

Cour des comptes



L'ACCÈS AUX ÉTUDES DE SANTÉ

Quatre ans après la réforme
une simplification indispensable

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Décembre 2024

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	7
RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I UNE RÉFORME ENTACHÉE DE DÉFAUTS DE CONCEPTION ET DÉPLOYÉE AVEC DIFFICULTÉ	21
I - UNE RÉFORME ENTACHÉE DE DÉFAUTS DE CONCEPTION	21
A - De nombreux objectifs partagés par les parties prenantes, mais imprécis	21
B - La coexistence de deux dispositifs d'accès aux études de santé, PASS et LAS, fruit d'un compromis.....	24
II - UN DÉPLOIEMENT DE LA RÉFORME CONTRAINT PAR UN PILOTAGE INADAPTÉ AU NIVEAU NATIONAL COMME LOCAL	26
A - Un déploiement hétérogène de la réforme au sein des universités.....	26
B - Des moyens inadaptés au regard des ambitions de la réforme	32
III - DES DYSFONCTIONNEMENTS PERSISTANTS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME	38
A - Un défaut d'appropriation de la réforme.....	38
B - De nombreuses insatisfactions et un sentiment persistant d'iniquité parmi les étudiants	41
C - Des défaillances sur l'orientation et l'accompagnement des étudiants	45
CHAPITRE II LA FIN DU <i>NUMERUS CLAUSUS</i>, UNE CONDITION NÉCESSAIRE MAIS NON SUFFISANTE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ	51
I - UNE NOUVELLE MÉTHODE, À CONSOLIDER, POUR ESTIMER LE NOMBRE DE PROFESSIONNELS À FORMER	51
A - La détermination du nombre de professionnels de santé à former, un élément central mais non suffisant pour répondre aux besoins de santé	51
B - Un premier exercice de concertation nationale et locale pour mieux prendre en compte les besoins, réalisé en 2021	54
C - Une articulation insuffisante entre les ministères.....	56
II - UNE NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DU CONTEXTE EUROPÉEN DANS LE PILOTAGE DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	57
III - UNE AUGMENTATION DU NOMBRE D'ÉTUDIANTS ADMIS MAIS DES DISPARITÉS ENTRE LES FILIÈRES ET ENTRE LES TERRITOIRES	62
A - Une augmentation du nombre d'étudiants admis	62
B - Des disparités fortes entre filières	63
C - Une augmentation des places en médecine sans lien évident avec les besoins des territoires	69
D - Des enseignements à prendre en compte dès la prochaine conférence nationale.....	70

CHAPITRE III UN PREMIER BILAN EN DEMI-TEINTE	73
I - UNE LÉGÈRE AMÉLIORATION DE LA RÉUSSITE ÉTUDIANTE MASQUANT DES INÉGALITÉS IMPORTANTES	73
A - Le parcours d'accès spécifique santé (PASS), la voie principale d'accès à MMOP	73
B - Une amélioration globale de la réussite étudiante qui cache une diversité de situations	75
C - Une multiplication des voies après le baccalauréat conduisant à des taux d'accès inégaux aux filières MMOP.....	78
D - Les étudiants en LAS moins bien préparés pour la poursuite d'études en MMOP	82
II - LA DIVERSIFICATION DES PROFILS : UN CONSTAT D'ÉCHEC.....	84
A - La diversification des profils : un objectif imprécis donnant lieu à des interprétations variées.....	84
B - Une faible diversification causée par le maintien d'une voie principale d'accès à MMOP	86
CHAPITRE IV UN <i>STATU QUO</i> INTENABLE, UNE NÉCESSAIRE SIMPLIFICATION	95
I - PARMIS LES DIFFÉRENTES OPTIONS POSSIBLES, UNE VOIE À PRIVILÉGIER	95
A - Le maintien du <i>statu quo</i> , une solution par défaut comportant de nombreux inconvénients	95
B - Certains scénarios d'évolution compliqués à mettre en œuvre, sans garantie d'amélioration	97
C - L'accès par une voie unique, seul scénario viable pour simplifier le système	99
II - DES AJUSTEMENTS INDISPENSABLES DU DISPOSITIF D'ACCÈS AUX ÉTUDES DE SANTÉ.....	101
A - Des ajustements nécessaires à court terme.....	101
B - Des mesures nécessaires quelle que soit l'évolution du dispositif	102
LISTE DES ABRÉVIATIONS	109
ANNEXES	111

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres¹ et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*

**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 14 mars 2024, en application de l'article L. 132-5 du code des juridictions financières, d'une demande portant sur la réforme de l'accès aux études de santé portée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette demande a été acceptée par le Premier président le 14 mai 2024.

L'enquête a été pilotée par une formation inter-chambres relative aux études de santé relevant des compétences de la troisième chambre et de la sixième chambre de la Cour par arrêté n° 24-052 du Premier président du 7 mars modifiant l'arrêté n° 23-298 du 2 mai 2023.

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 24 mai 2023, du 1^{er} février 2024 puis du 2 mai 2024.

¹ La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

Les rapporteurs ont conduit une centaine d'entretiens avec les représentants des principales administrations et organismes publics concernés ainsi que des visites de terrain dans dix universités (Sorbonne Paris Nord, Caen Normandie, Rouen Normandie, Bordeaux, Bordeaux Montaigne, Le Havre Normandie, Strasbourg, Poitiers, Paris 8-Vincennes-Saint-Denis, Paris Cité). Afin d'enrichir leurs appréciations sur l'accès aux études de santé, les rapporteurs ont également rencontré une association de parents et étudiants ainsi que des chercheurs spécialistes de l'éducation.

Pour compléter ces entretiens avec les universités, des questionnaires ont été envoyés en décembre 2023 à tous les établissements d'enseignement supérieur proposant un parcours d'accès aux études de santé. La forte implication des établissements dans les réponses apportées à ces questionnaires et dans l'organisation des visites a offert d'excellentes conditions d'instruction aux rapporteurs.

Des comparaisons internationales ont été réalisées grâce au concours des ambassades de France en Roumanie, Belgique et Espagne qui ont fourni des réponses circonstanciées. Les données et les descriptions transmises ont permis un éclairage utile sur la dimension internationale.

Les informations relatives aux inscriptions étudiantes dans les établissements d'enseignement supérieur ont été analysées par la Cour au travers du système d'information sur le suivi des étudiants et des données de la plateforme Parcoursup. Un sondage réalisé par la Cour avec l'appui de l'institut CSA auprès d'un échantillon de 3 000 étudiants vient compléter les informations collectées dans le cadre de cette enquête. Les principaux résultats sont repris dans le présent rapport. Les éléments méthodologiques sont repris dans l'annexe n° 3.

En mai 2024, lors de deux réunions de travail réunissant pour la première les acteurs universitaires et pour la seconde les acteurs administratifs, les rapporteurs ont présenté les principaux constats et les préconisations de l'enquête.

*

**

Le projet de communication a été préparé puis délibéré, le 24 juin 2024, par la formation inter-chambres présidée par M. Nacer Meddah, président de la Troisième chambre et composée de Mme Agnès Deletang, MM. Philippe Hayez, Philippe Rousselot, Michel Bouvard, conseillers maîtres à la Troisième chambre, de Mme Eve Caroli, conseillère maître à la Sixième chambre ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Clément Henin, conseiller référendaire en service extraordinaire, rapporteur général, M. François Saint-Paul, conseiller maître en service extraordinaire, Mme Pascale Duran-Vigneron, conseillère référendaire, Mme Elodie Bouquet, conseillère référendaire en service extraordinaire, Mmes Audrey Guillerm et Catherine Duband, vérificatrices, Mme Amélie Elluin, experte en analyse de données, et en tant que contre-rapporteur M. Henri Guaino, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 14 octobre 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Oseredczuk, doyen des présidents de section, président par intérim de la cinquième chambre, M. Tournier, président de section, représentant le président de la quatrième chambre et M. Boudy, président de section, représentant la présidente de la première chambre, M. Strassel, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et M. Strassel, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis.

*

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

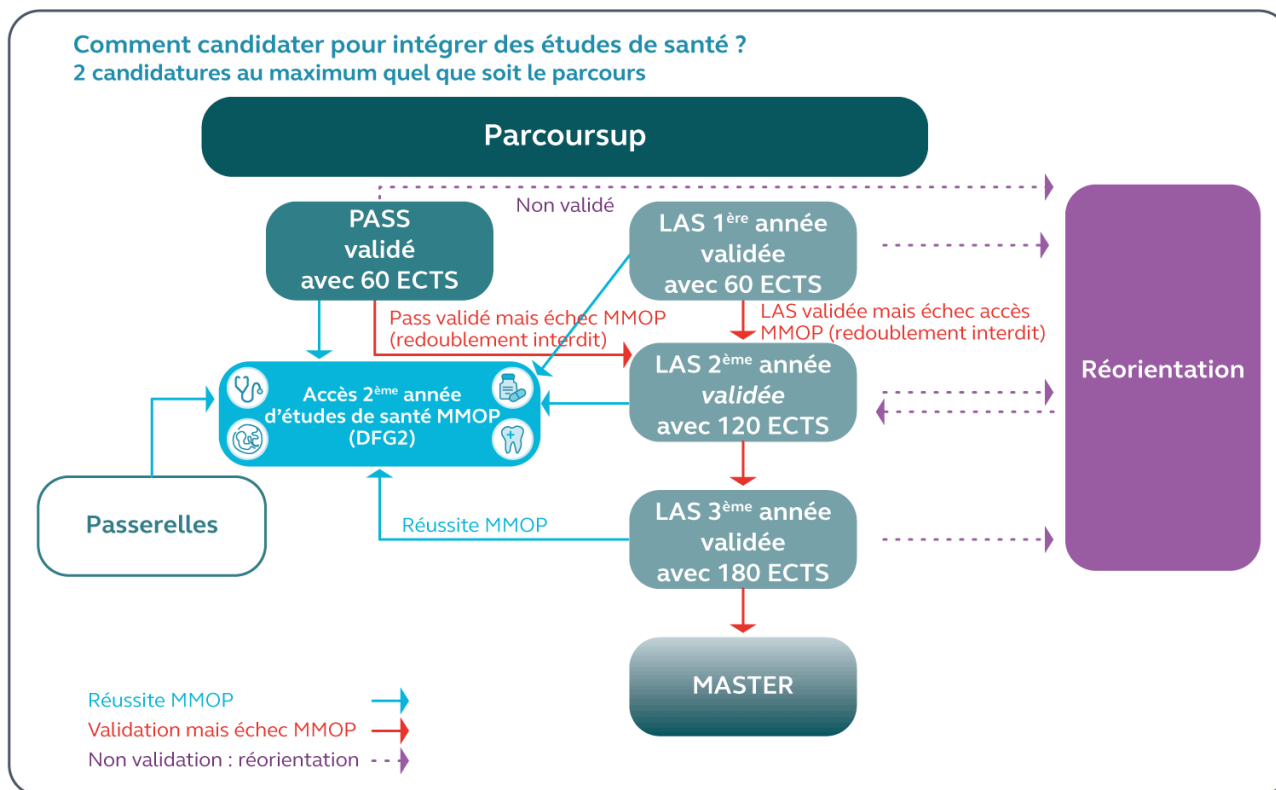
La première année commune aux études de santé (PACES) constituait, depuis 2010, une année de préparation à des épreuves de sélection pour intégrer les formations en santé. Elle concernait 57 000 étudiants en 2019 et sélectionnait 9 700 étudiants en médecine, 3 900 étudiants en pharmacie, 1 400 étudiants en odontologie et 1 000 étudiants en maïeutique. Alors que cette PACES était critiquée pour ses modalités d'enseignement et pour sa proportion d'échecs importante, souvent après deux tentatives, la nécessité de faire évoluer le dispositif est rapidement apparue, donnant lieu à des expérimentations en préparation d'une réforme de l'accès aux études de santé.

Une réforme aux objectifs trop nombreux

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a ainsi rénové en profondeur l'accès au premier cycle des formations de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) en supprimant, à compter de la rentrée universitaire 2020, la PACES, et le *numerus clausus*. L'accès au premier cycle, qui demeure exigeant et sélectif, est désormais possible à partir de trois nouvelles voies d'accès :

- le parcours avec accès spécifique santé (PASS), piloté par la composante santé de l'université, comprenant une majeure santé et une mineure hors santé ;
- la licence avec option accès santé (LAS), pilotée par une composante hors santé, comprenant à l'inverse une majeure hors santé et une mineure santé ;
- des passerelles depuis certaines formations conduisant à un titre ou diplôme d'État d'auxiliaire médical.

Schéma n° 1 : organisation de l'accès aux études de santé et modalités de candidatures



Source : Cour des comptes ; ECTS : système européen de transfert et d'accumulation de crédits

La réforme de l'accès aux études de santé poursuivait plusieurs objectifs :

- augmenter les effectifs de professionnels de santé pour répondre aux besoins des territoires et du système de soins ;
- améliorer la réussite et le bien-être des étudiants ;
- favoriser la progression dans les parcours d'études au sein des licences de l'université ;
- diversifier le profil des étudiants et développer les passerelles entre les filières de santé.

L'ambition de cette réforme dépassait le domaine de la santé. Elle impliquait les unités de formation et de recherche (UFR) hors santé dans la démarche, en prévoyant des parcours pouvant être adossés à de nombreuses disciplines, et s'inscrivait dans une réforme globale de l'université, dans la continuité de la loi sur l'orientation et la réussite des étudiants de 2018. Elle rend également possible l'ouverture de formations donnant accès aux études de santé dans des universités ne disposant pas d'une UFR en santé par l'intermédiaire des LAS. Toutefois, dès l'élaboration de la réforme, les réticences de certains directeurs d'UFR en santé ont conduit à abandonner le projet initial d'un accès unique par la voie LAS, menant à la coexistence des voies d'accès PASS et LAS. Les implications de cette vaste réforme n'ont pas été anticipées et ne sont toujours pas entièrement comprises par ses parties prenantes, ce qui suscite des difficultés d'appropriation et des dysfonctionnements.

Un pilotage insuffisant de la réforme

Le calendrier contraint de la mise en place de la réforme, en pleine crise sanitaire, s'est ajouté à la complexité du double dispositif envisagé. Ce contexte défavorable a conduit à une première année très difficile, qui a altéré la confiance des étudiants et de leurs familles dans ce nouveau dispositif, en particulier dans les LAS, qui en constituaient la principale innovation. Les personnels d'université se sont trouvés eux-mêmes en difficulté pour répondre aux questions des étudiants, en l'absence d'une assistance juridique à l'interprétation des textes réglementaires suffisante de la part du ministère chargé de l'enseignement supérieur. La direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), chargée du pilotage, a vu ses moyens renforcés tardivement. Un comité de suivi, mis en place de façon également tardive en juin 2020 et prématurément dissous en juin 2023, a permis de prendre les mesures les plus urgentes pour permettre le fonctionnement du double système PASS et LAS, sans toutefois être en mesure d'assurer son plein aboutissement. Compte tenu de la nécessaire articulation entre les différents acteurs, l'installation d'un nouveau comité est nécessaire.

Un déploiement hétérogène dans les universités

Le ministère, conscient du principe d'autonomie des universités, a laissé aux établissements la possibilité de définir localement leur propre modèle pour l'accès aux études de santé dans un cadre réglementaire permissif. Ce choix a encouragé les universités volontaires à mettre pleinement en œuvre les LAS, sans obliger les universités plus réticentes à abandonner le modèle proche de la PACES, par l'intermédiaire du PASS. Les universités ayant mené des expérimentations avant la réforme étaient mieux préparées pour revoir en profondeur l'offre de formation du premier cycle et son articulation avec les cycles suivants. Pour la majorité des universités (29 sur 36 disposant d'une UFR en santé), l'adoption d'un modèle combinant les deux voies d'accès PASS et LAS a été favorisée. Dans les faits, il existe autant de déclinaisons de la réforme que d'universités, tant les options ouvertes par le cadre réglementaire sont nombreuses.

Des moyens financiers adéquats pour la première année mais une opacité d'allocation des moyens limitant le déploiement de la réforme

Les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre de la réforme (125 M€ de subvention pour charges de service public de 2020 à 2024) n'ont pas été suffisamment anticipés par le ministère comme par la plupart des universités. En moyenne, le financement du ministère couvre les besoins de la réforme, dont le surcoût annuel est évalué entre 19 M€ et 31 M€, par une dotation annuelle de 26 M€. Cependant, le manque de visibilité pluriannuelle sur les moyens a constitué un frein au développement des LAS. En raison de sa complexité, le coût organisationnel est élevé au sein des UFR concernées. De nombreux services de scolarité ont fait état de la persistance d'une surcharge de travail liée à la mise en œuvre de la réforme. Conséquence d'un défaut majeur d'anticipation, l'absence de systèmes d'information adaptés au fonctionnement pédagogique des PASS et des LAS et permettant le suivi de la réforme au niveau national a significativement renforcé les difficultés.

Un défaut d'appropriation de la réforme et un dialogue difficile au sein des universités

Au-delà des difficultés liées directement à l'hétérogénéité des modèles, le manque de cadrage et d'accompagnement est à l'origine de nombreux dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la réforme et dont un certain nombre persistent encore aujourd'hui. Les universités ont eu des difficultés à s'approprier le cadre réglementaire de la réforme, s'en sont souvent saisies tardivement, entraînant des ajustements nécessaires pendant les premiers mois et années de mise en œuvre. Par ailleurs, durant la phase de conception, les UFR hors santé n'ont pas été associées à une réforme qui concerne de fait de nombreuses formations du premier cycle universitaire. Elles ont ainsi pu avoir l'impression que la réforme leur était imposée sans préavis, ce qui n'a pas facilité le dialogue au sein des universités.

Une absence de coordination avec les dispositifs d'information et d'orientation

En 2024, 21 % des nouveaux bacheliers ont fait un vœu sur *Parcoursup* pour accéder en PASS ou en LAS. Les deux nouvelles voies d'accès se caractérisent par un nombre élevé de possibilités, souvent très hétérogènes. À titre d'exemple, 103 parcours en PASS ou en LAS sont proposés en Île-de-France. Sur leurs sites Internet, les universités ont chacune retranscrit la réforme avec leur propre vocabulaire, sans harmonisation. L'articulation avec le ministère de l'éducation nationale et les acteurs nationaux de l'orientation est insuffisante. Dans ce contexte, les établissements privés de préparation à l'accès aux études de santé ont élargi leur offre dès la phase d'orientation au lycée.

Des étudiants insatisfaits face à des modalités d'entrée dans les études de santé jugées illisibles

Le système résultant de la réforme est complexe et difficilement lisible pour l'ensemble des personnes concernées (étudiants et leurs familles, enseignants, administratifs, ministères, *etc.*). Les étudiants expriment des difficultés de compréhension persistantes sur l'organisation des LAS et du fait de l'existence de multiples voies d'accès après le baccalauréat, qui compliquent l'orientation des lycéens. Selon le sondage réalisé par la Cour auprès des étudiants, le PASS constitue le choix premier des étudiants souhaitant accéder aux filières MMOP à 95 %, tandis que l'inscription en LAS est subie dans 53 % des cas et souvent effectuée pour des raisons tactiques. Contrairement à l'esprit de la réforme, la possibilité de suivre des enseignements hors santé dans les parcours accès santé n'est pas vécue comme une opportunité de réorientation mais comme un obstacle à la réussite dans les enseignements en santé et donc à l'accès aux filières MMOP. Ainsi, 79 % des étudiants ne poursuivant pas en MMOP se réorientent dans une autre discipline que celle suivie pendant la formation donnant accès aux études de santé. La mise en place d'oraux pour la sélection des candidats a par ailleurs suscité de nombreuses insatisfactions notamment dues à leur hétérogénéité et à leur contenu.

Des départs vers l'étranger qui se poursuivent

La réforme n'a pas permis d'enrayer le départ d'étudiants français vers l'étranger pour se former aux études de santé. Selon le sondage réalisé par la Cour, environ 10 % des étudiants n'ayant pas accédé aux formations MMOP poursuivent des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie ou de maïeutique à l'étranger, principalement en Espagne, Roumanie, Belgique et au Portugal. Cette mobilité s'inscrit certes dans le contexte de la reconnaissance des qualifications professionnelles au sein de l'Union européenne mais elle nuit à l'égalité des chances alors que ces études sont souvent coûteuses.

Une planification des effectifs de professionnels à former, complexe, reposant sur des moyens limités

Mesure emblématique de la réforme, le *numerus clausus*, qui consistait depuis 1971 en la fixation annuelle par les ministres du nombre de professionnels à former dans chaque université a pris fin en 2019. Les capacités d'accueil de ces formations, qui restent régulées, passent désormais par un nouveau dispositif de détermination des effectifs de professionnels à former, basé sur de larges concertations au niveau national et local. Il doit permettre de mieux articuler les besoins territoriaux et les capacités de formation. En l'absence d'une coordination interministérielle forte, ce travail repose sur les moyens limités de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), avec l'appui de la direction de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé. L'absence à ce stade d'une méthodologie partagée sur l'estimation des besoins de santé et des capacités de formation des établissements ne permet pas de garantir la pertinence des objectifs actuels. L'État doit mieux appréhender la planification des besoins en professionnels de santé, notamment par la mise en place d'un comité de pilotage interministériel.

Une augmentation globale des effectifs masquant d'importantes disparités

Le nombre d'admis en MMOP sur les trois premières années de la réforme a augmenté par rapport à l'année précédente pour les filières médecine (+ 18 %) et odontologie (+ 14 %) mais a diminué pour les autres filières (- 6 % pour pharmacie, - 4 % pour maïeutique). Si un effort de répartition territoriale a été accompli pour la filière odontologie, la réforme n'est pas parvenue à enrayer les difficultés d'attractivité propres à la pharmacie et à la maïeutique, rendues visibles par les places laissées vacantes dans de nombreuses universités. Par ailleurs, la répartition géographique des places en médecine se révèle disparate entre régions et, plus encore, entre universités, sans qu'une logique de rattrapage des inégalités n'aboutisse. La prochaine conférence nationale de santé, initialement prévue en 2024 qui pourrait ne pas se tenir avant 2026, devra tenir compte de ces éléments pour fixer les objectifs nationaux pluriannuels 2026-2030.

Une légère amélioration de la progression dans les études masquant des inégalités importantes

La réussite des étudiants, mesurée comme leur capacité à progresser dans leurs cursus et à intégrer MMOP en un an, s'est améliorée mais de façon limitée et principalement sur un an. Deux ans après leur année d'accès santé, 63 % des étudiants ont perdu une année d'étude, ce qui constitue une légère amélioration par rapport aux 79 % avant la réforme. Toutefois, cette progression est limitée et cache d'importantes différences de taux d'accès en MMOP en fonction de la voie choisie (les PASS sont beaucoup plus nombreux à y accéder que les LAS), du modèle de l'université (les universités sans santé offrent des taux d'accès très faibles) et de la discipline hors santé. Les écarts peuvent être importants y compris parmi les étudiants ayant obtenu la même mention au baccalauréat. Par exemple, les étudiants ayant obtenu une mention très bien au baccalauréat en première année de LAS dans une université sans UFR en santé ont un taux d'accès en MMOP de 31 % contre 60 % pour les PASS ayant obtenu la même mention. Enfin, les étudiants en LAS semblent moins bien préparés à la suite de leurs études en MMOP et redoublent plus souvent que les étudiants admis après un PASS. Finalement, les mesures prises en faveur de la réussite étudiante ont montré de légers effets positifs mais qui ne suffisent pas à justifier le coût financier et organisationnel du dispositif.

L'échec de l'objectif de diversification des profils

La comparaison du profil des admis en MMOP avant et après la réforme permet de dresser un premier bilan de l'efficacité des mesures visant à diversifier les profils. Cet objectif était dès le départ mal spécifié et peu précis. Il contient en effet de nombreux sous-objectifs (diversifications géographique, académique et sociale), dont les conséquences sur le système de soins sont inégalement documentées. À ce jour, la réforme n'a pas produit la diversification attendue des profils d'étudiants, ceux-ci conservant des profils similaires avant et après la réforme, avec même une légère tendance à l'homogénéisation. La diversification académique a eu lieu dans des proportions limitées et avec un apport des autres disciplines qui semble faible compte tenu de la durée des formations. Enfin, la diversification sociale, qui participe à l'égalité des chances ne semble pas encouragée par la multiplication des voies sur *Parcoursup*.

Concernant la diversification géographique des admis en MMOP, de nombreuses LAS ont ouvert dans des universités ne disposant pas d'une UFR en santé, généralement situées dans des villes plus petites permettant un accès facilité aux ruraux et à un public défavorisé. Toutefois les conditions d'études proposées dans ces universités sont telles que les chances d'accéder à MMOP demeurent faibles. Ainsi, les mesures prises en faveur de l'accès à MMOP pour les étudiants ruraux ont pu se montrer contreproductives alors que ces derniers constituent une cible pour l'homogénéité territoriale du système de soins.

Des arbitrages nécessaires en vue d'une simplification

Quatre années après la mise en place de la réforme, et indépendamment des difficultés administratives et de la complexité du système d'accès aux études de santé fondé sur les PASS et les LAS, le bilan des deux principaux objectifs de la réforme, l'amélioration de la réussite étudiante et la diversification des profils, est ainsi mitigé. La coexistence de plusieurs voies d'accès après le baccalauréat, conjuguée avec le maintien d'une voie principale, le PASS, est responsable de ce bilan tant en matière de diversification qu'en matière de réussite étudiante.

Au vu de ces éléments, la coexistence des parcours PASS et LAS, source de complexité et globalement inefficace, doit être abandonnée. Le maintien intégral de l'organisation actuelle en effet perpétuerait, voire aggraverait les difficultés observées, encourageant les stratégies de contournement. Une évolution du dispositif d'accès aux études de santé en faveur d'une voie d'accès unique est nécessaire. Tout en excluant le retour à la PACES, la mise en place d'un accès direct après le baccalauréat constituerait un changement trop radical, qui viendrait à nouveau déstabiliser les organisations après une série de réformes. Une autre option, plus coûteuse, consisterait à généraliser le modèle « tout LAS », tel qu'initialement prévu, au risque d'un nouvel échec face à l'opposition de nombreux acteurs, notamment au sein des UFR en santé. La création d'une voie unique, en concertation avec l'ensemble des acteurs et fondée sur une première année consacrée principalement à la santé et gérée par l'UFR en santé, paraît en revanche réaliste. Elle répondrait, en outre, au souhait exprimé par les étudiants de bénéficier d'enseignements majoritaires en santé et de conditions d'accès harmonisées et équitables.

Quel que soit le scénario retenu pour corriger les effets négatifs de la réforme de 2019, plusieurs mesures visant à améliorer le fonctionnement du système actuel par un cadrage national devraient être mises en œuvre, telles que l'harmonisation nationale du volume d'enseignements composant les mineures et leur prise en compte systématique pour valider la première année de LAS, l'harmonisation des modalités d'interclassement ou l'élargissement des passerelles tardives.

Récapitulatif des recommandations

Principal scénario d'évolution retenu

1. Mettre en œuvre une simplification de l'accès aux études de santé centrée sur l'étudiant, le développement territorial et maintenant le principe de la progression dans les études, à travers le déploiement d'une voie unique d'accès aux études médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre pour la rentrée 2026*).

Recommandations relatives à la fixation des objectifs de formation

2. Expérimenter, sur un panel d'universités, un accès direct en pharmacie et en maïeutique pour un contingent d'élèves sélectionnés sur *Parcoursup*, en complément d'un accès classique *via* la première année d'études de santé pour le contingent restant (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre à la rentrée 2025*).
3. Dans le cadre de l'exercice de contractualisation entre les universités et leur tutelle, assurer un suivi des indicateurs relatifs aux places créées en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie, à la densité médicale et aux capacités de formation (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre dès 2025*).
4. En vue de la prochaine conférence nationale, fixer les objectifs de formation en fonction :
 - (a) des connaissances actuelles sur la densité médicale à différentes échelles : régionale, départementale et infra-départementale ;
 - (b) d'indicateurs partagés et standardisés sur les capacités de formation couvrant les trois cycles : le taux d'encadrement universitaire, l'équipement de simulation, le nombre et la typologie des terrains de stages (*observatoire national de la démographie des professions de santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre pour la prochaine conférence nationale*).
5. Mettre en place un comité de pilotage commun aux deux ministères sur la connaissance des besoins, l'évaluation du nombre de professionnels à former, le suivi des effectifs et des moyens qui se réunisse au moins annuellement, de manière à permettre un réajustement régulier des objectifs de formation (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre dès 2025*).
6. Reconnaître à l'observatoire national de la démographie des professions de santé un rôle de planification des ressources humaines en santé et le doter du statut, du rattachement et des moyens matériels, statistiques et humains nécessaires à ces missions (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre dès 2025*).

Recommandation pour assurer le fonctionnement à court terme de l'accès aux études de santé réformé

7. Harmoniser et rationaliser le fonctionnement des LAS en :
 - fixant nationalement le volume des enseignements qui composent la mineure en santé des LAS1, LAS2 et LAS3 et de ceux, hors santé, qui composent la mineure des PASS ;
 - édictant nationalement des règles de capitalisation des unités d'enseignement de la mineure en santé acquises par les LAS ;
 - limitant le nombre de LAS, en fermant celles offrant un faible taux d'admission en MMOP et en privilégiant les LAS offrant les meilleures perspectives de réorientation aux étudiants (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre pour la rentrée 2025*).

Recommandations à mettre en œuvre quel que soit le scénario d'évolution du système retenu

8. Encourager l'accès aux études de santé pour les jeunes issus de milieux ruraux et défavorisés en développant une offre territoriale de formations délocalisées donnant accès aux études de santé, garantissant des taux d'accès équitables et en développant des dispositifs d'orientation des lycéens ruraux ou issus de milieux socialement défavorisés afin de les encourager à rejoindre les filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de l'éducation nationale, à mettre en œuvre pour la rentrée 2026*).
9. Élargir les passerelles donnant accès à la deuxième année de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie à des formations du premier cycle de domaines scientifiques ou non scientifiques et en développer le volume (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre pour la rentrée 2026*).
10. Créer un groupe de travail consacré à la troisième voie à partir du bilan des universités l'ayant déjà mise en œuvre et fixer un calendrier ainsi qu'un objectif national d'admis en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie par cette voie d'ici 2027 (*ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre dès 2025*).

Introduction

Depuis plusieurs décennies, les besoins de santé de la population évoluent rapidement, portés notamment par l'augmentation de la population âgée de plus de 60 ans. Des transitions épidémiologiques majeures sont également à l'œuvre avec une prévalence accrue des maladies chroniques, des polyopathologies et de la dépendance. Ces enjeux nécessitent une politique de soins moins technique, prenant mieux en compte les aspects sociaux et impliquant davantage le patient². Les nouvelles approches médicales englobent la promotion de la santé, le lien avec les facteurs sociaux et environnementaux et la prévention.

Pour assurer ces transitions, il faut cependant composer avec une pénurie de professionnels de santé. En France, la profession médicale a subi des départs à la retraite massifs depuis 2012 en même temps que les besoins de la population ont augmenté sous l'effet de son vieillissement. Les nouveaux professionnels formés ont été en nombre insuffisant pour répondre à cette augmentation des besoins. Par ailleurs, la répartition inéquitable des médecins dans les territoires conduit à des difficultés d'accès aux soins pour les habitants des « déserts médicaux », sans que ce terme soit clairement défini. La formation et le nombre de professionnels de santé à former doivent ainsi s'adapter pour répondre à ces défis. Dans la période récente, de nombreuses réformes concernant plusieurs filières et cycles d'études en santé se sont enchaînées.

L'accès aux études de santé

Les formations de santé, dans leur acception large, comprennent les études médicales, de maïeutique (sage-femme), odontologiques (dentiste) et pharmaceutiques (MMOP) ainsi que les formations préparatoires aux professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, *etc.*). Ces formations sont exigeantes et professionnalisantes, avec une place importante réservée à la pratique clinique. Les professionnels de santé étant des acteurs essentiels du système de soins et de la santé publique, les attentes de la société à l'égard des formations MMOP sont élevées par rapport à d'autres cursus universitaires. Le ministère chargé de l'enseignement supérieur et le ministère chargé de la santé participent à la régulation de ces formations tant par l'intermédiaire du code de l'éducation que par le code de la santé publique. Ces formations, en particulier la médecine, attirent de nombreux étudiants et véhiculent une image d'excellence académique souvent mise en avant dans des films et des séries télévisées.

Le modèle français, caractérisé par une procédure de sélection exigeante et des taux d'admission faibles, vise à garantir un niveau académique élevé parmi les étudiants admis. Il se retrouve dans peu d'autres pays, qui optent le plus souvent pour un accès direct après le baccalauréat (Espagne, Belgique, Roumanie) ou pour un accès après un premier diplôme du supérieur (États-Unis).

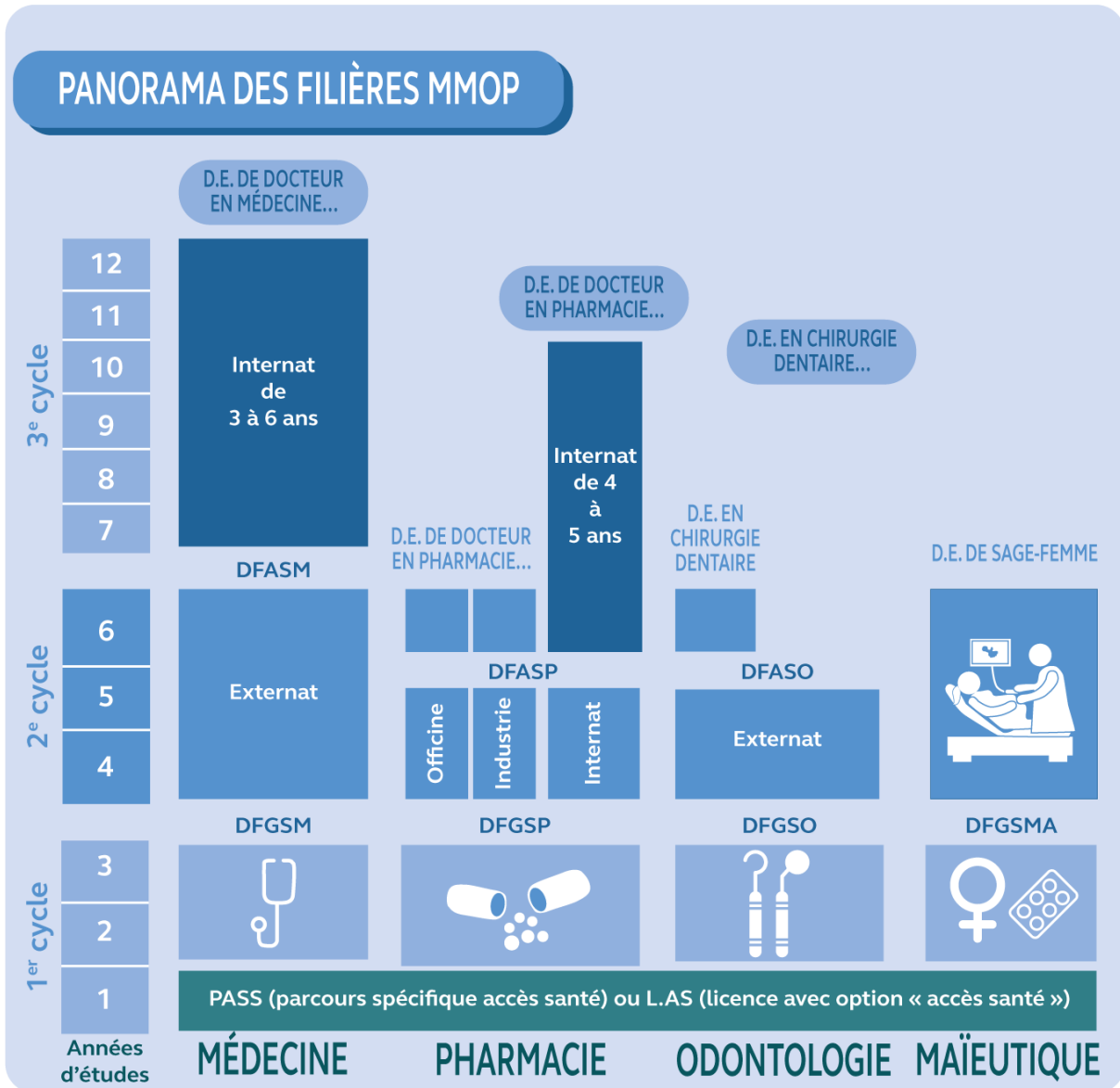
² Pauline Lenesley, Stéphane Le Bouler, *Études de santé, Le temps des réformes*, Presses Universitaires François Rabelais, 2021.

Avant 2020, la sélection des étudiants admis dans les formations en MMOP prenait la forme d'une première année commune aux études de santé (PACES), instaurée en 2010 en remplacement des dispositifs de sélection distincts pour chaque filière. Rapidement, la PACES a été critiquée pour l'usage de méthodes peu pédagogiques (apprentissage par cœur, usage généralisé des questionnaires à choix multiples) et pour le nombre important d'étudiants, non admis dans les filières MMOP, pour qui la PACES se soldait par un échec avec des redoublements très fréquents. Ce système a également été critiqué puisqu'il aurait favorisé une culture de la compétition et de « l'excellence dans la souffrance » jugée aujourd'hui excessive par certains étudiants et détracteurs du système. Cette culture, fermement ancrée dans les grands centres hospitaliers et universitaires qui assurent les formations, encouragerait un développement trop centré sur la technique et la recherche de pointe, au détriment d'une médecine plus sociale et plus humaine nécessaire au futur de l'amélioration de la santé des populations.

La réforme de 2019

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dont l'article premier est consacré à la formation, énonce les principales orientations d'une réforme de l'accès aux études de santé. Cette réforme vise trois objectifs majeurs : augmenter les effectifs afin de répondre aux besoins croissants de la population, favoriser la réussite en limitant les redoublements et en encourageant les réorientations à l'université, et diversifier les profils géographiques, académiques et sociaux des étudiants. Pour atteindre le premier objectif, cette réforme met en place un vaste système de concertations locales et nationales qui doit aboutir, tous les cinq ans, à la détermination d'objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé en lien avec les besoins de santé. Pour atteindre les deux autres objectifs, la loi réforme également les modalités de sélection. La PACES est ainsi remplacée par deux voies d'accès principales, les parcours « accès santé » spécifique (PASS) et les licences « accès santé » (LAS), ce qui complexifie notablement le premier cycle universitaire. La réglementation instaure également une troisième voie pour permettre l'accès des étudiants issus des filières paramédicales, afin de favoriser le rapprochement entre les filières de santé, mais sans prévoir de quota minimal. Dans le cadre de la réforme, des épreuves orales sont également introduites en complément de la sélection existante.

Schéma n° 2 : les études de santé dans les filières de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie



Source : Cour des comptes

Note : DFGS : diplôme de formation générale en sciences médicales (M), pharmaceutiques (P), odontologiques (O) ou maïeutiques (MA) ; DFAS : diplôme de formation approfondie en sciences médicales (M), pharmaceutiques (P), odontologiques (O) ou maïeutiques (MA) ; D.E : diplôme d'État

Une nouvelle méthode de détermination du nombre de futurs professionnels à former

La suppression du *numerus clausus*, instauré dans les années 1970 pour limiter le nombre de professionnels formés³, constitue une mesure emblématique de la réforme. Elle marque la fin d'une régulation descendante du nombre de professionnels où les capacités de formation étaient fixées par décret ministériel annuellement pour chaque université. Ce mode de fonctionnement historique laisse la place à un exercice de concertation locale et nationale sous l'égide de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), visant une prise en compte plus fine des spécificités de chaque territoire, des besoins de santé et des capacités de formation des universités. Des objectifs nationaux du nombre de professionnels de santé à former sont déterminés sur une période de cinq ans.

Les dispositifs PASS et LAS pour l'accès aux études de santé

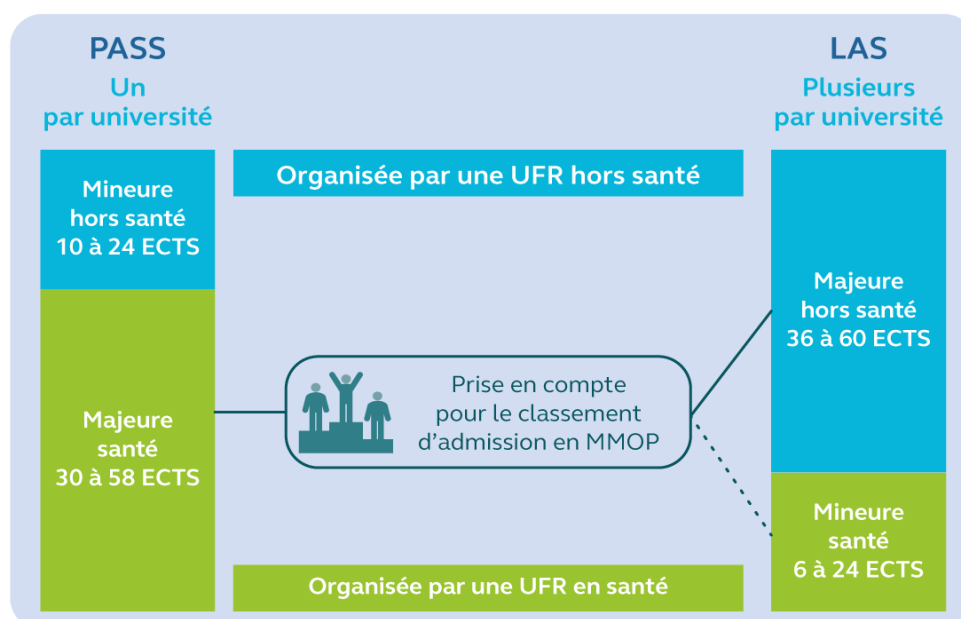
À partir de la rentrée 2020, les étudiants souhaitant s'orienter vers les filières de MMOP peuvent choisir entre deux parcours, le PASS (parcours d'accès spécifique santé) ou la LAS (licence avec accès santé) :

- le PASS, qui s'inscrit dans la continuité de la PACES, est unique au sein de chaque université et organisé par les unités de formation et de recherche (UFR) en santé. Il s'agit d'une année consacrée à la préparation à des épreuves de sélection basées sur des connaissances en lien avec la santé. Contrairement à la PACES, le PASS ne peut pas être redoublé et inclut des enseignements hors-santé, la mineure disciplinaire⁴, pour préparer une éventuelle réorientation en deuxième année de licence (L2) ou en LAS2 en cas d'échec. Au cours de cette réorientation, l'étudiant a l'occasion d'exercer une seconde candidature pour accéder aux filières MMOP. Pour y accéder, l'étudiant doit obtenir un classement suffisant aux épreuves portant sur la majeure santé et valider sa mineure hors santé. La réorientation en L2 ou en LAS2 est soumise à la validation de l'ensemble des enseignements et est indépendante de l'accès aux filières MMOP ;
- une LAS est un parcours au sein d'une licence de l'université, qui n'a pas nécessairement de lien avec la santé. Au sein d'une même université, plusieurs LAS sont généralement proposées dans différentes disciplines (sciences de la vie, psychologie, droit, etc.). Parallèlement aux enseignements de la licence, l'étudiant suit une mineure consacrée à la santé dont la validation est nécessaire pour accéder aux filières MMOP. À la différence des étudiants en PASS, les étudiants en LAS sont donc répartis dans plusieurs formations et sont évalués selon des modalités différentes, alors même qu'ils candidatent pour un unique quota de places. Pour déterminer les candidats admis au sein de chaque filière MMOP, un système d'interclassement permet, sur la base des notes et des rangs obtenus par les étudiants en LAS dans chaque licence, d'aboutir à un classement unique. Par exemple, un lycéen qui souhaite devenir médecin peut s'inscrire en LAS de droit, suivre une majorité d'enseignements dans ce domaine ainsi qu'une mineure santé. Pour sa candidature en médecine, il sera en concurrence avec les étudiants d'autres LAS (biologie, physique, histoire, etc.), son admission étant déterminée par ses notes et son rang de classement dans la licence de droit qui sont retraités statistiquement pour être comparables à ceux des étudiants dans les autres licences.

³ La limitation du nombre de professionnels formés avait pour objectifs d'assurer une qualité de formation satisfaisante dans les hôpitaux, de contenir les dépenses de santé et d'assurer aux médecins des revenus suffisants.

⁴ Le volume d'enseignement que constitue la mineure est variable en fonction des universités (cf. schéma n° 3).

Schéma n° 3 : les enseignements mineurs et majeurs en PASS et en LAS



Source : Cour des comptes d'après les réponses des universités au questionnaire de la Cour
 Note : afin d'en permettre la lisibilité, ce schéma est simplifié pour tenir compte des fonctionnements majoritairement observés.

Durant les premières années de la réforme, peu d'étudiants ont choisi la voie des LAS et très peu ont exercé leur candidature aux filières MMOP à l'issue du premier semestre. Cela a fait courir un risque important de places vacantes dans la mesure où des quotas maximums d'étudiants issus d'un PASS étaient prévus dans chaque université. Des reversements de places ont dû être autorisés en urgence, afin de permettre l'accès à un nombre suffisant d'étudiants aux filières MMOP. Ces éléments ayant déjà fait l'objet d'un rapport récent du Sénat, la Cour ne revient pas sur ces éléments⁵.

Les épreuves orales de sélection

Les modalités d'évaluation de la PACES étaient critiquées pour valoriser excessivement les compétences et connaissances scientifiques qui ne constituent qu'une part du travail des professionnels de santé. En effet, certains métiers du soin nécessitent par ailleurs des capacités de communication (pour le lien avec le patient, le management et la recherche) ainsi qu'une certaine empathie et un humanisme qui ne peuvent pas être évalués avec des questionnaires à choix multiples. Afin de prendre en compte ces dimensions et de se rapprocher des standards internationaux, la réforme met en place des épreuves orales de sélection qui doivent concerner des compétences différentes de celles des écrits. Dans la plupart des universités, ces oraux consistent en un commentaire de texte ou d'image ou en une mise en situation avec un acteur. Les épreuves sont sans lien direct avec les enseignements mais parfois en lien avec la santé. Pour des raisons d'organisation, afin de réduire le nombre de candidats admissibles aux oraux, les meilleurs étudiants à l'issue des écrits peuvent être exemptés d'épreuves orales.

⁵ Rapport d'information, Mme Sonia de La Provôté, Commission de la culture, de l'éducation et de la communication du Sénat, « Mise en œuvre de la réforme de l'accès aux études de santé, bilan après deux ans : des progrès, mais peut mieux faire », mars 2022.

Les différents modèles universitaires pour l'accès aux études de santé

Certaines universités maintiennent un accès majoritaire par la voie du PASS, alors que d'autres universités, comme celle de Poitiers, ont adopté un modèle « tout LAS ». Le modèle « tout PASS », n'est pas autorisé par le code de l'éducation, le PASS ne pouvant représenter plus de 50 % des admis dans chaque filière MMOP. Dans les universités « tout LAS », l'organisation des LAS est la même que dans les universités faisant coexister les deux parcours.

Les universités ne disposant pas d'une UFR en santé peuvent créer des LAS au sein de leur licence. Ces LAS passent par des partenariats avec une université disposant d'une UFR en santé qui assure les enseignements de la mineure santé, le plus souvent en distanciel, et qui assure la suite de la formation pour les admis en MMOP. Ainsi, par exemple, les étudiants de Lorient peuvent s'inscrire en LAS dans l'université de Bretagne Sud, qui n'a pas d'UFR en santé, et poursuivre leur cursus de MMOP à l'université de Bretagne Occidentale à Brest en cas d'admission. Les PASS délocalisés sont également une solution pour territorialiser l'accès aux études de santé. Ils sont organisés dans une antenne par une université avec une UFR en santé, comme le PASS délocalisé à Nevers par l'université de Bourgogne, ou dans une université partenaire sans UFR en santé, comme le PASS délocalisé au sein de l'université de Pau par l'université de Bordeaux.

Certaines UFR en santé ont choisi d'ouvrir une licence dans le domaine de la santé avec une mention « science pour la santé ». Ces LAS sciences pour la santé (LSPS), proposent des mineures hors-santé en partenariat avec d'autres UFR.

Tableau n° 1 : effectifs étudiants en PASS et en LAS à la rentrée 2023 par modèle d'université

	PASS et LAS	« Tout LAS »	Sans UFR en santé	Ensemble
PASS (a)	23 342			23 342
LAS1	9 311	6 750	3 133	19 194
LAS2	8 189	1 870	1 545	11 604
LAS3	1 761	550	311	2 622
Total LAS (b)	19 261	9 170	4 989	33 420
<i>Dont LSPS</i>	1 985	4 463	736	7 184
Ensemble (a+b)	42 603	9 170	4 989	56 762
PACES (2019)	47 659	9 061		56 720

Source : Cour des comptes d'après les questionnaires adressés aux universités

La réforme de l'accès aux études de santé, particulièrement complexe, est entachée de défauts de conception qui ont rendu difficile sa mise en œuvre (I). Les modalités de détermination des effectifs à former en vue de répondre aux besoins de santé ont évolué et permis une augmentation globale des admis, mais cette augmentation ne peut pas suffire à garantir la réponse aux besoins (II). Le bilan de la réforme est mitigé, au vu notamment de l'échec de la diversification des profils (III). Au vu de ces éléments, le *statu quo* n'est pas tenable et la Cour propose des perspectives d'évolution (IV).

Chapitre I

Une réforme entachée de défauts de conception et déployée avec difficulté

Aboutissement d'un long processus de discussions et d'expérimentations et intégrée à un projet plus large pour le système de soins, la réforme de l'accès aux études de santé a tenté de mettre en œuvre des objectifs largement partagés mais selon des dispositifs qui sont le résultat de compromis importants avec certains acteurs universitaires. Ces compromis ont conduit à un accès aux études de santé trop complexe et difficilement compréhensible par les étudiants, les personnels et les régulateurs (I). Le manque de cadrage national sous couvert de l'autonomie des universités a laissé la possibilité aux universités de définir localement les modèles de parcours et les modalités de contrôle de connaissances. Le bon déploiement de la réforme a été entravé par le manque de visibilité dont disposaient les établissements sur les moyens alloués et par des données insuffisamment disponibles pour le pilotage, conséquence d'une absence d'anticipation des besoins en systèmes d'information (II).

