environ 56 000 médecins généralistes libéraux ou salariés plein temps qui devraient couvrir les territoires (en Allemagne, les médecins généralistes sont au nombre de 50 000 pour 83 millions d'habitants, mais les assistants médicaux sont 3 fois plus nombreux). Ils et elles exerceront en communautés professionnelles pour assurer les plages horaires nécessaires en semaine, et éventuellement les urgences de nuit

et de week-end. Si les Maisons de Santé Pluri-professionnelles et les Centres de Santé ne peuvent les assurer, les Centres Médicaux de Soins Immédiats (CMSI) non programmés les relayeront auxquels participent certains des 17.000 médecins exerçant à temps partiel en cumul emploi-retraite.

Vouloir former 16.000 médecins voire multiplier par plus de 2 leur nombre risque d'aboutir dans 15 ans à un trop plein de praticiens sans réelle activité, amenant les responsables politiques à rétablir le numerus clausus !

Un nombre maximum de 12 000 étudiants à former par an semble raisonnable, nécessitant déjà une augmentation conséquente des moyens octroyés aux facultés de médecine et plus globalement aux universités aujourd'hui saturées et en difficulté pour projeter la formation dans les territoires, enjeu majeur de fidélisation des futurs praticiens. La question n'est donc pas de chercher à créer de nouveaux CHU ou de nouvelles facultés, mais à s'engager au renforcement de l'appareil existant.

Afin d'établir une prospective fiable, les moyens humains et matériels de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), devraient passer par leur intégration pleine et entière dans la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), à laquelle l'Observatoire est rattaché, tout en précisant les missions de ses comités régionaux gérés par des ARS.

Les Unions Régionales des Professions de santé (URPS), les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) et les caisses régionales d'assurance maladie (CROM) qui disposent de moyens et de données précises devraient être plus impliqués dans cette analyse de la démographie médicale territoriale indispensable à définir les besoins de la population locale et prévoir le nombre de praticiens à former dans toutes les spécialités concernées.

1° La Licence en santé

La mise en place d'une licence en santé apparait comme une formule permettant de gommer les défauts de la réforme PASS/LAS sans en abandonner les avantages, à savoir une diversification des futurs professionnels de santé, un arrêt du gâchis des deux premières années soldées par un échec et un véritable enrichissement culturel. Elle sera facilitée par la généralisation du modèle des facultés de santé intégrant l'ensemble des formations médicales et paramédicales.

Cette licence devrait être le creuset commun de toutes les formations en santé, médicales (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique), kinésithérapie et paramédicales, dont l'universitarisation est virtuelle, le rôle des universités se limitant concrètement aujourd'hui à apposer un sceau sur les diplômes délivrés, sans qu'ait été conduite une véritable réflexion pédagogique.

Ce parcours multidisciplinaire pendant les trois premières années d'études est revendiqué par les syndicats d'étudiants en santé dans leur publication « Propositions pour la Licence santé » de février 2024 : « les stéréotypes associés à certaines formations doivent être combattus afin que les étudiants et étudiantes puissent avoir une approche neutre et factuelle des différentes formations et professions de santé. Une évolution ambitieuse du module de découverte des métiers permettra de confronter les attendus des étudiants et étudiantes à la réalité de l'exercice de ces professions et ainsi permettre une orientation en pleine conscience au sein des différentes filières ».

La licence en santé devrait comporter en première année au minimum 50% d'« European Credit Transfer and accumulation System » (ECTS) correspondant à des connaissances et compétences partagées entre les formations de santé, en conservant pour les autres pour cent d'ECTS l'ouverture à d'autres champs disciplinaires au choix des étudiants et en fonction de l'offre locale et des possibilités des universités.

Le programme de la licence, allégé dans les sciences dites fondamentales, devrait être renforcé dans les sciences biologiques, notamment génomiques, dans les sciences numériques et l'intelligence artificielle, dans les sciences de l'environnement et les enjeux de la transition écologique. Il devrait intégrer les connaissances d'économie générale et d'économie de la santé, les enjeux juridiques civils et ordinaux, de l'éthique professionnelle sus-cités. En effet, la formation aux métiers de la santé exige une vision large allant de la prévention secondaire et tertiaire (la prévention primaire n'étant sans doute pas du seul ressort de la médecine,

mais de la société dans son ensemble) et du traitement des pathologies jusqu'à la réhabilitation et la fin de vie. Cet enseignement devrait intégrer une éducation renforcée à la coopération inter-professionnelle grâce à l'apprentissage des règles de management qui faciliteront une prise en charge communautaire des patients.