I - Une réforme entachée de défauts de conception

Au moment de sa conception, la nécessité d'une réforme mettant fin à la première année commune aux études de santé (PACES) faisait consensus tout comme les objectifs qui lui étaient assignés. Sa mise en œuvre s'est heurtée à d'importantes oppositions et à un contexte budgétaire contraint. Des compromis majeurs au projet initial ont été nécessaires. Ils ont rendu la réforme peu lisible et ont contribué à la décrédibiliser.

A - De nombreux objectifs partagés par les parties prenantes, mais imprécis

La PACES, mise en œuvre en 2010, était une année de préparation à des épreuves de sélection pour intégrer les formations en santé dont le principal objectif était la sélection d'admis parmi un grand nombre de candidats. Les enseignements portaient essentiellement sur des disciplines scientifiques (biologie, chimie, physique, mathématiques, *etc.*) et selon des modalités qui privilégiaient l'apprentissage par cœur à la compréhension des notions. Le principal mode d'évaluation utilisé était le questionnaire à choix multiples. Ainsi, la PACES était une année de sélection équitable et peu coûteuse car contenant peu de travaux dirigés.

1 - Des discussions antérieures à la réforme qui font émerger un consensus sur la fin de la PACES

La réforme de l'accès aux études de santé est le fruit d'une longue phase de discussions et d'expérimentations qui en ont fait émerger les principaux objectifs. Dès 2012, deux années après la mise en place de la PACES, des critiques apparaissent sur cette année de sélection et les assises de l'enseignement supérieur concluent la même année à la nécessité de la faire évoluer⁶. Les principaux arguments avancés tiennent au fait que la très forte attractivité des carrières de médecins et la nécessité d'un *numerus clausus* conduisent mécaniquement à une proportion d'échecs très importante, le plus souvent après deux tentatives, affectant profondément et durablement des étudiants, souvent d'un bon niveau. Par ailleurs, le recours quasi-exclusif aux questionnaires à choix multiples conduisait à du bachotage, avec un faible apport pédagogique, et permettait à des établissements privés de préparation au concours de prospérer au détriment des étudiants issus de familles aux revenus modestes. Cette nécessité d'évolution de la PACES est en partie reprise dans la grande conférence de la santé de 2016⁷ dont certaines mesures préfigurent la réforme de 2019⁸. D'autres travaux préparatoires ont été réalisés par le ministère de la santé⁹ dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, préconisant des mesures davantage orientées vers le système de soins et les étudiants déjà admis en études de santé¹⁰.

Des expérimentations préfigurant les nouvelles modalités d'accès aux études de santé

Faisant suite aux assises de l'enseignement supérieur et de la recherche, la loi du 22 juillet 2013 autorise des expérimentations sur de nouvelles modalités pour l'accès aux études de santé qui sont prolongées par la loi orientation et réussite des étudiants en 2018. L'objectif était « *d'inciter les universités à développer les aides à la réorientation pour les étudiants n'ayant pas accès à une filière de santé et de favoriser les passerelles vers d'autres formations* ». Ces expérimentations ont lieu entre 2014 et 2018 dans 18 universités. La grande majorité des universités met en place une *AlterPACES* qui permet à certains étudiants de rejoindre les filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) depuis une licence de l'université. L'université d'Angers se démarque en proposant un dispositif *PluriPASS* ayant pour objectif, d'une part, de garantir un recrutement efficace dans les filières MMOP, et, d'autre part, de favoriser une orientation progressive des étudiants non admis en MMOP vers une quinzaine de licences de l'université. Le *PluriPASS* mélange des enseignements en santé et hors-santé, ces derniers devant préparer à une réorientation en cas d'échec.

⁶ Rapport au Président de la République, assises de l'enseignement supérieur et de la recherche, décembre 2012 (p. 20).

⁷ Feuille de la route, Grande conférence de la santé, février 2016.

⁸ Régionalisation du *numerus clausus*, encourager la poursuite d'étude après la PACES, poursuivre les expérimentations et favoriser les passerelles entre les formations médicales et paramédicales.

⁹ Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final : adapter les formations aux enjeux du système de santé, septembre 2018.

¹⁰ Certaines mesures se retrouvent dans la réforme (suppression du *numerus clausus*, meilleure prise en compte des besoins de santé) et d'autres ne sont pas suivies d'effet (améliorer l'information et l'orientation sur les métiers de la santé et création d'un socle commun pour les étudiants des différentes filières de santé).

Si la faisabilité d'une alternative à la PACES semble démontrée par ces expérimentations¹¹, les évaluations des dispositifs mis en place montrent dès 2018 des lacunes importantes. Les *AlterPACES* n'ont pas trouvé leur public puisqu'en moyenne, seules 15 % des places ouvertes ont été remplies (aucune université n'ayant rempli plus de la moitié de ses places). Le faible nombre de candidatures à ces dispositifs ne semble pas provenir de la nouveauté car les places sont restées vacantes quatre années de suite dans certaines universités. Le dispositif *PluriPASS*, qui a par la suite inspiré la réforme, affiche de bons résultats concernant la réussite étudiante avec une augmentation du nombre d'admis dans les filières MMOP dès la première année après le baccalauréat et une réorientation effective des candidats non admis vers les autres filières universitaires. La diversification des profils n'apparaît pas de façon mesurable au cours de l'expérimentation¹².

Dans son discours sur la transformation du système de santé de 2018, le Président de la République annonce une rénovation complète des études de santé, faisant le constat que les capacités de formation sont insuffisantes, que la PACES conduit à un important « gâchis » et que les aptitudes relationnelles des étudiants ne sont pas suffisamment évaluées. La possibilité de recruter des étudiants en licence de disciplines diverses ainsi que la volonté d'attirer des profils plus variés et de favoriser les passerelles entre métiers apparaissent également. En décembre 2019, le rapport sur la suppression du *numerus clausus* et de la PACES détaille les principales mesures qui seront retenues dans la réforme¹³. Ce rapport part de la nécessité de faire évoluer le modèle pour limiter les échecs trop nombreux en PACES et introduit par ailleurs la nécessité de faire coexister au moins deux voies d'accès afin de diversifier le profil des admis en études de santé sans préciser les contours de cet objectif. Le rapport propose également de faire évoluer les modalités d'enseignement et d'évaluation de la PACES.

Ainsi, les principaux constats qui ont motivé la réforme sont donc apparus de façon échelonnée :

- les problèmes liés à la réussite étudiante dans le cadre de la PACES sont d'abord mis en avant ;
- la nécessité de former plus de médecins pour répondre au problème des déserts médicaux apparaît ensuite ;
- la nécessité de diversifier l'origine des étudiants et donc les profils des étudiants sélectionnés en réformant les modalités de sélection émerge en dernier.

2 - Trop d'objectifs

Les constats qui motivent une évolution de l'accès aux études de santé sont unanimement partagés. Portée par les deux ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, la réforme de 2019 se traduit par des conséquences majeures dans le champ de l'enseignement supérieur. Les principaux objectifs de la réforme sont les suivants :

¹¹ Conférences des doyens de médecine, odontologie, pharmacie et conférence nationale des enseignants de maïeutique, *Bilan des expérimentations PACES 2014-2018*, juillet 2018.

¹² M. Amand et al., « PluriPASS, première année commune aux études de santé (PACES) adaptée de l'Université d'Angers : caractérisation et suivi de la population étudiante sur les trois semestres du dispositif », *Pédagogie Médicale* 21, 131-141 (2020).

¹³ Jean-Paul Saint-André, *Suppression du numerus clausus et de la PACES*, décembre 2018.

- augmenter les effectifs étudiants : cet objectif, qui aurait pu être atteint sans modifier le système de *numerus clausus*, affiche également une volonté de mieux prendre en compte les besoins de santé dans la fixation du nombre d'étudiants en MMOP, ce qui passe par la mise en place de concertations ;
- améliorer la réussite et le bien être des étudiants : il s'agit de limiter les redoublements, de préparer l'orientation de ceux qui n'accéderont pas à MMOP et de faire évoluer les modalités d'enseignement et d'évaluation pour le bien-être étudiant. Cet objectif vise aussi à orienter les étudiants en accès santé non admis en MMOP, qui sont généralement d'un bon niveau académique, vers les autres filières de l'université, dont certaines souffrent d'un manque d'attractivité, bien que cela n'apparaisse pas explicitement dans la présentation de la réforme¹⁴.
- diversifier le profil des étudiants : cet objectif part du constat que les étudiants, notamment en médecine, et, par extension, les professionnels de santé sélectionnés par la PACES, ont un profil très homogène : titulaire d'un baccalauréat scientifique avec une mention très bien, habitant dans une grande ville et issu d'une catégorie socio-professionnelle favorisée. L'objectif de diversification comprend donc trois dimensions : la discipline académique, le lieu d'habitation et l'origine sociale. Aucune précision n'ayant été apportée quant à l'impact attendu de chacune de ces dimensions sur le système de soins, la compréhension et l'appropriation de cet objectif par les différents acteurs ont été très hétérogènes ;
- favoriser les passerelles entre les filières de santé : cet objectif répond au constat de filières de formation en santé excessivement hermétiques (certains concepts enseignés aux infirmiers sont inconnus des médecins). Les formations sont davantage tournées vers les spécificités de chaque métier que vers le travail en commun. Dans un contexte de développement général des responsabilités accordées aux professions paramédicales, la formation doit s'adapter pour faciliter l'interprofessionnalité et une meilleure compréhension des spécificités de chaque métier.

La réforme contient donc deux propositions principales quasi-indépendantes l'une de l'autre : la suppression du *numerus clausus*, avec la mise en place de nouvelles modalités de fixation des objectifs de formation (cf. chapitre II), et la création des deux voies d'accès parcours accès santé spécifique (PASS) et licence accès santé (LAS). Cette dernière proposition vise à la fois la réussite des étudiants et la diversification des profils.

B - La coexistence de deux dispositifs d'accès aux études de santé, PASS et LAS, fruit d'un compromis

L'ambition initiale de la réforme était de développer uniquement le modèle des LAS et de mettre fin à la sélection de la PACES en généralisant l'expérimentation d'Angers (cf. encadré *supra*). Cette ambition, portée par les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, s'inscrit dans la volonté de réformer en profondeur l'accès aux études de santé afin de mettre l'accent sur les préoccupations sociales et relationnelles pour répondre au défi des transitions épidémiologiques en s'inspirant d'autres systèmes internationaux (cf. encadré *infra*).

¹⁴ L'orientation des étudiants en accès santé vers les autres filières de l'université apparaît explicitement dans le l'expérimentation d'Angers (cf. encadré *supra*).

De nombreux doyens de santé se sont opposés au nouveau modèle fondé sur les LAS. Certains étaient opposés au projet plus général de réforme en profondeur et d'autres étaient plus simplement attachés à un système très attractif et sélectif. Certaines universités ont mis en avant leurs situations spécifiques qui rendaient très difficile la suppression de la PACES au profit de LAS lorsque la PACES accueillait de nombreux étudiants et que les autres licences de l'université étaient déjà en tension. Le rapport Saint-André trace la voie au compromis trouvé autour de la coexistence des modèles PASS et LAS¹⁵. Fidèle au principe d'autonomie, l'instance représentative des présidents d'universités (France Universités) ne s'est pas positionnée en faveur d'un modèle unifié. Enfin, la réforme s'est inscrite dans un contexte de crédits budgétaires limités qui n'a pas été propice au développement des LAS, plus coûteuses que les PACES (cf. chapitre I.II.B).

L'accès aux études de santé dans les pays comparables à la France

La France se distingue par une année d'étude supérieure consacrée à sélection des candidats. Dans les autres pays, les études médicales sont organisées selon l'un des modèles suivants :

- l'*entry undergraduate* (Royaume-Uni, Roumanie, Allemagne, Espagne) : l'entrée dans les études de santé se fait après le baccalauréat et sa gestion peut être opérée à travers un portail de candidature unique comme en Allemagne ou par une épreuve classante spécifique comme en Espagne. La durée des études médicales est de six ans avant spécialisation.
- le *graduate entry* (États-Unis) : l'étudiant doit obtenir une licence en quatre ans ou avoir effectué au moins deux années d'études dans un domaine scientifique et passé certains tests avant d'intégrer le deuxième cycle de quatre ans en études de santé puis l'internat.

Le modèle PASS et LAS est à mi-chemin entre le modèle français historique et le modèle *graduate entry*. Lors des discussions antérieures à la réforme, ces deux options avaient été écartées, la première au nom du libre accès aux études universitaires (notamment défendu par les associations représentatives des étudiants), la seconde au nom de la nécessité d'une formation professionnalisante précoce défendue par certains doyens et directeurs d'unités de formation.

Afin de prendre davantage en compte l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice des métiers du soin et de la santé, la mise en place d'épreuves orales devait constituer un changement majeur des modalités de sélection des candidats. Les doyens de santé ont mis en avant les difficultés pratiques d'organisation des oraux, compte tenu du nombre élevé de candidats, afin de permettre aux universités qui le souhaitent d'exonérer de ces nouvelles épreuves la moitié des admis. Comme évoqué *infra*, la mise en place partielle de ces oraux, fruit d'un nouveau compromis avec les doyens en santé, a suscité de vives incompréhensions de la part des étudiants et des enseignants chargés de les organiser, ce qui a également conduit à décrédibiliser ces épreuves.

¹⁵ « Il ne peut pas y avoir un modèle unique d'entrée dans les filières MMOP, afin de tenir compte de la diversité des universités. » Jean-Paul Saint-André, ancien président de l'université d'Angers, *Refonte du premier cycle des études de santé pour les "métiers médicaux"*, rapport, 17 décembre 2018.

Les textes encadrant le fonctionnement de l'accès aux études de santé laissent une grande autonomie aux universités dans les choix de mise en œuvre¹⁶. Trois principaux types de formations donnent accès aux études en MMOP : le PASS, les LAS et la troisième voie. Toutefois, ces trois formations ne font pas l'objet de quotas fixant précisément le nombre de places attribuées à chacune puisque le III de l'article R631-1-1 précise simplement qu'« *un parcours ou un groupe de parcours ne peut excéder 50 % du nombre total de places proposées* »¹⁷. De même pour les oraux, où le nombre d'étudiants pouvant être exonéré ne peut excéder 50 % sans faire l'objet d'un seuil précis. Les universités étant autonomes, les textes permettent à celles qui le souhaitent de réformer pleinement leur système en mettant en œuvre un modèle fondé uniquement sur des LAS, sans toutefois contraindre les universités réticentes à abandonner, à travers le PASS, un modèle proche de la PACES. La possibilité de faire coexister LAS et PASS au sein d'une même université, ainsi que le peu de contraintes relatives aux modalités pratiques de fonctionnement des LAS et des oraux, ont conduit à une hétérogénéité des modèles au sein des universités (cf. *infra*).

En définitive, cette réforme n'aurait pu réussir que si les universitaires et notamment les directeurs d'unité de formation et de recherche (UFR), avaient accepté de consentir un effort important de transformation. Or, les présidents d'université et les directeurs des composantes hors santé n'avaient pas été associés en amont à la conception de la réforme. Quatre ans après la première rentrée, les pratiques n'ont toujours pas convergé et nombre d'acteurs ont toujours des difficultés à saisir le sens du projet et la cohérence des mesures prises.

II - Un déploiement de la réforme contraint par un pilotage inadapté au niveau national comme local

En laissant aux universités une grande autonomie de mise en œuvre, la réforme a conduit à une hétérogénéité des modèles et des modalités d'enseignement et d'évaluation entre les établissements. Il existe aujourd'hui autant de systèmes d'accès aux études de santé que d'établissements, chaque fonctionnement étant unique. Le pilotage national insuffisant n'a pas permis le plein aboutissement des objectifs de la réforme à l'instar du modèle de financement à la place créée qui, en l'absence de visibilité pluriannuelle, n'a pas favorisé le développement des LAS.

A - Un déploiement hétérogène de la réforme au sein des universités

1 - Une prédominance du modèle faisant coexister PASS et LAS

Bien que la réforme n'impose pas la création de PASS, les universités ayant opté pour un modèle combinant les deux voies d'accès, PASS et LAS, sont largement majoritaires (29 parmi

¹⁶ Article 1^{er} de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique et arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

¹⁷ Code de l'éducation.

les 36 universités avec UFR en santé¹⁸). Dans certaines universités, le choix du modèle PASS et LAS s'explique par des réticentes de la part des UFR en santé face à un modèle « tout LAS » dont elles ne maîtrisaient pas encore toutes les conséquences plus qu'à une opposition de principe aux LAS. Ainsi, après avoir adopté un modèle PASS et LAS, deux universités se sont finalement décidées à passer à un modèle « tout LAS »¹⁹.

Le modèle « tout LAS » de l'université de Strasbourg

La première année du parcours donnant accès aux études de santé est hébergée au sein d'une seule licence, la licence sciences pour la santé (LSPS), proposant 11 parcours disciplinaires, et elle est portée par l'UFR en santé. Cette voie unique assure une homogénéité de la formation en première année avec un équilibre de la maquette pédagogique entre les unités d'enseignement en santé (39 ECTS²⁰ communs aux 11 parcours) et les enseignements hors santé spécifiques à chaque parcours (21 ECTS). Elle garantit ainsi des promotions homogènes sur les prérequis du bloc santé pour les étudiants admis en MMOP.

Les étudiants ayant validé leur première année de LSPS peuvent ensuite continuer en deuxième puis en troisième année de LSPS au sein de l'UFR en santé ou s'inscrire en LAS2 puis LAS3 dans la mention disciplinaire correspondant à leur parcours de première année. Dans ce dernier cas, l'étudiant effectue son inscription pédagogique et administrative dans l'UFR hors santé correspondante. Ces étudiants suivent alors une mineure santé commune à toutes les LAS2 (9 ECTS), avec des enseignements différents de ceux de la première année de LSPS. En revanche, il n'existe pas d'enseignement commun en L3.

Durant la phase de conception, les UFR hors santé n'ont pas été associées à une réforme qui concerne pourtant de nombreuses formations du premier cycle universitaire. Ainsi, à l'exception des universités ayant mis en place, antérieurement à la réforme, des expérimentations impliquant des UFR hors santé et dans lesquelles le dialogue entre les UFR avait déjà été établi, le contexte de crise sanitaire concomitant à une mise en œuvre très rapide de la réforme n'a pas permis un accompagnement suffisant des universités. Si les objectifs de réussite et de diversification des profils sont partagés, leur traduction opérationnelle diverge. Les doyens des UFR en santé se sont souvent sentis dépossédés par la réforme de leurs prérogatives sur la formation et la sélection de futurs professionnels de santé. En revanche, ceux des autres UFR ont pu avoir l'impression que la réforme leur était imposée sans préavis. Leurs réticences vis-à-vis de la réforme ont été d'autant plus fortes que les présidents d'universités ont largement délégué aux doyens d'UFR en santé sa mise en œuvre.

¹⁸ Pour faciliter la lecture, l'institut catholique de Lille, établissement privé, est inclus dans le périmètre des universités. L'université d'Orléans est un établissement avec UFR en santé depuis la rentrée 2023. Dans le présent rapport, elle est considérée comme une université sans UFR en santé en raison du faible historique des données. À la rentrée 2020, seuls cinq établissements (quatre universités et l'institut catholique de Lille) avaient choisi un modèle « tout LAS ».

¹⁹ L'université de Reims Champagne-Ardenne adopte un modèle « tout LAS » en 2021 tout comme l'université de Côte d'Azur en 2022.

²⁰ Sigle anglais de l'expression *European Credits Transfer System*. Il s'agit de crédits acquis auprès d'un établissement d'enseignement supérieur pouvant être comptabilisés pour l'obtention d'une qualification dans un autre établissement.

Si certaines UFR hors santé ont accueilli positivement la réforme, la création de LAS n'a pas fait l'unanimité. Au-delà des contraintes organisationnelles comme la coordination des emplois du temps et des calendriers, la réforme supposait que les UFR auraient la volonté et seraient en capacité d'intégrer les étudiants en accès santé aux licences disciplinaires existantes. Ainsi, la réforme a posé d'importantes difficultés aux licences déjà en tension et a, au contraire, pu être perçue positivement dans les licences moins attractives.

Tous ces éléments sont autant de facteurs pouvant expliquer à la fois la prédominance du modèle PASS et LAS (cf. tableau n° 2), sa mise en œuvre hétérogène (cf. chapitre I.II.A.2) et les dysfonctionnements qui ont pu suivre (cf. chapitre I.III).

Tableau n° 2 : synthèse nationale des modèles PASS et LAS en vigueur à la rentrée 2022 dans les universités avec UFR en santé²¹

Part des PACES parmi les inscrits en 1 ^{re} année (L1 et PACES) à la rentrée 2019	Nombre d'universités avec modèle PASS et LAS à la rentrée 2022	Nombre d'universités avec modèle « tout LAS » à la rentrée 2022	Nombre d'universités ayant expérimenté une alternative PACES avant la rentrée 2020	
			Avec modèle PASS et LAS à la rentrée 2022	Avec modèle « tout LAS » à la rentrée 2022
< 21 %	19	6	9	5
> 21 %	10	1	4	0

Source : Cour des comptes d'après les réponses des universités au questionnaire de la Cour

Note : le ratio moyen du nombre d'étudiants PACES rapporté au nombre total d'inscrits en première année (PACES et première année de licence) à la rentrée 2019-2020 pour les universités avec UFR en santé est de 21 %.

Alors que la réforme ne leur a pas été imposée, une large majorité des universités sans UFR en santé a accepté les partenariats proposés par les universités dotées d'une UFR en santé (seules sept universités n'offrent aucun parcours accès santé). Néanmoins, le degré d'implication est assez variable, dépendant notamment de la préexistence de liens institutionnels *via* les PACES délocalisées (cf. chapitre I.III.A).

La troisième voie d'accès aux filières MMOP à partir de certaines formations conduisant à un titre ou diplôme d'État d'auxiliaire médical²², n'a été que très peu exploitée. Les universités ont concentré leurs efforts sur la difficile mise en place des parcours PASS et LAS, d'autant que le code de l'éducation ne contraint pas les universités à développer cette voie. Ainsi, trois universités seulement ont accueilli des étudiants en MMOP par cette troisième voie. Les effectifs concernés sont extrêmement faibles puisqu'au total moins de 20 étudiants en étaient issus en 2023 (cf. annexe n° 4, tableau n° 10). Au regard de l'importance accordée au rapprochement des professions du soin dès la formation, la troisième voie apparaît comme la grande oubliée de la réforme ; son développement doit être relancé (cf. chapitre IV.II.B).

²¹ L'université d'Orléans est considérée dans ce rapport comme une université sans UFR santé puisqu'elle n'a une UFR en santé que depuis la rentrée 2023.

²² Cette voie est prévue par le I-3° de l'[article R631-1 du code de l'éducation](#).

2 - Une forte hétérogénéité dans la mise en œuvre quel que soit le modèle adopté

L'article L. 711-1 du code de l'éducation spécifie que les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel jouissent d'une autonomie pédagogique, scientifique, administrative et financière. Le ministère chargé de l'enseignement supérieur a donc laissé aux universités la possibilité de définir localement les modalités d'organisation des formations d'accès aux études de santé. Cela s'est traduit par une diversité de mise en œuvre de la réforme accentuée par une hétérogénéité de la situation initiale des universités et de leur compréhension et appropriation de la réforme.

a) Une hétérogénéité des situations antérieure à la réforme

Des disparités fortes entre les universités, antérieures à la réforme, ont participé à la différenciation des modèles adoptés. L'autonomie des universités s'était déjà traduite par une mise en œuvre hétérogène de la loi sur l'orientation et la réussite des étudiants du 8 mars 2018 et de l'arrêté du 30 juillet 2018 modifiant le fonctionnement des licences, touchant en particulier à l'orientation des étudiants sur *Parcoursup* et l'organisation des enseignements, influençant par là-même l'appropriation de la réforme par les universités.

Les universités ayant mis en place des expérimentations, soit 18 universités avec UFR en santé et dans lesquelles une réflexion avait déjà été menée sur l'organisation de la première année d'accès aux études de santé, étaient mieux préparées pour revoir en profondeur l'ensemble de l'offre de formation du premier cycle et l'articulation avec les cycles suivants. L'organisation même des composantes santé au sein des universités peut fortement varier et donc avoir des répercussions sur la coordination entre les filières MMOP elles-mêmes et avec les UFR hors santé. En effet, si la santé peut être regroupée en une seule UFR, hébergeant alors les quatre filières MMOP auxquelles s'ajoutent parfois des formations d'auxiliaire médical, il arrive également que le domaine de la santé soit réparti sur plusieurs UFR. Le déploiement géographique d'une université sur son territoire et le degré d'autonomie de ses composantes vis-à-vis de leur présidence ont pu également influencer sur la qualité du dialogue entre ses UFR. Or ces éléments déterminent la capacité à proposer les mêmes conditions d'études et la même qualité d'accompagnement dans l'ensemble des formations et sur l'intégralité du territoire concerné.

b) Une mise en œuvre différenciée de l'orientation jusqu'à la sélection

Outre les différences propres à l'existence de deux modèles (PASS et LAS et « tout LAS »), la mise en œuvre est spécifique à chaque université et parfois à chaque UFR, pour les raisons exposées *supra* (cf. tableau n° 3).

Tableau n° 3 : les différences de mise en œuvre à chaque étape du parcours de formation

<i>Étape</i>	Différenciation	Exemple
Parcoursup	Présentation des formations LAS	Vœu à part entière ou sous vœu d'une licence
	Critères de sélection des LAS	Spécifiques à la LAS ou identiques à la licence
Organisation des études	Articulation mineure/majeure	Mineure santé pour les LAS entre 6 et 24 ECTS
		Intégration ou non de la mineure santé aux 60 ECTS de la licence
	Existence d'un socle commun pour intégrer MMOP au sein de l'université	
	Modalité d'enseignement	Présentiel, distanciel, <i>e-learning</i> , hybride, <i>etc.</i>
Candidatures MMOP	Nombre maximum de candidatures	Candidature limitée à deux filières MMOP ou aucune contrainte
Interclassement	Enseignements	Prise en compte ou non des enseignements en santé pour les LAS
	Groupe d'interclassement	Interclassement par groupe disciplinaire ou pour l'ensemble des LAS
	Candidature par filière MMOP	Interclassement spécifique ou commun à toutes les filières
Épreuves orales	Organisation des épreuves	Oraux pour tous les admissibles ou pour une partie
		Composition du jury (nombre de membres, qualité des membres, <i>etc.</i>)
	Modalité des épreuves	Entre deux à huit épreuves orales par étudiant
		Épreuves avec ou sans lien la santé
Préparation des épreuves	Nombre d'heures variable, principalement par les tutorats	

Source : Cour des comptes d'après les réponses apportées aux questionnaires adressés aux universités

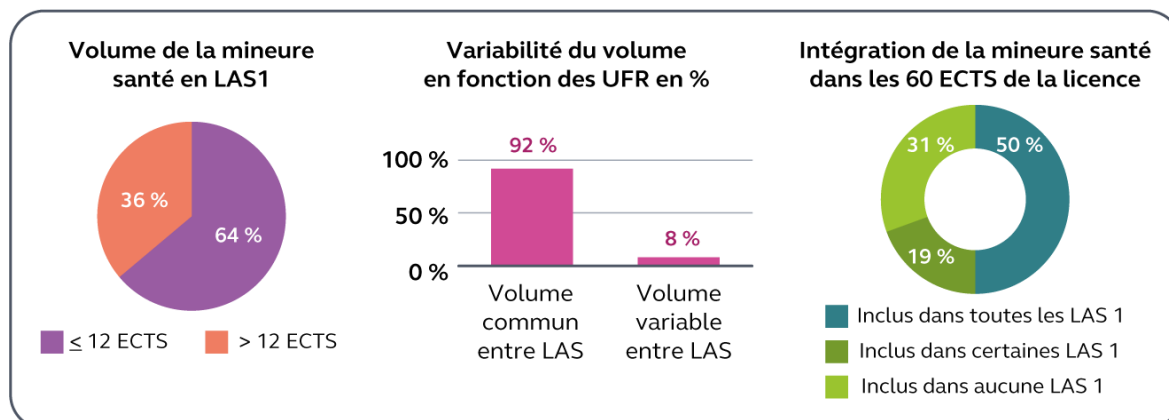
Les discussions entre l'UFR en santé et les UFR hors santé ont abouti à une répartition entre les enseignements en santé et hors santé, pour les PASS comme pour les LAS, très différente selon l'université²³ (cf. graphique n° 1 pour les LAS1). Le degré d'hétérogénéité au sein des universités peut s'expliquer notamment par le nombre de LAS et de mineures santé en PASS²⁴, par la répartition du nombre d'étudiants entre les LAS²⁵ et par le degré d'hétérogénéité dans l'organisation des licences antérieur à la réforme.

²³ Selon l'arrêté du 4 novembre 2019, pour candidater aux filières MMOP, un étudiant doit valider au moins 10 ECTS en santé. Le même arrêté précise que l'année de PASS doit contenir au moins 30 ECTS en santé et au moins 10 ECTS hors santé.

²⁴ Certaines universités ont décidé d'ouvrir des LAS dans toutes les disciplines proposées au sein de l'université, alors que d'autres ont plutôt choisi les disciplines des LAS en fonction du lien avec les études de santé, comme les sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ou la psychologie. De façon générale, l'ouverture de LAS dépend avant tout du volontarisme du directeur de l'UFR.

²⁵ Dans 21 universités avec UFR en santé, au moins la moitié des étudiants de LAS1 sont regroupés au sein d'une UFR en sciences.

Graphique n° 1 : volume de la mineure santé de LAS1 parmi les 36 établissements avec UFR en santé



Source : Cour des comptes d'après les questionnaires adressés aux universités

L'organisation des études et de la sélection en MMOP à l'université de Bordeaux

À l'université de Bordeaux, le parcours accès santé est considéré comme un parcours de formation avant d'intégrer la deuxième année des études de santé, et pas uniquement comme un outil de sélection. Aussi, une réflexion a été menée sur le socle de connaissances requis pour accéder aux filières MMOP et il a été décidé que les prérequis exigés devaient être identiques en PASS et en LAS.

Un ensemble d'enseignements obligatoires (pour un total de 30 ECTS) a été défini pour chaque filière MMOP, certains étant toutefois communs à plusieurs filières. En revanche, le contenu des enseignements hors santé est librement défini par les responsables de formation des UFR concernées, sans qu'une concertation ait pu harmoniser les pratiques entre les UFR. Ainsi, pour les étudiants en PASS comme pour ceux de LAS1, le nombre d'ECTS du bloc disciplinaire est hétérogène et le nombre cumulé d'ECTS en santé et hors santé peut dépasser les 60 ECTS requis pour valider l'année universitaire. Pour les LAS1, selon la majeure disciplinaire, un maximum de 12 ECTS en santé est inclus dans les 60 ECTS, les 18 autres étant donc en sus des 60 ECTS, rendant très difficile une candidature en MMOP dès la LAS1²⁶.

Les étudiants en PASS n'accédant pas en MMOP ne peuvent pas s'inscrire en LAS mais uniquement en licence. Les enseignements en santé que doivent valider les étudiants issus d'un PASS n'ayant pas validé l'intégralité des enseignements requis viennent systématiquement en sus des 60 ECTS de la licence, contrairement aux étudiants issus d'une LAS1. À l'inverse, un étudiant ayant validé son PASS peut se consacrer exclusivement aux enseignements disciplinaires.

Les étudiants en PASS sont classés entre eux, dans chaque filière, en fonction de la moyenne des notes obtenues, en première session, aux unités d'enseignement requises pour cette filière. Les étudiants en LAS sont interclassés avec les étudiants en licence issus d'un PASS, une note de parcours qui est spécifique à chaque filière et leur est attribuée en fonction de leur rang de classement dans la promotion (LAS ou licence) et des notes des enseignements disciplinaires. Pour chaque filière, les *ex-aequo* sont départagés par les notes obtenues dans les enseignements en santé de la filière.

²⁶ En 2022-23, seuls deux étudiants de LAS1 à l'université de Bordeaux ont candidaté en MMOP.

En résumé, il y a autant de visions de la réforme que d'universités, ce qui résulte largement d'un cadrage flou et d'un accompagnement insuffisant par le ministère. Comme développé *infra*, les universités ont souvent eu du mal à comprendre le cadre réglementaire de la réforme, ce qui peut expliquer qu'elles s'en soient souvent saisies tardivement et qu'il y ait eu de nombreux ajustements nécessaires pendant les premiers mois et années de mise en œuvre. Les difficultés rencontrées étaient, au-delà des défauts de conception de la réforme, liées également à un pilotage local parfois inadapté. En outre, l'hétérogénéité des modèles, le manque de cadrage et d'accompagnement contribuent à un sentiment général d'insatisfaction des étudiants.

B - Des moyens inadaptés au regard des ambitions de la réforme

1 - Un financement important mais des modalités d'attribution insuffisamment transparentes

En 2018, dans le cadre de la loi sur l'orientation et la réussite des étudiants, un système de financement à la place avait été déployé à hauteur de 1 600 € par place créée alors que le coût annuel d'une année de licence est estimé à 3 200 €. Le même fonctionnement a été repris pour la réforme d'accès aux études de santé en adaptant le financement pour prendre en compte par différence la disparition d'une place en PACES (estimée à 2 000 €) et la création d'une place en licence (estimée à 3 200 €) soit un financement supplémentaire de 1 200 €. Pour les universités partenaires sans UFR en santé, les créations *ex nihilo* de place en LAS ont été financées à hauteur de 1 600 €. Dans le modèle de financement retenu, seules les places créées et les transformations pédagogiques sont prises en compte. Ainsi, la transformation d'une place de PACES en PASS, n'engageant pas de transformation pédagogique n'est pas financée, de même que l'ouverture d'une place de LAS au sein d'une licence sans augmentation des capacités d'accueil (« LAS repeintes »).

À la rentrée 2021, le ministère a financé 3 000 places en LAS2, à hauteur de 3 200 € par place, pour compenser la hausse des effectifs. Ce chiffrage s'appuie sur une hypothèse de poursuite d'études des étudiants en LAS1, en leur appliquant un taux. Pourtant, d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants, parmi les 4 493 nouveaux bacheliers de 2020 inscrits en LAS2 en 2022, plus de la moitié sont en fait issus d'un PASS (2 441), les autres étant issus d'une LAS (2 052). Quelle que soit l'origine de ces étudiants, 1 493 places restent sans financement. Depuis 2021, les créations de places sont financées, sans distinction de discipline, forfaitairement à hauteur de 3 200 € par place.

Ce dispositif d'allocation des moyens empirique avait comme principal objectif le maintien des capacités d'accueil *Parcoursup*. Pour encadrer le financement d'éventuelles places supplémentaires futures, le ministère doit disposer d'un bilan des places financées et créées à chaque rentrée universitaire depuis 2020, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En complément des moyens fléchés au titre de la réforme, 100 postes d'enseignants hospitalo-universitaires ont été alloués en 2022 et 2023 pour contribuer en partie au maintien de l'encadrement des étudiants en première année pour un total de 10,4 M€. Concernant la deuxième année du premier cycle MMOP, 24 M€ de crédits ont financé 2 227 places supplémentaires. Le besoin réel de places calculé à partir des capacités d'accueil votées par les établissements sur cinq ans est couvert par la dotation ministérielle. Enfin, en complément de la subvention pour

charges de service public, deux projets portés par l'université numérique en santé et sport ont offert aux universités des supports pédagogiques et un matériel numérique pour la transformation pédagogique des formations pour un total de 7 M€.

Pour l'ouverture des capacités d'accueil en LAS1 à la rentrée 2020, 15,25 M€ ont été alloués aux universités, dont 5,7 M€ de crédits pérennes. La dotation cumulée de 2020 à 2024²⁷ s'est élevée à 125,2 M€ pour financer les places en LAS1, LAS2 et LAS3 ainsi que la transformation pédagogique, dont 79 % sont pérennes²⁸, et notifiés à 97 % sur des crédits de masse salariale. La subvention pour charges de service public est le véhicule financier majoritaire pour 97 % des subventions totales. En complément de la subvention du ministère de l'enseignement supérieur, les universités ont obtenu des financements des collectivités territoriales et des appels à projets. Le financement reçu cumulé de 2020 à 2024, toutes subventions confondues, est de 129 M€ (cf. annexe n° 8, tableau n° 15). Tous les crédits alloués par le ministère sont pérennes depuis 2022. Aucun abondement n'a été réalisé depuis. Les moyens pour chaque université ont été notifiés sur la base d'un forfait unique de financement à la place dans le cadre du dialogue de gestion mené par les rectorats. Les universités ont bénéficié en moyenne de 2 M€ de financement cumulé de 2020 à 2024. Celle bénéficiant de la dotation maximale, 11 M€ pour 1 739 places, est une université avec UFR en santé et un modèle « tout LAS ». Parmi les 35 universités avec UFR en santé, 11 % ont un modèle « tout LAS » et leur dotation financière cumulée représente 29 % du total des universités avec santé, soit 33 M€, et 45 % des places financées. Le financement étant à la place, les universités qui ont créé plus de places en LAS1 ont obtenu plus de financements. Le déploiement du modèle « tout LAS » a été accompagné par le ministère et a permis des recrutements. Pour certaines universités, le manque de visibilité sur la pérennité des moyens a constitué une réelle difficulté pour organiser et rationaliser les dépenses et inscrire les besoins en personnel dans la durée.

Le coût d'amorçage intégrait la transformation pédagogique et l'hybridation des formations. Les ressources ont permis le recrutement de personnels pour, dans un premier temps, refondre les maquettes des formations et réorganiser les services de scolarité puis pour pérenniser la pédagogie des formations de PASS et de LAS. Il convient de noter que la subvention allouée au titre de la transformation pédagogique était une aide ponctuelle en 2020 et 2021 pour un besoin transitoire lié au démarrage du projet puis pérennisée à compter de 2022. En rythme normal d'activité, les universités mobilisent les financements de la réforme pour les charges liées au tutorat étudiant, à la stabilité des recrutements, et aux vacances des examinateurs et jurys des oraux.

Le nombre moyen de recrutements et le coût des oraux

Le nombre moyen de recrutements, en équivalent temps plein travaillé, sur la période 2020-2024 est de 3,5 personnels administratifs et de sept enseignants parmi les universités ayant recruté au moins un agent (cf. annexe n° 8).

²⁷ Pas d'évolution de crédits prévue dans la notification prévisionnelle de 2024.

²⁸ Les moyens sont notifiés sous forme pérenne intégralement depuis 2022.

Les coûts des oraux et du tutorat sont variables selon le nombre d'épreuves, leur organisation et la préparation des étudiants. Afin de disposer d'un chiffrage du coût moyen par étudiant, le modèle-type de l'université de Lille, dont le chiffrage est complet et comparable à d'autres universités en matière de nombre d'épreuves et d'étudiants auditionnés a été retenu (cf. annexe n° 8) :

- épreuves orales : le coût moyen par étudiant est de 101 € (d'après les réponses des universités, le coût moyen est situé entre 100 € et 200 €) ;
- tutorat pédagogique pour les PASS : coût moyen par étudiant de 112 € ;
- tutorat pour la mineure santé en LAS : coût moyen par étudiant de 67 €.

Le bilan de la réforme fait ressortir, en moyenne, un équilibre financier. Le solde annuel, qui correspond à la différence entre le financement du ministère de l'enseignement supérieur fléché au titre de la réforme et le surcoût après la mise en œuvre de la réforme par rapport au coût de la PACES, est compris entre - 4,6 M€ et + 7,6 M€ en fonction de l'hypothèse du coût d'une formation licence retenu (cf. tableau n° 4)²⁹. L'hétérogénéité des modèles de parcours ne permet pas de calculer un solde budgétaire par université bien que l'équilibre semble généralement atteint.

Tableau n° 4 : analyse du coût de la réforme

Coût PACES		Coût après réforme inscrits rentrée 2022-2023					Subvention fléchée pour 2023 (3)	Solde annuel (2-1) - 3
		Nombre d'étudiants inscrits en 2022-2023			Coût après réforme (2)	Surcoût après réforme		
Nombre d'inscrits en PACES 2019-2020	Coût avant réforme (1)	LAS1	PASS	LAS2 et 3				
55 754	111,5 M€	20 232	25 381	10 055 dont 8 902 places intégrées aux licences socles*	Entre 131 M€ et 143 M€	Entre 19 M€ et 31 M€	26,6 M€ (125,2 M€ cumulés sur la période 2020-2024)	Entre - 4,6 M€ et + 7,6 M€ (Entre - 71 000 et 116 000 €/université)

Source : Cour des comptes d'après données du système d'information et de suivi des étudiants, questionnaires transmis aux universités et de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

Note : Les hypothèses de coût moyen par place sont : place PACES/PASS = 2 000 € ; place LAS : place licence minimum de 3 730 €, d'après la méthode P2CA - note focus n° 074 du CAE30, et maximum de 4 300 €, d'après les universités - coût moyen = dépenses en crédits de paiements sur le code destination 101 licence au compte financier 2022/nombre d'étudiants cycle 1 année 2022-2023. *Retraitement : parmi les places LAS créées à la rentrée 2020, certaines places étaient en sus des capacités d'accueil des licences et financées mais d'autres places étaient intégrées aux capacités des licences existantes. La capacité totale n'a pas augmenté. Ces places LAS ont pu être financées avant 2020 dans le cadre de la loi sur l'orientation et la réussite des étudiants au titre des filières en tension notamment.

La modélisation des conséquences financières liées à la transformation pédagogique, aux enseignements complémentaires et aux coûts administratifs nécessaires au déploiement de la réforme, a été réalisée partiellement ou totalement par près de la moitié des

²⁹ D'après ce calcul, le surcoût moyen par étudiant de la réforme est entre 342 € et 561 €.

³⁰ Hamza Bennani, Gabriele Dabbaghian et Madeleine Péron, « Les coûts des formations dans l'enseignement supérieur français : déterminants et disparités », *Les notes du conseil d'analyse économique*, focus n° 074-2021, décembre 2021.

établissements. Les modèles les plus avancés sont ceux des universités concernées par les expérimentations et par les universités « tout LAS » (cf. annexe n° 8). Ces établissements considèrent que la subvention pour charges de service public accompagne les besoins nécessaires au déploiement de la réforme.

L'étude d'impact prévoyait une économie annuelle de charges financières pour les universités de 55,1 M€ « *liée à la fin du redoublement en PACES (37 M€) d'une part et, d'autre part, à l'amélioration du taux de réussite en LASI (18 M€)* »³¹. Cette estimation était basée sur un raisonnement incomplet n'intégrant pas tous les éléments financiers tels que le taux d'encadrement, le volume d'heures d'enseignements nécessaire, les épreuves orales et la réussite des étudiants en corrélation avec les modèles de parcours mis en œuvre au sein des établissements. Ces coûts complémentaires sont liés au fait que la PACES était une formation peu coûteuse, 2 000 € par place selon l'estimation du ministère, reposant largement sur des cours magistraux, alors que les LAS impliquent davantage de travaux dirigés et donc d'encadrement par les enseignants.

Pour évaluer la réalité de cette économie (cf. annexe n° 9), il est nécessaire d'estimer le coût de formation des étudiants nouveaux bacheliers engagé par les universités et l'économie due à la limitation des redoublements. En 2020, le coût a augmenté de 45 M€ tandis que l'économie n'a été que de 26 M€ d'après une comparaison du nombre d'années d'études validées de deux cohortes d'étudiants nouveaux bacheliers avant et après la réforme. Aucune économie n'a donc été réalisée sur le budget des universités.

Bien que l'équilibre financier national soit constaté, par construction du modèle, la majorité des universités soulignent un manque de visibilité pluriannuelle des moyens alloués par le ministère, ce qui n'a pas été propice au bon déploiement de la réforme. Elles déplorent ce manque de communication qui a induit en interne des difficultés pour anticiper les nécessaires réorganisations des services de scolarité et administratif. De même, la pérennité des crédits n'a été annoncée qu'en 2022 engendrant une difficulté pour inscrire les dépenses dans la durée et répartir la dotation entre les budgets des UFR. Compte tenu de l'ambition de la réforme et de l'implication attendue de l'ensemble des acteurs universitaires pour la mise en œuvre complexe des PASS et des LAS, un pilotage financier clair, indiquant dès le lancement de la réforme les crédits disponibles et la part de ces crédits qui serait pérennes, aurait été nécessaire à la réussite du dispositif.

En fonction d'objectifs clairs et partagés entre les établissements et la tutelle, l'élaboration d'indicateurs pertinents favoriseraient le suivi de la réforme pour financer toute création de place et ainsi justifier une charge supplémentaire. Il est nécessaire de renforcer le pilotage financier de la réforme pour permettre de disposer d'une vision pluriannuelle et globale du coût financier (infrastructures, encadrement, oraux, effet cohorte premier, deuxième et troisième cycles) sur les trois cycles afin d'optimiser les objectifs poursuivis par la loi. Le cas échéant, un ajustement à la hausse comme à la baisse permettrait, selon les crédits du programme 150 - *Formations supérieures et recherche universitaire* disponibles, de rétablir le financement ajusté aux modèles de parcours choisis par les universités. Ces éléments devraient être examinés en comité de pilotage commun aux deux ministères.

³¹ D'après la réponse de la DGESIP au questionnaire de la Cour.

2 - Un renforcement tardif des capacités de pilotage du ministère

En juin 2020, quelques semaines avant la première rentrée des PASS et des LAS, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) ont installé conjointement un comité national de suivi de la réforme. Ce comité, composé d'universitaires et de représentants de la DGESIP avait pour mission de favoriser les interactions avec les universités et de répondre à leur difficulté en lien avec les ministères de tutelle. Outre le maintien d'un lien entre la tutelle et les établissements dans le contexte complexe de l'année de mise en œuvre, le comité a identifié et discuté un certain nombre de points techniques concernant par exemple l'organisation des oraux, le lien entre la candidature des LAS et le calendrier de validation des ECTS, les conditions d'entrées en LAS2 après un PASS, *etc.* Si le comité de suivi a permis de résoudre les problèmes les plus urgents de la réforme, il n'a pas eu les moyens, notamment en matière d'accès aux données étudiantes, de lui faire atteindre pleinement ses objectifs. Cette mission a pris fin en septembre 2023.

À l'issue du premier trimestre de l'année 2020-2021, avec l'apparition des problèmes de remplissage des capacités d'accueil réservés aux LAS, le pilotage de la réforme au sein du ministère de l'enseignement supérieur est renforcé avec la nomination en février 2021 d'un chargé de mission. En mars 2021, 16 mois après la publication des textes réglementaires et sept mois après la première rentrée des PASS et des LAS, un *vade-mecum* de la réforme a été publié par la DGESIP afin d'accompagner les établissements sur la mise en place des nouveaux parcours. Sa publication tardive a privé les établissements d'assistance juridique à l'interprétation des textes qui a dû être faite localement, souvent par des personnels sans expertise juridique. Au-delà des questions techniques, de nombreux personnels administratifs au sein des universités ont exprimé leur état de détresse face à une réforme aussi complexe ainsi qu'un sentiment d'abandon.

Pour mieux accompagner la mise en œuvre de la réforme, deux tiers des universités ont créé une commission d'appui de la réforme³² pour renforcer le suivi au niveau local. Ces commissions n'ont pas toujours produit les effets attendus en matière de fluidification de la collecte des informations et n'ont pas permis de faciliter la mise en œuvre des recommandations du comité de suivi national.

Concernant le pilotage national, compte tenu du nombre d'établissements, du caractère unique du modèle adopté par chacun d'eux et de la complexité intrinsèque du système des PASS et des LAS, la DGESIP n'a pas été en mesure de suivre de façon précise les choix adoptés par chaque université ainsi que leurs conséquences sur les objectifs de la réforme. Outre des remontées d'information sur les capacités d'accueil et le nombre d'admis (cf. *infra*), la DGESIP n'est aujourd'hui plus en capacité de suivre le fonctionnement des PASS et des LAS dans les établissements et peut difficilement proposer, de façon efficace et documentée, les évolutions nécessaires aux dispositifs d'accès aux études de santé. Pour renforcer le pilotage, la priorité est un accès facilité aux données que les systèmes d'information ne permettent pas à ce jour.

La mise en place d'un comité d'accompagnement opérationnel composé du ministère de l'enseignement supérieur et de référents pédagogiques et administratifs des UFR avec santé et hors santé en vue de permettre une amélioration continue des conditions d'études est nécessaire.

³² Arrêté du 22 octobre 2021, article 15 bis.

3 - Une absence d'anticipation sur les besoins en systèmes d'information

Les universités ne disposent toujours pas à ce jour des systèmes d'information adaptés au nouveau fonctionnement notamment pour la gestion des inscriptions, le suivi des candidatures et des places. Elles n'ont pas bénéficié de la mise à disposition d'outils nationaux de calcul pour réaliser les interclassements des notes de licences ou de PASS, ni pour prioriser les choix des filières MMOP. De plus, le recensement des étudiants en filières d'accès aux études de santé n'a pas été harmonisé, ce qui génère des difficultés dans le suivi des inscriptions. Par exemple, les étudiants en LAS n'ont pas systématiquement été identifiés au sein du système d'information sur le suivi des étudiants et ne font pas systématiquement l'objet d'une inscription secondaire dans les UFR en santé.

Localement des outils de calcul sont développés en dehors du système informatique de gestion « application pour l'organisation et la gestion des enseignements et des étudiants » (Apogée)³³, ce qui induit des risques de perte et de compromission de données. L'agence de mutualisation des moyens des établissements a été associée à la réforme tardivement par le ministère, après la publication des textes. Les premiers travaux ont débuté au premier semestre 2020 avec un groupe d'une vingtaine d'universités. Au-delà du manque de temps et des difficultés techniques et financières, en l'absence de consensus sur les modalités de l'organisation administrative des PASS et des LAS, due à la grande hétérogénéité des modèles, il n'a pas été possible de proposer un système unifié pour l'ensemble des universités. En conséquence, les principales évolutions du logiciel Apogée ont consisté à mettre en place des systèmes d'exports de données pour permettre la connexion avec des outils *ad hoc* développés au sein de chaque établissement augmentant les risques de perte et de compromission de données. Depuis 2022, les établissements n'ont pas demandé d'évolution majeure, ce qui atteste d'une adaptation des établissements.

Dans un contexte où une grande majorité des difficultés qui ont pesé sur les équipes administratives au sein des établissements auraient pu être évitées grâce à des systèmes d'information adaptés, le sujet des systèmes d'information aurait dû être anticipé par le ministère de l'enseignement supérieur.

Concernant les outils au service du pilotage national, l'outil numérique Dialogue³⁴, qui permet une remontée d'informations, a été mis en place tardivement par le ministère de l'enseignement supérieur au cours de la deuxième année de la réforme. Cet outil a une granularité faible puisqu'il ne renseigne pas sur l'offre de formation des établissements (mention des licences ou des mineures disciplinaires des PASS), et ne permet pas une cartographie fiable des partenariats entre les établissements. À titre d'exemple, tous les partenariats n'ont pas été formalisés par des conventions. Si ces dernières existent, elles ne sont pas systématiquement datées ni signées. Un autre outil mobilisable est le système d'information sur le suivi des étudiants qui n'est toutefois pas en mesure de couvrir l'ensemble des effectifs

³³ Ce système, développé par l'agence de mutualisation des universités et des établissements, est destiné à la gestion des inscriptions et des dossiers des étudiants dans les universités. Le futur logiciel de scolarité Pégase, dont le lancement a été déjà reporté plusieurs fois, ne sera pas opérationnel avant 2026-2027 et uniquement à condition de disposer des fonds nécessaires pour développer l'interface santé.

³⁴ L'outil ainsi nommé est en réalité une plateforme en ligne en cours de développement transmis annuellement aux établissements afin qu'ils remplissent des informations sur les capacités d'accueil et le nombre d'admis par filière et par voie d'accès.

dans la mesure où il n'y a pas d'homogénéité sur le référencement des LAS dans les bases de données en particulier s'agissant des LAS2 et des LAS3. Par ailleurs, la disponibilité des données, qui intervient généralement en septembre de l'année suivant la rentrée, n'en fait pas un outil adapté au pilotage.

Des évolutions majeures du pilotage des informations doivent être engagées en concertation entre la tutelle et les établissements pour disposer des informations et données nécessaires au suivi de la réforme de l'accès aux études de santé telles que les capacités d'accueil votées par les conseils d'administration, mais également les parcours proposés, les taux de réussite, et une cartographie fiabilisée des partenariats entre établissements.

III - Des dysfonctionnements persistants dans la mise en œuvre de la réforme

La mise en œuvre rapide pendant la crise sanitaire de cette réforme complexe impliquant des transformations de nombreuses formations du premier cycle a conduit à des dysfonctionnements majeurs dans l'organisation des formations et la compréhension par les étudiants inscrits et par les lycéens qui souhaitent y candidater sur *Parcoursup*. Ces dysfonctionnements ont des conséquences néfastes sur la réussite étudiante et engendrent un sentiment d'iniquité ainsi qu'une perception négative des étudiants en LAS.

A - Un défaut d'appropriation de la réforme

1 - Une organisation et un dialogue au sein des universités fragilisés par la réforme

L'inscription de la réforme dans une loi portée par le ministère de la santé et le fait que les présidents d'université aient largement délégué aux doyens d'UFR en santé la mise en œuvre de la réforme, n'ont pas facilité le pilotage local, et l'appropriation de la réforme, notamment par les UFR hors santé et les universités partenaires (voir *supra*). Si le cadrage a été renforcé en 2021 à la demande du Sénat et de France Universités, l'hétérogénéité des dispositifs était déjà trop importante pour permettre à la fois un suivi de la réforme et un accompagnement des universités efficaces. Au sein même des universités, les équipes administratives ont souvent découvert la réforme au moment de son entrée en vigueur et ont dû s'approprier seules les textes réglementaires. Les parcours ont été conçus par les équipes pédagogiques, généralement sans grande concertation avec les équipes administratives pourtant directement chargées de leur mise en œuvre opérationnelle (avec, de surcroît, une faible visibilité sur les moyens octroyés), et en proie aux nombreuses questions des étudiants et de leurs familles. Par ailleurs, la diversité des situations n'a pas permis ou, *a minima*, facilité la mutualisation des expériences entre les UFR.

Puisque les parcours impliquent deux UFR, l'organisation des examens requiert une coordination des calendriers qui pose de nombreuses difficultés. Les UFR en santé ont besoin de connaître très tôt les résultats des étudiants pour définir leur éligibilité à candidater et organiser les épreuves orales. Ainsi, les UFR hors santé se sont vu imposer le calendrier de l'UFR en santé partenaire, et ont dû faire face à des difficultés proportionnelles aux effectifs concernés. Cela nécessitait notamment un échange des notes en temps utile, sans pouvoir compter sur des systèmes d'information adaptés (cf. chapitre I.II.B.3).

Enfin, si les étudiants sont rattachés à titre principal aux UFR en santé pour les PASS et aux UFR hors santé pour les LAS, une gestion efficace de la scolarité passe par un échange fluide d'informations entre les UFR. Or cet échange, souvent inhabituel pour ces établissements, est resté limité, si bien que les équipes administratives se plaignent de se retrouver dépourvues face aux questions des étudiants dès lors qu'elles concernent aussi l'UFR partenaire. Après s'être investies dans la scolarité des étudiants, les équipes au sein des UFR hors santé déplorent également un manque de considération en n'étant généralement pas informées sur la réussite ou l'échec à l'entrée en MMOP des étudiants qu'elles ont accompagnés, d'autant que les étudiants qui ne parviennent pas à intégrer MMOP ne poursuivent pas nécessairement leurs études dans l'UFR hors santé (voir *infra*). L'ensemble de ces difficultés peuvent être accentuées par l'éloignement géographique des campus ou l'éloignement institutionnel dans le cas des universités partenaires.

2 - Une interprétation très libre des textes règlementaires aux conséquences importantes sur les conditions de réussite des étudiants

L'arrêté du 4 novembre 2019, pour candidater aux filières MMOP ne fixe aucune limite maximum du nombre de crédits d'enseignements (ECTS³⁵) en santé et hors santé. Les discussions entre UFR en santé et UFR hors santé n'ont généralement pas conduit à une révision des programmes permettant un allègement de la charge de travail par rapport à la PACES. L'ajout d'enseignements hors santé dans les cursus semble avoir eu plutôt l'effet inverse, bien que le nombre d'heures octroyées aux enseignements en santé ait généralement diminué par rapport à la PACES. Dans certaines universités, les parcours donnant accès aux études de santé peuvent s'apparenter à de véritables doubles cursus, avec un nombre total d'ECTS bien supérieur aux 60 ECTS requis pour valider une année universitaire. Alors que l'arrêté susmentionné indique que les ECTS santé « *peuvent être totalement ou partiellement inclus dans le parcours de formation conduisant au diplôme national de licence* », elles en sont parfois totalement exclues. Or une faible intégration des ECTS combinée à un nombre élevé d'ECTS pour les enseignements en santé des LAS affectent négativement la réussite des étudiants, comme le montre l'analyse des taux d'accès à MMOP pour des LAS1 (cf. annexe n° 15). En outre, le choix opéré par certaines universités d'avoir des unités d'enseignement en santé spécifiques à chaque filière MMOP contribue à alourdir encore la charge de travail pour les étudiants souhaitant candidater à plusieurs filières³⁶.

Contrairement aux étudiants en PASS, les étudiants en LAS1 peuvent parfois, grâce à la possibilité de capitalisation des unités d'enseignement³⁷, choisir de répartir sur plusieurs années les unités d'enseignement en santé requises pour candidater en MMOP afin d'alléger leur programme. De fait, des étudiants passant de LAS1 en LAS2, alors même qu'ils sont en concurrence avec les étudiants issus de PASS (puisque soumis à un interclassement commun), n'ont pas les mêmes conditions d'études.

³⁵ Sigle de l'expression anglaise *European Credits Transfer System*.

³⁶ Pour chaque filière supplémentaire à laquelle l'étudiant souhaite candidater, il doit suivre en plus les unités d'enseignement spécifiques relatives à cette filière, ce qui alourdit d'autant la charge de travail.

³⁷ Selon l'article 14 de l'arrêté du 30 juillet 2018 relatif au diplôme national de licence, une fois acquise, une unité d'enseignement l'est pour toute la durée du parcours. Autrement dit, elle ne peut pas être repassée.

Le principe de capitalisation des unités d'enseignement en santé soulève une autre question en cas de validation, dès le PASS ou la LAS1, de l'ensemble des unités d'enseignement en santé requis pour candidater en MMOP. Si ce principe était respecté, alors, pour les étudiants poursuivant en LAS2, il n'y aurait plus d'obligation à suivre d'unités d'enseignement en santé, ce qui apparaît paradoxal pour des étudiants souhaitant faire des études de santé et dont le souhait est d'avoir davantage d'enseignements en santé (voir *infra*). Selon certaines UFR en santé, cela représenterait un risque, pour les étudiants, de perdre une partie de leurs acquis pour la suite de leurs études et ainsi de compromettre leur réussite en deuxième année d'études de santé, ce qui a conduit ces universités à ne pas appliquer la capitalisation³⁸.

3 - Des impensés sur la réussite étudiante

Si la réforme ne semble pas avoir rencontré une forte opposition de la part des UFR hors santé, en particulier dans les universités partenaires, c'est qu'il existait des motivations externes à la réforme. Dans un contexte où certaines formations universitaires, notamment scientifiques et littéraires, sont de plus en plus délaissées par les bons étudiants au profit par exemple de formations plus sélectives, les universités ont pu voir dans la réforme une opportunité d'attirer, et surtout de garder, de bons étudiants en cas d'échec à l'entrée en MMOP. En dehors de l'adhésion de principe des responsables de formation aux objectifs de la réforme, il n'existe pas d'incitations, pour les UFR hors santé, à ce que les bons étudiants intègrent les études de santé. Si cela n'est pas exprimé de la sorte, les UFR hors santé déclarent toutefois regretter la perte des très bons étudiants qui intègrent les filières MMOP par rapport aux contraintes que fait peser l'organisation de leur scolarité. Une large majorité d'entre elles sélectionne les étudiants en LAS sur les mêmes critères que leurs étudiants de licence, faisant ainsi abstraction de leur capacité à réussir des études de santé. Par exemple, un étudiant candidat en LAS de philosophie pourrait obtenir un classement sur *Parcoursup* en fonction notamment de ses notes en philosophie au lycée, sans que soit apportée une attention particulière à ses notes dans les matières scientifiques. Dit autrement, les UFR chargées des LAS ne portent pas la responsabilité de faire réussir leurs étudiants souhaitant accéder aux filières MMOP³⁹. Il y a ainsi nécessité à impliquer davantage les UFR hors santé dans le suivi et l'évolution éventuelle de la réforme.

La question des conditions de réussite au-delà des années d'accès aux études de santé ne semble pas avoir été réellement abordée dans le cadre de la réforme. Bien que dans certaines universités, la réforme se soit accompagnée d'une réflexion sur l'ensemble des études de santé avec une réorganisation des programmes et la mise en place de cours de remédiation en deuxième année ou en troisième année de MMOP pour pallier les éventuelles différences de formation entre PASS et LAS, beaucoup d'universités n'ont pu réaliser ce travail, souvent prises au dépourvu par la réforme (voir *infra*).

³⁸ Dans certaines universités, les étudiants repassent les mêmes unités d'enseignement santé chaque année avec parfois la possibilité d'améliorer leurs notes. Dans d'autres universités, les unités d'enseignement en santé sont différentes chaque année et la validation de ces unités d'enseignement entrent dans les conditions d'éligibilité pour candidater en MMOP.

³⁹ Ces observations sont corroborées par des travaux de recherche en sociologie sur les dispositifs d'expérimentation antérieurs à la réforme. Sylvia Marques, *La réforme de la première année commune aux études de santé*, Revue d'anthropologie des connaissances, vol. 13, no. 1, 2019, pp. 225-251.

Pour les étudiants qui se sont réorientés, par choix ou suite à leur échec à l'entrée en MMOP, il n'y a généralement pas eu de réflexion sur les conséquences de la réforme quant à l'accès au deuxième cycle, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où les UFR hors santé n'ont pas été associées à la phase de conception. Dans la mesure où les étudiants en LAS ont suivi moins d'enseignements disciplinaires et ont dû faire face à une charge de travail plus importante, la question de leur mise en concurrence avec les étudiants de licence classique pour l'accès aux masters se pose, dans un contexte général d'accroissement de la sélection. La mobilité des étudiants étant de plus en plus importante entre le premier et le deuxième cycle, cette réflexion devra s'appuyer sur une enquête nationale réalisant le bilan de l'accès au master des étudiants issus d'une formation donnant accès aux études de santé à partir d'éléments quantitatifs et qualitatifs.

Enfin, selon les textes, les étudiants ont aussi la possibilité de candidater aux filières MMOP après l'obtention de la licence, c'est-à-dire en master ou en doctorat. Les universités se montrent toutefois inquiètes du manque de cadrage sur ce point. Au-delà du suivi de l'étudiant, de nombreuses questions n'ont pas été abordées. En particulier, en l'absence de mineure santé dans les formations au-delà de la LAS, l'un des enjeux est de définir sur quelle base doit se faire l'interclassement.

B - De nombreuses insatisfactions et un sentiment persistant d'iniquité parmi les étudiants

Afin de mieux comprendre le point de vue et le ressenti des étudiants sur la réforme, un sondage, réalisé par la Cour avec l'appui d'un institut spécialisé, a permis de recueillir les réponses d'environ 3 000 étudiants répartis en trois groupes de taille équivalente⁴⁰ :

- des étudiants actuellement inscrits en PASS ou LAS ;
- des étudiants ayant été inscrits en PASS ou LAS et ayant intégré l'une des filières MMOP ;
- des étudiants ayant été inscrits en PASS ou LAS et n'ayant intégré aucune des filières MMOP.

Ce sondage montre tout d'abord une insatisfaction générale sur les dispositifs existants, en grande partie liée à la complexité de la réforme et au manque de transparence afférent. Les étudiants ne semblent pas s'être beaucoup saisis de la réforme comme d'une opportunité pour construire un parcours universitaire en cas d'échec aux filières MMOP, la majorité d'entre eux s'engageant d'abord dans ces voies pour rejoindre une formation en médecine ou en odontologie. La coexistence de deux parcours PASS et LAS et l'hétérogénéité de leur mise en place semblent à l'origine de beaucoup d'incompréhensions et d'un sentiment persistant d'iniquité.

1 - Une orientation et une organisation des études souvent subies

Si la majorité des étudiants semble avoir obtenu une inscription dans le parcours qu'ils souhaitent, il existe néanmoins un écart sensible entre PASS et LAS. Parmi les étudiants passés par un PASS, 95 % avaient comme premier choix un PASS, même si 11 % auraient préféré s'inscrire dans une autre université. Comparativement, parmi les étudiants ayant

⁴⁰ L'échantillon a été redressé pour être représentatif de la population des étudiants inscrits ou ayant été inscrits pour au moins une année d'accès santé (cf. annexe n° 1).

démarré leur parcours accès santé par une LAS, seuls 68 % souhaitaient avant tout être en LAS (11 % avaient comme premier choix une LAS dans une autre discipline) tandis que 24 % auraient préféré s'inscrire en PASS (contre 1 % des étudiants en PASS qui auraient préféré s'inscrire dans une LAS).

L'engouement pour les PASS, s'explique largement par le fait que les étudiants souhaitent avant tout avoir des cours en santé (c'est l'une des motivations pour 75 % des étudiants passés par un PASS et la première pour 63 % d'entre eux). En revanche, le choix de s'inscrire en LAS apparaît majoritairement subi, la première motivation étant l'absence de PASS dans l'université du secteur géographique (32 %) ou le fait de n'avoir pas été admis en PASS (21 %).

Si, dans l'esprit de la réforme, le choix de la discipline hors santé devait être uniquement guidé par une réflexion sur l'orientation en cas d'échec à l'accès à MMOP, c'est loin d'être systématique. D'une part, pour 42 % des étudiants, l'inscription dans leur discipline hors santé était avant tout stratégique pour intégrer l'une des filières MMOP. D'autre part, l'inscription dans la discipline hors santé est souvent subie pour 20 % des étudiants qui n'ont pas obtenu leur premier choix disciplinaire. Or ce sont précisément ces étudiants qui ont le moins bon taux de réussite pour accéder à l'une des filières santé avec 17 % de mentions passable contre 6,5 % pour le reste des étudiants. De fait, parmi les étudiants ayant eu des difficultés à suivre les enseignements hors santé, 58 % des étudiants de PASS et 52 % des étudiants de LAS ont déclaré que ces difficultés étaient liées à un manque d'intérêt pour la discipline. Ce phénomène peut être accentué par les disparités géographiques évoquées *supra*, le nombre de disciplines hors santé et donc les choix proposés aux étudiants en cas d'échec à l'entrée en MMOP étant très variables d'un territoire à l'autre.

De manière générale, l'obligation de suivre des enseignements dans une discipline hors santé est perçue comme une contrainte et non comme une voie alternative : 86 % des étudiants considèrent que cela alourdit la charge de travail et 58 % qu'il est difficile de passer d'une discipline à l'autre (respectivement 89 % et 64 % des étudiants réorientés n'ayant pas intégré MMOP). Au nom de l'objectif de diversification et donc au-delà d'une simple appétence pour une discipline hors santé, la réforme impose indirectement un nouveau critère de sélection, que ce soit pour accéder à MMOP ou pour progresser dans les études universitaires, celui d'être capable de suivre un cursus mêlant deux disciplines qui n'ont pas toujours de lien. Comme développé dans un rapport de recherche réalisé sur les étudiants de l'université Paris Cité⁴¹, ces études bi-disciplinaires nécessitent « *des passerelles cognitives qui permettent d'alterner les révisions entre des méthodes et des cursus parfois éloignés* » et qui présentent d'autant plus de difficultés que la discipline hors santé est une orientation subie par l'étudiant. Cela contribue probablement à expliquer les écarts importants de réussite dans un parcours en fonction de la discipline hors santé, indépendamment du niveau académique des étudiants (cf. chapitre III.I.C).

D'un point de vue opérationnel, la réforme ne permet donc pas toujours l'activation du « plan B ». Cela semble corroboré par l'analyse des réorientations : seuls 21 % des étudiants s'étant réorientés l'ont fait dans leur discipline hors santé et 38 % d'entre eux ont fait ce choix de réorientation par défaut, et parmi les 33 % d'étudiants s'étant réorientés dans une autre discipline hors santé (*i.e.* hors études paramédicales), 40 % n'a pas pu poursuivre dans la

⁴¹ G. Lejeune, R. Goasdoué, G. Henri-Panabière, M. Salaün, *Comment se passent les LAS ?*, avril 2023.

mineure santé de leur PASS et a dû repasser par *Parcoursup*. Si le dispositif mis en place a pour objectif de faciliter les passerelles vers des disciplines hors santé, il semble mal adapté aux souhaits des étudiants. Selon l'étude sociologique susmentionnée⁴², « en 2014-2015, parmi un échantillon d'étudiants sondés, 73 % des primo-entrants non admis dans l'une des filières santé et ne se réinscrivant pas en PACES s'inscrivaient dans un autre établissement, la moitié d'entre eux intégrant une formation paramédicale, l'autre s'orientant vers des BTS, des classes préparatoires aux grandes écoles, et davantage vers des formations scientifiques hors santé d'autres universités. ».

2 - La complexité et l'hétérogénéité des modèles à l'origine d'une forte incompréhension des étudiants et d'un sentiment d'iniquité

a) Un sentiment d'iniquité sur l'organisation des études et les modalités de contrôle des connaissances

La complexité de la réforme et les difficultés de compréhension des textes réglementaires de la part même des UFR se reflètent dans l'organisation des enseignements et les modalités de contrôle des connaissances qui ont dû souvent évoluer d'une année sur l'autre, en lien avec l'évolution des textes et sous l'effet d'apprentissage des UFR. Selon le sondage, 44 % des étudiants dans les universités avec UFR en santé et 64 % dans les autres universités ont eu des difficultés à comprendre l'organisation des enseignements. Si cette proportion est importante quel que soit le type d'université, la différence entre les universités avec ou sans UFR en santé traduit bien le fait que les étudiants ne bénéficient pas du même accompagnement en fonction de leur éloignement d'une UFR en santé, ce qui va à l'encontre du principe d'égalité des chances (voir *infra*). De manière générale, les étudiants indiquent avoir plus de facilité à suivre les enseignements délivrés par l'UFR auquel ils sont rattachés à titre principal (66 % des étudiants en PASS considèrent que les enseignements en santé se sont bien passés, contre 55 % des étudiants en LAS, tandis que 63 % des étudiants en PASS indiquent ne pas avoir eu de difficultés particulières avec les enseignements hors santé contre 72 % des étudiants en LAS).

Les difficultés de coordination entre UFR en santé et hors santé, combinées éventuellement à leur éloignement géographique, ont conduit à adopter différentes modalités d'enseignements (distanciel, présentiel ou hybride). Or celles-ci ont une conséquence directe sur les difficultés ressenties par les étudiants dans leur apprentissage. Pour ce qui est des enseignements en santé, 57 % des étudiants en PASS et 68 % des étudiants en LAS désignent les cours en ligne et l'absence d'échange direct avec les enseignants comme la première cause de leurs difficultés.

Il ressort du sondage que 60 % des étudiants, quel que soit le parcours choisi ou le modèle adopté par l'université, estiment que les modalités de contrôle des connaissances pour l'accès aux filières MMOP n'assurent pas l'équité entre tous les étudiants. Cela peut s'expliquer par l'hétérogénéité et la complexité des modèles (en premier lieu les modalités de l'interclassement), mais aussi par un manque de transparence vis-à-vis des étudiants, relevé dans beaucoup d'UFR, sur nombre d'aspects (nombre de places ouvertes en MMOP, taux d'accès en fonction des filières, modalités de contrôle des connaissances, etc.).

⁴² Sylvia Marques, op.cit.

Au sein d'un même parcours, la différence de charge de travail en fonction des disciplines hors santé, alors même que les étudiants sont interclassés, génère également un fort sentiment d'iniquité, mentionné de manière récurrente lors des entretiens, et ce d'autant que les modalités d'interclassement sont très souvent incomprises (critères, calculs, *etc.*). Ce sentiment est d'ailleurs avéré par des taux d'accès à MMOP très inégaux (cf. chapitre III.I.C). Le fait que les notes de la discipline hors santé pèsent parfois davantage que celles des unités d'enseignement en santé peut être également mal vécu par les étudiants.

b) Des épreuves orales à l'origine de l'essentiel des recours

L'organisation, la préparation, le contenu et le poids des épreuves orales dans la note finale conditionnant l'accès dans les filières MMOP sont hétérogènes. Alors qu'à l'université de Nantes, l'ensemble des étudiants doit passer huit épreuves orales (la multiplicité des épreuves réduirait le risque de biais dans l'évaluation⁴³), une majorité d'universités organise deux épreuves orales dont sont exemptés la moitié des étudiants admissibles⁴⁴. Le contenu des épreuves (en lien ou non avec le domaine de la santé) dont la préparation est largement déléguée aux étudiants de tutorat, qui n'ont eux-mêmes que peu d'informations sur les attendus des épreuves, est lui aussi très hétérogène. De nombreuses contestations et recours portent sur le poids important de l'oral dans la note finale, d'autant qu'il ne paraît pas en adéquation avec le poids accordé dans les enseignements pour sa préparation, et qu'il varie énormément d'une université à l'autre, pouvant représenter de 10 % à 70 % de la note finale⁴⁵. Tous ces éléments contribuent à une grande confusion des étudiants vis-à-vis de ces épreuves orales, avec 62 % des étudiants qui considèrent qu'elles ne sont pas tout à fait pertinentes pour sélectionner les étudiants.

Les épreuves orales ont été à l'origine de nombreux recours, l'un d'entre eux ayant récemment conduit à une décision en Conseil d'État portant notamment sur une adaptation des normes juridiques encadrant l'organisation des oraux dès juin 2024⁴⁶.

3 - Une vision négative des LAS partagée par l'ensemble des étudiants

Il ressort du sondage que les étudiants en PASS ont une vision plutôt négative des étudiants en LAS. Étonnamment, bien que ce sentiment soit minoritaire chez les étudiants en LAS, il reste partagé par une proportion non négligeable d'entre eux. Ainsi, 48 % des étudiants en PASS et 36 % des étudiants en LAS pensent que le niveau académique des étudiants en LAS est inférieur à ceux en PASS. Ils sont respectivement 61 % et 40 % à penser qu'ils ont de moins

⁴³ Villain C., Passirani C., Gouel Y., Lerolle N., Benhaim, Touzé E. « Mini-entretiens multiples : un outil pour la réforme de l'accès aux études de santé ». *Pédagogie Médicale* 24, 51-59 (2023).

⁴⁴ Le choix d'exempter une partie des étudiants de ces épreuves orales repose essentiellement sur des contraintes organisationnelles et financières. Les universités de Nantes, Montpellier, Corse et Clermont Auvergne font figures d'exception puisque tous les étudiants admissibles sont soumis aux épreuves orales.

⁴⁵ Il faut toutefois noter que le coefficient appliqué à la note de l'oral dans la note finale ne suffit pas à lui seul à évaluer l'impact de l'oral dans le classement final puisque cela dépend également de la dispersion statistique des notes attribuées. Seule la part d'étudiants n'étant pas en rang utile avant l'oral et qui le sont après l'oral constitue un indicateur fiable des conséquences concrètes de cette épreuve.

⁴⁶ Conseil d'État, Décision n° 469479 du 29 décembre 2023.

bonnes capacités de travail et respectivement 73 % et 54 % qu'ils sont moins bien préparés pour réussir la deuxième année de MMOP, ce second point étant d'ailleurs vérifié empiriquement (cf. chapitre III.I.D)⁴⁷. De façon préoccupante, cette vision négative perdure chez les LAS et les PASS même après leur admission en MMOP, ce qui fait courir le risque de promotions scindées en deux catégories d'étudiants qui auraient des niveaux et donc des mérites différents.

C - Des défaillances sur l'orientation et l'accompagnement des étudiants

L'accompagnement et le conseil en orientation sont déterminants pour les filières de santé, largement plébiscitées par les lycéens sur *Parcoursup* (21 % des bacheliers en moyenne en 2024, le PASS étant la formation la plus demandée de la plateforme) et caractérisées par une grande sélectivité et une organisation complexe.

En 2023, l'Assemblée nationale⁴⁸ a mis en évidence les déficiences de l'orientation en général, en dénonçant un manque de cohérence et de stratégie nationale, la surabondance d'acteurs publics, la difficile identification des acteurs privés, et l'accompagnement insuffisant des élèves. Depuis la réforme, les conséquences de ces défaillances sur les étudiants intéressés par les études de santé se sont aggravées. Dans ce domaine, les acteurs publics et privés sont effectivement nombreux et l'information sur l'orientation foisonne de toute part, provenant à la fois de sources institutionnelles et privées, sans pour autant apporter la clarté nécessaire à la bonne orientation des élèves et des étudiants.

De nombreux étudiants et parents à la recherche d'informations et de réponses à leurs questions ont été amenés à créer localement les premiers collectifs (Nice, Marseille et Reims) et ont fini par se regrouper en collectif national (Collectif PASS/LAS). D'autres acteurs sont très présents, médias spécialisés, établissements privés de préparation, avec des supports très variés : sites, blogs, salons d'orientation, journées portes ouvertes, organisation de présentations dans les lycées, etc..

D'après le sondage réalisé par la Cour auprès des étudiants, respectivement 41 % et 39 % des étudiants se renseignent sur l'accès aux études de santé par une consultation des classements de facultés de santé ou par les conseils d'orientation des lycées ou par le centre d'information et d'orientation. Le premier réflexe des étudiants en matière d'information sur l'orientation est de se tourner vers les institutions (lycées, centres d'information et d'orientation ou sites internet des facultés de santé), d'où l'enjeu d'une information institutionnelle accessible, précise, harmonisée et exhaustive dans ce secteur face aux fortes attentes des lycéens et étudiants⁴⁹.

⁴⁷ Ces trois pourcentages sur la perception des LAS s'établissent respectivement à 29 %, 26 % et 37 % pour les étudiants des universités « tout LAS » ce qui indique que malgré l'absence de PASS dans leurs universités, ces étudiants en LAS ont, dans une moindre mesure, également une vision plutôt négative d'eux-mêmes.

⁴⁸ Régis Juanico et Nathalie Sarles, *Évaluation de l'accès à l'enseignement supérieur*, rapport d'information, comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, Assemblée Nationale, n° 3232 (XV^e législature), 22 juillet 2020.

⁴⁹ Les autres sources d'information étant l'entourage personnel et les établissements privés de préparation.

1 - L'information sur l'orientation, un enjeu important

Depuis la réforme du baccalauréat et du lycée intervenue à la rentrée 2019, les lycéens doivent choisir des enseignements de spécialités et ce choix se répercute sur leurs chances d'accéder à certains cursus de l'enseignement supérieur. Pour les aider, l'office national d'information sur les enseignements et les professions (Onisep) met à disposition des lycéens en classe de seconde, un outil permettant de comparer la compatibilité des spécialités avec différentes options d'orientation. Si aucune spécialité n'est officiellement demandée pour les études de santé et si plusieurs combinaisons sont présentées comme possibles, seule la combinaison sciences de la vie et de la terre, biologie-écologie et physique-chimie est réellement recommandée par la plateforme. Cette approche stratégique est décorrélée de l'objectif de diversification des profils de la réforme. Ainsi, pour les études de santé, le processus d'orientation ne favorise pas la diversification des profils attendue.

La réforme impose aux élèves de choisir un parcours professionnel et de prévoir un plan de secours en cas d'échec à l'accès à MMOP, ce qui est rendu particulièrement difficile du fait de la multiplication et de l'hétérogénéité des voies d'accès après le baccalauréat. À titre d'exemple, 103 possibilités de parcours PASS et LAS sont proposés en Île-de-France. En France métropolitaine, on compte près de 230 parcours en PASS. Confrontés à ces choix, les élèves et leur famille se trouvent en difficulté, en attente d'informations et d'explication sur les différents parcours et le processus de sélection dans *Parcoursup*.

Selon les dispositions prévues par la réforme, les universités doivent indiquer sur leur site internet les groupes de parcours et le nombre minimal de places proposées dans chacun de ces groupes pour chacune des filières MMOP. Cependant, les universités ont mis en œuvre ces obligations de façon hétérogène, que ce soit sur la quantité, le type ou le format des informations disponibles. Les capacités d'accueil par filière mises en ligne ne sont pas toujours à jour ; l'information est rarement facile d'accès et présentée sous des formats variés, ce qui rend les comparaisons entre universités difficiles.

Des améliorations ont toutefois été apportées à la plate-forme *Parcoursup* en 2024. Les lycéens peuvent créer leur profil dès la seconde et il est possible de comparer plusieurs parcours. Les taux d'accès dans les formations sont précisés. Les fiches PASS et LAS renvoient vers les capacités d'accueil MMOP des universités. Les fiches formation de *Parcoursup* renvoient également vers le site de l'Onisep. Malgré ces avancées, le comité d'éthique et scientifique de *Parcoursup* recommande, dans son rapport 2024, l'amélioration du parcours de l'utilisateur, en apportant une meilleure lisibilité des informations affichées et une meilleure prévisibilité pour réduire l'anxiété des lycéens⁵⁰.

Au sein des parcours donnant accès aux études de santé, les étudiants doivent bénéficier d'un module de découverte des métiers de la santé. Le *vade-mecum* de la réforme, rédigé par la DGESIP et publié en mars 2021⁵¹, décrit le module de découverte des métiers de santé comme un outil interactif, élaboré avec des représentants étudiants et tutorats pour déconstruire les idées reçues sur les différentes filières MMOP afin de permettre aux étudiants de s'orienter dans une

⁵⁰ Comité d'éthique et scientifique de *Parcoursup*, *Rapport annuel 2023*, recommandation 19 « fournir pour chaque formation des informations claires et transparentes sur les conditions de poursuite d'études », mars 2024.

⁵¹ *Vade-mecum de la réforme*, DGESIP, mars 2021.

voie qui leur correspond. Ce module doit obligatoirement être proposé, mais les textes ne prévoient aucun cadrage précis comme par exemple la durée du module ou son format. La consultation des sites internet des universités avec UFR en santé montre qu'une seule université fait clairement mention d'un tel module⁵².

2 - Tutorats et établissements privés de préparation, deux dispositifs d'accompagnement

Le tutorat d'accompagnement méthodologique et pédagogique dans le secteur de la santé est antérieur à 1998, année de l'arrêté relatif à l'organisation et à la validation du tutorat en premier cycle. À l'occasion de la réforme, les tutorats se sont regroupés en interprofessionnalité pour accompagner les étudiants en première année commune. Dans le secteur de la santé, les 36 tutorats des universités avec UFR en santé sont contrôlés tous les ans par le ministère de l'enseignement supérieur duquel ils reçoivent un agrément.

Concrètement, le tutorat est effectué sous la responsabilité pédagogique des enseignants par des étudiants bénévoles de deuxième ou troisième cycle. Chaque tutorat a développé son site internet et sa gamme de services proposés : stage de pré-rentrée, impression de cours, fiches de cours, *etc.* L'adhésion aux services du tutorat peut être automatique ou sur inscription, gratuite ou forfaitaire. Certains facturent leurs supports pédagogiques papiers ou les stages de pré-rentrée. Leur présentation manque toutefois de précision sur la facturation des prestations qui restent cependant très peu onéreuses.

Concernant plus spécifiquement le tutorat relatif aux enseignements en santé durant une LAS, son organisation et donc le degré d'accompagnement proposé peuvent être très variables entre les LAS au sein même des universités. Cela s'explique largement par des contraintes géographiques, le tutorat étant assuré par des étudiants inscrits dans l'une des filières MMOP, dont les cours peuvent être dispensés sur un campus très éloigné des campus de certaines LAS.

En parallèle de ce dispositif, les établissements privés de préparation aux études de santé proposent un accompagnement lors de l'accès santé. Ces acteurs, qui existent depuis de nombreuses années, faisaient explicitement partie des critiques engendrées par la PACES que la réforme était censée résoudre. Particulièrement actifs dans leur démarchage commercial, les préparations privées ont su répondre à la pression constante sur la réussite dès la première année, liée à la fin du redoublement. Une méconnaissance des modalités d'exercice de la seconde candidature en MMOP explique que les élèves et leurs familles recherchent auprès d'acteurs privés un accompagnement personnalisé pour leur apporter un éclairage dès leur choix d'orientation. Aussi, les établissements privés de préparation aux études de santé recrutent désormais dès le secondaire et misent de plus en plus sur l'orientation, proposant une aide à la constitution du dossier *Parcoursup*, avec un accompagnement intensif et personnalisé des étudiants. Par ailleurs, ils ont étendu leur service à l'accompagnement en licence disciplinaire.

⁵² Il est question sur certains sites d'unités d'enseignements « connaissance des métiers de la santé », de « module projet santé », d'unités d'enseignement « découverte des métiers », de « forum des métiers » mais majoritairement ce module n'est pas clairement, voire pas du tout identifié.

Les préparations privées sont représentées dans les salons d'orientation spécialisés en formations de santé organisés par des médias privés. Les tutorats des UFR en santé s'y déplacent également et la plupart du temps à leurs frais.

Des ambiguïtés restent à lever sur la distinction entre le secteur public et le secteur privé. En effet, pour le mot clé « PASS », l'Onisep renvoie en troisième résultat pour les formations à une « année de mise à niveau avant le parcours d'accès spécifique santé (PASS) »⁵³. Ce type de formation est assurée par des établissements privés. Ce renvoi peut entraîner une confusion sur la nécessité de suivre cette préparation pour intégrer les filières MMOP.

Il ressort du sondage réalisé auprès des étudiants que 48 % des étudiants interrogés sont inscrits ou se sont inscrits dans une préparation privée (55 % parmi les étudiants en PASS ou passés par un PASS contre 30 % des étudiants n'ayant jamais été inscrits en PASS), le taux monte à 62 % pour les seuls étudiants ayant intégré une filière MMOP et à 65 % pour les étudiants de l'agglomération parisienne. Si 99 % des étudiants y sont inscrits pour les cours de santé, près de 30 % ont eu également recours à des préparations privées pour les cours hors santé. Ceux qui ne sont pas ou qui n'ont pas été inscrits dans une préparation privée estiment à 64 % que le tutorat apporte une aide suffisante.

Tableau n° 5 : tarif du tutorat et des établissements privés de préparation

<i>En €</i>	Tutorat		Établissements privés	
	Hors Île-de-France	Île-de-France	Hors Île-de-France	Île-de-France
<i>PASS</i>	24	11	5 332	6 813
<i>LAS</i>	16	15	3 225	4 826

Source : dossier de presse août 2023, indicateur du coût de la rentrée 2023-2024, ANEMEF MMOPK

L'inscription dans un établissement d'enseignement privé ne peut devenir une condition nécessaire à l'accès aux filières MMOP. Au titre de l'égalité des chances, une professionnalisation des tutorats et un renforcement de leur visibilité auprès des étudiants par une politique active de soutien de la part des universités doit être mise en œuvre, par exemple en intégrant le tutorat dans le parcours académique. Une collaboration plus étroite avec les rectorats leur donnerait l'opportunité d'être mieux représentés dans les lycées.

⁵³ Site de l'Onisep, consulté par la Cour le 9 juin 2024.

CONCLUSION

Fruit d'un compromis, la réforme, qui visait des objectifs trop nombreux était dès le départ entachée de défauts de conception. La coexistence de PASS et de LAS a conduit à un dispositif d'une grande complexité administrative et difficilement compréhensible pour les étudiants. Le déploiement de la réforme s'est fait de manière hétérogène, à la fois entre les universités et au sein des universités, et n'a pas permis de réaliser les économies escomptées. Cette hétérogénéité, qui s'exprime de l'orientation à la sélection des étudiants, a été accentuée par la diversité des situations des universités préexistantes à la réforme.

La mise en œuvre de la réforme s'est avérée peu satisfaisante. Les difficultés d'articulation entre UFR en santé et hors santé ont constitué un obstacle majeur dans les universités. Les différences d'appréciation des textes ont conduit à des modalités de mise en œuvre diverses pouvant obérer la réussite des étudiants, renforçant le sentiment d'iniquité de ces derniers. Les dispositifs d'orientation et d'information ont été inégalement mobilisés, sans harmonisation.

Les moyens octroyés dès 2020 ont été insuffisamment incitatifs, notamment à cause de leur manque de prévisibilité, pour déployer une réforme ambitieuse dont l'objectif initial était la transformation d'un nombre élevé de places en PACES en places LAS, significativement plus coûteuse. Dans ce contexte, les recrutements pérennes ont été limités et l'optimisation budgétaire, en complément de l'offre de formation en licence dans le prolongement de la loi sur l'orientation et la réussite des étudiants, n'a pas été encouragée. L'absence d'anticipation sur les besoins en systèmes d'information n'a pas permis d'organiser les remontées d'informations nécessaires au bon pilotage et au suivi de la réforme.

Chapitre II

La fin du *numerus clausus*, une condition nécessaire mais non suffisante pour répondre aux besoins de santé

La suppression du *numerus clausus* par la loi du 24 juillet 2019 insère la réforme des études de santé dans un nouveau cadre de détermination des effectifs de professionnels de santé à former, dont la méthode est encore à consolider (I). La détermination de ces effectifs s'inscrit dans un cadre plus large, celui de la mobilité internationale des étudiants (II). Cette réforme a permis une augmentation du nombre d'étudiants admis en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP). Néanmoins, les disparités demeurent fortes entre filières et en termes de répartition géographique (III). Ces éléments devront être pris en compte pour la prochaine conférence nationale.

I - Une nouvelle méthode, à consolider, pour estimer le nombre de professionnels à former

En remplacement du *numerus clausus*, un exercice de concertations locales et nationales détermine, depuis 2021, des objectifs nationaux de formation tous les cinq ans qui pourraient permettre de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. S'appuyant sur les moyens limités d'un observatoire, cette méthode de fixation des objectifs de formation doit être renforcée et fiabilisée en définissant notamment des indicateurs partagés.

A - La détermination du nombre de professionnels de santé à former, un élément central mais non suffisant pour répondre aux besoins de santé

1 - Un objectif de réponse aux besoins du système de santé et de réduction des inégalités territoriales prévu par la loi

Pour la médecine, le *numerus clausus* a été instauré en 1971 et été fixé en fonction des capacités de formation des hôpitaux. Le nombre de places ouvertes, qui s'élevait initialement à 8 600 étudiants, a servi de référence sans lien suffisant avec les projections démographiques des professionnels de santé et sans étude des besoins. Dans une logique de limitations des dépenses de soins et de maintien de revenus importants pour les médecins, ce nombre a chuté à 3 500 étudiants en 1993 avant d'augmenter à partir de l'an 2000. Peu piloté, il n'a pas permis

d'empêcher l'aggravation des inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé ni n'a incité les pouvoirs publics à investir suffisamment tôt dans la connaissance statistique de la démographie médicale⁵⁴, la Drees étant créée 27 ans après la mise en place du *numerus clausus* et les premières projections de la démographie médicale datant de 2002. En février 2019, la ministre de la santé annonçait une augmentation de 20 % du nombre de médecins formés.

La réforme supprime la mention du *numerus clausus* et modifie les conditions de détermination du nombre d'étudiants admis en deuxième année du premier cycle pour les filières MMOP. La définition d'objectifs pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former doit « *répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants*⁵⁵. »

Le passage à ce nouveau dispositif plus rigoureux vise à inciter les acteurs nationaux et territoriaux à évaluer les besoins de santé et les capacités de formation⁵⁶ en s'appuyant sur des projections démographiques existantes et en développant des outils de projection, permettant ainsi une programmation pluriannuelle et non plus simplement un ajustement au fil de l'eau. Ce changement de culture et de méthode nécessite de disposer d'outils adaptés.

2 - Une cible de professionnels à former fixée sur cinq ans

Ce nouvel exercice de programmation du nombre de professionnels à former est complexe. Il s'articule autour de trois notions : les objectifs nationaux pluriannuels relatifs aux professionnels à former, les objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année et les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième année.

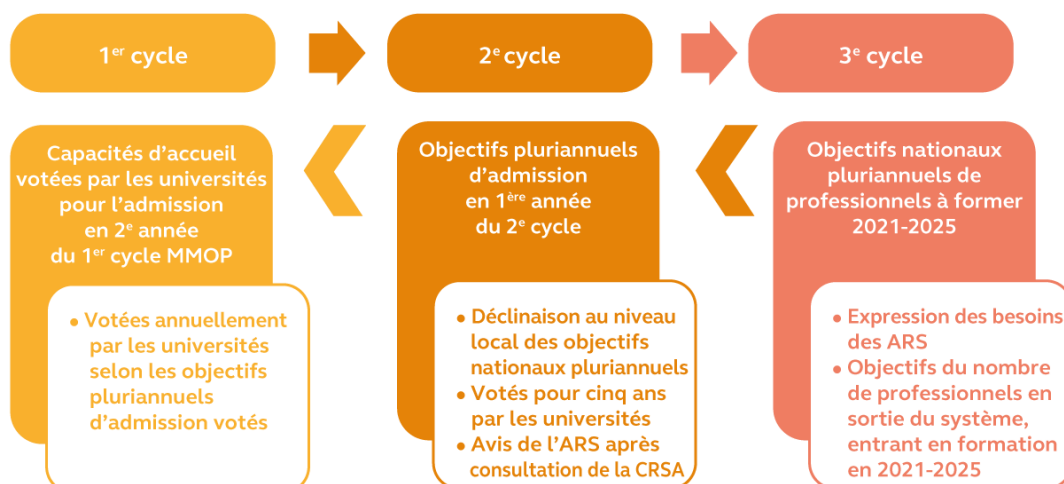
Les objectifs nationaux pluriannuels 2021-2025 fixent la cible du nombre de professionnels à former. Ils comprennent une fourchette haute et une fourchette basse. À partir de ces objectifs nationaux, l'université adopte les objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année puis les capacités d'accueil qui doivent être légèrement supérieures à la cible retenue en anticipation des abandons d'étude (cf. schéma *infra*). En l'absence d'explications suffisantes du décret, l'appropriation de ces notions par les universités a nécessité de nombreux échanges avec le niveau central et a mené à des formats de présentation voire des méthodologies différentes de détermination de ces différentes prévisions.

⁵⁴ Emmanuel Touzé, Agnès Bocognano, Yann Bourgueil, *Former plus de médecins pour demain ?*, Agora, les tribunes de la santé n° 75, 2023.

⁵⁵ Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 1^{er}.

⁵⁶ La loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels donne la prééminence à la notion de « *besoins de santé* ».

Schéma n° 4 : articulation des objectifs pluriannuels et des capacités d'accueil



Source : Cour des comptes ; CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie ; ARS : agence régionale de santé

3 - Une condition nécessaire mais non suffisante pour répondre aux besoins de santé

Dans un contexte où les formations peuvent durer jusqu'à 12 ans, la réponse aux besoins de santé et la répartition adéquate des professionnels sur le territoire n'est pas automatiquement garantie par l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés localement. En effet, cette réponse aux besoins dépend notamment du lieu d'installation des professionnels, de leur mode d'exercice, de leur temps de travail et de l'évolution des besoins eux-mêmes. S'agissant des médecins, il n'y a pas de lien direct entre l'entrée d'un étudiant en premier cycle et son installation au sein d'un territoire. Outre les abandons, la redistribution des effectifs lors du passage à l'internat constitue un moment d'importante mobilité ainsi qu'un levier efficace pour répartir les médecins de façon équitable sur le territoire⁵⁷. Le professionnel, une fois formé, est libre du choix de son lieu d'installation et, en pratique, 72 % des médecins généralistes et 69 % des autres spécialités⁵⁸ décident de s'installer là où ils ont suivi leur troisième cycle de formation. Les dentistes sont moins mobiles puisque 89 % décident d'exercer à proximité de leur lieu de formation⁵⁹.

Pour autant, la juste estimation des besoins de santé et des capacités de formation de chaque université est déterminante. L'observatoire de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) mène un exercice de rééquilibrage territorial dans l'attribution des postes d'internes. Ce rééquilibrage constitue sans doute un levier plus direct pour piloter la répartition territoriale des médecins. Déjà fortement mobilisé, il atteint ses limites. Le nombre de postes d'internes attribués reste donc lié au nombre d'étudiants en deuxième cycle. Ainsi, la détermination des objectifs nationaux pluriannuels, bien qu'elle n'apparaisse pas comme le levier le plus direct pour lutter contre les déserts médicaux, en particulier à moyen terme,

⁵⁷ Silhol, J. *Geographical Distribution of Interns in General Practice: A Tool for Regulating Place of Settlement?* *Économie et Statistique*, 542, 17–36, 2024.

⁵⁸ Données de l'ONDPS.

⁵⁹ ONDPS, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, novembre 2021.

demeure, cependant, une condition nécessaire pour une meilleure répartition territoriale et donc pour une meilleure réponse aux besoins.

B - Un premier exercice de concertation nationale et locale pour mieux prendre en compte les besoins, réalisé en 2021

1 - Une conférence organisée dans un contexte contraint

Les objectifs nationaux pluriannuels sont définis sur proposition d'une conférence nationale présidée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé dont l'ONDPS. Cette conférence nationale est précédée par des conférences régionales, chargées de proposer un nombre de professionnels à former. La crise sanitaire a conduit à retarder la tenue de la première conférence nationale à mars 2021. L'arrêté fixant les objectifs nationaux pluriannuels a été publié en septembre 2021, soit postérieurement à la première année de mise en œuvre de la réforme. Or, les objectifs nationaux pluriannuels devaient être fixés très en amont afin de permettre aux universités d'indiquer sur Parcoursup le nombre de places ouvertes en MMOP, information cruciale pour les étudiants.

L'organisation des concertations régionales a été confiée aux directeurs généraux d'agence régionale de santé, chargés de réunir les présidents d'université, les représentants des acteurs du système de santé, les collectivités territoriales et les organisations représentatives des étudiants afin de définir collectivement les objectifs de professionnels à former⁶⁰. La concertation a été organisée dans des délais restreints et sans cadre méthodologique national. Les propositions régionales ont ensuite été confrontées aux analyses nationales basées sur les scénarios de projection démographique élaborés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour chacune des filières MMOP⁶¹. La synthèse de la Drees⁶² proposait un état des lieux de la démographie des quatre professions concernées ainsi que des projections jusqu'en 2050. Les modèles ont été construits sur une hypothèse centrale de comportements et de législation constante par rapport à la période récente.

À la suite d'une vaste concertation organisée au niveau national, l'ONDPS a validé les propositions régionales pour toutes les filières sauf l'odontologie qui a fait l'objet d'une contre-proposition, l'ONDPS jugeant que les besoins avaient été sous-estimés⁶³. L'arrêté du 13 septembre 2021⁶⁴ fixe les objectifs nationaux pluriannuels selon les propositions du rapport issu de la conférence nationale. Ils visent à augmenter les effectifs de médecine de 18 % à 24 %,

⁶⁰ Courrier des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé aux directeurs généraux des agences régionales de santé en date du 14 octobre 2020.

⁶¹ ONDPS, *Conférence nationale du 26 mars 2021, Rapport et propositions, objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025)*, 2021.

⁶² Drees, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques*, n° 76, mars 2021.

⁶³ Voir paragraphe relatif à la filière odontologie *infra*.

⁶⁴ Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour la période 2021-2025.

d'odontologie de 14 % à 20 %, de pharmacie de 7 % à 9 % et de maïeutique de 2 % à 5 %, soit une augmentation de plus de 10 000 professionnels formés en plus sur cinq ans⁶⁵.

2 - Des lacunes conceptuelles et une absence d'anticipation des conséquences pour les universités

L'ONDPS et les acteurs impliqués ont réalisé, dans des délais contraints, un travail de concertation, de production et d'analyse de données qui pose les bases d'une nouvelle gestion pluriannuelle. En revanche, l'exercice s'est heurté à plusieurs limites.