Les présidents d'université, marqués par l'expérience du PASS/LAS, dont les moyens nécessaires n'ont pas été suffisamment anticipés, insistent sur le fait qu'une telle évolution nécessitera d'importantes ressources supplémentaires.

Les Propositions

La première année de licence permettrait l'acquisition d'un socle de connaissances et de compétences commun à toutes les professions de santé, dans le cadre d'un corpus culturel partagé.

En fin de première année, l'étudiant s'orienterait vers telle ou telle formation, sur la base des résultats aux examens écrits, suivis d'un oral pour celle ou celui qui a réussi, c'est-à-dire un entretien portant sur les motivations de l'étudiant, ses capacités relationnelles, décisionnelles et critiques. L'étudiant conserverait une deuxième chance en fin de deuxième année, avec la possibilité d'une réorientation en troisième année sur la base de ses résultats écrits.

La deuxième et la troisième année comporteraient donc un socle conséquent d'enseignements communs, et un début de professionnalisation, notamment au travers de l'organisation des stages. En deuxième année, le service sanitaire devrait être revisité et prolongé sur 8 à 12 semaines, dont 4 dédiées à la prévention et huit autres permettant aux étudiants de découvrir davantage les divers lieux, organismes et métiers de la santé, notamment certaines spécialités et centres d'activités sanitaires : hôpitaux, cliniques, MSP, SMR, EHPADs, ARS, HAS, ministère de la santé, Caisses Primaires d'Assurance Maladie, leur permettant de prendre la mesure du système de santé dans sa complexité.

En troisième année, l'étudiant en médecine poursuivrait la découverte des différentes spécialités médicales, chirurgicales, la psychiatrie, la santé publique et la prévention grâce à d'autres stages dans le cadre de l'externat.

L'examen écrit de la licence en santé donnerait droit à l'autorisation d'exercer pour les étudiants et étudiantes en sciences infirmières, en orthoptie, en orthophonie et en manipulation radiologique. Il leur ouvrirait la porte aux masters comme pour les autres disciplines dont la médecine.

2° Le Master en médecine

La réforme du troisième cycle ayant ajouté 1 ou 2 années à la plupart des Diplômes d'Enseignement de Spécialité (DES), **nous proposons que la 6^e année de médecine corresponde, après les Epreuves Dématérialisées Nationales (EDN), à une première année de troisième cycle commune à tous les DES.**

Cette première année commune aurait vocation à enseigner des compétences génériques qui doivent être partagées par tous les médecins, quelles que soient leur spécialité, et à contribuer à la détermination du choix de spécialité. Afin d'aider à cette maturation, les étudiants choisiraient en sixième année une orientation dans l'une des grandes filières de spécialités qui pourraient être :

*La médecine générale, la gériatrie, la pédiatrie,

*la santé mentale et la psychiatrie...

*La biologie

*L'imagerie

*Les spécialités d'organe

*La chirurgie et la médecine interventionnelle

*Les soins critiques et urgences

*La prévention et la santé publique

L'étudiant aurait droit au remords 2 fois, au bout de 6 mois ou un an, afin de pouvoir intégrer une autre filière. En plus de ces enseignements génériques, il bénéficierait d'enseignements spécifiques de son choix.

L'étudiant poursuivrait ses stages d'externes dans différents services hospitaliers (CHU, CH et Espic, cliniques agréées) et en maison de santé pluriprofessionnelle.

3° Le Doctorat en médecine

Un doctorat de 4 ou 5 ans selon les spécialités conclura les études de médecine qui reposeront au total sur 9 ou 10 années de formation (notamment pour les spécialités à gestes opératoires ou endoscopiques), soit un schéma plus court de 1 à 3 ans, comparé à la durée actuelle de formation. L'étudiant précisera au fur et à mesure de ses stages d'interne de 6 mois la spécialité qu'il exercera. Un Diplôme d'Etudes Supérieures conclura le parcours de formation, ainsi qu'une thèse de Doctorat d'Etat en vue d'une inscription à l'Ordre des médecins.

Cette réduction de la durée de la formation médicale initiale due en particulier aux moyens numériques de simulation et d'immersion s'inscrit dans une perspective de renforcement de l'articulation entre formation initiale et formation continue tout au long de la vie professionnelle dont il faudra, à son tour, profondément modifier les modes d'organisation et le financement selon un récent rapport de la cour des comptes.

Vers une évolution dans l'organisation pédagogique du Doctorat

L'organisation pédagogique actuelle du 3^{ème} cycle mène trop rapidement à une forme d'hyperspécialisation au détriment d'une formation plus polyvalente extrêmement utile dans le contexte d'une offre de soins partagée.

La première année du doctorat consistera en un tronc commun de formation initiale polyvalente.

En deuxième année, l'étudiant-interne choisira une spécialité dans une subdivision de formation.

Cette nouvelle organisation sous-entend que :

☆ Le choix de sa spécialité soit fonction des résultats de l'EDN et d'un entretien

☆ Le tronc commun se fasse grâce à des stages agréés dans l'ensemble de la subdivision.

Pour une proportion de régionalisation de l'internat

Au terme de la première année du 3^{ème} cycle, et en fonction de leur rang de classement, les étudiants en médecine seront appelés à choisir la subdivision universitaire et leur spécialité future dans laquelle ils effectueront la suite de leur troisième cycle, c'est-à-dire leur internat. Pour la plupart des étudiants, la priorité est mise sur le choix de la spécialité, que la réforme de 2017 du troisième cycle impose désormais dès le début de l'internat. Les étudiants les mieux classés qui ont l'embarras du choix, optent pour les spécialités les plus attractives dans les subdivisions les plus attirantes. Les étudiants en situation intermédiaire choisissent, en priorité de se former dans une spécialité, puis dans une subdivision par défaut avec généralement l'intention de la quitter dès le terme de leur formation. Les moins bien classés se trouvent contraints d'opter pour une spécialité par défaut, dans une subdivision qui ne correspond pas non plus à leur choix de cœur. Autant de décisions qui concourent au mal-être des internes, entre ceux affectés par obligation dans une région qui leur est imposée, et ceux qui ne font que des choix de spécialité contraints. La multiplication des droits au remords est un symptôme de ce mal-être, qui résulte de la construction d'un internat en silos.

Le fait que les médecins s'établissent le plus souvent là où ils ont effectué leurs études est bien établi. C'est aussi vrai pour les spécialistes de médecine générale, que pour l'ensemble des autres spécialités, faisant du lieu de formation un enjeu considérable.

Pour contribuer à résoudre la question des déserts médicaux, il apparaît souhaitable de favoriser la possibilité pour un interne de se former à la spécialité de son choix, dans sa région de cœur, celle au sein de laquelle il a grandi, a sa famille, ses réseaux relationnels, et celle au sein de laquelle il a débuté ses études de médecine. Il ne s'agit évidemment pas de supprimer la prime au mérite qui conditionne en grande partie le maintien d'une élite médicale qui contribue au progrès, mais d'introduire une « dose de proportionnelle » qui permettrait de regarnir les territoires oubliés.

L'ONDPS a commencé à s'emparer de ce sujet en 2019 en donnant, pour les ouvertures de postes d'interne, une primauté au rééquilibrage territorial : le nombre de postes ouverts dans les subdivisions les moins dotées en médecins a ainsi été significativement augmenté. Mais **il faut aller plus loin et favoriser l'accès de ces postes à des étudiants « du cru » motivés.** Pour ce faire, l'ONDPS pourrait établir un coefficient de pondération que les étudiants pourraient décider ou non d'utiliser dans une à trois subdivisions et que le CNG serait chargé de mettre en œuvre.

Le Post-internat

Le cursus de formation initiale pourra être poursuivi dans sa spécialité par un clinicat (CCA-AHU) de 2 ans renouvelables, deux fois par année en milieu hospitalier, en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou en Centre de santé pour les généralistes. Les conditions de ce clinicat devront comporter :

- un salaire et des conditions sociales réévalués tenant compte de l'engagement H et U de ces jeunes médecins
- un temps dédié « sanctuarisé » pour effectuer ses activités universitaires
- un accompagnement de carrière pour ceux qui souhaitent devenir HU
- un nombre de postes adapté aux nouveaux besoins de formation et de recherche en laissant l'opportunité de créer des postes à l'UFR de santé.