D'une part, la notion de besoin de santé ne fait pas l'objet d'une définition précise. « *Les besoins de soins dépendent de facteurs démographiques et épidémiologiques, qui sont assez facilement quantifiables. Mais ils dépendent aussi de facteurs non démographiques plus difficilement quantifiables : politiques de santé publique, organisation du système, évolution des métiers. [...] Il existe en effet de nombreux besoins non couverts*⁶⁶ ». Cette notion implique donc une vision à la fois plus fine et plus globale que celle fournie par les exercices de projection démographique sur lesquels s'est essentiellement fondée la conférence nationale de mars 2021⁶⁷.

D'autre part, il n'y a pas eu de prise en compte de l'impact de l'augmentation des effectifs sur les différents cycles de formation et sur les moyens nécessaires (locaux, terrains de stage, équipement, encadrement, etc.). Certaines universités présentent le manque de capacités d'accueil en stage comme un facteur limitant. D'autres universités souhaitent encourager le développement des stages en dehors des centres hospitalo-universitaires. Des réflexions sont menées par le ministère de la santé sur la simplification de l'agrément des lieux de stage, ce qui semble témoigner du fait que la réflexion n'a pas été menée de manière concomitante avec la fixation des objectifs nationaux pluriannuels.

Concernant l'encadrement, les augmentations de places en MMOP ont fait l'objet d'un accompagnement financier (cf. chapitre I.II.B.1). Des postes d'hospitalo-universitaires ont été créés dans le cadre du « Ségur de la santé⁶⁸ », bien qu'ils n'aient pas été attribués spécifiquement dans le seul but de répondre aux besoins de la réforme. En médecine, l'enseignement de premier cycle nécessiterait plus de travaux dirigés pour accompagner les étudiants. Le graphique ci-dessous illustre les écarts territoriaux entre la répartition des postes de personnel hospitalo-universitaire et la répartition des objectifs nationaux pluriannuels par subdivisions.

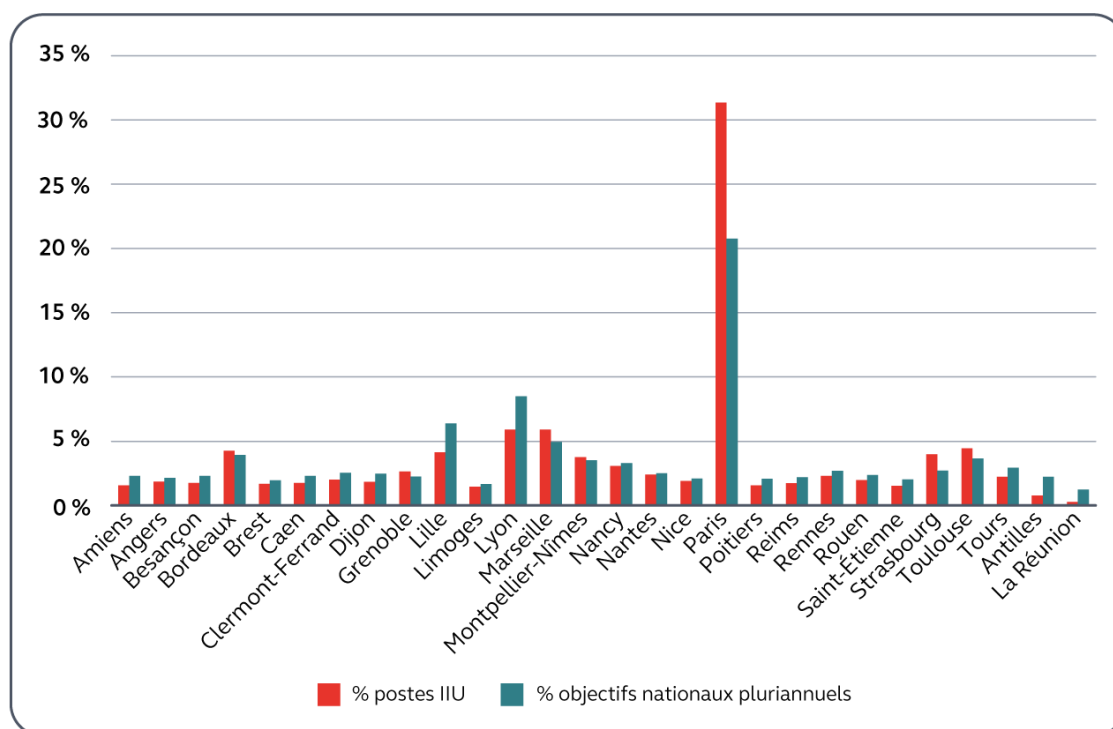
⁶⁵ L'écart de pourcentage dépend de la base de comparaison : *numerus clausus* principal ou *numerus clausus* total comprenant l'ensemble des admis via les passerelles. Comparaison avec la période quinquennale précédente. Annexe de l'arrêté du 13 septembre 2021.

⁶⁶ Emmanuel Touzé, Agnès Bocognano, Yann Bourgueil, *Former plus de médecins pour demain ?*, Agora, Les tribunes de la santé n° 75, hiver 2023.

⁶⁷ En mars 2023, le président du haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie a été saisi afin de préciser les conditions de faisabilité d'une approche prospective en matière de démographie des professionnels de santé, centrée sur les besoins des patients et non plus sur l'offre. L'avis n'a pas fait l'objet d'un arbitrage à ce jour. Avis du haut conseil à l'avenir de l'assurance maladie, *Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires*, février 2024.

⁶⁸ Ensemble de consultations des principaux acteurs de la santé intervenues en 2020 ayant conduit à la remise d'un rapport final de Nicole Notat au ministre de la santé, juillet 2020.

Graphique n° 2 : comparaison en parts relatives entre les objectifs de formation en médecins pour la période 2021-2025 (objectifs nationaux pluriannuels) et le nombre d'enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ONDPS et du centre national de gestion 2022

De même, il n'a pas été déterminé ni mis en place de suivi structuré au niveau national des capacités de formation reposant sur des indicateurs standardisés tels que le taux d'encadrement pour les enseignements universitaires et en stage, l'équipement minimal en simulation notamment pour l'odontologie, le nombre et la typologie des terrains de stage, le nombre de praticiens ou stages non universitaires agréés par les facultés.

Finalement, le bilan de ce premier exercice de concertation atteste de l'intérêt d'une prise en compte plus objective et plus scientifique des besoins en santé et des capacités de formation. Le premier exercice s'est, certes, heurté à des limites méthodologiques. Mais il a permis de faire un état des lieux des indicateurs nécessaires à l'amélioration future de cet exercice.

C - Une articulation insuffisante entre les ministères

L'adéquation complexe entre l'offre de soins, le nombre de professionnels de santé nécessaires et les capacités de formation nécessite un dialogue resserré entre les deux ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. La réforme, perçue avant tout comme un enjeu de formation, a été largement pilotée par la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle et centrée sur la mise en place des parcours accès santé spécifique (PASS) et des licences avec accès santé (LAS) dans les universités, tandis que la direction générale de l'offre de soins s'est davantage impliquée dans les réformes des deuxième et troisième cycles. L'instauration de nouvelles modalités de détermination des professionnels à former a largement reposé sur les travaux de l'ONDPS.

L'ONDPS a été créé par décret du 19 juin 2003⁶⁹ et placé auprès du ministre chargé de la santé pour analyser les enjeux de santé publique relatifs à l'évolution de la démographie des professions de santé. Il s'appuie sur un secrétariat général, structure légère rattachée à la Drees et composée de trois postes (secrétaire général, chargé de mission, chargé d'études documentaires). Les missions de l'ONDPS ont été élargies en 2010⁷⁰ puis à nouveau dans le cadre de la réforme de 2019. Au-delà de la mise en cohérence des données relatives à la démographie des professionnels de santé, il a entre autres pour missions de proposer aux ministres le nombre et la répartition des effectifs de professionnels à former par profession, spécialité, région et subdivision, à partir des propositions des comités régionaux. Il assure également l'organisation de la conférence nationale. L'ONDPS est également chargé du suivi régulier de la mise en œuvre de la réforme (capacités d'accueil, perspectives d'atteinte des objectifs nationaux pluriannuels) et remet un rapport annuel au ministre de l'enseignement supérieur⁷¹. Ces nouvelles missions ne s'apparentent plus uniquement à de l'observation et de l'analyse puisque l'ONDPS est désormais investi d'un travail de planification des ressources humaines en santé. Pour mener à bien ces missions, l'organisme devrait être doté du statut, du rattachement et des moyens matériels, statistiques et humains nécessaires pour préparer et mettre en œuvre ce plan.

L'équipe de l'ONDPS est sous-dimensionnée au regard de ses missions et de leur importance stratégique. Son plan de charge est fortement dépendant des priorités de différentes tutelles. L'appui apporté par la Drees n'est pas à la hauteur des besoins. En effet, celle-ci réalise des projections démographiques pour les professions médicales et paramédicales, selon un calendrier pluriannuel en mobilisant en moyenne un demi équivalent temps plein. Cela permet d'actualiser la projection pour une filière par an, soit une actualisation tous les cinq à six ans par profession. Le déploiement de la réforme et l'organisation de la première conférence nationale en 2021, nécessitant la réalisation rapide de projections pour les quatre filières, ont percuté la programmation de la Drees et ont exceptionnellement mobilisé quatre équivalent temps plein pendant neuf mois.

Ces éléments illustrent un manque d'investissement de l'État pour planifier les besoins en professionnels de santé.

II - Une nécessaire prise en compte du contexte européen dans le pilotage de la formation des professionnels de santé

Le pilotage du nombre de professionnels de santé à former pour répondre aux besoins du système de soins du pays s'appuie sur la gestion des capacités d'accueil dans les établissements d'enseignement supérieur français (cf. *supra*). De façon croissante, ce pilotage doit être mis en perspective avec la circulation des étudiants et des diplômés depuis d'autres pays, notamment

⁶⁹ Décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé.

⁷⁰ Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, modifié par décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019.

⁷¹ En parallèle du déploiement de la réforme, l'ONDPS a été saisi en décembre 2021 par le ministre de la santé de l'évaluation des perspectives démographiques des professions paramédicales et de l'organisation d'une grande conférence sur la démographie non médicale. Source : courrier du ministre de la santé au président de l'ONDPS, 1^{er} décembre 2021.

européens. Afin d'en apprécier les conséquences sur le système de soins, au moins deux types de mobilité peuvent être envisagés : la mobilité des professionnels de santé étrangers ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et celle des étudiants français qui ont fait le choix de suivre une formation en santé dans un autre pays avant de revenir exercer en France. Dans le contexte de l'accès aux études de santé, c'est principalement le deuxième type de mobilité qui est envisagé.

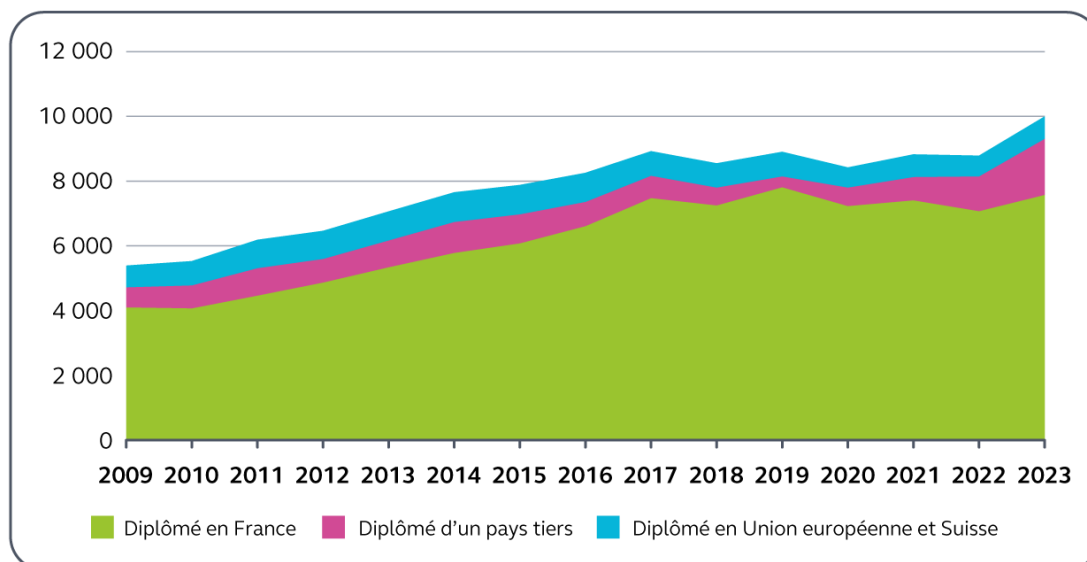
La mise en place du *numerus clausus* pendant les années 1970 et la limitation qu'il a fait peser sur les capacités d'accueil a conduit à une sélectivité importante des formations en MMOP, plus spécifiquement dans les filières de médecine et d'odontologie. Sans qu'il soit possible d'en faire un chiffrage exhaustif, il semble qu'un nombre croissant d'étudiants français font le choix de poursuivre des études de médecine et d'odontologie dans un autre pays. D'après le sondage réalisé par la Cour, environ 10 % des étudiants (dont 81 % sont passés par un PASS) n'ayant pas accédé aux formations de MMOP après leurs années d'accès aux études de santé poursuivent des études de médecine (59 %), d'odontologie (14 %), de pharmacie (11 %) et de maïeutique (8 %) dans un pays étranger, ce qui pourrait concerner environ 1 600 étudiants chaque année. Leurs principales motivations sont la facilité d'accès (85 % des étudiants la juge meilleure qu'en France) ainsi que l'équité et la lisibilité du système (environ 60 % des étudiants les jugent meilleures qu'en France). D'après la même source, les principaux pays d'accueil sont l'Espagne (20 %), la Roumanie (18 %), la Belgique (18 %) et le Portugal (8 %). Cette mobilité des étudiants français s'inscrit donc dans le contexte de la reconnaissance des qualifications professionnelles au sein des pays de l'Union européenne⁷² qui offre aux étudiants français le droit de faire reconnaître le diplôme qu'ils ont reçu dans un pays européen. À ce jour, il n'est pas possible d'effectuer un chiffrage précis du nombre de Français actuellement en formation de MMOP à l'étranger ni du nombre de titulaires d'un diplôme étranger qui reviendront exercer en France dans les années à venir, faute de données internationales consolidées.

Il est difficile de dresser un constat global sur les conséquences de cette mobilité sur le système de soins. Les médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger occupent une part croissante des praticiens exerçant dans le pays. Ainsi, le nombre de professionnels diplômés à l'étranger inscrits à l'ordre national des médecins est passé de 8 % en 2010 à 15 % en 2023 (dont 8,7 % ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne et 6,8 % diplômés au sein de l'Union européenne) dans un contexte de pénurie de professionnels de santé notamment dans certaines régions. L'évolution des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins donne une indication utile⁷³ sur la dynamique de l'internationalisation de la formation des médecins. Il apparaît en premier lieu que le nombre de nouveaux inscrits ayant obtenu un diplôme dans l'Union européenne est globalement en baisse après un pic en 2014 et représente en 2023 environ 7 % des nouveaux inscrits.

⁷² Directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et notamment le chapitre III sur la reconnaissance sur la base de la coordination des conditions minimales de formation.

⁷³ Il convient de noter que cet indicateur n'est pas exhaustif car il n'inclut pas certains personnels hospitaliers diplômés à l'étrangers qui réalisent en pratique un travail de médecin, ni les étudiants qui ont fait leur internat en France après des études à l'étranger, ces derniers recevant leur diplôme de médecine en France.

Graphique n° 3 : évolution du nombre de nouveaux inscrits au tableau de l'ordre des médecins par origine du diplôme



Source : Cour des comptes d'après les données du conseil national de l'ordre des médecins

Trois pays européens, trois contextes différents

La situation de trois pays (Belgique, Roumanie et Espagne) accueillant des étudiants français dans les domaines de la médecine et de l'odontologie a été analysée.

Les facultés en médecine en Belgique, un accès régulé pour les étudiants français

En 2023 cinq universités belges francophones accueillent des facultés de médecine. Pour pouvoir s'inscrire en médecine dans l'une d'elles, il est nécessaire de réussir un concours d'entrée organisé par une fédération d'établissements dont le nombre de lauréats est désormais défini à l'avance selon un modèle similaire au *numerus clausus*. En Belgique, l'accroissement du nombre des étudiants non-résidents, et en premier lieu des étudiants français, a commencé dans les années 2000, si bien que la Fédération Wallonie Bruxelles a introduit un seuil maximum d'étudiants non-résidents fixé à 30 % en 2006 et rabaissé à 15 % en 2023. Les inscriptions des Français à l'examen d'entrée ont été nombreuses mais seuls 8 % des candidats français, soit 186 sur les 2 316 candidats, ont été lauréats de l'examen d'entrée à la rentrée 2021.

Les étudiants français qui présentent l'examen d'entrée aux études de médecine en Belgique sont en grande majorité au début de leurs études supérieures. Ils sont détenteurs du baccalauréat ou bien sont issus d'une année d'accès aux études de santé dans le système français. L'absence de sélection a été probablement la motivation dominante entre les années 1990 et 2012. Il n'y avait aucune régulation jusqu'en 2012 et jusqu'en 2017 aucun examen ne limitait l'accès à ces études. Aujourd'hui la réputation des études de médecine en Belgique d'être plus faciles s'estompe. Si le système belge a constitué pendant un temps une opportunité de réaliser des études de médecine dans un cadre similaire et moins contraignant qu'en France, cette situation n'est plus d'actualité aujourd'hui. Enfin, en 2021, il apparaît que près de 60 % des Français en Belgique francophone exercent avec un diplôme belge, ce qui semble indiquer qu'une part importante des Français partis en Belgique étudier la médecine décident d'y rester.

La faculté de médecine de Cluj en Roumanie

À partir des années 2000 la faculté de médecine de Cluj a développé une offre spécifique de formation en français. Cette formation attire des étudiants français puisqu'ils étaient 493 en 2014 (soit 79 % du total des étudiants) et 797 à la rentrée 2023 (71 % du total). Les frais annuels de scolarité pour les admis en première année section francophone et anglophone pour l'année universitaire 2023-2024 sont de 8 000 €. Dans un contexte de forte pénurie de médecins, ces ressources propres semblent offrir une certaine autonomie financière à l'établissement expliquant son soutien par les pouvoirs publics roumains, qui y voient également une possibilité d'accroître leur rayonnement académique. La promotion francophone 2023 compte 142 diplômés, dont 60 se sont présentés aux épreuves dématérialisées nationales en France, ce qui est peu au regard du total des candidats. Ici aussi, une part importante d'étudiants décide donc de ne pas revenir exercer en France à l'issue de ces études.

Les Français en Espagne, la forte croissance des universités privées d'odontologie

Il existe, en Espagne, 50 universités (dont 35 publiques et 15 privées) réparties sur l'ensemble du territoire, proposant un diplôme en médecine et 25 universités (dont 13 publiques et 12 privées) proposant un diplôme en odontologie. Compte tenu du nombre important de candidats dans les établissements publics, une sélection est opérée à partir des notes obtenues au baccalauréat (sur dix points) et des celles obtenues à des épreuves spécifiques facultatives permettant d'améliorer son dossier jusqu'à quatre points supplémentaires. Le passage de ces épreuves est de fait obligatoire pour accéder à des cursus sélectifs tels que médecine car la note d'admission nécessaire dans les universités publiques pour suivre un cursus en médecine est supérieure à 10 (14 points étant le maximum). Chaque université privée établit son propre système d'admission, qui peut passer par une sélection sur dossier, des tests ou examen de connaissances propre ainsi qu'un entretien de motivation.

Les effectifs étudiants communiqués par le ministère de la science, de l'innovation et des universités montrent une croissance des effectifs français en médecine et en odontologie (cf. tableau n° 6). Si les effectifs français restent faibles en médecine dans les universités publiques, la situation est différente dans les universités privées d'odontologie dont les effectifs s'accroissent fortement depuis les années 2000 avec des étudiants français qui représentent environ un tiers des effectifs en 2022. Les universités privées fixent librement les frais d'inscription. Le coût pour une inscription en première année de diplôme d'odontologie se situe entre 10 000 € et 20 000 €, soit entre 50 000 € et 100 000 € pour la formation complète.

Dans l'enseignement supérieur privé, la majorité des enseignements sont dispensés en espagnol bien que certaines universités privées proposent des formations en odontologie en anglais. Face à l'augmentation du nombre d'étudiants français, les universités privées espagnoles se sont adaptées. La plus grande université privée d'Espagne a ouvert en 2015 une section entièrement en français dans sa faculté de kinésithérapie. À présent, elle compte 520 étudiants dont 128 en première année, pour près de 370 candidatures reçues en 2022.

Les étudiants français sont très majoritairement au début de leurs études supérieures. Ils proviennent le plus souvent de PASS, après avoir préparé sans succès le concours. Il y a également de plus en plus de départs immédiatement après le baccalauréat de lycéens faisant le choix de venir en Espagne étudier l'odontologie. Les étudiants français dans les filières de médecine et d'odontologie se disent satisfaits de leur expérience et de la qualité des enseignements reçus en Espagne.

Tableau n° 6 : évolution des effectifs d'étudiants français en Espagne en médecine et odontologie dans les universités publiques et privées espagnoles

<i>Rentrée</i>	2008	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022
Total universités publiques	33	43	46	40	45	57	59	57
<i>Universités privées - médecine</i>	4	13	15	27	43	53	60	69
<i>Universités privées - odontologie</i>	13	415	921	1 445	1 779	1 942	2 137	2 310

Source : ministère des sciences, de l'innovation et des universités espagnol

Pour les dentistes, la part des nouveaux inscrits à l'ordre national des chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme étranger est en forte croissance depuis 2011 essentiellement portée par les diplômés européens. En 2022, la mobilité des diplômés à l'étranger fut telle que plus de la moitié des dentistes nouvellement inscrits avaient été formés à l'étranger⁷⁴. Cette croissance rapide pose d'ailleurs des difficultés pour l'exercice de projection réalisé par la Drees qui modélise le nombre d'entrants formés à l'étranger. En effet, le chiffre retenu pour les projections publiées en 2021 et qui ont servi de base à la fixation des objectifs nationaux pluriannuels jusqu'en 2025 est de 665⁷⁵ alors que la réalité a été proche du double en 2022. Sans qu'il soit possible de proposer une prédiction fiable, en l'absence de statistiques globales sur le nombre de Français actuellement en formation d'odontologie à l'étranger et sur leurs intentions de venir s'installer en France par la suite, il faut s'attendre à un accroissement significatif du nombre diplômés de l'étranger arrivant en France. En effet, pour les seules universités privées d'odontologie en Espagne, le nombre d'étudiants français est en très forte croissance passant de 13 en 2008 à 2 310 en 2022 d'après les statistiques du ministère espagnol des sciences de l'innovation et des universités (cf. tableau n° 6).

La mobilité des étudiants en MMOP constitue déjà un élément structurant des effectifs de professionnels de santé rejoignant le système de soins. Cette mobilité, dont les flux évoluent rapidement, doit être mieux prise en compte dans les projections sur la démographie des professionnels de santé. Dans un contexte général de pénurie en professionnels de santé, l'afflux d'étudiants formés à l'étranger, dont certains Français partis se former en Europe dans le cadre de l'application de la directive européenne de 2005, peut être considéré comme une opportunité. Il est de l'intérêt du système de formation dans le domaine de la santé en France d'en tenir compte pour s'adapter, afin que les médecins et autres professionnels de santé formés dans un autre pays européen restent dans des proportions de complémentarité et non de substitution, comme cela risque d'être le cas en odontologie.

⁷⁴ ONCD la lettre, *Qui sont les primo-inscrits ?*, La lettre ONCD, avril 2023.

⁷⁵ Drees, *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?*, Les dossiers de la Drees, mars 2021, page 45.

III - Une augmentation du nombre d'étudiants admis mais des disparités entre les filières et entre les territoires

La réforme de 2019 a permis une augmentation du nombre d'étudiants admis pour les filières médecine et odontologie, mais pas pour les filières maïeutique et pharmacie à cause des places laissées vacantes par les étudiants dans un contexte de faible attractivité de ces filières dont l'impact a été aggravé par la mise en place des PASS et des LAS. Pour la médecine, les concertations locales n'ont pas conduit à une logique de rattrapage des écarts entre les territoires et des enseignements doivent être tirés de ce premier exercice pour les prochaines conférences.

A - Une augmentation du nombre d'étudiants admis

La réforme a permis une augmentation globale du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études dans les filières MMOP. La comparaison du nombre d'admis en MMOP une année avant et trois années moyennées après la réforme fait apparaître une augmentation de l'ordre de 11 % sur l'ensemble des quatre filières⁷⁶. Une comparaison avec la période quinquennale précédente, pour reprendre la méthode utilisée par l'ONDPS pour calculer l'augmentation des objectifs nationaux pluriannuels, fait monter l'augmentation à 15 %, ce qui est jusqu'ici cohérent avec les objectifs fixés à la suite de la conférence nationale de 2021. Toutefois, la comparaison sur cinq ans surestime l'augmentation due à la réforme à proprement parler⁷⁷.

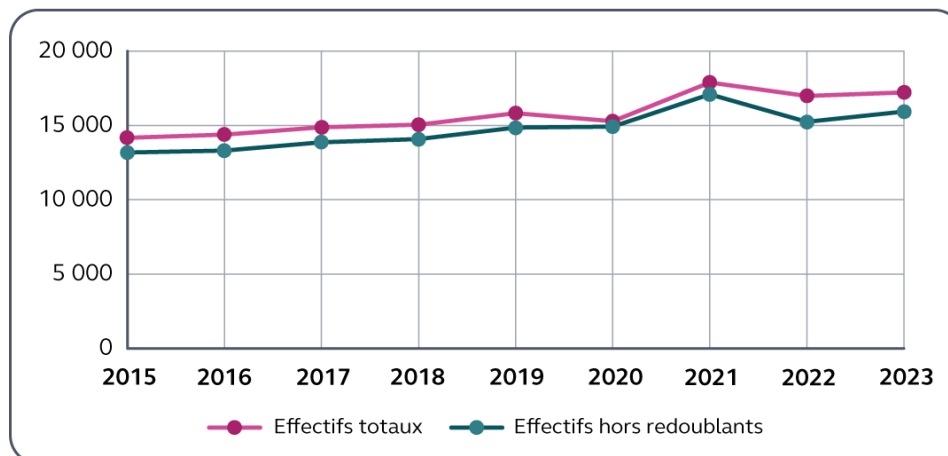
En effet, cette augmentation s'inscrit dans une tendance préexistante d'évolution dynamique des effectifs admis au titre du *numerus clausus* et du déploiement d'expérimentations préalables depuis 2014. Le graphique n° 4 illustre l'augmentation due à la réforme, visible à partir de 2021 s'agissant des inscrits en 2^e année MMOP issus de la première promotion de PASS et de LAS en 2020. L'effectif total d'étudiants inscrits en deuxième année du premier cycle, avec près de 17 000 inscrits à la rentrée 2023, est supérieur de 11 % à celui de 2020 (15 280 inscrits). En effet, la première année a conduit, suite à une décision du Conseil d'État, à admettre davantage d'étudiants que prévu afin de garantir l'égalité d'accès entre les étudiants du PASS et des LAS et ceux issus du dernier contingent de première année commune aux études de santé (PACES) redoublants⁷⁸. La deuxième année a vu un repli général du nombre d'étudiants.

⁷⁶ Comparaison de la moyenne des admis sur trois années après la réforme avec les admis en 2020 (dernier *numerus clausus* total). Données recueillies par la Cour des comptes auprès des universités.

⁷⁷ La comparaison sur cinq ans a été introduite pour prendre en compte les effets des expérimentations dans certaines universités, qui ont pu conduire à des augmentations d'effectifs pendant les deux années précédant la réforme ce qui conduirait à minimiser les augmentations dues à la réforme. Toutefois, le volume d'étudiants concerné est limité. À l'inverse, la prise en compte des cinq années avant la réforme tend à négliger l'augmentation régulière du *numerus clausus* sur cette période ce qui accentue l'effet de la réforme. La Cour considère qu'il convient de comparer avec une année avant la réforme pour en mesurer le plus justement possible les effets.

⁷⁸ Conseil d'État, décision n° 452731.

Graphique n° 4 : évolution des effectifs étudiants inscrits en deuxième année du premier cycle dans les filières MMOP

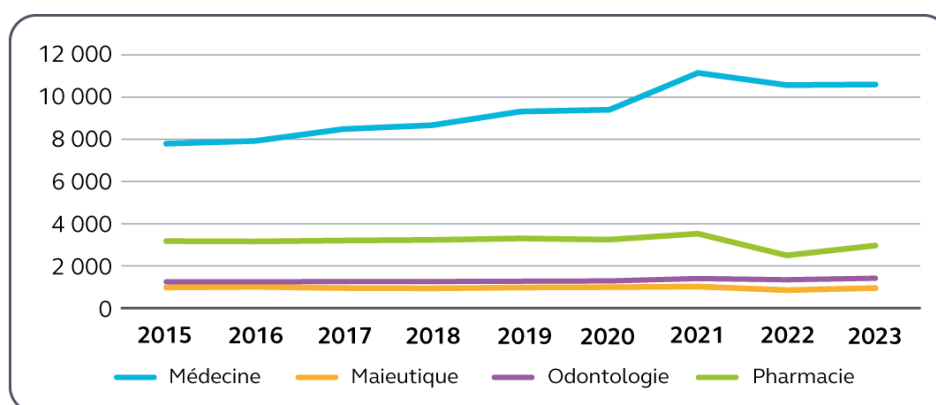


Source : Cour des comptes d'après les données système d'information et de suivi des étudiants

B - Des disparités fortes entre filières

L'augmentation globale de 11 % cache d'importantes disparités du nombre d'admis entre filières avec des augmentations de 18 % pour la médecine et de 14 % pour l'odontologie et des diminutions de 4 % pour la maïeutique et de 6 % pour la pharmacie (cf. graphique n° 5)⁷⁹. L'ONDPS a alerté le ministère en septembre 2023 par une note interne sur le risque de non-atteinte des objectifs nationaux pluriannuels pour les filières pharmacie et maïeutique, dont les capacités de formation votées par les universités sont suffisantes, mais les admissions inférieures aux capacités prévues.

Graphique n° 5 : évolution des effectifs inscrits en deuxième année du premier cycle hors redoublants, par filière

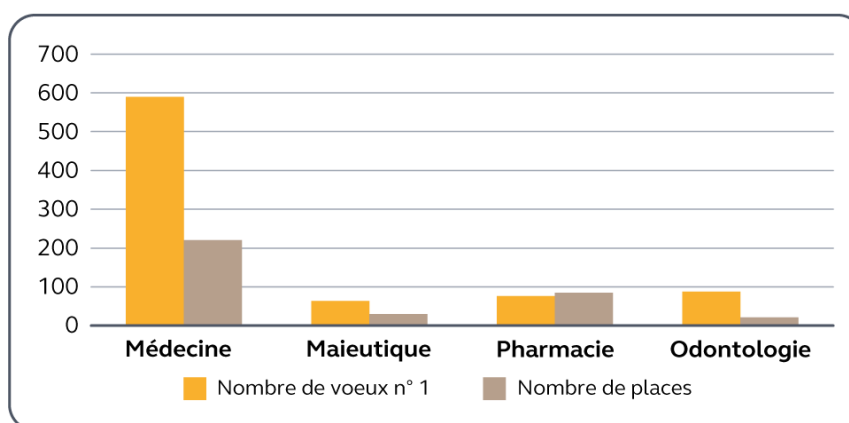


Source : Cour des comptes d'après les données système d'information et de suivi des étudiants

⁷⁹ Comparaison de la moyenne des admis des trois années suivant la mise en œuvre de la réforme avec le dernier *numerus clausus* total.

Les difficultés d'attractivité des filières pharmacie et maïeutique préexistaient à la réforme comme en témoignent les débats parlementaires à l'occasion de la mise en place de la PACES et de son bilan⁸⁰. La réforme de 2019, qui augmente significativement le nombre de places offertes en médecine, conduit à un effet de siphonage des étudiants en pharmacie et en maïeutique aggravé localement par la mise en œuvre différenciée des modalités de sélection. En effet, d'après le sondage auprès des étudiants mené par la Cour, la filière médecine constitue la filière dans laquelle les étudiants actuellement en PASS ou en LAS souhaitent le plus poursuivre leurs études (66 % en premier choix et 85 % au total), suivi par l'odontologie (13 % et 52 %), la pharmacie (7 % et 49 %) puis la maïeutique (5 % et 42 %). La comparaison des vœux de filière émis dans une université exigeant la priorisation des vœux⁸¹ fait nettement apparaître le déficit d'attractivité des filières pharmacie et maïeutique parmi les étudiants en PASS et en LAS (cf. graphique n° 6). En outre, l'attractivité de la médecine et l'effet de siphonnage sur les autres filières se poursuivent lors du premier cycle MMOP. La filière médecine est de loin celle qui attire le plus les étudiants en réorientation entre filières (53 en 2022 pour la médecine, 10 pour l'odontologie, 2 en maïeutique et 3 en pharmacie en deuxième année du premier cycle en 2022 et respectivement 73, 6, 1 et 2 en troisième année⁸²).

Graphique n° 6 : exemple du nombre de vœux de priorité n° 1 et des capacités d'accueil par filière dans une université en 2022-2023



Source : Cour des comptes d'après les questionnaires adressés aux universités

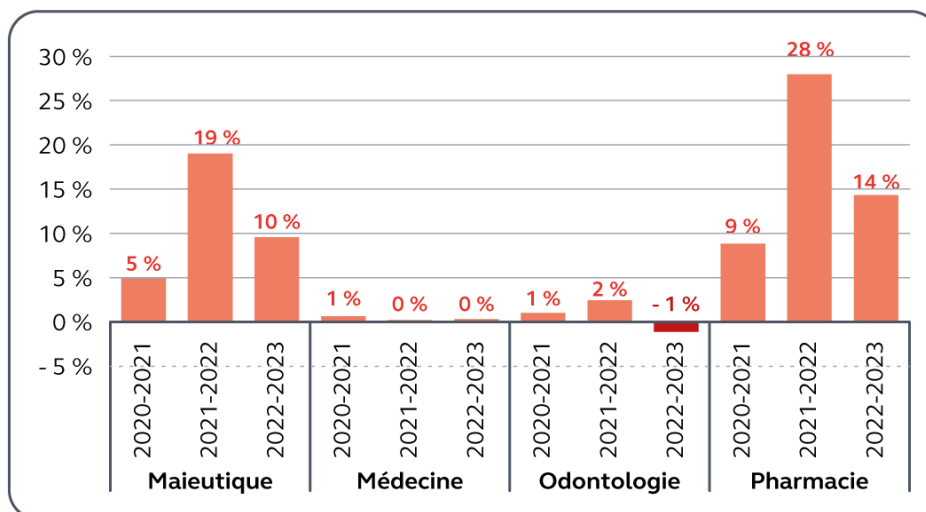
Dans ce contexte, l'ensemble des places offertes en pharmacie et maïeutique ne sont pas pourvues depuis la mise en œuvre de la réforme. L'augmentation des places ouvertes en médecine a attiré des étudiants qui auraient pu choisir ces filières. Le mode de sélection des étudiants a évolué avec la fin du choix par défaut induit par la PACES après deux ans sans réussite en médecine et le moindre exercice de la seconde chance en LAS2 pour les PASS (cf. chapitre III.I.B). La multiplicité des parcours a complexifié la gestion des candidatures.

⁸⁰ Commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, Avis n° 983, 23 avril 2013. « L'association nationale des étudiants en pharmacie de France indiquait dans une lettre adressée à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche de mars 2011 que la PACES n'a fait que renforcer le manque d'attractivité des études de pharmacie. Le nombre d'étudiants inscrits en PACES présentant le concours de pharmacie est en nette diminution. ».

⁸¹ Les universités organisent les vœux de manière hétérogènes en limitant ou non le nombre de vœux et en demandant une priorisation des vœux ou non.

⁸² Données du système d'information et de suivi des étudiants retraitées par la Cour.

Graphique n° 7 : part des places vacantes par rapport aux capacités d'accueil en deuxième année du premier cycle



Source : Cour des comptes d'après les données fournies par les universités

Le nombre de places vacantes en pharmacie et maïeutique évolue à la baisse en 2022-2023 sous l'effet des mesures correctives déployées par les universités : dispositifs de communication sur les filières et les métiers, tutorat, évolution des barèmes de notation, appel d'un plus grand nombre de candidats de ces filières à l'oral selon les vœux, mobilisation des passerelles, libération rapide des places réservées aux étudiants admis mais préférant passer les épreuves orales dans une autre filière, *etc.* En 2022-2023, le nombre d'admis *via* des passerelles en maïeutique s'élève à 11 % des admis et en pharmacie à 8 %. Les reversements de places non pourvues dans une formation MMOP sont possibles vers une ou plusieurs universités de la même région disposant de candidats en liste complémentaire depuis 2023⁸³.

Le nombre de places vacantes est variable d'une université à l'autre, certaines parvenant à remplir toutes leurs places. Les universités imposant des unités d'enseignement spécifiques pour chaque filière générant une charge de travail supplémentaire connaissent d'importants problèmes de remplissage des places en pharmacie. La généralisation des mesures correctives et notamment l'arrêt de la filiarisation (enseignements spécifiques pour certaines filières ou impossibilité de candidater aux quatre filières) devraient être pleinement mobilisées par l'ensemble des universités afin de limiter les places vacantes à court terme. Pour autant, ces mesures seules ne suffiront pas à faire cesser le problème des places vacantes qui risque au contraire de s'installer dans la durée. À moyen terme, il convient de s'interroger sur les difficultés spécifiques propres à chaque filière.

⁸³ Décret n° 2023-538 du 29 juin 2023 portant modification des dispositions relatives aux conditions et modalités d'admission aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique pour les universités ayant passé des conventions.

1 - La filière pharmacie : des difficultés persistantes à attirer et fidéliser les étudiants

Au niveau national, les projections du scénario tendanciel de la Drees en 2021, dans le cadre de la conférence nationale, montrent une légère diminution de la densité de pharmaciens. L'ONDPS avait alors proposé une augmentation de 7 % des objectifs nationaux pluriannuels par rapport au *numerus clausus* total cumulé sur cinq ans et de 9 % par rapport au *numerus clausus* principal. Il était considéré que la France se situe parmi les pays les mieux dotés, mais qu'il convenait également de prendre en compte d'autres facteurs tels que l'élargissement des missions des pharmaciens d'officine, des mutations du champ de la biologie médicale et la bonne insertion professionnelle des pharmaciens. Comme mentionné *supra*, après la réforme, le nombre d'inscrits en deuxième année du premier cycle a diminué de 8 % sur les deux premières années⁸⁴.

En aval de la sélection, un manque de motivation et une plus faible réussite des étudiants sont observés par les doyens de pharmacie avec un nombre important de demandes de passerelles vers la médecine et l'odontologie et des abandons d'études. Ainsi, alors que 3 518 étudiants⁸⁵ étaient inscrits en deuxième année en 2021, ils ne sont plus que 3 019 en troisième année en 2022, soit une diminution de près de 500 étudiants inscrits, essentiellement due aux nombreux redoublements. Le nombre de redoublants en deuxième année de pharmacie, déjà plus élevé que dans les autres filières (il s'élève à 14 % de 2016 à 2019 alors que dans les autres filières, il se situe entre 3 % et 9 %), a augmenté du fait de la mise en œuvre de la réforme (19 % des inscrits en deuxième année de pharmacie en 2021-2022 sont redoublants l'année suivante).

L'ordre national des pharmaciens note une diminution progressive du nombre des inscrits au tableau de l'ordre depuis 2016. L'ordre dénombre 2 337 nouvelles inscriptions en 2022, soit 205 de moins que l'année précédente⁸⁶. Dans ce contexte, la conférence des doyens de pharmacie a communiqué un bilan et des propositions en janvier 2023⁸⁷, alertant notamment sur les effets de la hiérarchisation des filières de santé et la faible capacité du système à recruter les étudiants pour lesquels la pharmacie est une vocation.

2 - La filière maïeutique : un objectif de stabilité, un contexte d'évolution législative

La filière maïeutique se trouve dans une situation particulière. Le code de la santé publique reconnaît la profession comme médicale. Les responsabilités exercées par les sages-femmes en France ont fait l'objet d'extensions successives⁸⁸. Toutefois, contrairement aux autres professions médicales, la formation est dispensée par 35 écoles dont l'agrément et le financement relèvent des régions. La conférence nationale de 2021 a débouché sur une proposition limitée d'évolution des effectifs de maïeutique sur la base d'une augmentation de

⁸⁴ Comparaison entre les effectifs inscrits en deuxième année du premier cycle hors redoublants (moyenne des deux années précédant la réforme et moyenne des deux années suivant la réforme).

⁸⁵ Hors redoublants.

⁸⁶ Conseil de l'ordre des pharmaciens, « Démographie des pharmaciens au 1^{er} janvier 2023 », *Brochure nationale*, juin 2023.

⁸⁷ Conférence des doyens des facultés de pharmacie de France, *Bilan et propositions sur la REES*, janvier 2023. La partie bilan constate que la filière pharmacie est trop souvent devenue un choix par défaut pour les étudiants, un manque de candidatures en LAS1, de nombreux départs d'étudiants vers l'étranger et le développement des préparations privées. La conférence s'engage à développer la communication sur les métiers dans les salons étudiants et les lycées et souhaite voir évoluer les modalités d'accès à la filière pharmacie.

⁸⁸ Inspection générale des affaires sociales (Igas), *L'évolution de la profession de sage-femme*, rapport, juillet 2021.

2 % des objectifs nationaux pluriannuels par rapport au *numerus clausus* de la période quinquennale précédente, soit une quasi-stabilité. L'absence de financements destinés aux régions pour l'accueil des nouveaux étudiants a pu limiter l'expression des besoins. Le manque de places en stage peut aussi être un frein à l'augmentation des effectifs étudiants. L'ONDPS avait proposé une réévaluation de l'objectif national pluriannuel avant cinq ans si nécessaire au vu des incertitudes sur les successives évolutions du métier. Cette réévaluation n'a finalement pas été mise en œuvre. Depuis, la loi du 25 janvier 2023⁸⁹ vise notamment à intégrer les écoles de sages-femmes au sein des universités à compter de la rentrée 2027. L'abrogation des articles du code de la santé publique supprime le financement régional à compter de cette date, sans préciser explicitement le transfert de charge vers le ministère de l'enseignement supérieur. Cette nouvelle configuration pourra avoir des conséquences sur la prochaine conférence nationale.

La filière maïeutique est parvenue à réduire le nombre de places vacantes, qui s'élève à 10 % des capacités d'accueil en 2022, dont un quart en outre-mer. Pour autant, elle est confrontée à un contexte plus général d'abandons en cours de formation (cf. tableau n° 9), jugée trop intensive⁹⁰. D'après la conférence nationale des enseignants de maïeutique, la réforme n'a pas entraîné de modifications dans le nombre des désistements d'étudiants initialement intégrés.

Une réévaluation des besoins et une définition précise des modes de financement en cas d'augmentation des places seront nécessaires dans le cadre de la prochaine conférence pluriannuelle.

3 - La filière odontologie : une logique de répartition territoriale enclenchée face à d'importants besoins

À l'issue de la conférence nationale de 2021, l'ONDPS a proposé de revoir à la hausse les objectifs nationaux pluriannuels proposés par les universités, qui correspondaient au scénario tendanciel de la Drees⁹¹ sans permettre d'accélération démographique. Cette proposition a été motivée par la faible densité de professionnels en comparaison des autres pays européens, par l'importance des besoins non couverts, notamment des populations à besoins spécifiques (petite enfance, situation de handicap, personnes dépendantes, etc.), et du souhait d'équilibre de vie des nouvelles générations de chirurgiens-dentistes. Ainsi, alors que l'augmentation proposée initialement se situait entre 1 % et 7 %, l'augmentation inscrite dans les objectifs nationaux pluriannuels se situe entre 14 % (par rapport au *numerus clausus* total) et 20 % (par rapport au *numerus clausus* principal). Cette proposition a reçu le soutien du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes. En parallèle, l'ONDPS a livré en novembre 2021 un rapport détaillé sur la démographie des chirurgiens-dentistes⁹². Il souligne l'atonie de la croissance démographique des chirurgiens-dentistes sur les trente dernières années dans un contexte de *numerus clausus* faible, lequel aurait conduit à une diminution des effectifs sans le flux de professionnels formés à l'étranger. Cette externalisation d'une part importante de la formation des chirurgiens-dentistes en Europe pose la question de la qualité de la formation et de l'harmonisation des formations cliniques (cf. chapitre II.II).

⁸⁹ Loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme. La loi crée également un 3^e cycle d'études de maïeutique et prévoit une révision des référentiels de formation des premier et deuxième cycles.

⁹⁰ Raymonde Poncet-Monge, Commission des affaires sociales, Sénat, 15 octobre 2022.

⁹¹ Le scénario de la Drees ne permettait d'atteindre la densité moyenne européenne (74 pour 100 000 habitants en 2018) qu'aux alentours de 2040.

⁹² Rapport ONDPS, *Démographie des chirurgiens-dentistes. État des lieux et perspectives*, 2021.

Dans son rapport, l'ONDPS alertait notamment sur la situation des régions sans unité de formation et de recherche (UFR) en odontologie comme la Bourgogne Franche-Comté, le Centre Val-de-Loire, la Normandie, Antilles-Guyane et l'Océan indien. Leur densité moyenne (47 pour 100 000 habitants) est très inférieure à celle des territoires disposant d'une UFR en odontologie (69 pour 100 000 habitants). La répartition du *numerus clausus* n'a pas été orientée pour compenser les inégalités de densité et surdoter les régions à faible densité. Selon l'ONDPS, l'attachement des chirurgiens-dentistes à leur lieu de formation est massif, ces derniers n'ayant pas, à l'inverse des médecins, une mobilité importante lors du choix de l'internat. Dès lors que les lieux de formations ne sont pas répartis uniformément sur le territoire, ce comportement ne peut que conforter les inégalités territoriales existantes, d'autant plus que la mobilité en cours de carrière reste faible.

En décembre 2021, le Premier ministre annonçait la création de huit nouveaux sites universitaires de formation en odontologie⁹³ prévue pour la rentrée 2022, sous forme d'UFR ou sous forme d'antennes universitaires⁹⁴. Toutes les formations, sauf une, ont été mises en œuvre à compter de la rentrée universitaire 2022. À la rentrée 2024-2025, les universités avec UFR ou départements d'odontologie devraient accueillir 218 étudiants au total (131 à la rentrée 2022-2023). Des moyens pluriannuels ont été engagés par le ministère pour accompagner ces ouvertures⁹⁵. Le déploiement des antennes délocalisées est encore limité⁹⁶. Pour ces antennes, il ne s'agit pas de créer des places supplémentaires *ex nihilo* mais de favoriser le retour sur leur territoire d'origine, des étudiants formés en première année par l'université émettrice.

Un rééquilibrage de l'offre de formation en fonction des besoins des territoires a donc été enclenché pour cette filière. Il convient d'en suivre finement les effets dans les années à venir. Par ailleurs, au vu du nombre important d'étudiants en odontologie choisissant de poursuivre leurs études à l'étranger et des besoins importants non couverts, la filière doit faire l'objet d'un suivi vigilant.

Au vu de ces éléments, il convient de valoriser davantage les filières odontologie, maïeutique et pharmacie en développant la communication sur les métiers de la pharmacie et de la maïeutique dans le secondaire et en première année d'études supérieures. Face à l'ampleur des difficultés des filières pharmacie et maïeutique, qui ne parviennent pas à recruter et fidéliser les étudiants, de nouveaux modes de sélection devraient être envisagés. À titre expérimental, sur un panel d'universités, il convient de mettre en place un accès direct en pharmacie et en maïeutique pour un contingent d'élèves sélectionnés sur *Parcoursup*, en complément d'un accès classique *via* la première année d'études de santé pour le contingent restant.

⁹³ Ces nouveaux sites sont composés de deux UFR d'odontologie (universités d'Amiens et Tours), quatre départements (universités de Besançon, Caen, Dijon et Rouen) et de deux antennes délocalisées (universités de Poitiers et Grenoble).

⁹⁴ En parallèle, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur ont saisi l'inspection générale de l'éducation nationale, du sport et de la recherche afin d'élaborer un rapport sur les modalités d'augmentation des capacités de formation et de renforcement du maillage territorial.

⁹⁵ Au titre de l'année 2024, les établissements devraient disposer d'un budget global (dépenses de masse salariale et de fonctionnement) de 5,1 M€.

⁹⁶ À Grenoble, l'antenne lyonnaise d'odontologie est en cours de création et accueillera dans un premier temps les étudiants de 6^e année. À Poitiers, l'antenne de l'université de Bordeaux accueille des étudiants de sixième année depuis la rentrée 2023-2024 (13 étudiants issus de PACES). Les échanges sont en cours avec l'agence régionale de santé sur le déploiement d'une cinquième année d'odontologie.