Le renforcement des moyens des facultés de médecine et du rôle des doyens

Pour mener à bien ces évolutions, l'autonomie et le pouvoir de décision des doyens de faculté de médecine, très affaibli depuis la loi HPST de 2009 quant à la gouvernance des CHU, devrait être notablement renforcé tant au niveau de la direction des Centre Hospitalo-Universitaires que dans leurs propres instances au ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. La détermination du nombre d'étudiants entrant dans les études de santé devrait tenir compte pleinement de l'avis des doyens quant aux capacités de formation et aux décisions d'ouverture des postes d'internes, spécialité par spécialité.

En travaillant dans une co-construction affirmée avec les organisations étudiantes, les associations de patients et les Agences Régionales de Santé, les décanats deviendront les piliers de la mutation profonde de la formation des médecins afin de les adapter aux transformations incessantes de la science en vue d'améliorer la prévention, les soins et la réhabilitation, dispensés aux personnes blessées, malades et handicapées.

La formation médicale, et plus largement la formation des métiers de la santé actuels et à venir est majoritairement coordonnée et effectuée par la communauté des enseignants-hospitalo-universitaires. Malgré l'explosion des besoins, il n'y a pas eu ces dernières années une augmentation suffisante de leurs effectifs. Pour conserver l'excellence indispensable de la formation médicale française, il apparaît indispensable de renforcer ces effectifs en tenant compte de la légitime évolution générationnelle du temps de travail.

Cette évolution adaptative devra se faire de pair avec le renforcement significatif et rapide des conditions d'exercice et de la valorisation des missions hospitalo-universitaires, ainsi qu'en équipant rapidement les universités et autres lieux de formation territoriaux des matériels numériques de simulation et d'immersion performants.

ECOS non classantes

Les Epreuves Cliniques Objectives Structurées (ECOS) ont pour but d'évaluer les compétences cliniques des étudiants en complément de l'évaluation de leurs connaissances théoriques par les Epreuves Dématérialisées Nationales (EDN).

Actuellement, l'accès au troisième cycle est conditionné par l'obtention d'une note d'au moins 14/20 aux connaissances de rang A (connaissances considérées comme essentielles) des Epreuves Dématérialisées Nationales et par une note d'au moins 10/20 aux Epreuves Cliniques Objectives Structurées.

La proposition

Les ECOS sont de véritables mises en situations techniques et relationnelles, auxquelles participent non seulement des enseignants mais aussi des personnels administratifs et techniques des facultés et des professionnels de santé, ainsi que des usagers du système de santé, appelés à jouer le rôle de patients et de soignants. Toutefois il apparaît impossible dans ces conditions de garantir des conditions homogènes d'évaluation avec une précision garantissant la parfaite reproductibilité qu'impose la prise en compte de la note dans le classement.

Afin de garantir le maximum d'objectivité et d'équité des examinateurs, les 10 épreuves constitutives des ECOS sont évaluées chacune par un binôme d'examineurs, un local et un extérieur venant d'une autre faculté appariée à celle dans laquelle l'étudiant a réalisé ses études, mais cela ne résout pas tous les problèmes et reste excessivement compliqué à organiser dans la durée.

En conclusion, si la prise en compte des notes des ECOS s'avère nécessaire pour valider l'année universitaire, en revanche, elle n'interviendrait pas dans le classement de fin du deuxième cycle des études

Tutorat – Contrat d’Engagement de Service Public

Afin de les aider dans leur choix et progression dans le cursus, **le tutorat des étudiants en cours de licence par les étudiants en master et doctorat devrait être généralisé** dans le but de mieux préparer les examens. Les tuteurs accompagneraient les étudiants tout au long de l’année universitaire au prix de réunions à plusieurs et d’entretiens personnels permettant un véritable coaching. **Ce tutorat, valorisé par des ECTS et des points de parcours, prévus dans le cadre de la réforme du deuxième cycle des études médicales, devra être rémunéré.** À raison d’une moyenne de 6h par semaine, le tuteur pourra légalement percevoir 400 euros par mois pendant 4 mois qui s’ajouteront à l’actuelle rémunération hospitalière d’en moyenne 350 euros/mois, de 275 euros en 4° année à 550 euros en 5° année pour un externe, soit 800 euros en moyenne. **Des interventions de professionnels de santé seraient également organisées afin d’aider les étudiants à murir leur projet professionnel.**

Les études de médecine étant longues et coûteuses, afin d’accompagner l’objectif de diversifier le profil des futurs médecins, **la possibilité de signer un Contrat d’Engagement de Service Public (CESP) devrait être ouverte à tous les étudiants, à partir de la deuxième année de licence santé.**

L’ouverture de ces nouvelles dispositions devrait faire l’objet d’une **vaste communication dans les lycées publics et privés, en faisant intervenir des professionnels de santé, des internes et des étudiants en santé issus de ces mêmes lycées et écoles.**

Synthèse des propositions

SIMPLIFIER – RACCOURCIR – PROFESSIONNALISER – COLLABORER - HUMANISER

1 Généraliser le modèle des facultés de santé (UFR) à l’ensemble des universités à composante santé.

2 Réduire la durée globale de formation à 9 ou 10 années selon les spécialités, au lieu des 10 à 12 années actuelles.

3 Réviser le contenu et la durée du service sanitaire.

4 Ouvrir le Contrat d’engagement de service public (CESP) dès la deuxième année de licence santé. Développer le Tutorat.

5 Créer un master en médecine de 2 ans en transformant la 6° année en une première année commune à tous les Diplômes d’Etudes Supérieures. **Supprimer le caractère classant des Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS).**

6 Ajouter un entretien en fin de deuxième cycle.

7 Créer un doctorat en médecine de 4 ou 5 ans selon les spécialités (internat).

8 Introduire une proportion de régionalisation dans l'organisation de l'internat.

9 Augmenter les moyens humains et matériels dans les Unités de formation et de recherche (UFR), dans les Centres hospitalo-universitaires (CHU), les Centres hospitaliers (CH) publics et privés et les MSP signataires d'un contrat de formation. Renforcer le rôle des doyens dans les CHU et les instances régionales de santé et de prospective démographique

10 En fin de cursus, un clinicat de deux ans renouvelables sera possible pour les candidats à une carrière hospitalo-universitaire et pour celles et ceux qui voudront prolonger leur cursus.

Annexe 1

Liste des thèmes soumis en amont des auditions aux personnalités auditionnées

- 1) **La sélection des candidats** en 1^o année.
- 2) **La durée des études et les nouvelles matières à enseigner.**
- 3) **L'orientation en spécialité.**
- 4) **L'organisation de « stages découverte » en 2^o année** et la diversification des semestres de pratique à l'hôpital, en médecine de ville, cliniques et autres organismes de prévention, de soins et de réhabilitation.
- 5) **La connaissance des outils numériques**, robotiques et de l'intelligence artificielle.
- 6) **L'information sur les enjeux juridiques de la profession** (déontologie, droits des patients, différentes responsabilités).
- 7) **Le développement de l'esprit de relation**, d'écoute et d'humanisme. Le choix des postes d'internes sur les notes des années précédentes et non pas sur un concours.