C - Une augmentation des places en médecine sans lien évident avec les besoins des territoires

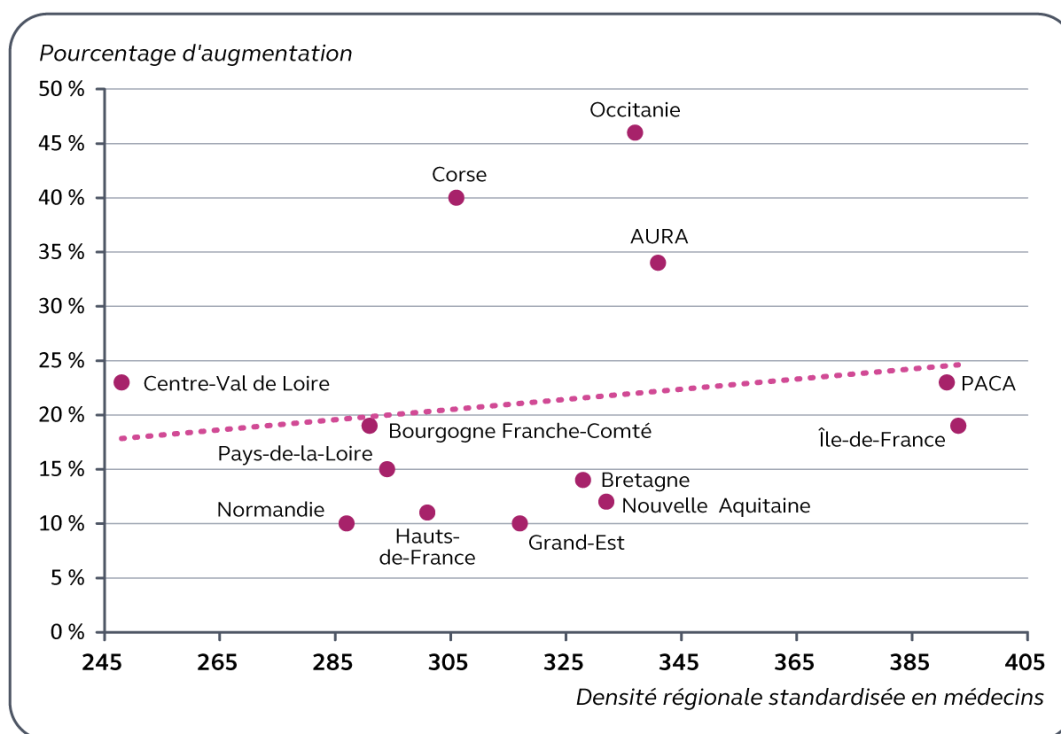
Si la filière médecine connaît une augmentation significative des effectifs à l'entrée de la formation, celle-ci diffère fortement d'une région à l'autre et plus encore d'une université à l'autre. La déclinaison de l'augmentation nationale des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année au sein de chaque région n'a pas été liée aux déficits historiques et ne permettra donc pas un rattrapage dans l'ensemble des régions.

Ainsi, le territoire de la région Centre-Val de Loire, qui présente historiquement la densité la plus faible (260 médecins pour 100 000 habitants), vise une augmentation significative des effectifs d'étudiants admis en deuxième cycle (+ 23 %). La transformation du centre hospitalier régional d'Orléans en centre hospitalier universitaire et la création d'une composante santé à l'université d'Orléans depuis la rentrée 2023 expliquent en partie cette logique de rattrapage. En revanche, les régions Normandie, Hauts-de-France et Pays de la Loire, qui avaient historiquement des densités faibles, ont des objectifs d'augmentation plus limités, aux alentours de 10 %. Le graphique *infra* illustre ces écarts, dépourvus de lien évident avec la densité médicale standardisée.

Ces disparités sont également fortes en comparant les effectifs des universités. Ainsi, si l'on compare le nombre d'inscrits en deuxième année de médecine en 2022 hors redoublants par rapport à l'année précédant la réforme, l'université de Lyon 1 compte 210 inscrits supplémentaires, l'université Paul Sabatier de Toulouse 59 et l'université de Tours 52, alors que les effectifs restent stables à l'université de Bourgogne, ou à l'université d'Amiens (cf. annexe n° 12). Si, dans certains cas, ces évolutions sont liées au déploiement d'expérimentations préalables à la réforme qui ont conduit à augmenter les effectifs, force est de constater que les universités se sont emparées de la possibilité d'ouvrir des places à des degrés divers.

Le lien entre l'entrée en premier cycle des études médicales ou de santé et l'installation à la sortie n'est pas automatique du fait des multiples déterminants de l'installation et de la redistribution partielle liée à l'internat. Mais ces disparités de progression sont néanmoins inquiétantes, car elles contribuent à creuser des écarts déjà existants sur les territoires et obèrent à l'avenir leur capacité à obtenir des postes d'internes et à favoriser leur installation. Dans ce contexte, il convient d'intégrer le suivi de ces indicateurs relatifs aux places créées en MMOP, à la densité médicale et aux capacités de formation aux exercices de contractualisation conclus entre le ministère et les universités, de manière à responsabiliser davantage ces dernières.

Graphique n° 8 : pourcentage d'augmentation des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année par rapport au *numerus clausus* par région en fonction de la densité médicale standardisée⁹⁷ (France métropolitaine)⁹⁸



Source : Cour des comptes d'après les données des universités, de la Drees et de l'Insee

D - Des enseignements à prendre en compte dès la prochaine conférence nationale

La prochaine conférence, initialement prévue en 2024 et qui pourrait ne pas se tenir avant 2026 à cause du retard déjà accumulé, doit, cependant, être organisée au plus vite. Dans l'attente de décisions sur une méthode à long terme, un exercice cadré d'expression des besoins devrait être proposé pour la concertation régionale, sur la base d'indicateurs communs régionaux, départementaux et locaux, afin d'éviter le renforcement des disparités territoriales constatées *supra*. Les capacités de formation sont aujourd'hui fixées à l'échelle de grandes villes. La prise en compte de l'échelle infrarégionale est importante en termes de limitation des disparités. De plus, il serait cohérent de projeter les effectifs de professionnels de santé sur l'ensemble de la durée de leur carrière, en parallèle de l'évolution démographique de la population, afin d'éviter une surabondance de professionnels à long terme.

⁹⁷ La densité médicale est le *ratio* qui rapporte les effectifs de médecin à la population d'un territoire donné. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 100 000 habitants. La densité standardisée tient compte de la structure par âge de la population et des besoins associés à chaque tranche d'âge.

⁹⁸ Comparaison entre l'OPA annualisé et la moyenne du *numerus clausus* total moyenné sur trois ans.

Par ailleurs, un comité de pilotage annuel doit être instauré afin de réunir les deux ministères, préparer la concertation, suivre régulièrement la mise en œuvre sur les territoires et faire évoluer les objectifs nationaux pluriannuels annuellement si nécessaires, dans un contexte où les progrès de la médecine, les évolutions pédagogiques mais aussi les défis sanitaires demandent une grande réactivité.

Les moyens humains de l'ONDPS et de la Drees consacrés aux projections et travaux prospectifs en vue de déterminer le nombre de professionnels à former et l'estimation des besoins devraient être renforcés afin d'éclairer de manière complète les décisions qui seront prises à l'issue des prochaines conférences.

Enfin, pour être efficace en termes de réponses aux besoins des territoires, l'augmentation des professionnels formés doit s'accompagner d'actions favorisant leur répartition équitable. Selon la Drees, qui a consacré un rapport sur l'efficacité des politiques publiques pour répondre aux pénuries de médecins sur les territoires, basé sur les études scientifiques les plus robustes à l'échelle internationale, l'augmentation du nombre de médecins formés accroît l'offre globale sans garantir une meilleure répartition sur le territoire. Pour mieux diversifier les profils géographiques, il convient de travailler sur l'orientation avant le baccalauréat (cf. chapitre IV.II.B). En aval, d'autres mesures sont nécessaires pour garantir la réponse aux besoins. L'augmentation des effectifs en amont ne saurait seule suffire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La suppression du numerus clausus et le passage à un dispositif pluriannuel d'estimation du nombre de professionnels à former constitue un progrès. Toutefois, le dispositif est encore fragile et inabouti et ne garantit pas à ce stade que l'estimation des effectifs à former corresponde aux besoins. Une méthodologie plus complète, basée sur des indicateurs standardisés et partagés, d'estimation des besoins pourra être déployée à long terme. De manière générale, l'augmentation des effectifs ne peut constituer seule l'instrument garantissant la réponse aux besoins des territoires. De multiples facteurs entrent en jeu, tout au long de la formation et au moment de l'installation des professionnels de santé.

Dans l'immédiat, la prochaine conférence nationale fixant les objectifs nationaux pluriannuels doit prendre en compte de manière plus fine et partagée les besoins territoriaux et les capacités de formation afin de limiter les disparités de trajectoire qui se dessinent actuellement. Une meilleure coordination nationale et locale est nécessaire, permettant des ajustements réguliers. Les difficultés des filières telles que la pharmacie doivent être davantage prises en compte.

Dans ce contexte, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. expérimenter, sur un panel d'universités, un accès direct en pharmacie et en maïeutique pour un contingent d'élèves sélectionnés sur Parcoursup, en complément d'un accès classique via la première année d'études de santé pour le contingent restant (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre à la rentrée 2025) ;*
 - 2. dans le cadre de l'exercice de contractualisation entre les universités et leur tutelle, assurer un suivi des indicateurs relatifs aux places créées en MMOP, à la densité médicale et aux capacités de formation (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre dès 2025) ;*
 - 3. en vue de la prochaine conférence nationale, fixer les objectifs de formation en fonction :
(a) des connaissances actuelles sur la densité médicale à différentes échelles : régionale, départementale voire infra-départementale ;
(b) d'indicateurs partagés et standardisés sur les capacités de formation couvrant les trois cycles : le taux d'encadrement universitaire, l'équipement de simulation, le nombre et la typologie des terrains de stages (observatoire national de la démographie des professions de santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre pour la prochaine conférence nationale) ;*
 - 4. mettre en place un comité de pilotage commun aux deux ministères sur la connaissance des besoins, l'évaluation du nombre de professionnels à former, le suivi des effectifs et des moyens qui se réunisse au moins annuellement, de manière à permettre un réajustement régulier des objectifs de formation (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre dès 2025) ;*
 - 5. reconnaître à l'observatoire national de la démographie des professions de santé un rôle de planification des ressources humaines en santé et le doter du statut, du rattachement et des moyens matériels, statistiques et humains nécessaires à ces missions (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre dès 2025).*
-

Chapitre III

Un premier bilan en demi-teinte

L'hétérogénéité des modèles, le manque de cadrage et d'accompagnement sont à l'origine de nombreux dysfonctionnements, dont certains persistent et qui contribuent à un sentiment général d'insatisfaction. Les dispositifs d'orientation et d'information, inégalement mobilisés, n'ont pas permis une réelle égalité des chances et ont participé au sentiment d'iniquité des étudiants (I). Le croisement et l'analyse de plusieurs bases de données, institutionnelles (*Parcoursup* et Système d'information sur le suivi de l'étudiant) ou recueillies directement auprès des universités, ont permis d'établir également des constats sur les objectifs de réussite (II) et de diversification des profils des étudiants (III), aboutissant à un bilan en demi-teinte avec de grandes disparités entre les parcours et entre les universités.

I - Une légère amélioration de la réussite étudiante masquant des inégalités importantes

L'amélioration de la réussite des étudiants apparaît comme l'un des principaux objectifs de la réforme. Plus précisément, l'idée était de favoriser l'accès aux filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) dès la première année après le baccalauréat afin de limiter les redoublements inutiles et d'encourager la progression dans les études des étudiants ne parvenant pas à accéder à MMOP. Cet objectif a justifié l'ouverture de voies de réorientation et l'interdiction du redoublement. L'apparente amélioration observée se heurte toutefois à des situations très disparates entre les voies d'accès, les modèles adoptés par les universités et les disciplines hors santé. Ces disparités ont des conséquences jusqu'à la réussite des étudiants une fois admis en MMOP.

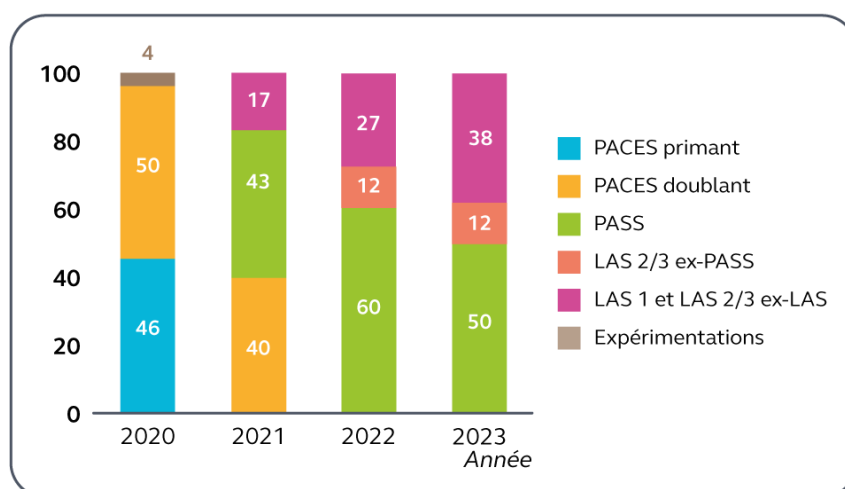
A - Le parcours d'accès spécifique santé (PASS), la voie principale d'accès à MMOP

La réforme a mis en place deux parcours principaux pour l'accès aux filières MMOP qui sont le fruit d'un compromis entre les porteurs de la réforme et les acteurs universitaires (cf. chapitre I.I.B). Censées permettre une diversification des profils étudiants, ces deux voies font courir le risque, identifié dès 2018, de la constitution d'une « voie royale »⁹⁹ qui seule permettrait un accès effectif aux filières MMOP.

⁹⁹ Rapport aux ministres de l'enseignement supérieur et de la santé, Jean-Paul Saint-André, Suppression du numerus clausus et de la PACES, décembre 2018 (page 13).

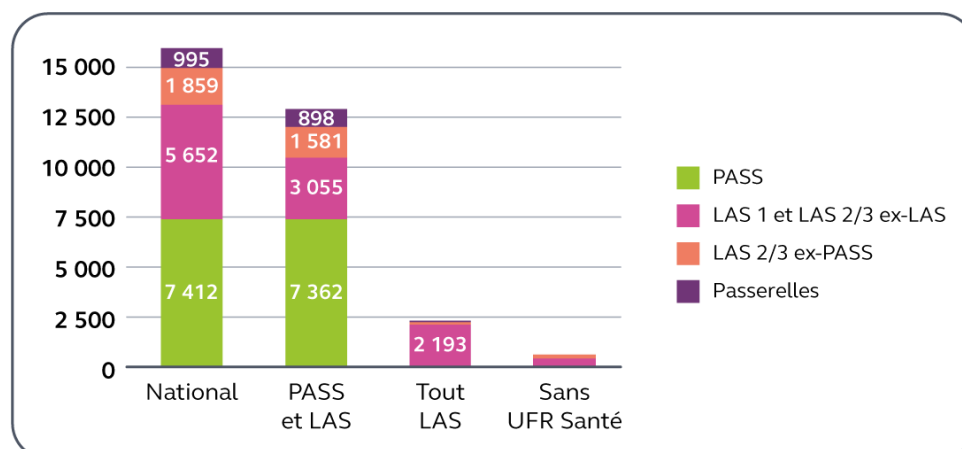
Depuis la mise en place de la réforme en 2020, la part des étudiants accédant à MMOP depuis un PASS diminue, passant de 72 % (en dehors des étudiants en première année commune d'accès aux études de santé et des passerelles) en 2021 à 60 % en 2022, puis à 50 % en 2023 (cf. graphique n° 9). Au niveau national, un équilibre s'établit donc entre les étudiants issus d'un parcours d'accès spécifique santé et ceux issus d'une licence « Accès santé » (LAS). Si 50 % des étudiants admis en MMOP en 2023 sont issus d'une LAS, il faut toutefois faire la distinction entre ceux étant d'abord passés par un PASS, les LAS2/3 ex-PASS, et ceux ayant fait l'intégralité de leur cursus en LAS, les LAS1 et LAS2/3 ex-LAS. En effet ces étudiants doivent être distingués car, bien qu'ils représentent les mêmes promotions de LAS2 et LAS3, ils peuvent avoir des modalités d'enseignement et d'accès à MMOP différentes. Par ailleurs, alors que l'accès au PASS correspond plus généralement à un premier choix, la voie LAS1 est plus souvent subi sur *Parcoursup* (cf. chapitre I.III.B) attestant de l'existence de deux cursus distincts. Enfin, la distinction entre ces étudiants permet d'évaluer spécifiquement l'intérêt du maintien de plusieurs voies d'accès directement après le baccalauréat en comparaison d'un scénario d'évolution faisant intervenir une voie unique après le baccalauréat (cf. chapitre IV.I.C). En faisant cette distinction, il apparaît que les étudiants LAS1 ou en LAS2 et LAS3 ex-LAS représentent 38 % du total des admis en MMOP, 62 % des étudiants admis en MMOP étant donc des anciens étudiants d'un PASS.

Graphique n° 9 : origine des étudiants admis en MMOP entre 2020 et 2023 (hors passerelles)



Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants ; PACES : première année commune aux études de santé

Ce constat est encore davantage nuancé en prenant en compte les différents modèles des universités (cf. graphique n° 10). Au sein des seules universités PASS et LAS, c'est-à-dire en excluant celles ayant un modèle « tout LAS », la part des admis en MMOP en 2023 étant issus d'une LAS1 ne représente plus que 25 % de ces effectifs en MMOP hors passerelles. Ainsi, hors universités « tout LAS » et passerelles, 75 % des admis en MMOP sont passés par un PASS qui reste donc, trois ans après la mise en œuvre de la réforme, la voie principale d'accès aux études de santé lorsqu'elle est proposée aux étudiants. Dans les universités « tout LAS », l'inscription en LAS des étudiants ne correspond généralement pas à leur souhait premier d'orientation, 73 % de ces étudiants déclarant s'y être inscrits en l'absence d'un PASS dans l'université la plus proche selon le sondage réalisé par la Cour.

Graphique n° 10 : origine des étudiants admis en MMOP en 2023 par type d'université

Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants

B - Une amélioration globale de la réussite étudiante qui cache une diversité de situations

L'amélioration de la réussite étudiante est l'un des objectifs centraux de la réforme (cf. chapitre I.I.A). Plusieurs mesures participent à ces objectifs. Concernant l'accès à MMOP en un an, l'augmentation des capacités d'accueil en premier cycle permet mécaniquement d'améliorer le taux de réussite des étudiants et donc en particulier celui des nouveaux bacheliers. Par ailleurs, un minimum de 30 % des places est réservé aux étudiants en première année post baccalauréat¹⁰⁰. Mais ce quota ne semble pas avoir constitué une contrainte réelle dans la mesure où environ 50 % des étudiants accèdent à MMOP après une année de PASS. Enfin, selon les nouvelles modalités prévues par la réforme, l'année de PASS ne peut pas être redoublée (sauf circonstances exceptionnelles). Une seconde candidature est possible en LAS2 et LAS3. La suppression du redoublement n'implique pas en elle-même une augmentation du nombre d'admis en un an. Néanmoins, le maintien, dans la continuité de la PACES, du PASS comme voie principale d'accès à MMOP, conséquence des choix des étudiants et de la volonté des doyens d'unité de formation et de recherche (UFR) en santé, a conduit de fait à cette augmentation.

Concernant les réorientations, la discipline suivie en plus de la santé (la mineure hors santé pour les PASS ou la majeure disciplinaire pour les LAS) est censée préparer à une poursuite d'étude à l'université en cas d'échec à l'accès aux formations MMOP. L'intégration des parcours LAS au sein des licences de l'université devait par ailleurs permettre une poursuite d'étude plus fluide au sein de ces cursus universitaires en accord avec les principes de la loi sur l'orientation et la réussite des étudiants.

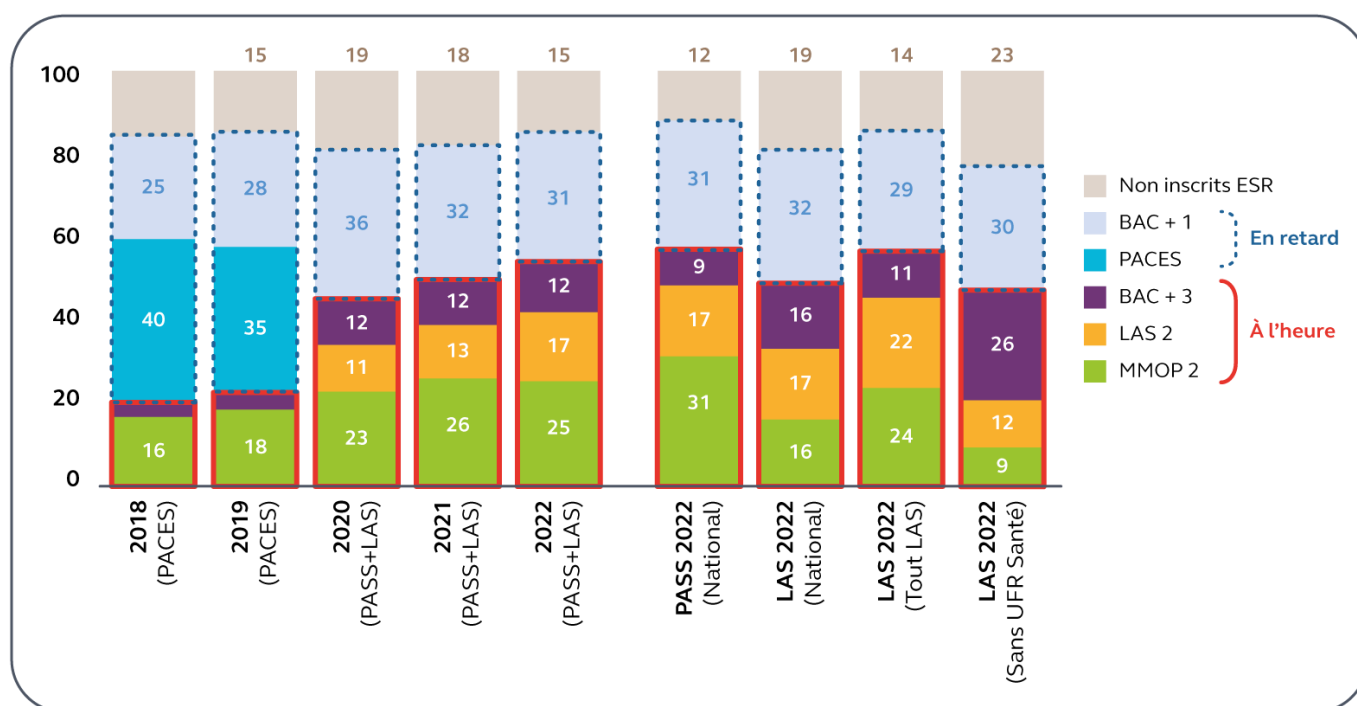
Un an après leur première année d'accès aux études de santé, les étudiants sont plus nombreux à être inscrits à un niveau supérieur d'études

L'efficacité de ces mesures est évaluée grâce à un suivi de cohorte pour les étudiants nouveaux bacheliers en PACES en 2018 et 2019 ainsi que pour les nouveaux bacheliers en PASS ou en LAS1 entre 2020 et 2022. L'analyse des inscriptions administratives de ces étudiants fait

¹⁰⁰ Article 7 de l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

apparaître une nette amélioration de la progression dans les études un an après l'année d'accès aux études de santé (cf. graphique n° 11). Alors qu'environ 20 % des nouveaux bacheliers inscrits en PACES en 2018 et 2019 étaient inscrits l'année suivante à un niveau d'étude supérieur, cette proportion monte à 54 % en 2022. Cette amélioration est portée par un accès facilité en MMOP en un an (+ 7 points en 2022 par rapport à 2019) et surtout par une meilleure poursuite d'étude en dehors de MMOP qui augmente de 25 points entre 2019 et 2022. Ces poursuites d'études se font davantage en LAS (17 % en 2022) que dans l'ensemble des autres formations de niveau baccalauréat + 2 ans (12 % en 2022). La part des étudiants ne se réinscrivant pas dans une formation d'enseignement supérieur française l'année suivante, passe de 15 % en 2019 à 19 % en 2020 puis 18 % en 2021 avant de revenir à 15 % en 2022¹⁰¹. Une partie de ces étudiants ont fait le choix de s'inscrire dans une formation MMOP à l'étranger (cf. chapitre II.II).

Graphique n° 11 : suivi de cohorte sur les inscriptions des nouveaux bacheliers un an après leur année d'accès santé en fonction de l'année de leur baccalauréat



Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants

Note : les mentions « à l'heure » et « en retard » font référence à la progression dans les études. Un étudiant est à l'heure s'il suit un parcours linéaire le menant à une inscription en baccalauréat + 2 ans, deux ans après son baccalauréat, à une inscription en baccalauréat + 3 ans, trois ans après son baccalauréat, etc. Il est à l'inverse « en retard » s'il est inscrit en baccalauréat + 1 an, deux ans après son baccalauréat.

Lecture : parmi les étudiants inscrits en PACES en 2018, un an après cette année, 16 % dont en première année de MMOP, 40 % sont encore inscrits en PACES (redoublants), 25 % sont inscrits dans un diplôme de niveau Bac + 1 et 16 % ne sont plus inscrits dans l'enseignement supérieur français.

¹⁰¹ Une partie des étudiants apparaissant comme non-inscrits dans un diplôme d'enseignement supérieur peuvent être en réalité inscrits dans un établissement du champ médico-social sans qu'il soit possible d'en chiffrer la proportion exacte. Néanmoins, selon le sondage réalisé par la Cour, 8 % des étudiants inscrits en PASS ou LAS1 en 2023 indiquent vouloir rejoindre des études paramédicales en cas d'échec à la première tentative d'accès en MMOP.

*Les étudiants en PASS poursuivent davantage en MMOP
et ceux en LAS davantage hors de MMOP*

Ces constats généraux masquent toutefois d'importantes disparités entre les voies d'accès (PASS et LAS) et entre les modèles choisis par les universités (cf. graphique n° 11). En effet, le taux d'accès des nouveaux bacheliers en MMOP est deux fois supérieur après une année de PASS qu'après une année de LAS1 et à l'inverse, le taux de poursuite d'étude en dehors de MMOP est plus important en LAS (33 %) qu'en PASS (26 %) ¹⁰². Ce constat est encore accentué en ne considérant que les LAS inscrits dans des universités sans UFR en santé avec 9 % d'accès à MMOP et 38 % de poursuite d'études hors MMOP. Enfin, les universités ayant opté pour un modèle « tout LAS » offrent aux nouveaux bacheliers un bon taux d'accès à MMOP (24 %) tout en maintenant un taux élevé de poursuite hors MMOP (33 %).

Un effet de la disparition du redoublement est la moindre propension des PASS à exercer leur droit à une seconde candidature. En effet, environ 40 % des PACES redoublaient pour candidater à nouveau et seuls 17 % des PASS sont inscrits en LAS2 après leur accès santé. Ces moindres candidatures pourraient s'expliquer par la complexité de la réforme, une partie des étudiants en PASS n'ayant simplement pas compris qu'ils pouvaient candidater à nouveau depuis une LAS, ou par le défaut d'attractivité dont souffre encore certaines licences. Une autre explication pourrait venir du faible taux de validation des PASS en comparaison du niveau des étudiants (cf. chapitre III.I.C), cette dernière étant nécessaire au passage en LAS2.

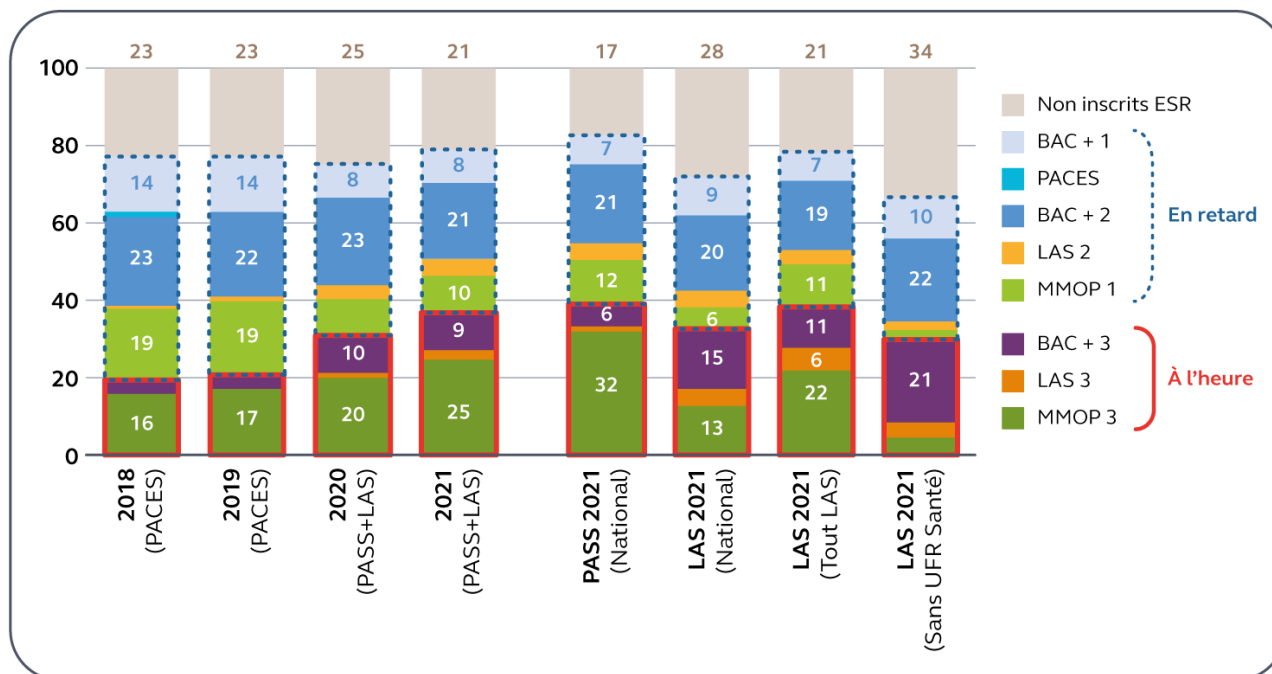
*Deux ans après leur année d'accès santé, 63 % des étudiants ont perdu une année d'étude
ce qui constitue une légère amélioration*

Le bilan de la réforme en matière de réussite des nouveaux bacheliers est plus mitigé pour les étudiants deux ans après l'année d'accès aux études de santé (cf. graphique n° 12). La part des étudiants qui n'a pas perdu une année (mention « à l'heure » sur le graphique) s'améliore en passant de 21 % en 2019 à 37 % pour les nouveaux bacheliers de 2021. Le taux d'étudiants se retrouvant au niveau baccalauréat + 2 ans restant presque stable, l'autre différence provient du nombre d'étudiants inscrits dans un diplôme de niveau baccalauréat + 1 an, deux ans après leur première année d'accès santé, c'est-à-dire les étudiants ayant perdu deux années. Pour les PACES, cela concernait 14 % des étudiants, ce qui atteste de l'existence, avant la réforme, de dispositifs locaux permettant leur réorientation en cas d'échec. À la suite de la réforme, ce taux a été réduit à 8 %, ce qui constitue une amélioration, mais pas un changement radical, en tout cas pas à la hauteur des coûts humains, financiers et organisationnels de la réforme.

Des différences importantes subsistent entre les voies d'accès et les modèles d'universités deux ans après l'année d'accès santé. Les PASS permettent un meilleur accès à MMOP que les LAS puisque 44 % des étudiants sont en MMOP deux ans après contre 19 % des LAS. Les universités avec un modèle « tout LAS » conservent à la fois un bon taux d'accès à MMOP (33 %) et un bon taux de poursuite d'études sans retard (38 %). De façon générale, le taux de poursuite d'études en dehors de MMOP reste très faible pour les PASS puisque seuls 6 % d'entre eux sont inscrits dans un diplôme de niveau baccalauréat + 3, deux ans après leur PASS, ce taux étant similaire à celui constaté avec la PACES (3 %). La réorientation est nettement plus effective pour les LAS avec un taux proche de 20 %.

¹⁰² Selon la consultation étudiante, 81 % des étudiants se réorientant dans une formation MMOP à l'étranger sont issus d'un PASS.

Graphique n° 12 : suivi de cohorte sur les inscriptions des nouveaux bacheliers deux ans après leur année d'accès santé en fonction de l'année de leur baccalauréat



Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants

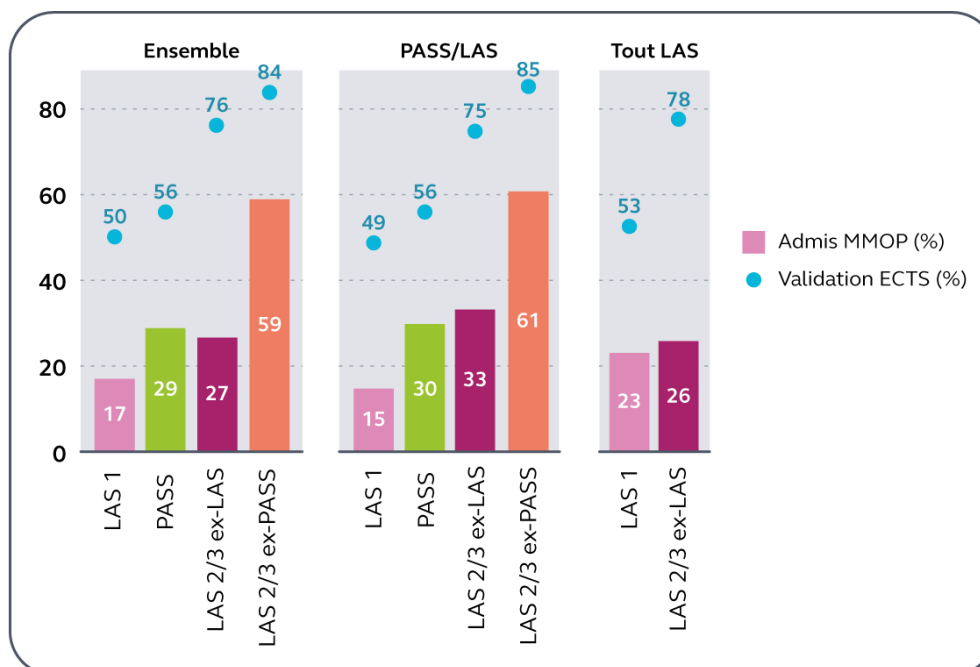
La réussite étudiante a légèrement progressé à la suite de la mise en place de la réforme, notamment grâce à l'accès accru en MMOP un an après le baccalauréat et à la poursuite d'études en dehors de MMOP sans perdre d'années dans les LAS. Cette amélioration est toutefois légère, compte tenu des moyens déployés et de la complexité induite par cette organisation. Elle cache d'importantes disparités entre les différentes voies d'accès avec une poursuite davantage tournée vers les filières MMOP pour les PASS et hors MMOP pour les LAS.

C - Une multiplication des voies après le baccalauréat conduisant à des taux d'accès inégaux aux filières MMOP

Comme évoqué dans la partie précédente, moins d'étudiants accèdent à MMOP depuis les LAS que depuis les PASS, ce qui se traduit par des différences de taux d'accès (cf. graphique n° 13). En moyenne, en 2023, environ 17 % des étudiants inscrits en LAS1 ont pu accéder à MMOP contre 29 % pour les étudiants en PASS¹⁰³. L'écart est plus important encore dans les deuxièmes candidatures puisque 59 % des LAS ex-PASS accèdent à MMOP contre seulement 27 % des LAS ex-LAS. Ces constats se retrouvent dans les universités avec un modèle PASS et LAS alors que les universités avec un modèle « tout LAS » affichent de meilleurs taux d'accès en LAS1 (23 %), mais plus faibles en LAS2 et en LAS3 (26 %).

¹⁰³ Il convient de noter que les taux d'accès indiqués concernent les étudiants inscrits en LAS et pas les étudiants ayant exercé leur candidature. Le taux d'accès parmi les étudiants ayant exercé leur candidature est significativement plus élevé, néanmoins cet indicateur n'est pas pertinent pour mesurer la réussite des LAS puisque la principale difficulté à laquelle sont confrontés les étudiants concerne la possibilité de suivre deux cursus en parallèle et donc de parvenir à présenter leur candidature.

Graphique n° 13 : comparaison des taux d'admission en MMOP en 2023 et de validation des ECTS par voie d'accès et par modèle d'université



Source : Cour des comptes d'après les données issues des questionnaires adressés aux universités. Les données sont extrapolées, une université n'ayant pas fourni les données nécessaires à la réalisation de ce graphique.

Note : le taux d'admission est calculé comme le rapport du nombre de candidats (étudiants pouvant exercer une candidature) sur le nombre d'admis.

Concernant la validation des enseignements (qui conditionne le passage en année suivante), les taux sont assez homogènes autour de 50 % pour les premières années puis montent entre 75 % pour les LAS ex-LAS et 85 % pour les LAS ex-PASS. Ce taux important semble justifier que la mineure hors santé proposée en PASS est suffisante pour préparer la poursuite d'étude. Sans lien avec l'accès à MMOP, le taux de validation en PASS et en LAS est un élément important de la poursuite d'étude des étudiants.

Une autre source d'inégalités dans les taux d'accès à MMOP sont les disciplines suivies en dehors des enseignements de santé. Les taux d'accès moyens à MMOP varient beaucoup entre les disciplines hors santé en PASS (mineure hors santé) et en LAS (majeure disciplinaire). À titre d'exemple, seuls 5 % des étudiants en LAS1 en droit ont accédé aux filières MMOP en 2022 alors qu'ils étaient 24 % en LAS psychologie (cf. tableau n° 7). En PASS, les étudiants de la filière sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ont obtenu le meilleur taux d'accès à MMOP (34 %) et ceux en droit ont obtenu le moins bon (14 %). Les taux d'accès à MMOP mettent aussi en avant la faible réussite des étudiants en lettre, langues, sciences humaines et sociales (13 % en LAS et 16 % en PASS) alors que les objectifs de diversification des profils académiques mettaient en avant l'intérêt de ces disciplines pour la formation des futurs professionnels de santé (cf. chapitre I.I.A). S'agissant de moyennes nationales calculées sur un nombre important de formations, de tels écarts sont considérables et attestent de réelles différences entre ces disciplines ou dans leurs modalités d'enseignement et de sélection. Enfin, ces moyennes nationales masquent une hétérogénéité de situations, les écarts pouvant être largement aggravés ; de nombreuses LAS n'affichant par ailleurs aucun admis en MMOP malgré un nombre raisonnable de candidats.

Tableau n° 7 : effectifs étudiants en 2022 par discipline hors santé avec taux de validation de l'année, d'admission en MMOP et le taux d'accès moyen sur *Parcoursup* pour les LAS

Discipline hors santé	LAS1				PASS			LAS1 (« tout LAS »)			
	Inscrits	Taux d'accès Parcoursup 2022 (%)	Année validée (%)	Admis MMOP (%)	Inscrits	Année validée (%)	Admis MMOP (%)	Inscrits	Taux d'accès Parcoursup	Année validée (%)	Admis MMOP (%)
<i>Droit</i>	1 498	81	19	5	2 134	44	14	601	88	13	7
<i>Autre</i>	666	58	30	10	3 657	47	27	207	63	26	14
<i>Lettre, langues, sciences humaines et sociales</i>	1 332	74	42	13	1 012	44	16	477	64	54	28
<i>AES</i>	1 021	74	39	14	1 170	43	18	478	75	41	18
<i>Sciences pour la santé</i>	4 322	63	67	14	1 294	49	18	2098	62	66	20
<i>Autres sciences</i>	2 620	80	36	17	7 432	53	30	961	88	36	23
<i>STAPS</i>	2 168	26	55	17	680	61	34	614	31	62	27
<i>Science de la vie</i>	3 218	56	52	24	4 609	56	29	884	47	62	30
<i>Psychologie</i>	1 239	25	67	24	986	67	31	495	28	73	44

Source : Cour des comptes d'après les réponses apportées aux questionnaires adressés aux universités et les données ouvertes de Parcoursup. Les données sur les effectifs, les taux de validation et les admissions en MMOP sont extrapolées à partir de 85 % des effectifs totaux, une partie des universités n'ayant pas répondu

Note : administration économique et sociale (AES)

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces différences. Une étude sociologique¹⁰⁴, menée à l'université de Paris Cité sur les étudiants LAS, met en lumière la difficulté des étudiants à cumuler des enseignements de nature différente (comme le droit et la biologie humaine), des modalités d'apprentissage différentes (par cœur ou centrées sur la compréhension) et des attendus pédagogiques différents comme les questionnaires à choix multiples ou les épreuves rédactionnelles. La question de la motivation est également abordée dans le rapport. L'idée d'étudier le droit pour devenir dentiste n'allant pas de soi, il revient à l'étudiant la responsabilité d'articuler ces différents enseignements et de construire lui-même la cohérence de son parcours. Sans cette cohérence, l'étudiant aura de grandes difficultés à rester motivé, ce qui est indispensable pour la réussite de ces études exigeantes. Les sociologues mettent également en avant le poids des choix subis par les étudiants sur *Parcoursup* qui sont frustrés et ont des difficultés à trouver du sens dans les études.

¹⁰⁴ Rapport de recherche, G. Lejeune, R. Goasdoué, G. Henri-Panabière, M. Salaün, « Comment se passent les LAS ? », avril 2023.

Les taux d'admission en MMOP peuvent être rapprochés des taux d'accès moyens aux LAS sur *Parcoursup*¹⁰⁵. Ces taux, qui mesurent la sélectivité des cursus sur *Parcoursup*, sont faibles lorsque la sélection est forte et égaux à 100 % lorsque des places restent vacantes à l'issue de la phase principale d'admission. Le taux d'accès moyen des PASS en 2022 s'élevait à 38 % alors qu'il était de 62 % pour les LAS, ce qui atteste de la plus grande sélectivité et attractivité des PASS par rapport aux LAS sur *Parcoursup*. Les données présentées dans le tableau *supra* mettent en lumière une corrélation entre ces deux taux d'accès. Ainsi, les filières les plus difficiles d'accès sur *Parcoursup* (par exemple psychologie et STAPS) ont des taux d'admission en MMOP plus importants, que certaines filières moins sélectives (par exemple droit et lettre, langues, sciences humaines et sociales). Ce constat se retrouve de façon plus générale entre les PASS et les LAS. Cette corrélation peut avoir de multiples causes comme l'absence de motivation pour un cursus non choisi évoquée *supra*, le fait que les meilleurs étudiants qui rejoignent les cursus les plus sélectifs sont aussi ceux qui réussissent le mieux l'accès à MMOP ou encore un effet de relégation des étudiants n'ayant pas les meilleurs dossiers vers les parcours donnant le plus faible accès à MMOP. En tout état de cause, cette corrélation semble montrer qu'une partie de la sélection en MMOP s'effectue en réalité dès la plateforme *Parcoursup* et que seuls les meilleurs étudiants (ou les mieux informés) parviennent à accéder aux formations qui offrent de bons taux d'accès à MMOP. Cette conséquence de la mauvaise coordination entre la réforme et *Parcoursup*, a un effet délétère sur l'égalité des chances des candidats et sur l'acceptabilité du système PASS et LAS puisqu'elle justifie dans les faits les choix stratégiques exprimés dès le lycée pour formuler dans *Parcoursup* les vœux qui donnent les meilleures chances d'accéder à MMOP.

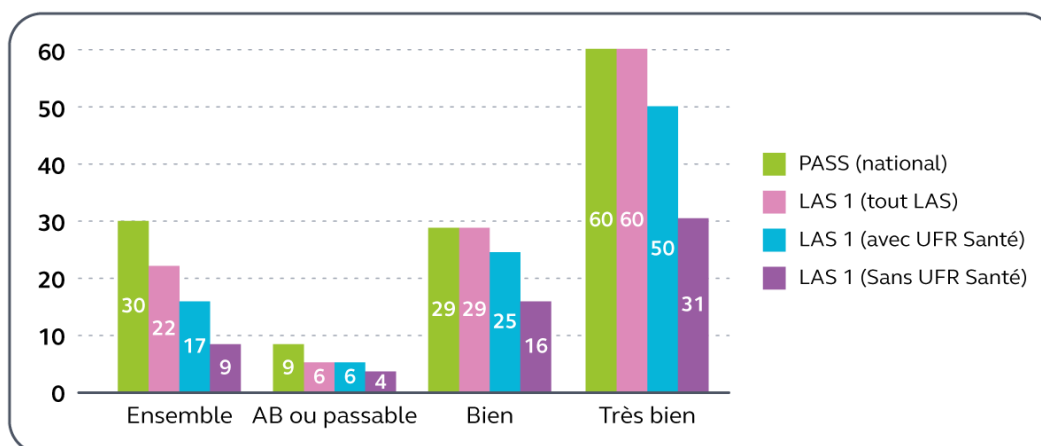
Enfin, les taux d'accès à MMOP des formations dans les universités sans UFR en santé méritent d'être analysés. L'ouverture de LAS dans des universités ne disposant pas d'UFR en santé a constitué une mesure importante visant à rapprocher les lieux de formation d'un plus grand nombre d'étudiants, en particulier ceux ne résidant pas dans une grande métropole.

Si les universités sans UFR hors santé ont majoritairement accepté de mettre en place des parcours LAS dans leurs UFR, les taux d'accès en MMOP restent, deux ans après la mise en œuvre de la réforme, très faibles en comparaison des taux constatés dans les universités avec une UFR en santé (cf. graphique n° 14). À l'issue d'une LAS1, le taux d'accès moyen à MMOP est de 9 % dans une université sans UFR en santé contre 17 % dans les universités avec une UFR en santé (le taux d'accès moyen des PASS étant de 30 %). Ces écarts ne peuvent pas s'expliquer par le niveau des étudiants, puisqu'à mention au baccalauréat équivalente, les étudiants dans les universités sans UFR en santé ont un taux d'accès presque deux fois inférieur à celui des universités avec une UFR en santé (cf. Graphique n° 14). Dans une majorité de ces universités sans UFR en santé, les conditions d'études ne permettent donc pas aux étudiants d'accéder aux études de MMOP, ce qui est cohérent avec les difficultés d'organisation entre ces UFR éloignées géographiquement et administrativement de l'UFR en santé (cf. chapitre I.III.A).

¹⁰⁵ Le taux d'accès est le rapport entre le nombre de candidats dont le rang de classement est inférieur ou égal au rang du dernier appelé de son groupe et le nombre de candidats ayant validé un vœu pour la formation étudiée en phase principale.

Ces constats généraux cachent d'importantes disparités de situations mais les établissements parvenant à obtenir un taux d'accès à MMOP satisfaisant pour les étudiants restent largement minoritaires. Une évolution du modèle des LAS dans les universités sans UFR en santé est nécessaire, puisque le public touché dans ces universités constitue une cible prioritaire pour l'accès à MMOP, étant plus souvent issu d'un milieu rural et socialement défavorisé (cf. chapitre III.II.B.2).

Graphique n° 14 : comparaison des taux d'accès à MMOP en LAS1 dans les universités avec ou sans UFR en santé en 2023 en fonction de la mention au baccalauréat



Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants

D - Les étudiants en LAS moins bien préparés pour la poursuite d'études en MMOP

L'année d'accès aux études de santé revêt un caractère spécifique en comparaison d'une année de licence car elle doit répondre à un triple objectif de sélection à l'entrée puis de préparation aux études en MMOP et à une réorientation éventuelle. Afin d'évaluer la préparation des étudiants à la réussite durant leurs études en MMOP, les taux de redoublement et d'abandon (cf. tableau n° 8 et 9) en deuxième année de MMOP ont été analysés.

De façon générale, les LAS1 redoublent plus souvent la deuxième année que les PASS. En 2021, dans les universités ayant opté pour le modèle PASS et LAS, le taux de redoublement des étudiants issus d'un PASS était de 3 % en médecine contre 18 % pour ceux issus d'une LAS1. Le même constat se retrouve dans les autres filières, le taux de redoublement des LAS1 atteignant même 28 % en odontologie pour la première promotion de LAS1. De même, les taux de redoublement des LAS2 et LAS3 ex-LAS sont nettement plus importants que ceux des LAS2 et LAS3 ex-PASS, à l'exception de la filière pharmacie.

En raison de la prédominance des PASS chez les admis, deux années après la mise en œuvre de la réforme, les taux globaux de redoublement en deuxième année ont peu évolué dans les universités avec modèle PASS et LAS, par rapport à la période antérieure à la réforme, mais ont augmenté (sauf en pharmacie) dans les universités ayant opté pour le modèle « tout LAS ». Il faut toutefois noter une diminution du taux de redoublement des LAS1 en deuxième année de médecine entre 2021 et 2022 dans ces universités. Afin de garantir aux étudiants issus d'une LAS toutes leurs chances de réussir leurs études en MMOP, des modules de remise à niveau pourraient être proposés.

Tableau n° 8 : taux de redoublements de la deuxième année de MMOP par filière, année d'inscription en MMOP et par voie d'accès (en %)

Modèle	Filière	2018-2019	2021-2022			2022-2023				
		PACES	LAS1	PASS	Taux moyen	LAS2/3 ex-LAS	LAS2/3 ex-PASS	LAS1	PASS	Taux moyen
PASS / LAS	Maïeutique	5	6	4	5	17	3	8	3	4
	Médecine	3	18	3	5	13	6	17	3	5
	Odontologie	5	28	4	6	13	7	14	4	6
	Pharmacie	10	16	8	15	9	13	17	9	10
« Tout LAS »	Maïeutique	6	10	-	6	0	-	11	-	9
	Médecine	6	16	-	10	13	-	7	-	8
	Odontologie	4	6	-	7	18	-	8	-	9
	Pharmacie	13	7	25	18	13	-	5	-	6

Source : Cour des comptes d'après les questionnaires adressés aux universités

Cette légère augmentation des redoublements en deuxième année de MMOP dans les universités « tout LAS » retarde l'arrivée d'une partie des professionnels de santé dans les filières de soin mais ne constitue pas un risque important pour ces filières. À l'inverse, les abandons en cours de formation MMOP (cf. tableau n° 9), s'ils ne sont pas anticipés correctement, peuvent conduire à un déficit de professionnels entrants dans le système de soins. Suite à la réforme, les taux d'abandon en deuxième année de MMOP sont restés globalement stables et à un niveau très faible hormis une légère augmentation du taux d'abandon en maïeutique en 2022-2023 dans les universités PASS et LAS ainsi qu'en pharmacie.

Tableau n° 9 : taux d'abandon en deuxième année de MMOP par filière, année et modèle d'université (en %)

Modèle	Filière	2018-2019	2019-2020	2021-2022	2022-2023
PASS/LAS	Maïeutique	1,63	1,38	1,43	2,65
	Médecine	0,20	0,30	0,37	0,54
	Odontologie	0,58	0,30	0,23	0,23
	Pharmacie	1,08	0,90	1,61	1,81
« Tout LAS »	Maïeutique	2,63	3,18	3,09	2,42
	Médecine	0,43	0,29	0,51	0,50
	Odontologie	0,00	0,72	0,00	0,00
	Pharmacie	0,55	0,56	2,01	2,75

Source : Cour des comptes d'après les questionnaires adressés aux universités

Même s'il n'est pas encore possible d'évaluer précisément les conséquences de la réforme sur les abandons, il apparaît de façon claire que les étudiants issus d'une LAS sont moins bien préparés aux études de MMOP. Pour les médecins, il faudra attendre plusieurs années (passage

des épreuves dématérialisées nationales¹⁰⁶) pour évaluer l'efficacité des LAS en matière de sélection de profils, capables d'aller au terme des formations en MMOP. Le risque identifié étant que les étudiants issus d'une LAS obtiennent de mauvais résultats aux épreuves dématérialisées nationales et ne puissent pas choisir la spécialité de leur choix ou se retrouvent dans des proportions importantes parmi les étudiants non admis à poursuivre en troisième cycle d'études médicales¹⁰⁷.

II - La diversification des profils : un constat d'échec

L'objectif de diversification des profils est l'un des objectifs emblématiques de la réforme qui a notamment justifié la multiplication des parcours étudiants donnant accès aux études de santé. Le constat de l'homogénéité sociale, géographique et académique des étudiants issus de la sélection en PACES est largement partagé tout comme la volonté de donner accès aux études de santé à une plus grande diversité d'étudiants pour améliorer le système de soins. Toutefois, les conséquences attendues sur le système de soins sont inégalement documentées. Quoi qu'il en soit, quelques années après la création des LAS, ces nouvelles voies d'accès n'ont pas permis de diversifier le profil des étudiants.

Dans les faits, la pression accrue pour accéder aux PASS sur *Parcoursup* a accentué l'homogénéité des profils des étudiants en PASS par rapport à la PACES, et par conséquent l'homogénéité des étudiants en MMOP, ces derniers étant principalement issus d'un PASS. À l'inverse, les étudiants en LAS, particulièrement ceux dans les universités sans UFR en santé, qui ont des profils plus diversifiés grâce à une moindre pression de sélection sur *Parcoursup*, accèdent peu en MMOP. Ils participent donc peu à la diversification des futurs professionnels de santé.

A - La diversification des profils : un objectif imprécis donnant lieu à des interprétations variées

Les documents de présentation de la réforme décrivent sommairement l'objectif de diversification des profils. Les conséquences attendues de la diversification, qu'elles bénéficient à l'étudiant ou au système de santé, ne sont pas documentées de façon satisfaisante. Afin d'évaluer les mesures mises en place dans la réforme et de vérifier la pertinence de l'objectif poursuivi, une définition de la diversité des profils s'impose à partir des documents de présentation de la réforme, des entretiens menés avec les acteurs nationaux et la littérature scientifique sur le sujet. Compris au sens le plus large, la diversification recouvre au moins trois aspects : géographique, sociale, académique.

¹⁰⁶ Les épreuves dématérialisées nationales constituent une partie de l'examen final du deuxième cycle de médecine dont le classement est utilisé pour déterminer le choix de spécialité et la région d'installation.

¹⁰⁷ Le décret n° 2021-1156 introduit une note seuil en-deçà de laquelle les étudiants ne sont pas admis à poursuivre en troisième cycle.

Les étudiants en MMOP étant majoritairement métropolitains, la diversification géographique consiste à favoriser l'accès des étudiants ruraux. À travers cette diversification, la réforme visait à réduire le problème de l'inégale répartition territoriale des professionnels de santé sur le territoire. En effet, l'origine rurale des étudiants est un facteur bien documenté de leur installation en zones rurales (généralement sous dotées en professionnels de santé) et fait partie des recommandations de l'organisation mondiale de la santé¹⁰⁸. Si ce levier ne peut pas être envisagé seul et doit être accompagné d'une exposition aux milieux ruraux durant les stages et d'incitations organisationnelles et financières, il constitue toutefois l'un des leviers non coercitifs les plus efficaces pour lutter contre les déserts médicaux¹⁰⁹. La création de LAS dans les universités ne disposant pas d'UFR en santé, permet de rapprocher des étudiants ruraux les formations donnant accès aux études de santé. Elle est la principale mesure pour atteindre la diversification géographique des effectifs.

Les étudiants en MMOP sont quasi exclusivement des bacheliers scientifiques. Ils étaient de surcroît sélectionnés sur des critères majoritairement scientifiques par la PACES. La diversification académique vise donc à accueillir des étudiants ayant également une appétence pour d'autres disciplines que celles enseignées en MMOP. Cet objectif part du constat que le système de recherche et de soins français est excellent dans les aspects les plus techniques (recherches cliniques, spécialités médicales, *etc.*) mais moins adapté pour traiter d'aspects sociaux (santé publique, prévention, *etc.*) qui constituent pourtant un enjeu majeur de la santé de demain. Cette diversification vise donc explicitement les disciplines non scientifiques et particulièrement les sciences humaines et sociales comprises de façon large (sanitaire et social, économie, *etc.*), la littérature et les arts. Les filières MMOP restant des voies majoritairement scientifiques, cette ouverture aurait vocation à concerner seulement une partie des étudiants, étant attendu de ces derniers qu'ils acquièrent tout de même un bon niveau en science. Cette diversification pourrait également être rapprochée de la volonté de favoriser l'interprofessionnalité entre les filières du soin (kinésithérapeute, psychologue, pharmacien, médecins, *etc.*) ce qui justifierait, par exemple, des recrutements d'étudiants en psychologie ou en STAPS.

La diversification sociale vise à donner accès aux études de santé à des étudiants issus des milieux défavorisés (dont les parents sont par exemple ouvriers, employés ou sans emploi) qui sont très peu représentés dans ces formations. Ce volet favorise ainsi l'égalité des chances entre les étudiants pour l'accès aux études de santé¹¹⁰. Dans le cadre de la réforme, c'est la mise en place des LAS qui devait répondre à cet objectif. La possibilité de poursuivre son cursus et de progresser dans les études en cas de non-admission en MMOP ainsi que la possibilité de décaler sa candidature en deuxième ou en troisième année de licence devaient faciliter l'accès de ces publics, dont l'entrée dans l'enseignement supérieur est parfois moins préparée que celle des étudiants issus de milieux plus favorisés.

¹⁰⁸ Organisation mondiale de la santé, Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées, mai 2021 (recommandation 1 page 30).

¹⁰⁹ Guillaume Chevillard, Magali Dumontet, Olivier Palombi « Geographical Origins of Medical Students: Impact on Preferred Practice Locations » Mardi de l'IRDES, Paris, 12 Mars 2024.

¹¹⁰ La population des professionnels de santé n'est pas socialement représentative de la population soignée. Pour certains, il s'agit d'un défaut du système de soins dans la mesure où une ressemblance sociale entre un professionnel de santé et son patient serait un facteur mélioratif du soin, en particulier pour la prévention. D'après les experts interrogés, cette conséquence ne fait pas l'objet d'un consensus scientifique et la Cour n'a eu connaissance d'aucune étude qui tend à la prouver. Les politiques publiques devant s'appuyer sur des éléments avérés, l'objectif de diversification sociale ne peut donc pas être justifié sur cette base.

Enfin, les femmes sont très majoritaires parmi les étudiants en MMOP. Bien que la diversification du genre des étudiants par la recherche d'un meilleur équilibre entre les hommes et les femmes n'apparaisse pas comme un objectif explicite de la réforme, elle peut avoir un impact sur le système de soins. En effet, des recherches récentes sur les étudiants en médecine montrent que les choix de pratiques et des lieux d'installation diffèrent significativement en fonction du genre¹¹¹.

Il est regrettable que ces objectifs de diversification n'aient pas fait l'objet d'une meilleure documentation ni d'une meilleure priorisation. L'accès des étudiants ruraux aux formations de santé semble être l'objectif dont les conséquences sur le système de soins sont les mieux documentées.

Quatre années après la mise en œuvre de la réforme, il n'est pas possible d'effectuer un bilan de la diversification des profils sur les professionnels de santé ni sur l'efficacité du système de soins. En revanche, un premier bilan de la diversification des profils des étudiants en MMOP peut être dressé.

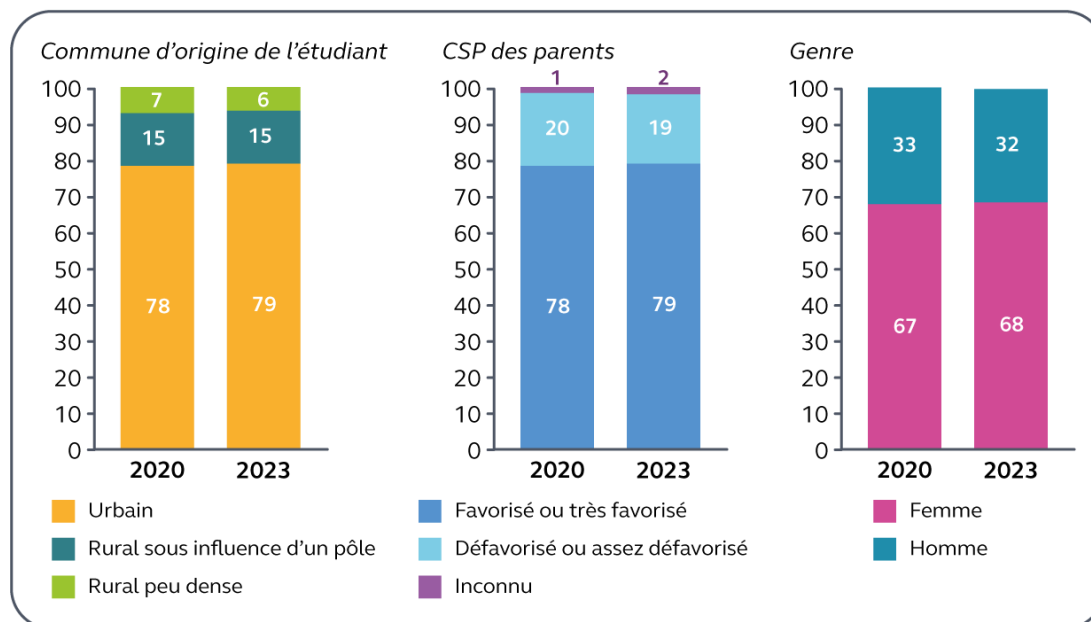
B - Une faible diversification causée par le maintien d'une voie principale d'accès à MMOP

La comparaison des caractéristiques socio-démographiques des admis en MMOP avant et après la réforme permet de faire un premier bilan de l'efficacité des mesures mises en œuvre. À ce jour, aucune amélioration de la diversité sociale, géographique ou de genre n'est observée. En effet, la part d'étudiants issus d'une commune rurale baisse légèrement, tout comme la part d'étudiants dont les parents appartiennent à une catégorie socioprofessionnelle assez défavorisée ou défavorisée (cf. annexe n° 16) et celle des hommes. Ces constats sont par ailleurs cohérents avec la publication de la sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques du ministère de l'enseignement supérieur¹¹².

¹¹¹ Guillaume Chevillard, op.cit.

¹¹² Sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques, Deuxième année du premier cycle des études de santé : provenance et caractéristiques des inscrits, décembre 2023.

Graphique n° 15 : profils des étudiants admis en MMOP avant (2020) et après (2023) la réforme en fonction de trois critères

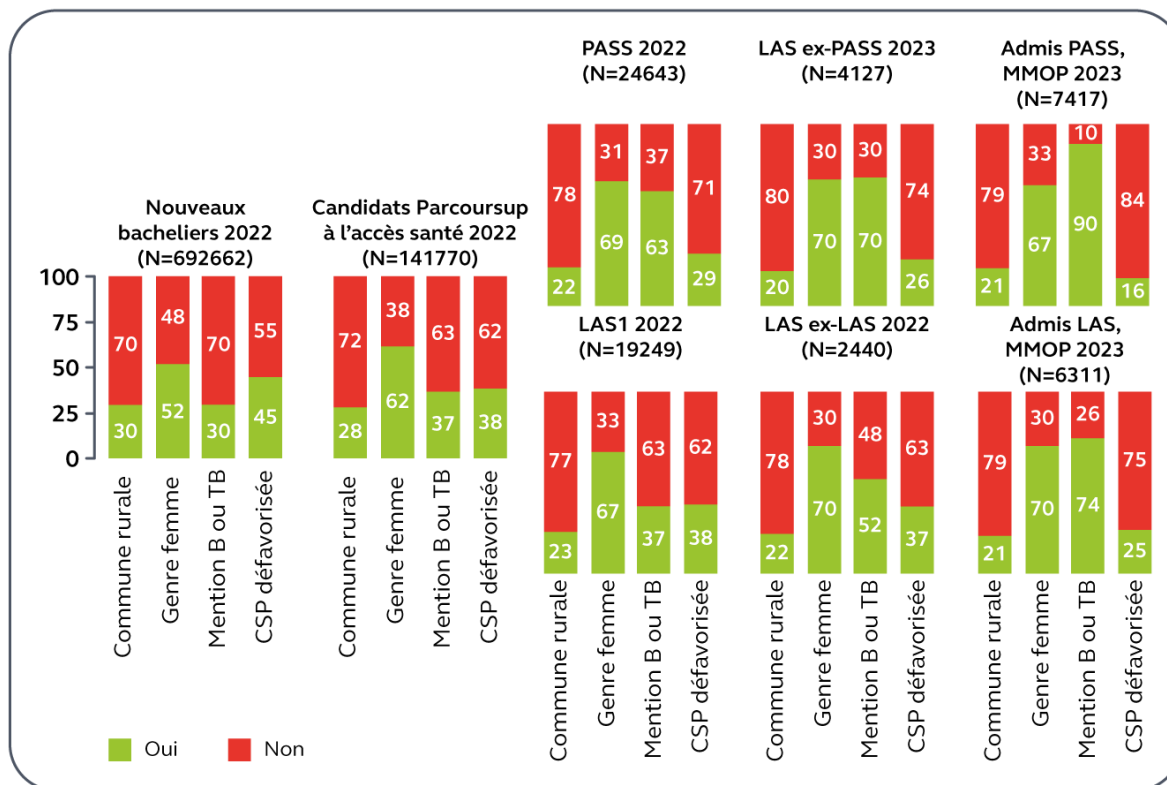


Source : Cour des comptes, d'après les données système d'information et de suivi des étudiants

1 - Une prise en compte insuffisante de l'orientation et de la plateforme *Parcoursup*

Afin d'évaluer l'efficacité des mesures concourant à cet objectif, il faut replacer la sélection opérée lors de l'année d'accès aux études de santé dans le parcours plus large depuis l'obtention du baccalauréat jusqu'à l'accès aux formations en MMOP (cf. graphique n° 16). Le graphique *infra* permet de suivre la part des ruraux, des étudiantes, des mentions bien ou très bien au baccalauréat et des étudiants issus de milieux défavorisés du baccalauréat jusqu'aux cursus MMOP. De la gauche vers la droite, ce graphique décrit donc le profil des nouveaux bacheliers, des lycéens ayant fait au moins un vœu en PASS ou en LAS (afin d'isoler le rôle de l'orientation), des étudiants sélectionnés sur *Parcoursup* en PASS (partie haute) ou en LAS (partie basse), des étudiants en LAS2 ou en LAS3 et des admis en MMOP selon leur voie d'accès. Pour le genre par exemple, il apparaît que, dès l'orientation, 62 % des lycéens candidats sur *Parcoursup* à une formation donnant accès aux études de santé sont des femmes. Ce déséquilibre s'accroît en PASS (69 %) et en LAS (67 %) et évolue peu jusqu'en MMOP. Ainsi, le déséquilibre entre les hommes et les femmes se joue moins lors de l'accès santé que pendant l'orientation et *Parcoursup*.

Graphique n° 16 : caractéristiques des candidats et des étudiants en accès santé en 2022 et 2023 et des admis en MMOP en 2023



Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants et Parcoursup

De façon similaire, il apparaît que les étudiants issus d'un milieu social défavorisé, qui représentent 45 % des nouveaux bacheliers en 2022, sont moins nombreux en proportion à candidater sur *Parcoursup* à un PASS ou à une LAS (38 %), ce qui tend à justifier des mesures en faveur de l'orientation de ces publics vers les formations médicales (cf. recommandation du chapitre IV.II.B). Pour les étudiants défavorisés, l'étape de *Parcoursup* marque une scission importante entre les étudiants des PASS, dont ils représentent 29 % des effectifs, et les étudiants des LAS1, 38 % des effectifs, soit une proportion similaire à celle des candidats sur *Parcoursup*. Ces écarts semblent être causés par la plus grande sélectivité des PASS en comparaison des LAS sur *Parcoursup*¹¹³ qui se fait généralement au détriment des étudiants défavorisés¹¹⁴. Ainsi, ces derniers, pour une partie, ne parviennent pas à accéder aux PASS et doivent accepter un choix en LAS1. Or, les taux d'accès à MMOP pour les étudiants passés par une LAS1 sont plus faibles que ceux pour des étudiants issus d'un PASS y compris à mention au baccalauréat équivalente (cf. chapitre III.I.C), ce qui réduit dans les faits leurs chances d'accéder à MMOP. Enfin, les épreuves de sélection diminuent la part d'étudiants défavorisés parmi les admis en MMOP qui passe de 29 % chez les PASS à 16 % pour les admis en MMOP issus de ce parcours et de 38 % à 25 % pour les LAS.

¹¹³ Le taux moyen d'accès sur *Parcoursup* aux PASS est de 38 % alors qu'il est de 62 % aux LAS.

¹¹⁴ Une préférence accrue des étudiants de milieux défavorisés pour les LAS en comparaison des étudiants de milieux favorisés pourrait également expliquer cet écart. Toutefois, selon le sondage réalisé par la Cour auprès des étudiants, la proportion indiquant avoir subi l'inscription dans une LAS par rapport à un PASS est indépendante de la catégorie socio-professionnelle.

Concernant la diversification sociale, il ressort qu'outre le rôle de l'orientation, c'est la moindre capacité d'accueil des PASS en comparaison de la PACES qui a renforcé l'homogénéité des PASS (cf. annexe n° 13), reléguant les étudiants défavorisés dans les LAS1, qui offrent un accès moindre à MMOP y compris à mention au baccalauréat équivalente. Cette différenciation entre PASS et LAS pourrait être à l'origine de l'échec de la diversification sociale des admis en MMOP voulue par la réforme. Dans les universités avec un modèle « tout LAS » où, par définition, une telle différenciation n'existe pas, le profil des étudiants en LAS1 est similaire à celui des étudiants en PACES, les résultats en matière de diversification n'étant pas meilleurs que les constats nationaux (cf. annexe n° 13).

2 - Des efforts contreproductifs en matière de diversification géographique

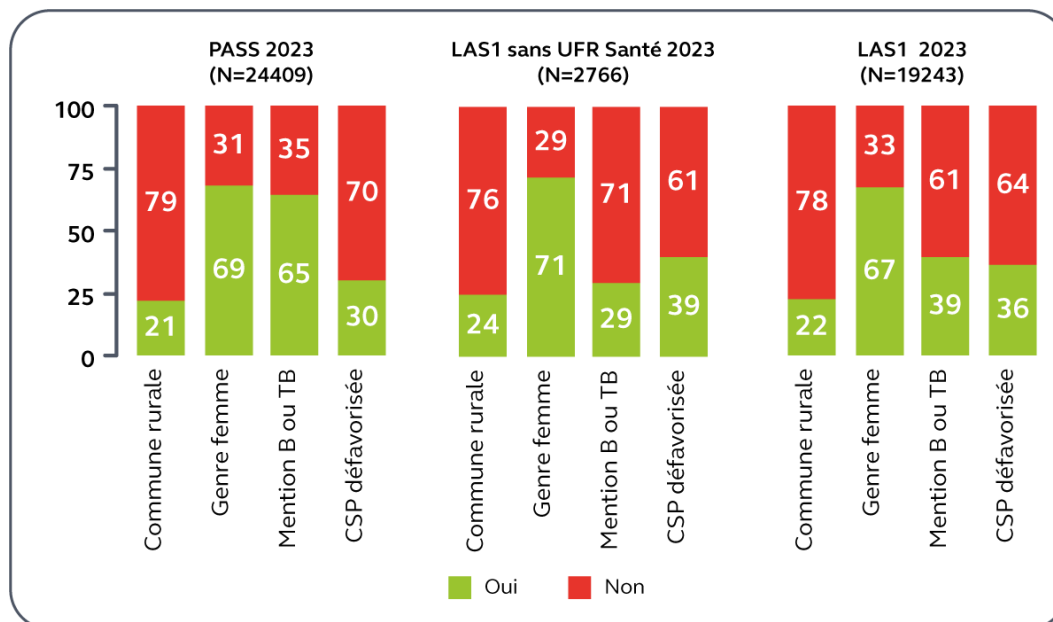
Afin de rapprocher les formations des étudiants ruraux, des LAS ont été ouvertes dans la plupart des universités sans UFR en santé ainsi que dans certaines antennes universitaires qui sont les unes comme les autres généralement situées hors des métropoles et dans des villes moyennes ou petites (cf. cartes en annexe n° 11). Les LAS dans les universités sans UFR en santé ont accueilli au moins 2 300 étudiants en 2020 et 5 000 en 2023. En comparaison du public accueilli dans l'ensemble des LAS1 et du public accueilli en PASS en 2023, les étudiants des universités sans UFR en santé sont plus souvent issus d'un milieu rural (24 %) et d'un milieu social défavorisé (39 %, cf. graphique n° 17)¹¹⁵. Les LAS dans les universités sans UFR en santé sont parvenues à capter un public qui constitue une cible de la réforme. Toutefois, la réussite de ces publics se heurte à des taux d'accès à MMOP restés très faibles dans ces formations, y compris pour les meilleurs étudiants (cf. chapitre III.I.C).

Ainsi, en l'état actuel du fonctionnement des LAS dans les universités sans UFR en santé, caractérisé par un taux d'accès à MMOP de 9 % (contre près de 30 % pour les PASS), ces formations ont un impact défavorable sur la diversification géographique des profils puisqu'en l'absence de ces formations, une partie des étudiants auraient certainement accepté de déménager à l'issue du baccalauréat et auraient ainsi intégré un parcours assurant davantage de chances d'accéder à MMOP. Ainsi, bien que les formations délivrées par les universités sans UFR en santé accueillent davantage de publics ruraux et défavorisés, leur très faible taux d'accès à MMOP n'a pas permis d'augmenter la proportion des étudiants ruraux dans les filières MMOP, qui a même diminué avec la réforme. Des mesures urgentes doivent être prises afin de limiter les LAS n'offrant pas des conditions d'études¹¹⁶ et un taux d'accès à MMOP satisfaisants.

¹¹⁵ Cela est d'ailleurs cohérent avec les constats récents de la Cour sur les publics accédant à l'enseignement supérieur en antenne universitaire. Cour des comptes, rapport public thématique, Universités et territoires, février 2023.

¹¹⁶ Comme mentionné dans le chapitre I.III, les étudiants n'ont généralement pas bénéficié des mêmes conditions d'accompagnement dans les universités avec ou sans UFR en santé.

Graphique n° 17 : caractéristiques des candidats à l'accès santé en fonction de la voie et du type d'université en 2023



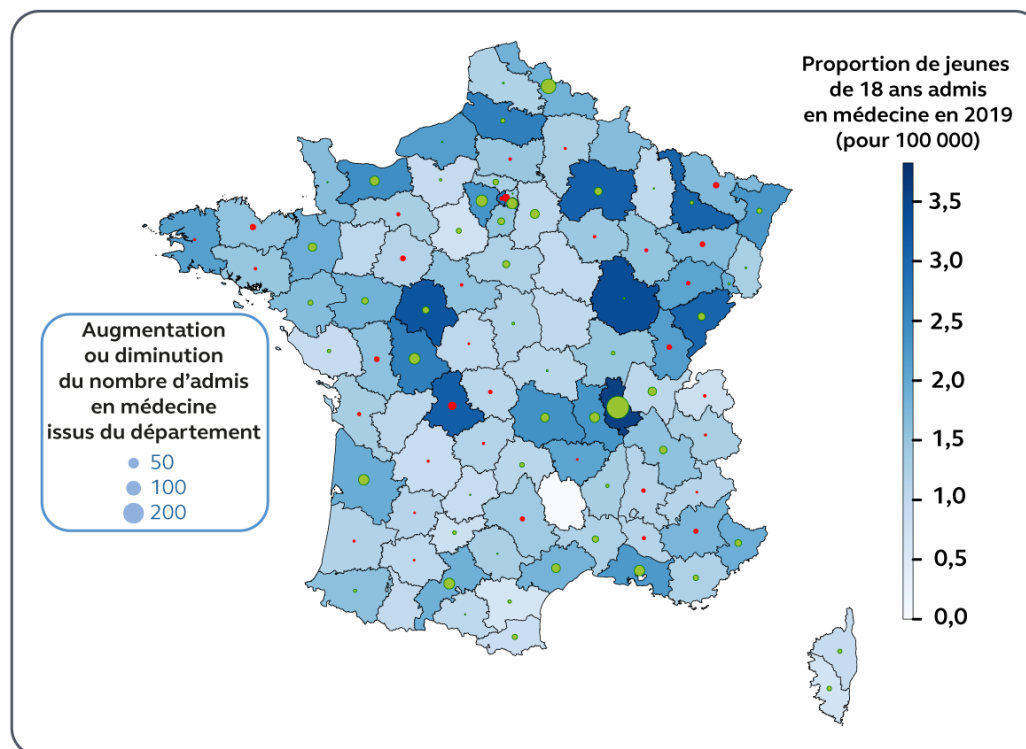
Source : Cour des comptes d'après les données système d'information et de suivi des étudiants

La répartition géographique des étudiants admis en médecine en fonction de leur département d'origine offre un indicateur de l'efficacité de la réforme pour réduire les disparités infrarégionales de professionnels de santé (ici les médecins). La carte ci-dessous indique une forte disparité de l'origine géographique des étudiants admis en médecine avant la réforme (cf. carte n° 1). Dans certains départements, comme le Rhône ou Paris, près de trois jeunes pour 100 000 jeunes de 18 ans accèdent à des études de médecine. À l'inverse dans d'autres départements comme l'Aude, la Lozère ou la Corse du Sud, ce nombre est historiquement plus faible et inférieur à un pour 100 000 jeunes de 18 ans. L'augmentation du nombre de professionnels de santé à former a cependant insuffisamment pris en compte les disparités historiques entre les régions (cf. chapitre II.III.C). Ce constat est encore renforcé à l'échelle départementale.

En effet, le faible nombre de jeunes accédant aux études de médecine a augmenté dans des départements comme le Var ou la Seine-et-Marne. Dans d'autres départements comme les Alpes-de-Haute-Provence ou l'Aveyron, ce faible nombre de jeunes n'a pas pratiquement pas augmenté voire a diminué. À l'inverse, dans des départements dont une part importante de jeunes accédaient historiquement aux études de médecine, la réforme s'est traduite soit par d'importantes augmentations (Rhône ou Vienne) soit par une faible augmentation, voire par une diminution (Côte-d'Or ou Meurthe-et-Moselle)¹¹⁷.

¹¹⁷ Une analyse statistique réalisée par la Cour semble confirmer que ces augmentations ou diminutions ne sont pas pilotées dans la mesure où aucun des facteurs ne permet d'expliquer de façon significative ces écarts entre départements (cf. annexe 12, partie 4).

Carte n° 1 : part des jeunes de 18 ans accédant aux études de médecine par département et augmentation ou diminution du nombre d'admis en médecine suite à la réforme



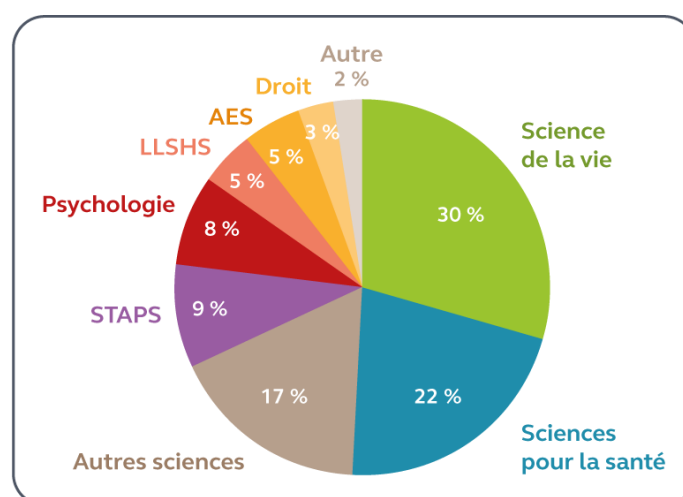
Sources : Cour des comptes, d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants
 Note : les points indiquent l'augmentation (vert) ou la diminution (rouge), suite à la réforme, du nombre d'admis en médecine issus du département.

3 - Une diversification académique fragile, au prix d'efforts considérables

La diversification académique des étudiants en MMOP s'apprécie au regard des disciplines suivies par les étudiants ayant été inscrits au moins une année en LAS. La mineure hors santé suivie en PASS, représentant très peu d'enseignements (et ne comptant souvent pas dans le classement pour l'accès à MMOP), n'est pas considérée comme un vecteur de diversification académique, son rôle se cantonnant à préparer une nouvelle orientation en cas de non admission en MMOP. Cela est d'ailleurs corroboré par la perception des étudiants en PASS, dont 56 % sont tout à fait d'accord pour dire que la mineure alourdit leur charge de travail alors que seuls 18 % sont tout à fait d'accord pour considérer qu'elle permet de diversifier les enseignements. Ainsi, seuls les 49 % des admis en MMOP, c'est-à-dire ceux ayant suivi au moins une année de LAS, participent de façon effective à la diversification des profils académiques.

En outre, la répartition des disciplines hors santé suivies par les LAS admis en MMOP en 2023 (cf. graphique n° 18) fait apparaître une grande majorité d'étudiants scientifiques et notamment issus des disciplines sciences de la vie, sciences pour la santé et autres sciences (physique, chimie, mathématiques, informatique, etc.), soit au total 69 % des admis. En cohérence avec la volonté de rapprocher les différentes filières de la santé, respectivement 9 % et 8 % des admis en MMOP sont issus d'une LAS STAPS ou psychologie. Ainsi, en prenant en compte les étudiants en MMOP issus d'un PASS, la diversification académique des admis en MMOP est apportée par environ 16 % des étudiants, dont 8,5 % pour les disciplines STAPS et psychologie, et 7,5 % pour les disciplines non scientifiques. Ce premier bilan quantitatif apparaît donc mitigé car il montre un accès plus diversifié à MMOP mais dans des proportions qui restent faibles.

Graphique n° 18 : majeures disciplinaires des étudiants en LAS (1, 2 ou 3) admis en MMOP en 2023



Source : Cour des comptes d'après les questionnaires transmis aux universités. Toutes les universités n'ayant pas fourni les données, ce graphique est extrapolé à partir de 85 % du total des admis.

En termes plus qualitatifs, la réalité d'une diversification du profil académique après seulement une ou deux années de licence, dont une partie des enseignements sont de plus consacrés à la santé, n'est pas acquise. Pour que la diversification ait un effet concret sur la pratique et l'organisation des soins, le choix de la LAS devrait résulter d'une réelle appétence des étudiants pour la discipline hors santé et non d'un choix par défaut comme cela est souvent le cas (cf. chapitre I.III.B), et les enseignements devraient être plus approfondis et, par exemple, continuer après l'accès à MMOP.

Le bilan mitigé de l'efficacité des LAS pour la diversification académique, interroge sur le poids à accorder aux LAS dans la réalisation de cet objectif et sur la possibilité d'assigner aux disciplines hors santé principalement un objectif de réussite par les possibilités de réorientation qu'elles offrent aux étudiants. L'objectif de diversification des profils pourrait néanmoins être servi par des mesures correctives consistant par exemple à augmenter les passerelles tardives ciblées vers les disciplines non scientifiques et à intégrer des enseignements d'autres disciplines dans le premier cycle des cursus MMOP (cf. chapitre IV. II.B.1).

CONCLUSION

Quatre années après la mise en place de la réforme, et indépendamment des difficultés administratives et de la complexité du système d'accès aux études de santé fondé sur les PASS et les LAS, le bilan des deux principaux objectifs de la réforme, l'amélioration de la réussite étudiante et la diversification des profils, est très mitigé. La coexistence de plusieurs voies d'accès après le baccalauréat et de surcroît avec le maintien d'une voie principale, le PASS, semble responsable de ce bilan mitigé tant en matière de diversification qu'en matière de réussite étudiante.

La réussite étudiante, qui devait permettre une meilleure progression dans les études et un accès renforcé en MMOP en un an, s'améliore mais de façon limitée et principalement sur un an. Deux ans après leur année d'accès aux études de santé, 63 % des étudiants ont perdu une année ce qui constitue une faible amélioration par rapport aux 79 % avant la réforme. Cette faible amélioration engendre par ailleurs d'importants écarts dans les taux de réussite étudiante en fonction de la voie choisie (PASS ou LAS), de la discipline hors santé et de la présence d'une UFR en santé dans l'université. Les écarts peuvent être importants y compris parmi les étudiants ayant obtenu la même mention au baccalauréat (par exemple, les étudiants ayant obtenu une mention très bien au baccalauréat en LAS1 dans une université sans UFR en santé ont un taux d'accès en MMOP 31 % contre 60 % pour les PASS ayant obtenu la même mention). Enfin, les étudiants en LAS semblent moins préparés à la suite de leurs études en MMOP et redoublent plus souvent que les étudiants admis après un PASS.

Concernant la diversification des profils, l'objectif intégré à la réforme était dès le départ mal spécifié et peu précis. Il accumule en effet de nombreux objectifs de nature géographique, académique et sociale dont les conséquences sur le système de soins sont inégalement documentées. La diversification géographique et plus particulièrement l'accès des jeunes ruraux aux filières MMOP a un impact bien documenté sur le système de soins et doit faire l'objet de mesures efficaces, ce qui n'est pas le cas de l'ouverture des LAS dans les universités sans UFR en santé qui ont pu avoir un effet contreproductif sur l'accès des étudiants ruraux. La diversification académique a lieu dans des proportions limitées et avec un apport des autres disciplines qui semble faible compte tenu de la durée des formations. Enfin, la diversification sociale, qui participe à l'égalité des chances ne semble pas encouragée par la multiplication des voies sur Parcoursup.

Chapitre IV

Un *statu quo* intenable, une nécessaire simplification

Au vu des nombreuses difficultés engendrées par la réforme, le maintien de l'organisation et des modalités de fonctionnement actuelles n'est pas envisageable. Un scénario d'évolution complet permettant de revoir profondément les modalités d'accès aux études de santé est indispensable. Dans ce contexte, le scénario souhaitable consiste à mettre fin à la coexistence des parcours accès santé spécifique (PASS) et des licences avec accès santé (LAS) et à mettre en place une voie unique laissant une part majeure aux enseignements de santé (I). Des évolutions sont par ailleurs nécessaires à brève ou moyenne échéance (II).

I - Parmi les différentes options possibles, une voie à privilégier

Compte tenu des constats présentés dans les premiers chapitres de ce rapport, une évolution significative du dispositif d'accès aux études de santé est nécessaire. Cette évolution doit répondre aux principaux problèmes évoqués *supra* et prendre en compte toutes les contraintes qui pèsent sur ce système : finances, adhésion des acteurs, risques de perte d'attractivité, *etc.* Quel que soit le scénario retenu, il doit être mis en œuvre avec l'ensemble des parties prenantes du système : les directions générales chargées de l'enseignement supérieur, de l'offre des soins et de l'enseignement scolaire, les instances représentatives des universités, des unités de formation et de recherche (UFR) en santé et des étudiants. Une évolution majeure du dispositif est nécessaire, le *statu quo* n'étant plus tenable. Si différentes options pourraient être envisagées, seul le scénario d'une voie unique est viable.

A - Le maintien du *statu quo*, une solution par défaut comportant de nombreux inconvénients

1 - La coexistence des PASS et des LAS, source de complexité et d'incompréhension

La coexistence des parcours PASS et LAS, sur le plan national et *a fortiori* au sein d'une majorité d'universités avec composante santé, est source d'incompréhension pour les étudiants et leurs familles. Elle démultiplie les parcours possibles pour les étudiants et favorise les stratégies de contournement. Elle crée une inégalité d'accès entre les étudiants selon leurs choix initiaux, avec des chances d'accéder aux filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) très variables en fonction de l'inscription obtenue à l'issue de *Parcoursup*.

De plus, cette coexistence contribue aux difficultés de pilotage au niveau national et au niveau des universités qui doivent concilier les moyens et calendriers des UFR. Pour les différents acteurs, le paysage est devenu illisible, inefficace sur le plan administratif et impossible à piloter. Dans ce contexte, le maintien du *statu quo* ne mènerait qu'à perpétuer voire aggraver dans le temps les difficultés.

2 - Le principe des LAS, incompris par les étudiants

Les étudiants souhaitent de façon quasi-unanime suivre plus d'enseignements en santé au sein des formations donnant accès aux filières MMOP. Pour cette raison, ils privilégient largement les PASS, qui représentent la majorité des admis en MMOP. À l'inverse, les LAS1 sont souvent perçues comme un choix subi, offrant des chances plus faibles pour accéder aux filières MMOP que les PASS, y compris parmi les étudiants ayant obtenu une mention au baccalauréat. Le principe même d'une inscription dans une licence sans lien avec la santé pour rejoindre un cursus en MMOP suscite toujours de vives incompréhensions et pose quotidiennement des difficultés aux étudiants concernés, qui peinent à trouver un sens, une cohérence et une motivation à leur parcours.

L'esprit de la réforme visait, en permettant un accès aux filières MMOP depuis des disciplines variées, à favoriser la transdisciplinarité et l'ouverture d'esprit. Cette idée se heurte au vécu des étudiants de LAS, qui ne bénéficient pas d'un accompagnement suffisant pour la réussite en MMOP et doivent suivre un parcours santé dont les enseignements sont souvent dispensés à distance, voire par des capsules vidéo, et ce en parallèle de leur discipline principale. La responsabilité de leur accès en MMOP n'est portée ni par les UFR hors santé, ni par les UFR en santé dont ils dépendent. Il peut être de l'intérêt des UFR hors santé de voir ces bons étudiants poursuivre leurs études au sein de leurs licences. Enfin, selon les résultats de la consultation étudiante, les étudiants en LAS sont déconsidérés par leurs pairs, et ont une confiance limitée en leur capacité de réussir leurs études.

3 - L'objectif manqué de la diversification des profils

La réforme a certes permis une légère amélioration de la progression dans les études grâce à l'augmentation des capacités d'accueil, à la suppression du redoublement et à la généralisation des équivalences. En revanche, l'objectif de diversification des profils, qui était la principale justification à la création de parcours en LAS accessibles pour les nouveaux bacheliers, n'est pas atteint, alors que la mise en œuvre des mesures qui devaient permettre cette diversification a généré une grande complexité. De plus, l'équité qui était assurée avec la première année commune aux études de santé (PACES), a significativement reculé dans la mesure où les candidats sont interclassés depuis des promotions différentes et sont parfois soumis, au sein des mêmes promotions, à des conditions d'enseignement et d'évaluation différenciées en fonction de leur voie d'origine. Enfin, les étudiants issus de LAS sont confrontés à de plus grandes difficultés une fois admis en MMOP, avec un taux de redoublement plus important.

Le maintien intégral de l'organisation actuelle et de la coexistence des PASS et LAS viendrait perpétuer voire aggraver ces difficultés, encourageant le développement de stratégies de contournement, renvoyant les étudiants en difficulté vers des voies où l'accès est plus faible et favorisant les départs vers l'étranger. Les difficultés de pilotage pourraient encore s'aggraver avec la complexification du paysage universitaire, les universités ayant la possibilité de faire évoluer leurs modèles et leurs modalités de fonctionnement.

B - Certains scénarios d'évolution compliqués à mettre en œuvre, sans garantie d'amélioration

Différents scénarios peuvent être envisagés pour réformer le fonctionnement de l'accès aux études de santé¹¹⁸.

1 - Un retour à la PACES inenvisageable

Dès 2013, la nécessité de faire évoluer le système d'accès aux études de santé, qui reposait essentiellement sur la PACES, était très largement partagée par les principaux acteurs universitaires. Ce constat demeure aujourd'hui et l'éventualité d'un retour à la PACES est rejetée par près de 75 % des universités.

2 - La mise en place d'un accès direct après le baccalauréat pour les quatre filières MMOP : une refonte radicale

Une autre possibilité pour faire évoluer le modèle serait de sélectionner les étudiants en MMOP directement à l'issue du baccalauréat. Cette option, qui met fin aux années d'accès aux études de santé, constitue une refonte complète du modèle. La sélection pourrait s'opérer uniquement sur *Parcoursup* à partir des critères existants ou s'appuyer sur une épreuve nationale que l'étudiant devrait préparer pendant ses années de lycée.

Cette option correspond au mode de fonctionnement de nombreux pays proches de la France (Belgique, Allemagne, Espagne, Portugal, *etc.*). Elle présenterait l'avantage d'être plus simple, lisible et homogène entre les universités. Le pilotage par les ministères compétents serait simplifié ce qui pourrait faciliter l'atteinte des objectifs actuels et d'autres objectifs futurs que les pouvoirs publics voudraient poursuivre. Enfin, cette option permettrait d'éviter aux étudiants de perdre des années d'études supérieures puisque ceux-ci s'engageraient dans le premier cycle avec la certitude de pouvoir poursuivre dans la filière initialement choisie.

L'accès direct après le baccalauréat pose toutefois des difficultés majeures. Il s'agit d'un système entièrement nouveau, dont les conséquences peuvent difficilement être anticipées à ce jour, alors que le système des formations de santé et l'ensemble des acteurs ont été déstabilisés par une succession de réformes menées dans un temps réduit et sans articulation d'ensemble. Cette organisation ferait courir le risque d'une forte homogénéité sociale dans le profil des admis dans la mesure où les différentes catégories socio-professionnelles n'ont pas le même accès à la préparation et à l'information relatives aux études supérieures dès le lycée. Par ailleurs, une formation spécifique à l'accès santé pouvant difficilement être proposée dans l'ensemble des lycées du pays, une offre privée d'accompagnement des lycéens (en préparation d'un éventuel concours ou pour perfectionner le dossier *Parcoursup*) risquerait de se développer et viendrait rapidement en conditionner la réussite, mettant de nouveau à mal l'égalité des chances. En pratique, ce scénario paraît peu réaliste, étant vivement rejeté par les associations représentatives des étudiants et n'obtenant pas une forte adhésion dans les universités puisque 49 % des universités y sont défavorables et 18 % seulement y sont favorables (respectivement 55 % et 32 % pour les seules universités avec une UFR en santé).

¹¹⁸ Comme l'a montré la réforme de 2019, l'adhésion des acteurs est un facteur important d'une évolution réussie. Afin d'en tenir compte, les universités (avec ou sans UFR en santé) ont pu exprimer leur avis sur un ensemble de propositions. Les résultats sont utilisés pour comparer les pistes d'évolution.

3 - La généralisation du modèle « tout LAS », une option risquée

Ce scénario d'évolution consiste à mettre un terme aux PASS et à généraliser l'accès aux études de santé depuis les licences en généralisant le modèle « tout LAS ».

À la différence d'un retour à la PACES, ce scénario permet une marche en avant vers un accès aux études de santé davantage centré sur les licences, ce qui correspond à l'esprit initial de la réforme. Il permet d'homogénéiser en partie les conditions d'études en mettant fin aux PASS qui, dans le système actuel, continuent de fournir les contingents les plus importants d'admis en MMOP. Enfin, comme exposé *supra*, le modèle tout LAS offre un bon compromis en matière de réussite étudiante en permettant à la fois un bon accès à MMOP et une meilleure progression en cas d'échec que les PASS.

Selon les modalités choisies, ce scénario ne semble pas répondre à l'ensemble des difficultés du système actuel. En effet, la simplification apportée par le modèle « tout LAS » n'est que partielle puisque l'étudiant doit encore choisir, à l'issue du baccalauréat, entre de nombreuses voies dont les chances d'accès aux études de santé sont très disparates. Ainsi, avec le scénario « tout LAS », les difficultés d'orientation pour les lycéens perdurent, maintenant les inégalités d'accès ainsi que le sentiment d'iniquité. De même, les principales difficultés administratives persistent comme le maintien du recours généralisé aux interclassements, les difficultés administratives liées aux calendriers et aux modalités de validation des ECTS¹¹⁹. Il est à noter que le modèle « tout LAS », se décline de manière hétérogène, le rendant peu lisible. Dans les universités avec un modèle « tout LAS », certaines ont opté pour l'ouverture d'une licence « sciences pour la santé » regroupant la majorité voire la totalité des étudiants. D'autres universités ont réparti les étudiants dans les UFR hors santé de l'université, l'UFR de santé ayant la charge de proposer une mineure santé aux étudiants de LAS. D'autres options intermédiaires font coexister les deux modèles en proposant une licence « sciences pour la santé » et des LAS dans les autres UFR.

Les résultats du modèle « tout LAS » en matière de diversification des profils ne sont pas meilleurs que ceux du modèle mixte PASS et LAS. Les étudiants admis en MMOP sont toujours des scientifiques, métropolitains issus de milieux favorisés. En termes de réussite, les taux de redoublement sont significativement plus importants chez les LAS que chez les PASS, ce qui ne plaide pas pour le modèle « tout LAS » et laisse craindre une moindre préparation des étudiants aux études MMOP.

En outre, le chiffrage de ce scénario, implique un surcoût de 42 M€¹²⁰ minimum qui paraît difficilement justifiable au vu de ses apports limités en termes de diversification et de réussite. Ce coût pour les finances publiques est important, alors même que la plus-value pour le système de santé n'est pas démontrée.

¹¹⁹ Sigle anglais de l'expression *European Credits Transfer System*. Il s'agit de crédits acquis auprès d'un établissement d'enseignement supérieur pouvant être comptabilisés pour l'obtention d'une qualification dans un autre établissement.

¹²⁰ Sur la base d'une transformation des 26 000 places de PASS ouvertes en 2023 en LAS1 conduisant à un surcoût de 34 M€ et d'un taux de poursuite des PASS en LAS2 de 10 % (ce qui constitue un minimum) conduisant à un surcoût de 8 M€.

Enfin, ce scénario semble risqué au regard des enjeux et du contexte. Comme évoqué *supra*, la réussite des LAS tient pour beaucoup à l'adhésion des doyens de santé au projet ainsi qu'au volontarisme des doyens hors santé dont l'implication devrait nécessairement être renforcée. Le modèle « tout LAS », qui constituait le projet initial de la réforme de 2019, n'avait pas pu être mis en application, notamment à cause d'un défaut d'adhésion des UFR en santé dont une partie l'avait vivement rejeté. En 2024, 35 % des universités se disent favorables et 51 % défavorables à ce modèle. Cependant, parmi les établissements directement concernés, c'est-à-dire les 28 universités avec une UFR en santé et n'ayant pas déjà opté pour le modèle « tout LAS », seules quatre sont entièrement favorables à la généralisation du modèle « tout LAS » à l'échelle nationale, deux autres y étant partiellement favorables.

C - L'accès par une voie unique, seul scénario viable pour simplifier le système

Afin de permettre une évolution réaliste vers un accès aux études de santé simplifié, il convient de remettre les étudiants au centre du dispositif, sans négliger les principales implications pour notre système de santé, en conservant les mesures qui ont montré leur efficacité et en adaptant celles qui n'ont pas été suivies d'effets significatifs. La voie unique en santé propose d'adapter l'accès aux études MMOP autour des objectifs principaux suivants :

- il s'agit de prendre en compte les souhaits des étudiants d'un accès aux études de santé plus simple et plus cohérent avec leur projet professionnel en mettant les enseignements de santé au centre du dispositif, notamment pour éviter certains effets pervers détournant l'esprit initial de la réforme en raison de la mise en place de stratégies de la part des différents acteurs. Au-delà des difficultés que rencontrent de nombreux étudiants en LAS, c'est l'attractivité des études de santé qui est mise en jeu dans le contexte d'un développement des offres de formation à l'étranger ;
- il convient de maintenir les mesures qui ont favorisé la progression dans les études pour ne pas revenir au modèle de la PACES qui est aujourd'hui massivement rejeté. Un ciblage précis de ces mesures est possible afin de permettre la marche en avant vers un accès rénové aux études de santé, dont l'impossibilité d'un redoublement et l'intégration d'une mineure hors santé permettant un accès en deuxième année de licence, durant laquelle les étudiants pourraient exercer une seconde candidature en MMOP.

La voie unique comprendrait une majorité d'enseignements en santé, ce qui répond à la motivation première des étudiants de suivre des études de santé, limite les difficultés à suivre plusieurs parcours en parallèle (et donc les éventuels choix stratégiques des disciplines hors santé), prépare efficacement à la poursuite d'études en MMOP et garantit sur le long terme l'attractivité de ces formations. Elle permettrait la mise en place d'un socle commun de connaissances, qui reste à définir, pour tous les candidats à l'accès santé. La limitation du nombre de voies donnant accès à MMOP est une condition de la simplification recherchée, de l'amélioration de l'accompagnement des étudiants, de l'égalité de traitement et d'une égalisation des chances d'accéder à MMOP à l'issue de *Parcoursup*.

Afin de garantir la primauté des enseignements en santé, cette voie médiane s'appuierait sur la création d'une première année de licence générale et scientifique donnant accès aux études de santé. Cette première année de licence doit être vue comme un portail donnant accès,

en fonction du choix de l'étudiant et de ses résultats académiques, à l'ensemble des formations MMOP, aux autres formations en santé, à une licence santé si l'université en possède une et aux autres licences de l'université. Elle contient 45 à 50 ECTS d'une majeure en santé et 10 à 15 ECTS d'une mineure hors santé. L'objectif de la mineure disciplinaire, et donc le choix des disciplines proposées, doit être centré sur la réorientation et non sur la diversification académique des profils, qui doit passer par d'autres leviers (cf. *infra*). Il convient par ailleurs de rappeler qu'un faible nombre d'ECTS hors santé n'apparaît pas être un frein à la réussite des étudiants en deuxième année de licence. La majeure santé s'inscrirait dans le cadre national d'un socle commun de connaissances permettant l'accès aux études de santé validé par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Pour faciliter la gestion administrative des parcours, améliorer et homogénéiser l'accompagnement des étudiants, cette année de licence devrait être gérée par une unique UFR en santé qui porte la pleine responsabilité des étudiants. D'autres UFR restent toutefois impliquées pour l'organisation des mineures voire pour participer à certains enseignements intégrés aux ECTS santé. Dans la continuité des mesures en faveur de la réussite des étudiants, le redoublement de cette première année de licence n'est pas autorisé¹²¹. De plus, cette première année serait systématiquement considérée comme une première candidature à MMOP et la possibilité d'exercer une seconde candidature depuis une deuxième année de licence en lien avec la mineure hors santé est maintenue. Afin de favoriser l'admission un an après le baccalauréat, un quota important de places en MMOP devrait être réservé aux étudiants en première année de licence.