Annexe 2

Liste des 61 personnalités auditionnées par le groupe de travail

- 1 Guillaume Bailly président ISNI
- 2 Sophie Bauer, Présidente SML
- 3 Marc Bayen, Président CNGE Formation
- 4 Yvon Berland, Conseiller France Universités, ancien président université Aix Marseille
- 5 Clara de Bort, directrice générale ARS Centre Val de Loire
- 6 François Braun, ancien ministre, conseiller du dg du CHR de Metz Thionville
- 7 Agnès Buzyn, ancienne ministre, conseillère maître à la Cour des comptes
- 8 Valérie Cabuil, Présidente de la conférence des recteurs d'académies
- 9 Gabriel Choukroun, Doyen faculté de médecine Amiens
- 10 Pierre Clavelou, doyen CI Ferrand
- 11 Christine Clérici, Présidente de l'université Paris Cité, conseillère de France Universités
- 12 Béatrice Cochener, doyenne Brest
- 13 Marie Amélie Cuny, chargée de mission questions de santé, France universités
- 14 Lysa Da Silva, Présidente Anepf
- 15 Raphaël Dachicourt, Président Réagir
- 16 Jérémy Darenne Président Anemf
- 17 Jean Dellamonica, doyen université Côte d'Azur
- 18 Isabelle Derrendinger, Présidente, Conseil National Ordre des Sages Femmes
- 19 Franck Devulder, Président CSLF
- 20 Agnès Firmin Le Bodo, ancienne ministre, députée
- 21 Henri Foulques, Président section formation, Conseil National Ordre des Médecins
- 22 Etienne Gayat, conseiller santé ministre de l'enseignement supérieur
- 23 Patrick Gasser, Président Avenir Spé
- 24 Antoine Gessbulher, doyen CHUV Genève Suisse
- 25 Jean Dellamonica, doyen Rouen
- 26 Thierry Godeau, Président Conférence présidents de CME CH
- 27 Paul Frappé, Président Collège de médecine générale
- 28 Flore Greze, vice-présidente de la Fage en charge des questions de santé,
- 29 Emmanuel Hay, Président SIHP
- 30 Marc Hazzan, doyen, faculté de médecine, Lille
- 31 Bernard Jomier, sénateur de Paris
- 32 Philippe Juvin, député, des hauts de Seine chef de service des urgences HEGP
- 33 Georges Leonetti, doyen faculté de médecine, Marseille
- 34 Isabelle Laffont, doyenne faculté de médecine, Montpellier
- 35 Emmanuel Loeb, Président jeunes Médecins
- 36 Philippe Marre, membre de l'académie de chirurgie
- 37 Thierry Moulin, doyen faculté de médecine, Besançon
- 38 Rolan Muntz, Président de l' ANAMACAP
- 39 Yannick Neuder député de l'Isère
- 40 Olivier Palombi, doyen faculté de médecine, Grenoble
- 41 Philippe Paparel, doyen faculté de médecine, Lyon Sud
- 42 Alice Perrain secrétaire Générale MG France
- 43 David Piney, vice-président Conférence présidents CME CH
- 44 Lucas Poittevin, Vice-président Anemf
- 45 Philippe Pomar, doyen faculté de médecine, Toulouse
- 46 Pierre Yves Robert, doyen faculté de médecine, Limoges
- 47 Aurélien Rousseau, ancien ministre
- 48 Théophile Rousseau, président de la FNEK
- 49 Rémi Salomon, Président Conférence présidents CME CHU
- 50 Florie Sullerot, Présidente Isnar-Img
- 51 Adam Tornay, directeur des services Conseil National Ordre des Médecins
- 52 Emmanuel Touzé, doyen, faculté de médecine, Caen
- 53 Coline Trayssac, vice-présidente Anemf
- 54 Antoni Trilla, doyen faculté de médecine, Barcelone, Espagne
- 55 Anne Sophie Tuszyński, Présidente Cancera@work et ceo Wecare@work
- 56 Dominique Vanpeen doyen faculté de médecine, Louvain ; Belgique
- 57 Benoit Veber, Président Conférence des doyens de facultés de médecine

58 Jean Marie Woehl, vice-président en charge GHT, conférence CME CH
59 Carine Wolff Thal, Présidente , Conseil National Ordre des Pharmaciens
60 Pierre Wolkenstein, conseiller enseignement supérieur, ministère santé
61 Macha Woronoff, présidente de l'académie de Franche Comté, présidente de la
commission santé de France Universités

Références

- [1] Pass : dans quelles universités a-t-on le plus de chances d'entrer en médecine ? [Valentin Autié](#) ,
le Figaro étudiant. Fig data Publié le 28/05/2024
- [2] [Richard TALBOT](#) et Frédéric VILLENEUVE, Fédération Médecins de France. 25/11/2022
- [3] Plus de 5 000 carabins français à l'étranger : on fait quoi ? Léo Juanole - Le Quotidien du médecin,
Publié le 17/05/2024
- [4] Atlas des variations de pratiques Irdes 2023 et OCDE
- [5] Atlas de la démographie médicale, CNOM 2024
- [6] La formation continue des médecins, Rapport cour des comptes 2024