Pour la mise en œuvre pratique de ce scénario, deux options sont envisageables. La première contraint l'ensemble des universités à appliquer ce modèle unique et la deuxième permet aux universités ayant opté pour un modèle tout LAS de le conserver et laisse, pour les universités qui le souhaiteraient, la possibilité d'adopter ce nouveau modèle dans le futur.

Sans remporter l'adhésion d'une majorité d'universités, la deuxième option¹²² de ce scénario obtient un avis favorable de 33 % des universités et défavorable de 58 % des universités (respectivement 48 % et 46 % pour les universités avec une UFR en santé)¹²³. Par ailleurs, ce modèle est en accord avec les recommandations des associations représentatives des étudiants qui évoquent un modèle similaire¹²⁴. Le scénario proposé, qui implique entre autres une modification des places ouvertes sur *Parcoursup*, pourrait être mis en œuvre pour la rentrée 2026.

Enfin, il est nécessaire, en parallèle du développement de cette voie, de permettre et développer l'accès des jeunes issus de milieux ruraux et plus spécifiquement de déserts médicaux comme évoqué *supra*. Les objectifs de diversification sociale et académique ne sont pas abandonnés et font au contraire l'objet de propositions spécifiques présentées de manière

¹²¹ Une possibilité pourrait toutefois être ouverte pour un redoublement ne donnant pas la possibilité de candidater aux filières MMOP.

¹²² La deuxième option n'ayant pas été posée explicitement aux universités, la Cour a retraité les réponses fournies par les universités « tout LAS » en utilisant leur réponse à un scénario ayant des conséquences similaires les concernant : « empêcher la coexistence de PASS et LAS au sein d'une même université ».

¹²³ La première option obtient 64 % d'avis défavorables et 25 % d'avis favorables (respectivement 59 % et 31 % pour les universités avec une UFR en santé).

¹²⁴ Dossier de presse, Réforme négligée. 4 ans plus tard, PASS et LAS doivent s'adapter, avril 2024.

séparée. Ainsi, la voie d'accès aux études de santé devra être proposée dans un nombre important d'universités et d'antennes universitaires. Pour éviter l'écueil des LAS dans les universités sans UFR en santé qui attirent de nombreux étudiants ruraux sans leur donner les possibilités de poursuivre en MMOP, ces formations délocalisées devront être mises en place selon des modalités unifiées.

II - Des ajustements indispensables du dispositif d'accès aux études de santé

Indépendamment du scénario retenu, des ajustements du dispositif sont indispensables pour assurer à court terme un fonctionnement minimal ou pour permettre l'aboutissement des objectifs initiaux de la réforme¹²⁵.

A - Des ajustements nécessaires à court terme

Bien que le *statu quo* ne paraisse pas tenable, il convient de mettre en œuvre un ensemble d'ajustements techniques concernant le dispositif actuel fondé sur les PASS et les LAS, si possible en l'attente d'une évolution globale.

1 - Des mesures à mettre en place pour simplifier les parcours

Au vu des conséquences négatives de la multiplication des parcours (cf. chapitre I.III et chapitre III), il est nécessaire de diminuer le nombre de LAS en fonction de leurs effectifs et de leurs taux d'admission en MMOP. 58 % des universités sont prêtes à fermer les LAS comportant des faibles taux d'admission en MMOP. En accord avec le renforcement de l'objectif de réorientation, il convient également de privilégier les disciplines plébiscitées par les étudiants et qui offrent des voies effectives de réorientations. Il convient donc de limiter le nombre de LAS en fermant celles offrant un faible taux d'admission en MMOP et en privilégiant les LAS offrant les meilleures perspectives de réorientation aux étudiants.

En LAS, les conditions de candidature aux filières MMOP sont telles que les étudiants peuvent reporter l'utilisation de leurs candidatures à des années ultérieures s'ils ont la certitude de ne pas remplir les conditions d'admission une année donnée. La réforme a donc rendu possible des stratégies de redoublements, encourageant les étudiants les plus désireux d'entrer en MMOP à valider une année de licence en deux ans afin d'obtenir les meilleures notes possibles et à ainsi augmenter leurs chances d'être admis dans la filière de leur choix. Cela conduit à un risque de multiplication de ces stratégies de redoublement, qui obèrent la progression dans les études. Afin de les limiter, les conditions d'exercice d'une chance en LAS devront rapidement être renforcées en imposant à l'étudiant de déclarer s'il souhaite ou non en utiliser une avant la fin du premier trimestre.

¹²⁵ L'annexe n° 8 donne des informations sur l'adhésion des universités à certaines de ces propositions.

2 - Un cadrage national impératif pour harmoniser le fonctionnement

Afin d'harmoniser les pratiques d'organisation des enseignements et d'évaluation entre universités, un renforcement du cadrage national par la direction générale de l'enseignement supérieur est nécessaire, en passant par la voie réglementaire ou infra-réglementaire.

Il convient d'imposer nationalement, pour l'ensemble des LAS1, une mineure santé d'au moins 15 ECTS et l'intégration systématique de ces crédits dans les 60 ECTS de la licence (proposition soutenue par 58 % des universités et 71 % des universités avec santé). Le taux d'accès à MMOP des étudiants au sein des LAS1 ayant mis en place ces mesures est significativement plus élevé¹²⁶ (cf. annexe n° 15). De la même façon, le nombre d'ECTS de santé pour les LAS2 et LAS3 doit être harmonisé à un niveau faible et en supplément des 60 ECTS de la licence. Ces enseignements doivent porter uniquement sur des connaissances acquises en première année. Pour les PASS, le nombre d'ECTS hors santé pourrait être harmonisé à un niveau faible dans la mesure où la réussite des étudiants ex-PASS en LAS est importante. Il convient d'harmoniser au niveau national la composition et les règles de capitalisation des unités d'enseignement mineures en :

- fixant nationalement le volume des enseignements qui composent la mineure en santé des LAS1, LAS2 et LAS3 ainsi que le volume des enseignements hors santé qui composent la mineure des PASS ;
- édictant nationalement des règles de capitalisation des unités d'enseignement de la mineure en santé acquises par les LAS.

B - Des mesures nécessaires quelle que soit l'évolution du dispositif

Indépendamment du scénario global d'évolution retenu (cf. *supra*), certaines mesures doivent être prises pour permettre l'atteinte des objectifs initiaux de la réforme. Ces recommandations sont compatibles avec le principal scénario retenu et peuvent également être mises en œuvre en cas de *statu quo* ou si un autre scénario était retenu.

1 - Réintégrer l'objectif de diversification des profils

a) Revoir les modalités territoriales pour un accès plus équitable aux études de santé

Comme évoqué *supra*, les LAS dans les universités dépourvues d'UFR en santé ont permis d'accueillir une proportion plus importante d'étudiants ruraux mais offrent des taux d'accès très faibles. De ce fait, leur mise en place a eu un effet délétère sur l'accès des étudiants issus de territoires ruraux aux formations MMOP. Toutefois, leur capacité à recruter ces étudiants montre qu'elles correspondent à un besoin pour ces publics. Dans la mesure où la diversification géographique a un fort impact attendu sur le système de soins, il convient de prendre les mesures nécessaires pour assurer un accès à ces étudiants qui manifestent leur intérêt pour les études en MMOP.

¹²⁶ Cet argument n'est toutefois pas suffisant en lui-même car un nombre élevé d'ECTS et leur intégration au sein des 60 ECTS de la licence sont généralement un signe d'une mise en place volontariste de la réforme par l'université qui pourrait également expliquer la bonne réussite des LAS1.

La réussite de ces étudiants tient à l'implication des responsables de formations et des directeurs d'UFR qui doivent leur donner les moyens de réussir. Les formations dans les universités sans UFR en santé doivent être limitées lorsque les taux d'accès en MMOP sont, à mention au baccalauréat équivalente, trop faibles et notamment significativement inférieurs à ceux de l'université partenaire avec une UFR en santé. Une autre possibilité est le développement de formations délocalisées, dans une antenne ou au sein d'une université partenaire. Sans qu'il soit possible d'en dresser un bilan national par manque de données¹²⁷, les PASS délocalisés semblent afficher de bons taux d'accès en MMOP. À titre d'exemple, le PASS délocalisé de l'université de Pau et des pays de l'Adour affiche de bons taux d'accès à MMOP, parfois même supérieurs à ceux de Bordeaux. Il convient de développer une offre territoriale de formations délocalisées donnant accès aux études de santé garantissant un accompagnement vers la réussite et des taux d'accès équitables.

b) Élargir les passerelles

Certaines passerelles permettent de recruter des étudiants titulaires d'un diplôme de niveau master en deuxième ou troisième année de MMOP¹²⁸. Ces étudiants qui ont suivi un cursus complet dans une autre discipline abordent leur parcours de formation en santé avec une approche originale et assurent à ce titre une diversification efficace et éprouvée des profils académiques. L'effet de ces passerelles pourrait être renforcé en augmentant la part d'étudiants qui en sont issus¹²⁹ et en permettant à des étudiants titulaires d'une licence, d'un *bachelor* universitaire de technologie ou ayant suivi un cursus en classe préparatoire en grande école de rejoindre la deuxième année de formation en MMOP. Pour assurer une diversification au service du système de soins, des quotas pourraient être réservés au sein de chaque université aux champs disciplinaires que devraient investir prioritairement les futurs professionnels de santé. Enfin, afin de mieux prendre en compte les souhaits d'orientation des étudiants, les passerelles depuis les formations d'accès santé vers des formations en dehors de l'université pourraient être facilitées, notamment dans les formations en lien avec la santé. Il convient d'élargir les passerelles donnant accès à la deuxième année de MMOP à des formations du premier cycle de domaines scientifiques ou non scientifiques et en développer le volume.

c) Diversifier les enseignements en MMOP

D'autres leviers peuvent être mobilisés au-delà de l'accès aux études de santé, pour permettre la diversification académique des profils. Il en va ainsi de la mise en place d'enseignement hors santé, en introduisant *a minima* des modules d'ouverture ou en réservant des ECTS libres que l'étudiant pourra valider dans un autre champ disciplinaire. Par ailleurs,

¹²⁷ Alors que les données du système d'information sur le suivi des étudiants sont censées contenir la localisation de l'étudiant (et qu'elles la contiennent pour la plupart des étudiants en licence), cette information est mal renseignée pour les PASS, rendant l'analyse du taux de réussite des PASS délocalisés malheureusement impossible à l'échelle nationale.

¹²⁸ Selon les modalités prévues par l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

¹²⁹ L'article 7 de l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique fixe actuellement un minimum de 5 % de passerelle.

certaines enseignements hors santé qui sont identifiés de façon consensuelle comme étant indispensables à la formation des professionnels de santé (par exemple la communication orale, l'introduction à l'éthique), pourraient être intégrés directement dans les cursus MMOP.

d) Mettre en place des dispositifs d'orientation en faveur des lycéens ruraux et issus de milieux socio-professionnels défavorisés

Un levier efficace de diversification des profils est celui de l'orientation avant le baccalauréat. Les études réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)¹³⁰ et confirmées par des récents travaux de recherche menés en France¹³¹ montrent l'importance de l'origine géographique du médecin dans son choix de localisation. Ainsi, une stratégie développée depuis quelques décennies dans plusieurs pays (Australie, Canada, Japon, Norvège par exemple) vise plutôt à attirer vers les études de médecine et à sélectionner des étudiants qui sont *a priori* davantage prédisposés à exercer dans une zone mal pourvue une fois leur diplôme obtenu.

L'article 24 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels propose de mettre en place, à titre expérimental, des dispositifs d'orientation en faveur des lycéens des zones rurales et issus de catégories socio-professionnelles défavorisées. Afin de généraliser ces expérimentations, les mesures pourraient utilement s'appuyer sur des dispositifs existants comme les « cordées de la réussite »¹³². Il convient de mettre en place des dispositifs d'orientation des lycéens ruraux ou issus de milieux socialement défavorisés afin de les encourager à rejoindre les filières MMOP.

2 - Réintégrer l'objectif de rapprochement des professionnels de santé

L'objectif de renforcement des liens entre les professions de santé a donné lieu à la création d'une troisième voie d'accès à MMOP à destination d'étudiants inscrits dans des formations d'auxiliaire médical. Il est regrettable que cette possibilité ait été très peu mobilisée à ce jour par les établissements. Cette voie pourrait être renforcée et généralisée à l'ensemble des établissements en s'appuyant notamment sur la dynamique actuelle d'intégration des formations en sciences infirmières aux universités. Par ailleurs, les passerelles sortantes permettant la réorientation des étudiants en accès santé non-admis en MMOP vers des cursus en lien avec la santé pourraient être facilitées, d'autant que le sondage réalisé par la Cour auprès des étudiants montre leur fort intérêt pour ces cursus (28 % des étudiants s'étant réorientés suivent des études paramédicales). Il convient de créer un groupe de travail consacré à la mise en œuvre de la troisième voie à partir du bilan des universités l'ayant déjà mise en œuvre et de fixer un calendrier ainsi qu'un objectif national d'admis en MMOP par cette voie d'ici 2027.

¹³⁰ Drees, *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, les leçons de la littérature internationale*, Les dossiers de la Drees n° 89, décembre 2021.

¹³¹ Chevillat Guillaume, Dumontet Magali (2024), *Geographical Origins of Medical Students : Impact on Preferred Practice Locations*, Mardi de l'IRDS, Paris 12 mars. Silhol, J. *Geographical Distribution of Interns in General Practice : A Tool for Regulating Place of Settlement ?* *Économie et Statistique*, 542, 17–36, 2024.

¹³² Ce dispositif en faveur de l'égalité des chances résulte d'un partenariat entre un établissement d'enseignement supérieur et des établissements d'enseignement secondaires. Il vise notamment à lutter contre l'autocensure et à développer l'ambition scolaire.

3 - Uniformiser les modalités d'enseignement entre les universités

Certaines universités ont fait le choix d'imposer des enseignements spécifiques aux étudiants qui souhaitent candidater à certaines filières, ce qui rend difficile la candidature aux quatre filières MMOP. De façon plus directe, certaines universités proscrivent la candidature aux quatre filières en limitant parfois ce nombre à deux. Ces pratiques, qui avaient pour but d'orienter tôt les étudiants vers la pharmacie, n'ont pas systématiquement permis de réduire le nombre de places vacantes et limitent la possibilité pour les étudiants de décaler le moment du choix de leur filière. Une limitation des enseignements spécifiques à certaines filières est préconisée ainsi que le retrait des contraintes sur le nombre de filières auxquelles l'étudiant peut candidater.

Pour les enseignements en santé, le recours croissant au distanciel est pointé du doigt par les étudiants comme un facteur négatif en particulier pour les LAS et de façon plus marquée pour les étudiants n'ayant pas obtenu une mention bien ou très bien au baccalauréat. En effet, 68 % des LAS et 57 % des PASS déclarent que les cours en ligne étaient difficiles à comprendre en raison de l'absence d'échanges directs avec les enseignants. Ce taux monte jusqu'à 83 % dans les universités ayant un recours quasi systématique au distanciel. Interrogés de façon libre par voie de sondage sur les évolutions du système, les étudiants réclament davantage de cours en présentiel. Dans une perspective d'harmonisation, un minimum d'enseignements en présentiel pourrait être recommandé ou imposé pour les enseignements en santé. Le recours systématique au distanciel pourrait en effet constituer un facteur d'exclusion des publics défavorisés, ces derniers ayant besoin d'un accompagnement renforcé.

Un autre point important d'harmonisation concerne les modalités d'interclassement. Une formule unique (ou à défaut un ensemble réduit de propositions) doit impérativement être défini au niveau national avec des garanties que ces propositions présentent les propriétés attendues de l'interclassement. Un effort de simplification est indispensable puisqu'une majorité des étudiants et des personnels de l'université est aujourd'hui incapable de comprendre le fonctionnement de l'interclassement. Ces outils d'interclassement doivent être intégrés aux logiciels de gestion de la scolarité (actuels et futurs) afin de limiter les risques de perte et de compromission des données.

Enfin, l'idée d'un socle commun des connaissances partagé par l'ensemble des premiers cycles des filières MMOP avait déjà émergé avant la réforme mais sans aboutir à une solution concrète. La définition de ce socle commun au niveau national offrirait une référence utile et commune entre l'ensemble des professionnels de santé quelle que soit leur filière et participerait donc à l'interprofessionnalité. Afin d'encourager la diversification des profils, ce socle ne devrait pas se limiter aux disciplines scientifiques et intégrer, par exemple, des sciences humaines et sociales ou tout autre connaissance jugée utile pour la formation des futurs professionnels de santé.

4 - Une nécessaire évolution des épreuves orales de sélection des candidats

Des épreuves orales ont été introduites dans le cadre de la réforme pour départager les candidats dans le cadre d'un « second groupe d'épreuves »¹³³. Ces épreuves orales comportent au moins deux entretiens et doivent permettre, selon des modalités différentes, d'évaluer les « *compétences nécessaires pour accéder aux formations de MMOP* »¹³⁴.

¹³³ Article R631-1-2 du code de l'éducation.

¹³⁴ Article 12 de l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de MMOP.

Comme évoqué *supra*, les modalités de mise en œuvre de ces épreuves, imprécisément définies par les textes réglementaires, ont été très variables d'un établissement à l'autre. Ces oraux ont suscité de vives réactions de la part des étudiants et ont été l'objet de nombreux recours dont l'un a conduit à une décision du Conseil d'État¹³⁵ portant notamment sur les normes juridiques encadrant l'organisation des oraux. Par ailleurs, le sondage effectué par la Cour auprès des étudiants met en lumière la mauvaise réception de ces épreuves par les candidats, dont 62 % jugent qu'elles ne sont pas tout à fait pertinentes pour sélectionner les candidats. Parmi les admis en MMOP, l'évolution des oraux apparaît en première position des propositions évoquées spontanément pour améliorer l'accès aux études de santé. Deux pistes principales sont envisagées.

a) Supprimer l'obligation des épreuves orales pour tous les établissements

Cette première option présente l'avantage de la simplicité dans la mesure où l'organisation des oraux est difficile. D'une part, elle fait peser des contraintes sur les calendriers de nombreuses formations du premier cycle universitaire et d'autre part, l'existence de deux groupes d'épreuves complexifie les modalités de sélection des candidats entre les différentes filières, ce qui pourrait être l'un des facteurs expliquant l'existence de places vacantes en pharmacie et en maïeutique. Outre l'économie financière pour les établissements, la suppression des oraux réduit le risque juridique de recours de la part des étudiants et le sentiment d'inégalité entre les étudiants admis d'office et ceux devant passer les oraux.

b) Renforcer le cadrage national

Afin de renforcer l'utilité des oraux et son acceptabilité par les étudiants, un cadrage national plus strict pourrait être proposé. Il convient de préciser de façon plus spécifique les compétences qui doivent être évaluées au travers de ces épreuves ainsi que le poids relatif de l'oral dans le classement final. La littérature scientifique spécialisée tend à démontrer qu'un certain type d'épreuves orales, les mini-entretiens multiples, peuvent présenter un intérêt pour la sélection des étudiants en études de santé¹³⁶. La fiabilité de ces épreuves n'est pas systématique et repose notamment sur la multiplication des oraux sur des formats différents ; le nombre optimal se situant entre 7 et 12 pour chaque étudiant. Enfin, l'existence de deux groupes d'épreuves nuit à l'efficacité des oraux et les rend en outre difficilement acceptables par les étudiants. Suite à une décision du Conseil d'État¹³⁷, un décret et un arrêté en date du 5 juillet 2024 ont précisé les modalités d'organisation des oraux¹³⁸. Ils encadrent plus étroitement sur le plan national les conditions et les modalités du second groupe d'épreuves, précisant notamment la notion de compétences transversales, la pondération des oraux ainsi que le nombre et leur durée. Ce cadrage national permet une harmonisation utile des modalités des oraux.

¹³⁵ Conseil d'État, Décision n° 469479 du 29 décembre 2023.

¹³⁶ Eliot L. Reesa *et al.*, « *Evidence regarding the utility of multiple mini-interview (MMI) for selection to undergraduate health programs: A BEME systematic review* », Medical teacher, 2016.

¹³⁷ Conseil d'État, Décision 469479 du 29 décembre 2023.

¹³⁸ Décret n° 2024-747 du 5 juillet 2024 relatif aux conditions et modalités d'admission des étudiants aux formations de MMOP et arrêté du 5 juillet 2024 modifiant l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de MMOP.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au vu de l'ensemble des difficultés soulevées par la réforme et sa mise en œuvre, le maintien du statu quo n'est pas tenable. Un ensemble de mesures à mettre en œuvre à court terme, ainsi que des recommandations visant à l'amélioration générale du système sont proposées. Toutefois, une véritable simplification se révèle indispensable, qui mettrait fin à la coexistence des PASS et des LAS et acterait la primauté des enseignements en santé dans l'accès aux études qui en relèvent. Le seul scénario viable consiste alors à mettre en place une voie d'accès unique aux études MMOP, centrée sur l'étudiant et conservant le principe de progression dans les études. Cette simplification devrait être accompagnée d'une politique de territorialisation de l'accès aux études de santé garantissant un accès équitable, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

Le principal scénario d'évolution présente le nouveau modèle d'accès aux études de santé recommandé.

- 1. Mettre en œuvre une simplification de l'accès aux études de santé centrée sur l'étudiant, le développement territorial et maintenant le principe de la progression dans les études à travers le déploiement d'une voie unique d'accès aux études MMOP (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la santé et de la prévention, à mettre en œuvre pour la rentrée 2026).*

La recommandation pour assurer le fonctionnement à court terme doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais et vise à assurer les améliorations minimales dans le cadre du système actuel basé sur les PASS et les LAS.

- 7. harmoniser et rationaliser le fonctionnement des LAS en :*

- fixant nationalement le nombre d'ECTS qui composent la mineure en santé des LAS1, LAS2 et LAS3 ainsi que le nombre d'ECTS hors santé qui composent la mineure des PASS ;*
- édictant nationalement des règles de capitalisation des unités d'enseignement de la mineure en santé acquises par les LAS ;*
- limitant le nombre de LAS en fermant celles offrant un faible taux d'admission en MMOP et en privilégiant les LAS offrant les meilleures perspectives de réorientation aux étudiants (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre pour la rentrée 2025) ;*

Les recommandations à mettre en œuvre quel que soit le scénario retenu doivent être mises en œuvre dans les meilleurs délais et visent à l'aboutissement des objectifs initiaux de la réforme.

- 8. encourager l'accès aux études de santé pour les jeunes issus de milieux ruraux et défavorisés en développant une offre territoriale de formations délocalisées donnant accès aux études de santé garantissant des taux d'accès équitables et des dispositifs d'orientation des lycéens ruraux ou issus de milieux socialement défavorisés afin de les encourager à rejoindre les filières MMOP (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de l'éducation nationale, à mettre en œuvre pour la rentrée 2026) ;*

-
9. *élargir les passerelles donnant accès à la deuxième année de MMOP à des formations du premier cycle de domaines scientifiques ou non scientifiques et en développer le volume (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre pour la rentrée 2026) ;*
 10. *créer un groupe de travail consacré à la mise en œuvre de la troisième voie à partir du bilan des universités l'ayant déjà mise en œuvre et fixer un calendrier ainsi qu'un objectif national d'admis en MMOP par cette voie d'ici 2027 (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, à mettre en œuvre dès 2025).*
-

Liste des abréviations

AES	Administration économique et sociale
DGESIP.....	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECTS	<i>European Credit Transfer and Accumulation System</i> (système européen de transfert et d'accumulation de crédits)
LAS	Licence avec accès santé
MMOP.....	Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie
ONDPS.....	Observatoire national de la démographie des professions de santé
Onisep	Office national d'information sur les enseignements et les professions
PACES	Première année commune aux études de santé
PASS	Parcours accès santé spécifique
UFR	Unité de formation et de recherche
STAPS.....	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

Annexes

Annexe n° 1 : saisine de la commission des affaires sociales du Sénat.....	112
Annexe n° 2 : réponse de la Cour des comptes.....	113
Annexe n° 3 : synthèse du sondage auprès des étudiants réalisé par la Cour avec l'appui d'un institut spécialisé	115
Annexe n° 4 : capacités d'accueil votées pour l'admission en deuxième année MMOP et nombre d'étudiants admis par filière MMOP selon le parcours suivi en première année	122
Annexe n° 5 : synthèse des modalités de contrôle des connaissances	124
Annexe n° 6 : liste des établissements d'enseignement supérieur avec UFR en santé et sans UFR en santé proposant une formation accès santé en première année	125
Annexe n° 7 : liste des universités partenaires hors santé et antennes universitaires délivrant des formations donnant accès aux filières MMOP	127
Annexe n° 8 : moyens financiers des établissements	129
Annexe n° 9 : coût d'une cohorte d'étudiants nouveaux bacheliers avant et après réforme	131
Annexe n° 10 : synthèse de l'adhésion des universités aux propositions d'évolution.....	133
Annexe n° 11 : carte des lieux de formation avant et après la réforme	134
Annexe n° 12 : évolution du nombre d'inscrits en deuxième année de médecine par université hors redoublants (2022 par rapport à 2020).....	135
Annexe n° 13 : graphiques complémentaires relatifs à la diversification des profils	137
Annexe n° 14 : méthodologie relative aux analyses des données.....	139
Annexe n° 15 : réussite étudiante en LAS1 en fonction des modalités d'enseignement des universités.....	146
Annexe n° 16 : composition des catégories d'origine sociale des étudiants.....	147
Annexe n° 17 : liste des propositions d'évolution	149

Annexe n° 1 : saisine de la commission des affaires sociales du Sénat

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 Paris Cedex 01

Paris, le 14 mars 2024

Réf. : AFSOC_PDT_2024_195

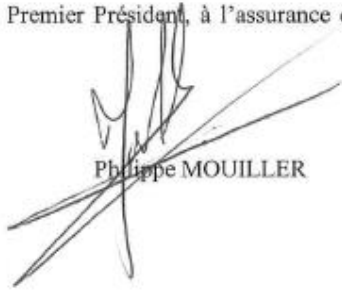
Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur la réforme de l'accès aux études de santé portée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La commission souhaiterait disposer d'une évaluation des modalités réformées d'accès aux études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP), parmi lesquelles figurent les nouveaux parcours d'accès spécifique santé (PASS) et licences accès santé (LAS). Deux rapports de la commission de la culture du Sénat ont, en effet, mis en avant des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de cette réforme et d'importantes disparités territoriales.

Attentive aux enjeux d'accès aux soins, la commission souhaiterait également mesurer l'effet de la suppression du *numerus clausus* sur le nombre d'étudiants admis et vérifier que ce dernier correspond aux besoins estimés en professionnels de santé. Elle juge nécessaire d'expliquer le manque d'attractivité de certaines filières, dans lesquelles des places vacantes ont été constatées ces dernières années.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.



Philippe MOUILLER

15, RUE DE VAUGIRARD – 75291 PARIS CEDEX 06 - TÉLÉPHONE : 01 42 34 20 84 - TÉLÉCOPIE : 01 42 34 33 16

Annexe n° 2 : réponse de la Cour des comptes



Le Premier président

Le 14 MAI 2024

Monsieur le Président,

Par lettre du 14 mars 2024, vous nous avez demandé sur le fondement de l'article 58-2 de la loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, la réalisation par la Cour des comptes d'une enquête portant sur la réforme de l'accès aux études de santé portée par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

En réponse, je vous confirme que la Cour est en mesure de réaliser cette enquête, confiée à la 3^{ème} Chambre, présidée par Monsieur Nacer Meddah.

À la suite de l'entretien qui s'est tenu le jeudi 3 avril en présence du Président Meddah et de l'équipe chargée de l'enquête, je suis en mesure de vous apporter les éléments suivants :

1. Le rapport apportera des **précisions sur le financement de la réforme** engagée. Il dressera, en particulier, un bilan par rapport à l'ancien système première année commune aux études de santé (PACES) et analysera les crédits notifiés par le ministère pour le déploiement de la réforme.
2. Les **modalités de mise en œuvre de la réforme** seront examinées, notamment celles relatives à l'organisation des licences « accès santé » (LAS), ainsi qu'à l'enseignement et à la sélection des étudiants, y compris la mise en place des oraux. La coexistence des parcours accès spécifiques de santé (PASS) et LAS, dont la complexité a déjà été relevée par les travaux de la commission culture du Sénat, pourrait en effet avoir des conséquences importantes sur l'organisation du premier cycle universitaire, au-delà même des seules formations en santé.
3. Le rapport apportera des éclairages sur **l'augmentation du nombre d'étudiants formés** à la suite de la suppression du *numerus clausus* ainsi que sur le nouveau dispositif de fixation des capacités d'accueil dans les formations en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP). Les modalités de prise en compte des besoins de santé de la population dans la détermination de ces capacités d'accueil seront examinées.

1/2

Monsieur Philippe Mouiller
Président de la commission des Affaires sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75291 PARIS Cedex 06

4. Présentée comme l'un des principaux objectifs de la réforme, la **diversification du profil des professionnels de santé** fera l'objet d'un premier bilan, fondé essentiellement sur le profil des étudiants actuellement en étude de MMOP. L'atteinte de cet objectif sera notamment analysée au regard du profil social, géographique et académique de ces derniers.
5. Le rapport dressera enfin un premier bilan de la réforme en termes de **réussite des étudiants**, qu'ils soient reçus ou non en MMOP. En effet, la réforme devait permettre de favoriser l'accès en un an aux formations médicales et paramédicales, alors que l'accès en deux ans était majoritaire avec la PACES, elle devait également faciliter la progression dans les études pour tous les étudiants.

Sous la supervision du Président Meddah, l'enquête sera réalisée par M. Clément Henin, conseiller référendaire en service extraordinaire, rapporteur général, M. François Saint-Paul, conseiller maître en service extraordinaire, Mme Pascale Duran-Vigneron, conseillère référendaire, et Mme Elodie Bouquet, conseillère référendaire en service extraordinaire, en qualité de rapporteurs, avec le concours de Mmes Audrey Guillerm et Catherine Duband, vérificatrices, et de Mme Amélie Elluin, analyste de données. Le contre-rapport est confié à M. Henri Guaino, conseiller maître.

En fonction des impératifs du calendrier parlementaire et de la contradiction qui sera menée avec les administrations et organismes concernés, nous devrions être en mesure de vous transmettre le rapport de la Cour au plus tard en décembre 2024.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

F. Duran

P. Moscovi

Pierre Moscovi

Annexe n° 3 : synthèse du sondage auprès des étudiants réalisé par la Cour avec l'appui d'un institut spécialisé

Méthodologie



MODE DE RECUEIL

Questionnaire auto-administré en ligne via fichier client



CIBLE INTERROGÉE



3 026 ÉTUDIANTS répartis comme suit :



1 012 étudiants actuellement en MMOP, issus de PASS ou LAS



1 011 étudiants actuellement en PASS ou LAS



1 003 étudiants n'étant plus inscrits en PASS ou LAS et n'ayant pas intégré MMOP



Un redressement des données a été effectué au sein de chacune des cibles selon les critères suivants : genre, profession des parents, région UDA9 et catégorisation rural/urbain. A l'issue du traitement des données, chaque cible a été remise à son poids réel au sein de l'échantillon global.

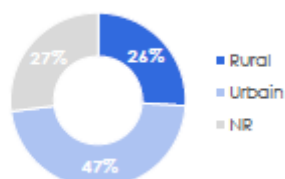
SEXE



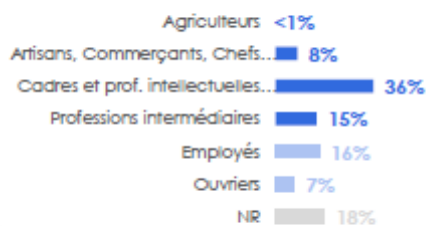
FEMMES
69%

HOMMES
31%

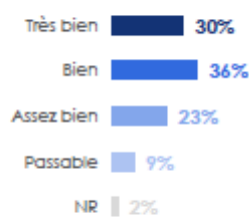
RURAL/URBAIN



CSP PARENT 1



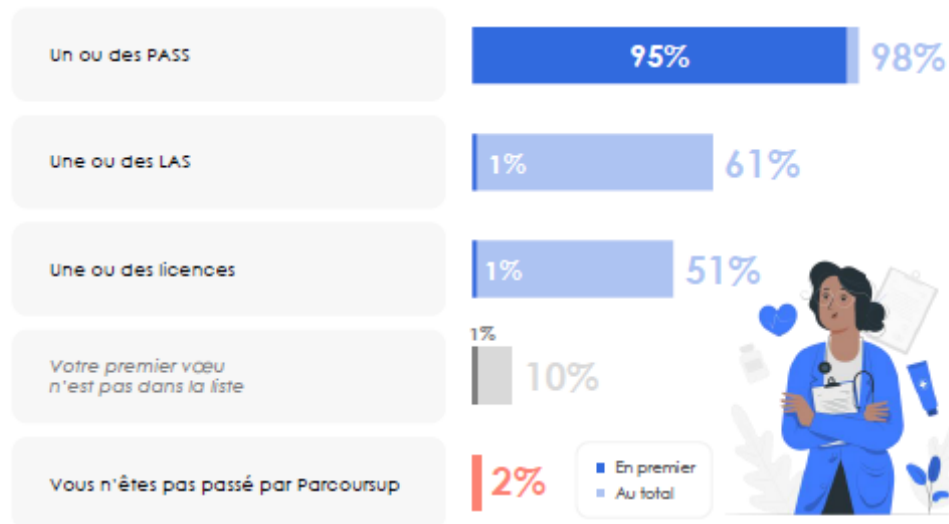
MENTION BAC



Sur Parcoursup, les PASS souhaitent avant tout être en PASS...



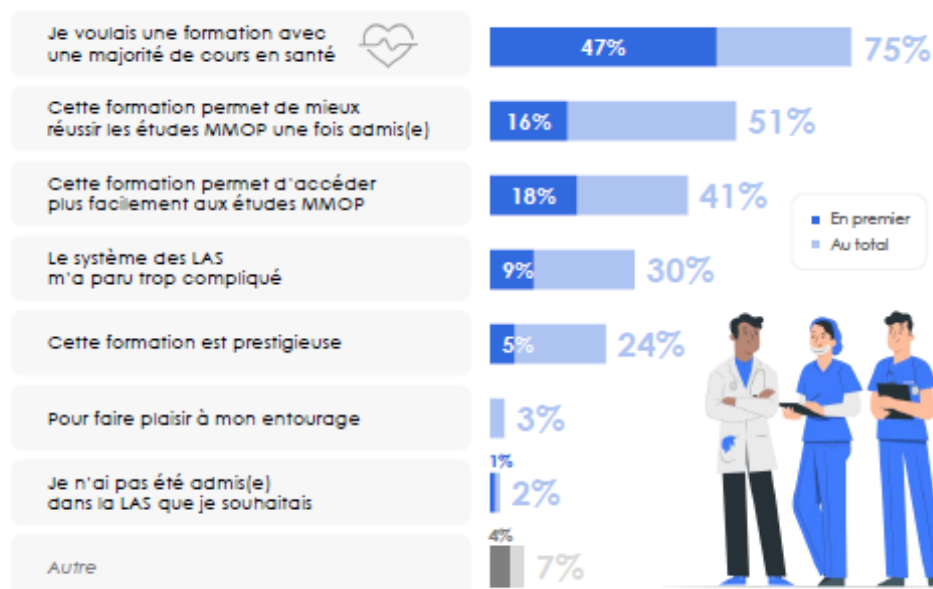
Lorsque vous avez formulé vos vœux sur Parcoursup, précisez quelles étaient vos préférences ? Base : Aux étudiants issus d'un PASS – Plusieurs réponses possibles



...afin d'avoir une majorité d'enseignements en santé

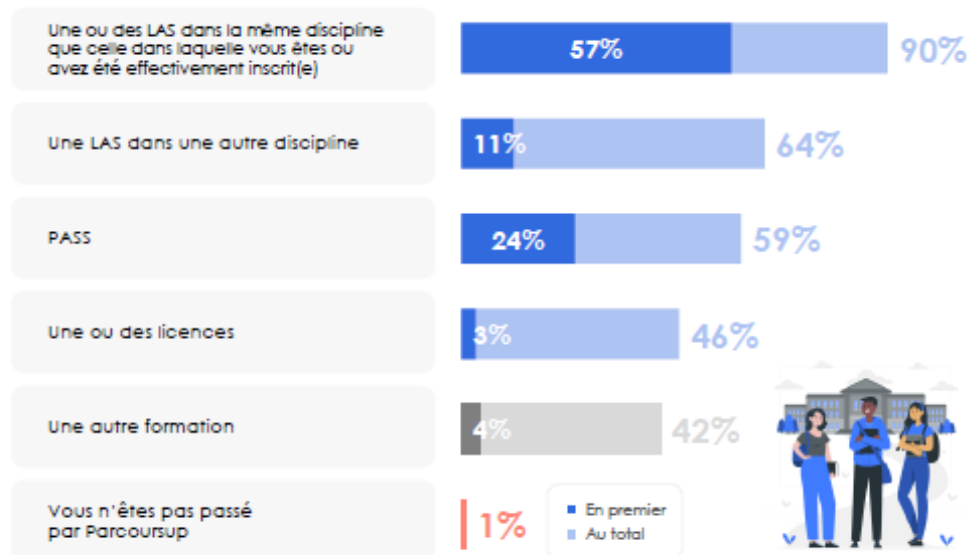
Lors de votre 1ère année dans un parcours d'accès santé, pour quelles raisons avez-vous choisi de vous orienter en PASS plutôt qu'en LAS ? En premier ? Et ensuite ?

Base : Aux étudiants issus d'un PASS – Plusieurs réponses possibles



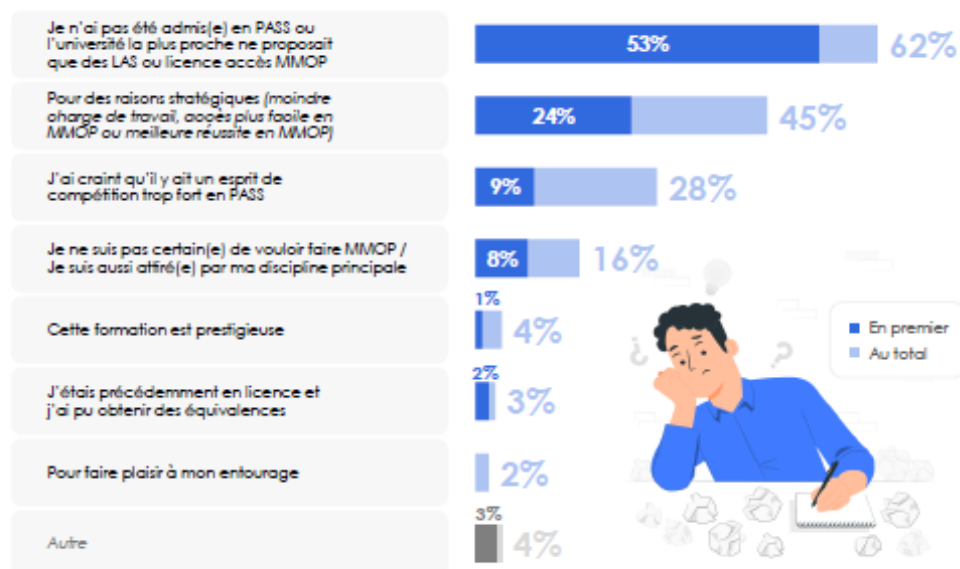
Quant aux LAS, être en LAS était aussi un vœu prioritaire...

Lorsque vous avez formulé vos vœux sur Parcoursup, précisez quelles étaient vos préférences ? Base : Aux étudiants issus d'une LAS1 - Plusieurs réponses possibles



...mais plutôt par défaut (PASS indisponible, refus) ou pour des raisons stratégiques

Lors de votre 1ère année dans un parcours d'accès santé, pour quelles raisons avez-vous choisi de vous orienter en LAS ou Licence avec accès MMOP plutôt qu'en PASS ? En premier ? Et ensuite ? Base : Aux étudiants issus d'une LAS1 - Plusieurs réponses possibles

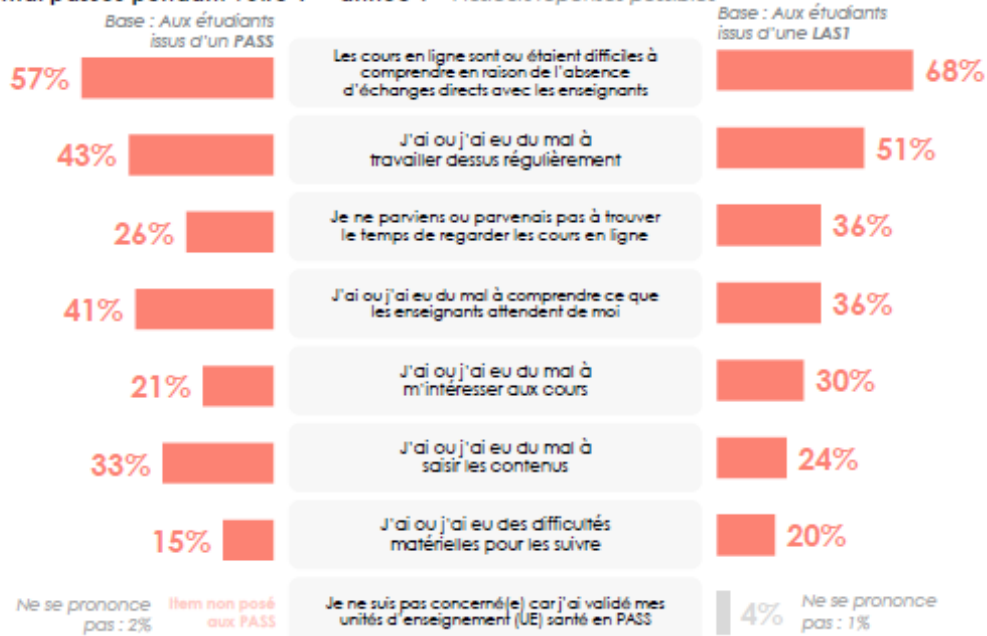


3



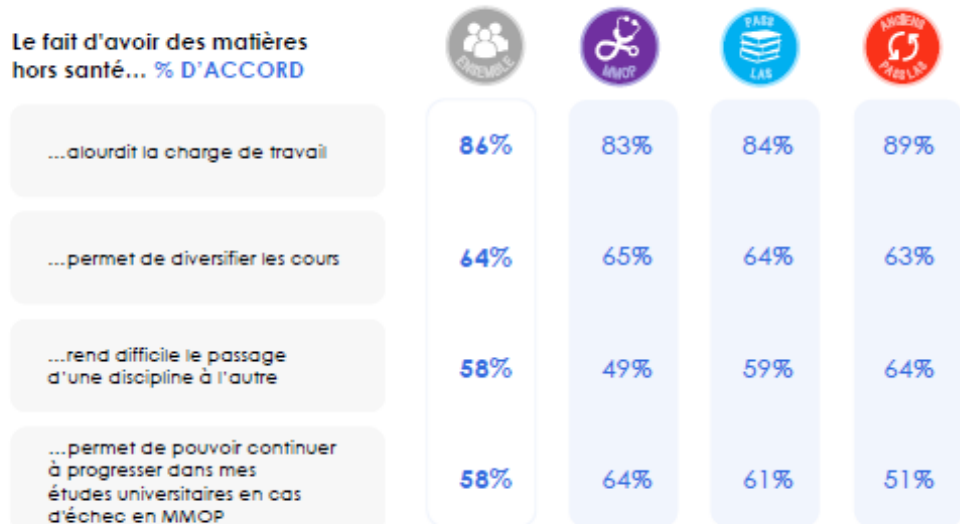
PASS comme LAS pointent du doigt les cours en distanciel réduisant à néant les échanges directs avec les enseignants

Pour quelles raisons vos cours dans le domaine de la santé se passent ou se sont-ils mal passés pendant votre 1^{ère} année ? – Plusieurs réponses possibles



Par ailleurs, les PASS perçoivent la mineure hors santé comme un obstacle à l'accès à MMOP

Diriez-vous que vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations suivantes ? Base : Aux étudiants issus d'un PASS – Une seule réponse possible par ligne



D'une manière générale, les PASS estiment que les LAS ont un niveau inférieur au leur. Une opinion que partagent une partie non négligeable des LAS.

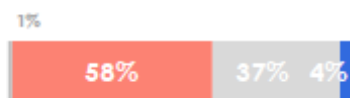


Les étudiants n'étant pas passés par un PASS sont... ?

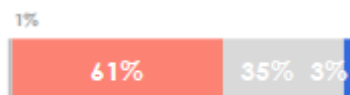
Base : Aux étudiants issus d'un PASS



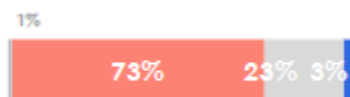
Niveau académique



Esprit de compétition



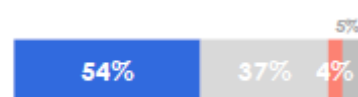
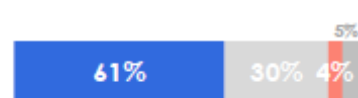
Capacités de travail



Niveau de préparation pour affronter la 2^{ème} année de MMOP

Les étudiants étant passés par un PASS sont... ?

Base : Aux étudiants issus d'une LAS



■ ... à un niveau supérieur ■ ... au même niveau ■ ... à un niveau inférieur ■ Ne se prononce pas

Par rapport aux étudiants en PASS

Par rapport aux étudiants en LAS



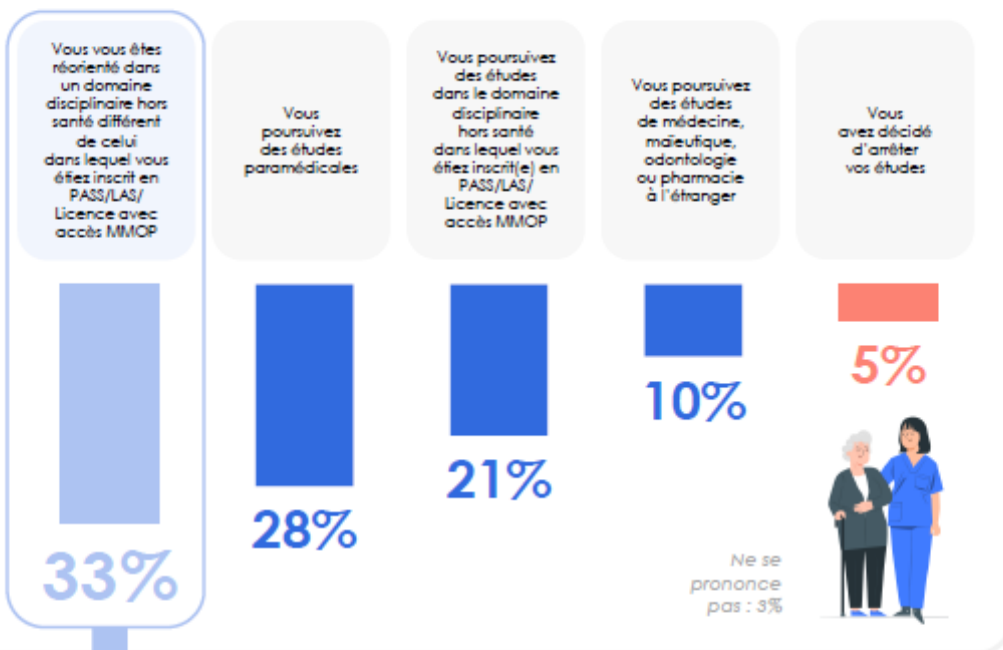
Peu d'étudiants réorientés se sont saisis de la mineure pour progresser dans les études hors santé.



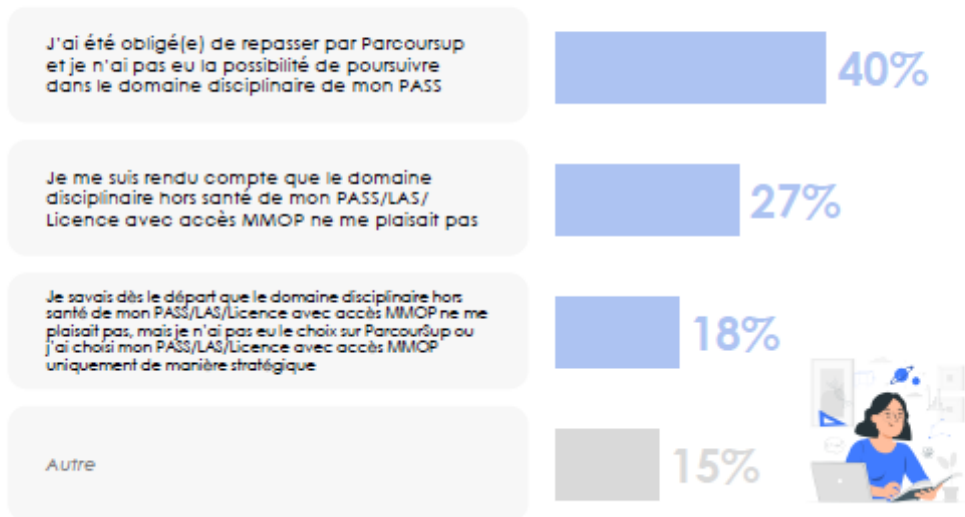
La réorientation vers une autre discipline a toutefois été souvent subie pour les anciens PASS.

Dans quelle situation êtes-vous actuellement ?

Base : Aux anciens PASS et LAS qui se sont réorientés – Une seule réponse possible



Comment expliquez-vous votre choix d'orientation ? Base : Aux anciens PASS et LAS qui se sont réorientés dans une discipline différente – Une seule réponse possible



Présentation de la méthodologie

L'échantillon a été réalisé à partir d'une base de contacts exhaustive des étudiants concernés recueillie par la Cour des comptes auprès des universités. Il s'agit d'une enquête *ad hoc* réalisée en ligne par l'institut spécialisé de sondage CSA auprès de trois cibles : les étudiants qui ont été en PASS ou en LAS mais n'y sont plus et n'ont pas continué en santé ; les étudiants qui sont actuellement en PASS ou en LAS et les étudiants qui ont intégré une filière MMOP après être passés en PASS ou en LAS. 1 000 étudiants ont été interrogés pour chacune des cibles selon un échantillonnage. Cette taille d'échantillon permet de disposer de bases suffisamment solides pour effectuer des croisements statistiques et analyser les résultats finement, selon différents profils d'étudiants.

Les étudiants sont sollicités via un mailing d'invitation corédigé avec l'institut de sondage. Le questionnaire a été rédigé par la Cour des Comptes et a bénéficié de l'expertise de l'institut CSA notamment dans la formulation des questions pour en assurer la neutralité.

Le terrain a duré plus de quatre semaines (du 10 janvier au 12 février) à partir d'une extraction aléatoire et représentative de 70 000 adresses (une quantité suffisante pour atteindre l'objectif de 1 000 répondants par cible). Le terrain a procédé par envois successifs de petits paquets (représentatifs de l'ensemble du fichier) afin de se rapprocher de l'obtention d'un échantillon dont la structure de chacune des cibles est la plus proche de la réalité (celle observée dans le fichier fourni). Durant le terrain et pour les trois cibles, un suivi régulier est fait sur chacune des variables d'intérêt (genre, profession des parents, région et catégorisation rural/urbain) permettant de relancer les sous-cibles les plus en retrait. Finalement, un échantillon de 1 000 répondants par cible proche de la réalité a été obtenu.

À partir de ces réponses, des redressements, dont l'ampleur a été limitée grâce au suivi régulier pendant l'échantillonnage, ont été opérés à partir du fichier fourni qui contient l'exhaustivité de la cible et qui est donc représentatif de la population réelle. Ce redressement a été effectué au sein de chacune des cibles selon les critères suivants : genre, profession des parents, région et catégorisation rural/urbain. À l'issue du traitement des données, chaque cible a été remise à son poids réel au sein de l'échantillon global.

Enfin, l'ensemble des questions (en dehors de l'identification de la cible) étaient non-obligatoires ; le répondant pouvait passer à la question suivante sans donner de réponse. Ces réponses ont été comptabilisées, le cas échéant, dans une modalité « Ne se prononce pas ». La non-réponse est donc traitée comme un item à part entière pouvant apporter un enseignement.

**Annexe n° 4 : capacités d'accueil votées pour l'admission
en deuxième année MMOP et nombre d'étudiants admis par filière
MMOP selon le parcours suivi en première année**

**Tableau n° 10 : capacités d'accueil totales votées pour l'admission en deuxième année
MMOP et nombre d'étudiants admis par filière MMOP selon le parcours suivi
en première année (année universitaire 2022-2023)**

Parcours	Capacités d'accueil (votées par le conseil d'administration)				Effectifs admis			
	Médecine	Maïeutique	Odontologie	Pharmacie	Médecine	Maïeutique	Odontologie	Pharmacie
Groupe de parcours 60 ECTS ≥ 30 %	62 %	62 %	61 %	61 %	64 %	63 %	62 %	67 %
<i>dont places PASS</i>	4 391	412	554	1 428	4 728	452	589	1 587
<i>% du total des places</i>	40 %	38 %	38 %	41 %	43 %	45 %	40 %	49 %
<i>dont places LAS1</i>	2 373	241	327	695	2 274	180	321	564
<i>dont 3^e voie auxiliaires médicaux</i>	0	15	10	22	0	0	0	0
Groupe de parcours 120 ECTS et plus ≥ 30 %	32 %	31 %	32 %	32 %	31 %	26 %	31 %	24 %
<i>dont LAS2 et 3</i>	3 456	331	464	1 113	3 328	262	458	782
<i>dont 3^e voie auxiliaires médicaux</i>	23	6	1	1	12	5	1	1
<i>% du total des places</i>	0,21 %	1,94 %	0,75 %	0,71 %	0,11 %	0,49 %	0,07 %	0,03 %
Autre voie - passerelles ≥ 5 %	5 %	7 %	6 %	5 %	5 %	11 %	6 %	8 %
Autre voie : Étudiants Union européenne ≤ 5 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %
Total en %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Total nombre de places	10 862	1 084	1 457	3 502	10 947	1 011	1 465	3 216

Source : Cour des comptes d'après les réponses des établissements au questionnaire de la Cour

Note : Il s'agit des capacités d'accueil votées pour une admission en fin d'année 2022-2023 et du nombre d'étudiants effectivement admis à la fin de l'année universitaire 2022-2023 pour une inscription dans une filière MMOP à la rentrée 2023-2024. Passerelles au sens de l'article 2 de l'arrêté 24 mars 2017.

**Tableau n° 11 : capacités d'accueil et étudiants admis en deuxième année MMOP
par la voie des passerelles au sens de l'article 2 de l'arrêté 24 mars 2017 –
années universitaires 2022-2023 et 2021-2022**

<i>Passerelles</i>	Année universitaire 2022-2023				Année universitaire 2021-2022			
	Médecine	Maïeutique	Odontologie	Pharmacie	Médecine	Maïeutique	Odontologie	Pharmacie
<i>Capacités d'accueil pour l'admission MMOP (A)</i>	531	73	91	189	567	72	91	179
<i>Nombre de places passerelles votées/ nombre places totales votées en %</i>	5 %	7 %	6 %	5 %	5 %	7 %	6 %	5 %
<i>Admis MMOP par la voie passerelles (B)</i>	494	111	82	251	507	72	73	151
<i>Nombre de places admis passerelles/ nombre de places admis totaux en %</i>	5 %	11 %	6 %	8 %	5 %	8 %	5 %	6 %

Source : Cour des comptes d'après les réponses des établissements au questionnaire de la Cour

Annexe n° 5 : synthèse des modalités de contrôle des connaissances

Tableau n° 12 : synthèse des modalités de contrôle des connaissances dans les établissements avec UFR en santé selon les parcours en vigueur

		Parcours en vigueur dans les universités avec UFR en santé	
		PASS + LAS (29 universités)	“Tout LAS” (7 universités)
Nombre de parcours ou d’options	Nombre d’options en PASS	Entre 0 et 18 options	Sans objet
	Nombre de parcours disciplinaires en LAS1	Entre 1 et 41 parcours	Entre 8 et 30 parcours
Intégration des ECTS santé aux 60 ECTS du parcours LAS1		12 universités (41 %)	6 universités (86 %)
		Parmi les 36 universités, 18 intègrent totalement les ECTS santé aux 60 ECTS de la LAS1.	
Nombre d’ECTS en PASS	Nombre minimum et maximum d’ECTS pour la majeure santé	Entre 30 et 58 ECTS <i>Fréquence : 48 ECTS</i>	Sans objet
	Nombre minimum et maximum d’ECTS pour la mineure hors santé	Entre 10 et 24 ECTS <i>Fréquence : 12 ECTS</i>	Sans objet
Nombre d’ECTS en LAS1	Nombre minimum et maximum d’ECTS pour la majeure disciplinaire	Entre 36 et 60 ECTS <i>Fréquence : 60 ECTS</i>	Entre 21 et 60 ECTS <i>Fréquence : 30 ECTS</i>
	Nombre minimum et maximum d’ECTS pour la mineure hors santé	Entre 6 et 24 ECTS <i>Fréquence : 10 ECTS</i>	Entre 10 et 30 ECTS <i>Fréquence : 30 ECTS</i>
Format des enseignements de la mineure santé LAS1	Format distanciel (documents numériques, vidéo)	18 établissements	0 établissement
	Format totalement présentiel	4 établissements	3 établissements
	Format hybride distanciel et présentiel	7 établissements	4 établissements
Épreuves orales	% note épreuves orales de la note finale	PASS : entre 10 % et 50 % LAS1 : entre 10 % et 70 %	LAS1 : entre 10 % et 60 %
	Nombre d’épreuves	Entre 2 et 8 épreuves (en moyenne 10 minutes par épreuves)	Entre 2 et 4 épreuves (en moyenne 10 minutes par épreuves)

Source : Cour des comptes d’après les réponses des établissements au questionnaire de la Cour

Note : Pour mémoire, le périmètre est le suivant : 67 établissements dont 36 avec UFR santé. 7 ont un modèle 100 % LAS et 29 proposent les parcours PASS et LAS. La fréquence représente le choix le plus fréquent utilisé par les universités.

Annexe n° 6 : liste des établissements d'enseignement supérieur avec UFR en santé et sans UFR en santé proposant une formation accès santé en première année

Tableau n° 13 : liste des établissements avec UFR santé et sans UFR santé

Avec ou sans UFR en santé	Région	Libellé établissement * « tout LAS »	Effectifs inscrits à la rentrée 2023 - 2024		
			PASS	LAS1	MMOP 2 ^{ème} année
<i>Avec UFR en santé (36)</i>	PACA	Aix-Marseille Université	1 560	541	878
		Université Côte d'Azur*	0	954	318
	Pays-de-la-Loire	Nantes Université	698	674	524
		Université d'Angers	783	182	349
	AURA	Université Claude Bernard - Lyon 1	1 611	297	1 327
		Université Clermont Auvergne	567	300	463
		Université Grenoble Alpes	1 124	434	377
		Université Jean Monnet Saint-Étienne	474	385	225
	Nouvelle-Aquitaine	Université de Bordeaux	1 366	205	709
		Université de Limoges	618	197	262
		Université de Poitiers*	0	732	301
	Bourgogne Franche-Comté	Université de Bourgogne	797	212	395
		Université de Franche-Comté	57	203	391
	La Réunion-Mayotte	Université de La Réunion	595	515	201
	Hauts-de-France	Université de Lille	1 624	1 150	1 080
		Institut catholique de Lille*	0	543	228
		Université de Picardie Jules-Verne	792	374	363
	Grand-Est	Université de Lorraine	800	277	638
		Université de Reims Champagne-Ardenne*	0	867	467
		Université de Strasbourg*	0	1 334	578
	Occitanie	Université de Montpellier	1 535	204	781
		Université Toulouse III - Paul Sabatier	990	383	670
	Bretagne	Université de Rennes	719	553	474
		Université de Bretagne Occidentale	583	230	261
	Normandie	Université de Rouen Normandie	622	307	392
		Université de Caen Normandie*	0	820	392
	Centre Val-de-Loire	Université de Tours	888	271	524
	Île-de-France	Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines	538	225	363
		Université Paris Cité	1 796	602	1 360
		Sorbonne Université	1 319	279	511
		Université Paris-Est Créteil*	0	1 500	277
		Université Sorbonne Paris Nord	337	490	238
		Université Paris-Saclay	506	133	658
	Antilles et Guyane	Université des Antilles	652	654	195
		Université de Guyane	143	22	19
	Corse	Université de Corse	122	39	NC

Avec ou sans UFR en santé	Région	Libellé établissement * « tout LAS »	Effectifs inscrits à la rentrée 2023 - 2024		
			PASS	LAS1	MMOP 2 ^{ème} année
Sans UFR en santé (31)	Centre Val-de-Loire	Université d'Orléans ¹³⁹	NC	329	NC
	PACA	Avignon Université	NC	97	NC
		Université de Toulon	NC	78	NC
	Pays-de-la-Loire	Le Mans université	NC	54	NC
	AURA	Université Savoie Mont-Blanc	NC	90	NC
		Université Lumière - Lyon 2	NC	71	NC
		Université Jean Moulin - Lyon 3	NC	56	NC
		Institut catholique de Lyon	NC	75	NC
	Nouvelle-Aquitaine	Université Bordeaux Montaigne	NC	38	NC
		Université de Pau et des Pays de l'Adour	NC	53	NC
		INU Champollion	NC	139	NC
	La Réunion-Mayotte	CUFR Mayotte	NC	14	NC
	Hauts-de-France	Université du Littoral Côte d'Opale	NC	98	NC
	Occitanie	Université d'Artois	NC	58	NC
		Université Polytechnique Hauts-de-France	NC	128	NC
		Université de Nîmes	NC	97	NC
		Université de Montpellier 3	NC	97	NC
		Université de Perpignan <i>Via Domitia</i>	NC	87	NC
		Université Toulouse - Jean Jaurès	NC	0	NC
		Université Toulouse Capitole	NC	236	NC
	Bretagne	Université de Bretagne Sud	NC	500	NC
	Normandie	Université Le Havre Normandie	NC	63	NC
	Île-de-France	Université d'Évry	NC	19	NC
		Université Paris Nanterre	NC	87	NC
		CY Cergy Paris Université	NC	25	NC
		INALCO	NC	152	NC
		Université Gustave Eiffel	NC	50	NC
Université Paris 8 - Vincennes - Saint-Denis		NC	78	NC	
Pacifique	Université de la Nouvelle-Calédonie	NC	70	NC	
	Université de la Polynésie Française	NC	92	NC	

Source : Cour des comptes d'après les réponses des universités au questionnaire de la Cour. Note : en l'absence de la donnée effectifs rentrée 2022. 67 établissements proposent une formation accès santé en première année dont 36 établissements avec UFR en santé et 31 sans UFR en santé.

¹³⁹ L'université d'Orléans est un établissement avec composante santé depuis la rentrée 2023. Dans le présent rapport, cet établissement est considéré comme université sans UFR santé en raison d'un historique de données trop récent.

Annexe n° 7 : liste des universités partenaires hors santé et antennes universitaires délivrant des formations donnant accès aux filières MMOP

Tableau n° 14 : partenaires hors santé et antennes universitaires des universités avec UFR santé pour les formations PASS et LAS

Établissement	Partenaire sans santé	Antenne universitaire
Aix-Marseille Université	Université de Toulon : LAS Avignon Université : LAS	Arles, Gap : LAS
Université Côte d'Azur	Sans objet	Sans objet
Nantes Université	Sans objet	La Roche-sur-Yon : LAS
Université d'Angers	Le Mans Université (Le Mans et Laval) : PASS et LAS	Cholet : LAS
Université Claude Bernard - Lyon 1	Institut catholique de Lyon, Universités Lumière Lyon 2 et Jean Moulin - Lyon 3 : LAS	Bourg-en-Bresse : PASS
Université Clermont Auvergne	Sans objet	Sans objet
Université Grenoble Alpes	Université Savoie Mont Blanc : LAS	Valence : LAS
Université Jean Monnet Saint-Etienne	Sans objet	Roanne : LAS
Université de Bordeaux	Université de Pau et des Pays de l'Adour : PASS + LAS Université de Polynésie française et Université de Nouvelle-Calédonie : LAS	Agen : LAS Périgueux : LAS Dax : PASS Mont-de-Marsan : PASS Tarbes : PASS
Université de Limoges	Sans objet	Brive-la-Gaillarde : LAS
Université de Poitiers	Sans objet	Sans objet
Université de Bourgogne	Sans objet	Nevers : PASS Le Creusot : LAS
Université de Franche-Comté	Sans objet	Belfort : LAS
Université de La Réunion	Sans objet	Campus Terre-Sainte (Saint-Pierre) : PASS+LAS
Université de Lille	Université Polytechnique des Hauts-de-France : LAS	Sans objet
Institut catholique de Lille	Sans objet	Sans objet
Université de Picardie Jules-Verne	Université du Littoral Côte d'Opale (Boulogne, Calais et Dunkerque) : PASS+LAS Université d'Artois (Lens) : PASS+LAS	Cuffies : LAS
Université de Lorraine	Sans objet	Campus Metz : LAS et PASS

Établissement	Partenaire sans santé	Antenne universitaire
Université de Reims Champagne-Ardenne	Sans objet	Charleville-Mézières : LAS Troyes : LAS
Université de Strasbourg	Sans objet	Sans objet
Université de Montpellier	Universités de Perpignan, Montpellier 3, Nîmes et CUFR Mayotte : LAS	Nîmes : PASS Flahaut : PASS
Université Toulouse III - Paul Sabatier	Universités Toulouse Capitole, Toulouse Jean Jaurès et INU Champollion : LAS	Sans objet
Université de Rennes	Université de Bretagne Sud (Lorient) : LAS	Saint-Brieuc : PASS Vannes : PASS
Université de Bretagne Occidentale	Université de Bretagne Sud : PASS+LAS	Saint-Brieuc : PASS Vannes : PASS
Université de Rouen Normandie	Université Le Havre Normandie : PASS+LAS	Évreux : LAS
Université de Caen Normandie	Sans objet	Alençon : LAS
Université de Tours	Université d'Orléans : LAS	Sans objet
Université de Versailles Saint- Quentin-en-Yvelines	Sans objet	Sans objet
Université Paris Cité	INALCO : LAS	Sans objet
Sorbonne Université	Sans objet	Sans objet
Université Paris-Est Créteil	Université Gustave Eiffel : LAS	Sans objet
Université Sorbonne Paris Nord	CY Cergy Paris Université et université Paris 8 - Vincennes - Saint-Denis : PASS + LAS	Sans objet
Université Paris-Saclay	Universités Paris Nanterre et d'Évry : LAS	Sans objet
Université des Antilles	Sans objet	Sans objet
Université de Guyane	Sans objet	Sans objet
Université de Corse	Sans objet	Sans objet

Source : Cour des comptes d'après les réponses des universités au questionnaire de la Cour

Note : Une antenne universitaire (ou campus, site délocalisé, site territorial, etc.) est définie dans le cadre du présent questionnaire comme un lieu d'enseignement supérieur, sans personnalité morale, accueillant des étudiants et situé hors de l'unité urbaine du siège de l'université. Ainsi, une implantation située dans la même agglomération, mais dans une commune différente que le siège de l'université, n'est pas considérée comme une antenne au sens du présent questionnaire.

Un établissement partenaire sans UFR santé accueille des étudiants la première année avec accès santé en partenariat avec une université avec UFR (les étudiants en LAS sont inscrits administrativement à l'université sans UFR santé ; les étudiants en PASS sont inscrits à l'université avec UFR santé. Il s'agit alors d'un PASS dit délocalisé.).

Annexe n° 8 : moyens financiers des établissements

**Tableau n° 15 : financement reçu au titre de la réforme
par type d'universités entre 2020 et 2024**

		Universités avec UFR en santé			Université sans UFR en santé	Total
		Avec modèle « tout LAS »	Avec modèle PASS+LAS	Total	Total	
Nombre d'universités¹⁴⁰		4 (11 %)	31 (89 %)	35	30	65
Financement cumulé 2020-2024	En M€	33 M€ (29 %)	81 M€ (71 %)	114 M€	15 M€	129
	Nombre de places financées	5 154 (45 %)	6 407 (55 %)	11 561	1 580	14 141
Moyenne	En M€	8	1 288	3	0,5	2
	Nombre de places financées	3	207	330	57	214
Min.	En M€	6,6	969	0,4	0	0
	Nombre de places financées	11	969	10	0	0
Max.	En M€	11	7	11	3	11
	Nombre de places financées	1 739	527	1 739	268	1 739

Source : Cour des comptes d'après réponses des universités et de la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

Note : à la rentrée 2020, le modèle « tout LAS » était adopté par quatre universités puis deux universités supplémentaires ont opté pour ce parcours unique. Le financement 2024 est prévisionnel mais néanmoins la subvention pour charges de service public (SCSP) est pérenne et d'après la réponse de la DGESIP aucun moyen supplémentaire ne sera alloué. Le financement reçu intègre la SCSP d'un montant cumulé de 2020 à 2024 de 125 M€ et les autres types de subventions.

¹⁴⁰ Les instituts catholiques de Lille et Lyon, établissements privés d'enseignement supérieurs, ne sont pas dans le périmètre du financement du ministère. Ils sont donc exclus de l'analyse. À sa demande, l'institut catholique de Lille a bénéficié d'une dotation supplémentaire de 41 000 € en 2022.

Tableau n° 16 : financement des capacités d'accueil en 2020 et nombre d'étudiants inscrits à la rentrée 2022

	Capacités d'accueil <i>Parcoursup</i> 2022	Capacités d'accueil PASS/LAS1 financées en 2020	Capacités d'accueil <i>Parcoursup</i> 2022	Inscrits PASS+LAS1 en 2022-2023	% inscrits/capacités financements
Total	45 460	45 999	48 550	45 613	- 1 %

Source : Cour des comptes d'après data esr, réponses des universités et de la DGESIP

Note : Pour une capacité d'accueil totale en 1^{re} année de 45 999 places à la rentrée 2020-2021, 61 % des places sont des PASS, 22 % sont des places créées en LAS1, en sus des capacités d'accueil des licences disciplinaires, et 17 % des places sont des LAS1 intégrées aux capacités des licences disciplinaires.

Tableau n° 17 : nombre moyen de recrutements de personnels administratifs et enseignants entre 2020 et 2024

	Moyenne recrutements entre 2020 et 2024 (en équivalent temps plein-ETP)	Observations
<i>Recrutements personnels administratifs</i>	3,5	28 universités Entre 1 et 12 recrutements
<i>Recrutements personnels enseignants hors hospitalo-universitaire</i>	7	24 universités Entre 1 et 44 recrutements

Source : Cour des comptes d'après réponses des universités

Note : Observation des seuls établissements ayant réalisé au moins un recrutement. 57 % d'universités n'ont pas recruté de personnels administratifs et 65 % pas de personnels enseignants.

Tableau n° 18 : coût moyen par étudiant des épreuves orales et du tutorat étudiant en PASS et en LAS

Type de charge	Modalités	Coût moyen/étudiant (en euros)
Épreuves orales	Préparation aux épreuves ; 4 épreuves de 10 minutes chacune pour les étudiants PASS et LAS	101 €
Tutorat pédagogique des disciplines en majeure santé en PASS	Tutorat proposé à tous les étudiants PASS ; 30 % des étudiants se sont inscrits en 2022-2023.	112 €
Tutorat pour la mineure santé en LAS	Tutorat proposé aux étudiants LAS1 et LAS2 ; 62 étudiants tuteurs avec contrat étudiant ; 51 % des étudiants se sont inscrits en 2022-2023.	67 €

Source : Cour des comptes d'après la réponse de l'Université de Lille

Annexe n° 9 : coût d'une cohorte d'étudiants nouveaux bacheliers avant et après réforme

La réforme devait favoriser une progression dans les études et un taux plus important de passage en deuxième année post-baccalauréat en interdisant le redoublement du PASS et en instaurant un principe de seconde chance en L2 à condition de valider les 60 ECTS nécessaires. La limitation des redoublements, qui constituent une perte pour les finances publiques dans la mesure où les années de formation financées ne donnent pas lieu à la validation d'ECTS, a été présentée comme une source d'économie. En effet, l'étude d'impact de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoyait une économie de 55 M€ liée à la fin du redoublement (37 M€) et à l'amélioration du taux de réussite en LAS1 (18 M€).

L'analyse des inscriptions administratives dans les universités permet de comparer, avant et après la réforme, le coût d'une cohorte de nouveaux bacheliers¹⁴¹ inscrits en première année d'accès santé, après deux années d'études. La limitation des redoublements doit être mise en perspective du coût plus important des LAS en comparaison de la PACES et du PASS. Afin de déterminer si la réforme a effectivement permis de réaliser une économie, l'analyse porte sur les dépenses engagées pour financer les deux premières années de formation des cohortes de nouveaux bacheliers en 2018 et en 2020. Pour effectuer ce calcul, le niveau de diplôme atteint après deux ans de formation est mis en regard du coût de la formation dispensée à l'étudiant. Les hypothèses de calcul de coût retenues sont les suivantes :

- le coût moyen d'une place en PACES et en PASS est de 2 000 € par an et par étudiant¹⁴² ;
- le coût moyen d'une place en licence est de 3 730 € par an et par étudiant¹⁴³.

En prenant en compte les inscriptions administratives dans les cohortes (une majorité de PACES pour la cohorte de 2018 et une majorité de PASS et de LAS en 2020), il est possible d'estimer le coût de formation. Ainsi, les deux premières années de formation ont coûté 159,50 M€ avant la réforme de 2020 et 204,66 M€ après la réforme, soit une charge supplémentaire de + 45 M€. Le moindre coût avant la réforme s'explique par un coût de la place en PACES moins élevé qu'une place en licence accès santé (2 000 € contre 3 730 €). Ce chiffrage ne prend toutefois pas en compte le niveau d'études atteint par les étudiants de ces cohortes.

Il est, par ailleurs, possible d'estimer le gain associé à l'augmentation de la poursuite des études. Du fait de la réforme, le nombre d'années d'études validées par les étudiants inscrits en première année d'études de santé a augmenté de 7 057 entre 2020 et 2022. Symétriquement, le nombre d'années d'études « perdues » s'est réduit du même volume. Sachant qu'une année d'étude en licence accès santé coûte 3 730 €, le coût associé aux années perdues a diminué de 26,32 M€, ce qui équivaut à un gain du même montant pour la société.

¹⁴¹ Les étudiants néo-bacheliers sont les étudiants entrés à l'université dès la rentrée qui a suivi l'obtention de leur baccalauréat. Suivant cette définition, les redoublants ne sont pas des nouveaux bacheliers.

¹⁴² D'après la réponse de la DGESIP au questionnaire de la Cour.

¹⁴³ Hamza Bennani, Gabriele Dabbaghian et Madeleine Péron, « Les coûts des formations dans l'enseignement supérieur français : déterminants et disparités », *Les notes du conseil d'analyse économique*, focus n° 074-2021, décembre 2021. D'après ce focus, le coût moyen d'un étudiant en licence est de 3 730 €.

Tableau n° 19 : coût de formation d'une cohorte de nouveaux bacheliers avant et après la réforme de 2020 et gain associé à l'augmentation de la poursuite des études

	Libellé étape de calcul	Données
Coût de formation pour une cohorte de nouveaux bacheliers durant deux années d'études		
Avant réforme : étudiants inscrits en PACES à la rentrée 2018 -2019	Nombre de nouveaux bacheliers inscrits en PACES à la rentrée 2018-2019	36 080 étudiants
	Coût de formation pour l'année 2018-2019	72,16 M€
	Nombre d'étudiants inscrits à l'université à la rentrée 2019-2020 parmi les nouveaux bacheliers de 2018-2019	30 010 étudiants
	Coût de formation pour l'année 2019-2020	87,34 M€
	Note : Parmi les 30 005 étudiants, près de la moitié sont à nouveau inscrits en PACES et les autres étudiants ont poursuivi en L1 ou L2, ou ont été admis en 2 ^e année du 1 ^{er} cycle MMOP dont certains ont validé des ECTS.	
	Coût total des deux premières années de formation des nouveaux bacheliers inscrits en PACES à la rentrée 2018-2019	159,50 M€
Après réforme : étudiants inscrits en PASS ou LAS1 à la rentrée 2020 -2021	Nombre de nouveaux bacheliers inscrits en PASS ou en LAS1 à la rentrée 2020-2021	37 309 étudiants
	Coût de formation pour l'année 2020-2021	94,33 M€
	Nombre d'étudiants inscrits à l'université à la rentrée 2021-2022 parmi les nouveaux bacheliers de 2020-2021	29 578 étudiants
	Coût de formation pour l'année 2021-2022	110,33 M€
	Coût total de deux premières années de formation des nouveaux bacheliers inscrits en PASS ou LAS 1 à la rentrée 2020-2021	204,66 M€
	<i>Différence entre les coûts totaux</i>	45,15 M€
Gain associé à l'augmentation de la poursuite des études		
<i>Avant la réforme : à la rentrée 2020, 28 568 années sont validées par les étudiants nouveaux bacheliers inscrits en PACES à la rentrée 2018 après deux années d'études.</i>		
<i>Note : parmi les 36 080 étudiants néo-bacheliers inscrits en PACES à la rentrée 2018, 15 084 étudiants sont inscrits en L2 ou 2^e année du 1^{er} cycle MMOP (niveau 2 d'études) et 6 742 en L3 ou en 3^e année du 1^{er} cycle MMOP à la rentrée 2020-2021, soit après deux années d'études.</i>		
<i>Nombre d'années d'études validées à la rentrée 2020 = 15 084 × 1 + 6 742 × 2 = 28 568.</i>		
<i>Après la réforme : à la rentrée 2022, 35 625 années sont validées par les étudiants nouveaux bacheliers inscrits en PASS ou LAS1 à la rentrée 2020 après deux années d'études.</i>		
	Différence entre le nombre d'années d'études acquises	7 057 années
	Gain associé à l'augmentation de la poursuite des études	26,32 M€

Source : Cour des comptes d'après les données du système d'information et de suivi des étudiants

Note : coût d'obtention d'une année universitaire = 7 057 * 3 730 €/place = 26,32 M€. Les étudiants nouveaux bacheliers sont inscrits, après deux années de formation, soit dans une année niveau 2 soit une année niveau 3. L'hypothèse retenue pour évaluer le coût d'obtention est le coût d'une place en licence, 3 730 €. D'après les travaux du CAE, seul le coût complet d'une place en licence hors santé est connu. En l'absence de donnée chiffrée plus précise, une 3^e année du 1^{er} cycle MMOP est l'équivalent d'une 3^e année de licence hors santé, dont le coût moyen par étudiant est de 3 730 €/année.

Parmi les nouveaux bacheliers inscrits en PASS à la rentrée universitaire 2020-2021, 17 274 sont inscrits dans une formation de niveau 2 ou 3 à la rentrée 2022. 43 % de ces étudiants sont inscrits dans une formation de niveau 3 et 57 % dans une formation de niveau 2. Ce taux paraît faible en comparaison du niveau attendu des étudiants (69 % de mention B ou TB). Ce faible taux, qui nuit à la poursuite d'étude, pourrait être réhaussé.

Annexe n° 10 : synthèse de l'adhésion des universités aux propositions d'évolution

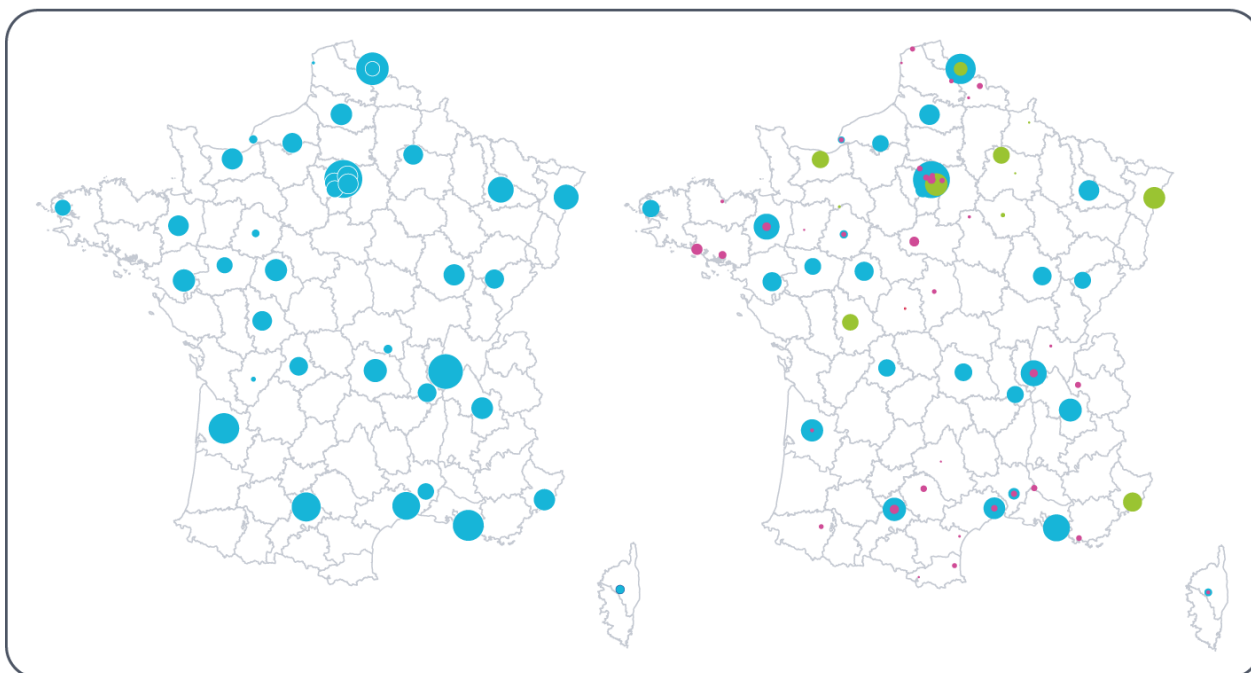
Tableau n° 20 : réponses des universités aux propositions d'évolution

<i>Proposition</i>	Avec UFR en santé		Total	
	Oui	Non	Oui	Non
<i>Réduire le nombre de places ouvertes chaque année en PASS/LAS afin de mieux proportionner ce nombre de places au taux d'admission dans les filières MMOPK.</i>	32 %	53 %	29 %	49 %
<i>Limiter le nombre de LAS à 4 ou 5 par université.</i>	40 %	51 %	31 %	47 %
<i>Fermer les LAS non scientifiques (droit, AES, LLSHS)</i>	20 %	73 %	16 %	65 %
<i>Fermer les LAS à faible effectif et/ou à faible taux de réussite (faible taux de validation de la première année de licence et faible taux d'admission en MMOP).</i>	58 %	35 %	43 %	40 %
<i>N'accepter les étudiants de LAS en MMOP qu'après la LAS2 au minimum.</i>	23 %	77 %	19 %	66 %
<i>Supprimer les LAS3 pour éviter des stratégies étudiantes visant à redoubler leur LAS afin de préserver leurs chances de candidature en MMOP.</i>	20 %	76 %	20 %	64 %
<i>Augmenter les places provenant des passerelles tardives afin de favoriser la diversification des profils et élargir les possibilités de passerelles (par exemple, CPGE, bac+3 de licence ou BUT, etc.).</i>	54 %	31 %	41 %	21 %
<i>Cadrage national : augmenter la part des UE santé en LAS et celle des UE hors santé en PASS (25 à 30 ECTS).</i>	34 %	55 %	24 %	57 %
<i>Cadrage national : uniformiser le nombre d'ECTS santé en LAS et le nombre d'ECTS hors santé en PASS.</i>	48 %	41 %	42 %	30 %
<i>Cadrage national : intégrer les ECTS santé dans les 60 ECTS de l'année pour toutes les LAS1.</i>	71 %	17 %	58 %	20 %
<i>Cadrage national : uniformiser les modalités de candidatures aux filières MMOP entre les universités (interdiction de « filiariser » les UE santé pour que l'étudiant puisse candidater à toutes les filières MMOP ; ouvrir dans tous les établissements aux étudiants la possibilité de candidater simultanément aux 4 filières MMOP).</i>	35 %	45 %	34 %	29 %

Source : Cour des comptes d'après le questionnaire adressé aux universités

Annexe n° 11 : carte des lieux de formation avant et après la réforme

Carte n° 2 : comparaison des lieux de formation et des effectifs en 2019 pour la PACES (partie gauche), et en 2023 pour les PASS et les LAS (partie droite)



Source : Cour des comptes d'après les réponses aux questionnaires adressés aux universités

La réforme a conduit à une plus forte répartition des lieux de formation sur l'ensemble du territoire ainsi qu'à une différenciation des modèles. Le PASS (bleu) reste prédominant après la réforme sans forte différenciation avec la PACES (carte de gauche en bleu), les universités avec un modèle « tout LAS » (jaune) et les LAS dans les universités sans UFR en santé (rouge) restant minoritaires.

Annexe n° 12 : évolution du nombre d'inscrits en deuxième année de médecine par université hors redoublants (2022 par rapport à 2020)

Tableau n° 21 : comparaison des objectif nationaux pluriannuels et des objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année par université

Région	Université	Objectif nationaux pluriannuels	Objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année	Évolution inscrits 2022/2020 ¹⁴⁴
Auvergne Rhône-Alpes	Clermont Auvergne	1 300	1 235	+ 33
	Grenoble Alpes	1 150	1 202	+ 11
	Lyon I	4345	4 692	+ 210
	Jean Monnet Saint-Etienne	1 035	1 035	+ 52
Bourgogne Franche Comté	Franche-Comté	1 180	1 240	+ 35
	Bourgogne ¹⁴⁵	1 260	1 282	- 6
Bretagne	Bretagne occidentale ¹⁴⁶	1 005	1 010	+ 1
	Rennes ¹⁴⁷	1 375	1 375	+ 6
Centre Val de Loire	Tours ¹⁴⁸	1 500	1 671	+ 52
Corse	Corse	195	210	-
Grand-Est	Lorraine ¹⁴⁹	1 685	1 798	- 16
	Reims Champagne Ardenne	1 130	1 250	+ 20
	Strasbourg	1 390	1 390	+ 7
Hauts-de-France	Picardie Jules-Verne	1 170	1 200	+ 3
	Lille	2 495	2 823	+ 103
	Catholique de Lille	765	893	+ 33
Île-de-France	Paris Cité ¹⁵⁰	3 700	3 750	- 8
	Versailles Saint-Quentin	1 500	1 500	+ 72
	Sorbonne Université	2 150	2 307	+ 111
	Paris-Est Créteil	1 150	1 150	+ 33
	Sorbonne Paris Nord	1 010	1 065	+ 26
	Paris-Saclay ¹⁵¹	1 100	1 257	- 6

¹⁴⁴ Effectifs inscrits en 2^{ème} année du 1^{er} cycle de médecine, hors redoublants (nombre d'inscrits supplémentaires).

¹⁴⁵ La première année de la réforme a eu pour effet d'augmenter les effectifs inscrits en 2^{ème} année en 2021 (270). En 2022, ils sont 235 contre 241 en 2020.

¹⁴⁶ L'UBO a fortement augmenté ses effectifs avant la réforme : le nombre d'inscrits en 2^{ème} année passe de 178 à 229 entre 2018 et 2019. Ce nombre se stabilise ensuite autour de 200.

¹⁴⁷ Les effectifs en 2^{ème} année à l'université de Rennes 1 ont fortement augmenté sous l'effet de la 1^{ère} année de la réforme, passant de 244 à 290, avant de revenir au niveau avant réforme sous l'effet de la 2^{ème} année.

¹⁴⁸ L'UFR de médecine de l'université d'Orléans étant en cours de déploiement, les effectifs sont comptabilisés dans ceux de l'université de Tours.

¹⁴⁹ Si les effectifs de l'université de Lorraine augmentent sous l'effet de la 1^{ère} année (393), ils reviennent ensuite au niveau de l'avant réforme voire en deçà (321).

¹⁵⁰ L'Université Paris Cité a connu une forte augmentation de ses effectifs avant la réforme dans le cadre de l'expérimentation « Paces One ». En 2019, les inscrits hors redoublants s'élevaient à 1017 avant de revenir à 801 en 2020. Cette augmentation temporaire n'influe donc pas sur la comparaison effectuée dans ce tableau.

¹⁵¹ L'université Paris-Saclay a augmenté fortement ses effectifs en 2^e année à compter de 2020 (232 versus 173 l'année précédente). La comparaison à l'année 2010 montrerait une augmentation de 53 places.

Région	Université	Objectif nationaux pluriannuels	Objectifs pluriannuels d'admission en deuxième année	Évolution inscrits 2022/2020 ¹⁴⁴
Normandie	Caen Normandie	1 175	1 175	+ 18
	Rouen Normandie ¹⁵²	1 215	1 300	- 1
Nouvelle-Aquitaine	Bordeaux ¹⁵³	2 005	2 109	+ 55
	Limoges	850	900	+ 25
	Poitiers	1 060	1 115	+ 16
Occitanie	Montpellier	1 920	2 000	+ 31
	Toulouse	1 870	1 971	+ 59
Pays-de-la-Loire	Angers	1 100	1 100	+ 13
	Nantes Université ¹⁵⁴	1 280	1 345	+ 9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Aix-Marseille Université	2 530	2 487	+ 46
	Côte d'Azur ¹⁵⁵	1 080	1 050	+ 4
Antilles	Antilles	1 140	1 010	+ 55
La Réunion	La Réunion	6 30	8 75	+ 59

Source : Cour des comptes d'après les données SISE retraitées

¹⁵² Les effectifs de l'université de Rouen en 2^e année de médecine augmentent progressivement depuis 2016 (231 en 2016, 248 en 2022).

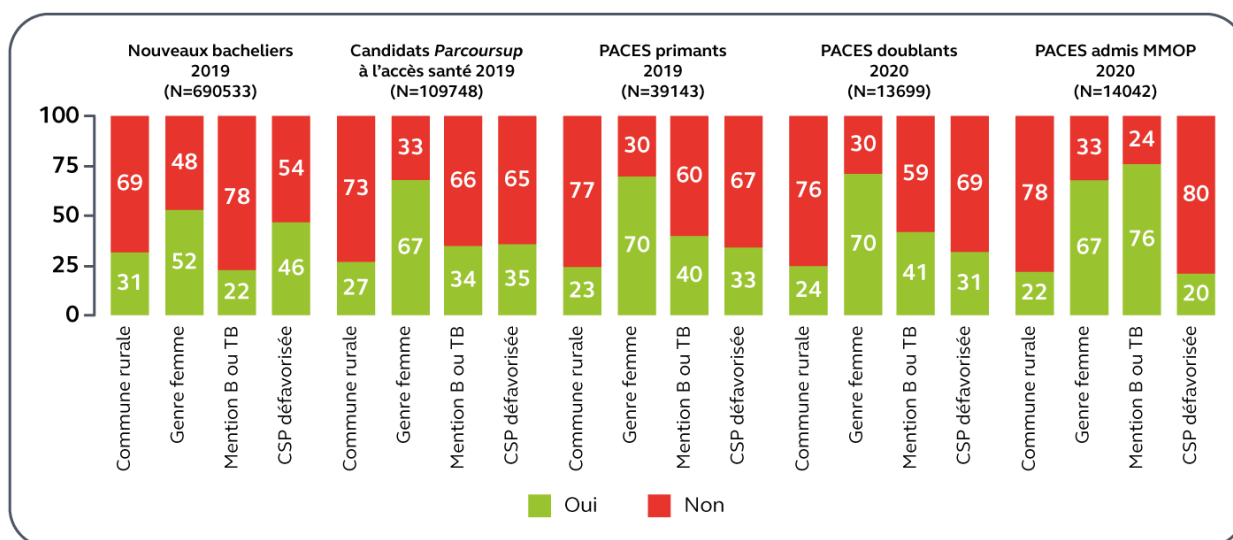
¹⁵³ L'université de Bordeaux intègre les ONP de Polynésie et Nouvelle-Calédonie.

¹⁵⁴ Les effectifs en 2^e année à Nantes université augmentent fortement sous l'effet de la première année de la réforme (298) pour revenir l'année suivante à un niveau proche de l'avant réforme (245).

¹⁵⁵ Les effectifs de l'université Côte d'Azur en 2^e année augmentent fortement dès 2020 (206 versus 174 l'année précédente). La comparaison entre 2022 et 2019 s'élève à + 36.

Annexe n° 13 : graphiques complémentaires relatifs à la diversification des profils

Graphique n° 19 : caractéristiques des candidats sur *Parcoursup*, des étudiants en accès santé et des admis en MMOP en 2019 et 2020



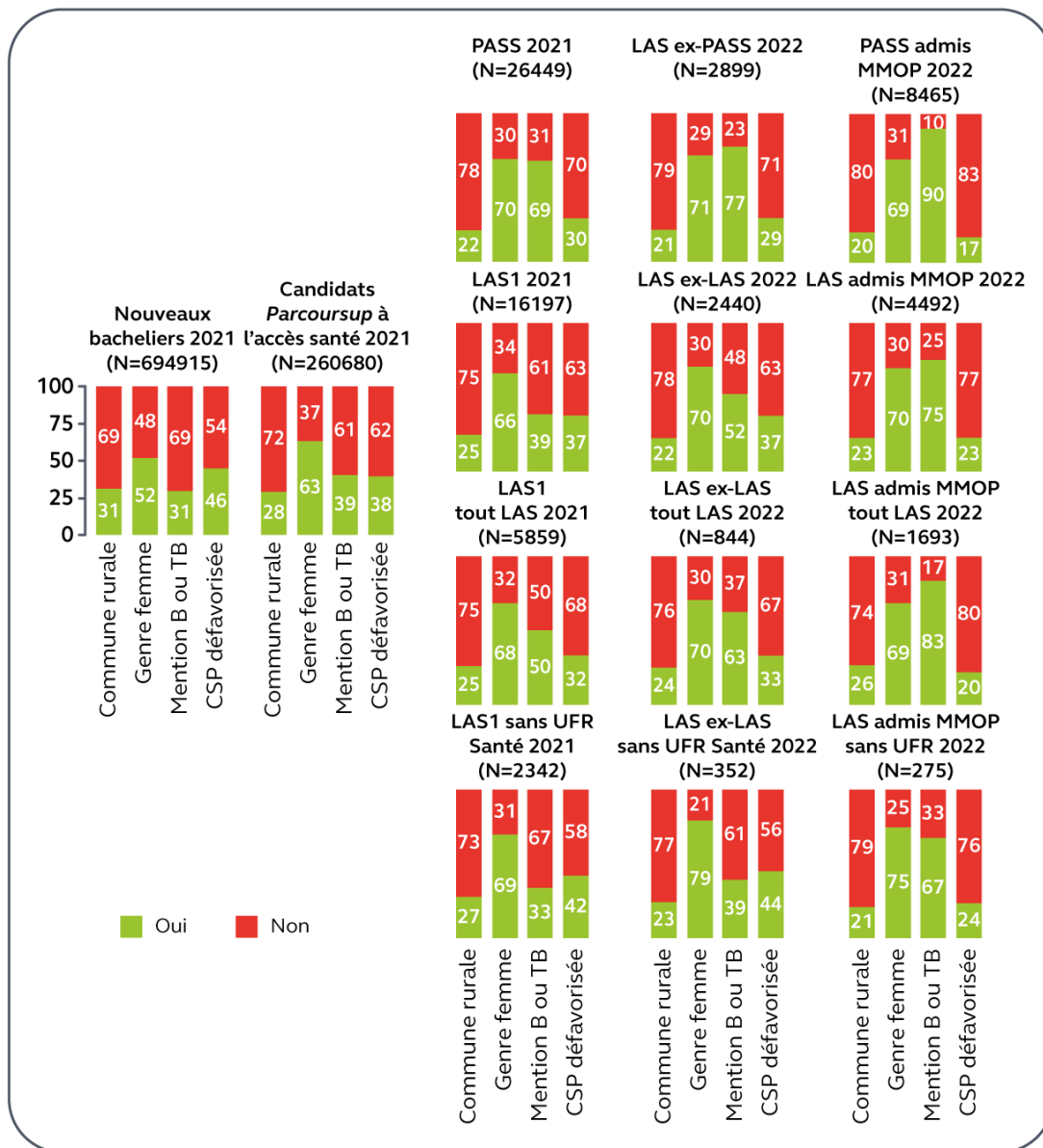
Source : Cour des comptes d'après le système d'information sur le suivi des étudiants et *Parcoursup*

Avant la réforme, la PACES conduisait à une faible diversité des profils sociaux, géographiques et de genre chez les admis en MMOP (cf. graphique n° 19). S'agissant de la catégorie socio-professionnelle, l'homogénéisation s'opère en proportion équivalente lors de l'orientation (la part d'étudiants de milieux défavorisés passant de 46 % chez les nouveaux bacheliers à 33 % en PACES) et lors de la PACES (la part d'étudiants de milieux défavorisés passant de 33 % en PACES à 20 % chez les admis). Pour les ruraux, c'est l'impact de l'orientation qui semble plus fort justifiant les mesures permettant d'amener les ruraux dans une année d'accès santé.

Après la réforme, la multiplication des voies d'accès après le baccalauréat (PASS, LAS, LAS dans une université « tout LAS » ou sans UFR en santé) semble avoir renforcé le rôle de l'orientation dans la diversité des profils en MMOP. Il apparaît que le modèle « tout LAS », qui offre moins de possibilités aux étudiants, a des caractéristiques similaires à la PACES en matière de diversification des profils sociaux¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Les étudiants pouvant accéder à des universités « tout LAS » n'étant pas répartis équitablement sur le territoire, la répartition des ruraux au sein de ces universités ne peut pas être imputée au modèle « tout LAS ». Il faudrait pour cela prendre en compte les caractéristiques des étudiants appartenant spécifiquement au bassin de recrutement de ces universités.

Graphique n° 20 : caractéristiques des candidats et des étudiants en accès santé en 2021 et des admis en MMOP avec les universités « tout LAS »



Source : Cour des comptes d'après le système d'information sur le suivi des étudiants et Parcoursup

Annexe n° 14 : méthodologie relative aux analyses des données

Cette partie présente les bases de données et les méthodes utilisées pour étoffer les recommandations du présent rapport.

1. Présentation des bases de données utilisées

L'analyse repose sur les données Sise-Inscrits (Système d'Information sur le Suivi Étudiant) fournies par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (Sies) et des données issues du dispositif *Parcoursup*¹⁵⁷, pour la période 2017-2018 à 2022-2023.

Les bases issues du dispositif Sise recensent sept enquêtes pour chaque type d'établissement supérieur français – les universités et toutes leurs composantes et établissements assimilés aux universités (autres établissements universitaires, communautés d'universités et d'établissements (Comue), formations d'ingénieurs, *etc.*); les écoles d'ingénieur habilitées à délivrer un titre d'ingénieur ; les écoles de commerce, de gestion, de vente, de comptabilité, et écoles assimilées ; les écoles d'enseignement supérieur artistique et culturel ; les écoles normales supérieures, les écoles vétérinaires, l'EHESS, l'EPHE ; les cinq instituts catholiques ; ainsi qu'un regroupement plus hétérogène d'écoles qui ne figurent pas parmi les établissements précités (écoles d'ingénieur non habilitées, écoles juridiques, écoles d'administration, *etc.*) désignées sous « Enq26bis ».

Les bases Sise se décomposent en deux volets : le fichier des inscriptions et celui des diplômes. Nous nous intéresserons uniquement au système « SISE Inscriptions » qui concerne la totalité des inscriptions administratives prises au cours de l'année N-1/N dans les établissements recensés. Chaque inscription est relative à un étudiant (repéré par son numéro INE), à un diplôme préparé (repéré par son code Sise) et à un établissement (repéré par son code UAI). Un étudiant peut prendre plusieurs inscriptions au sein d'un même établissement : l'une d'elle sera désignée comme l'inscription principale, les autres seront dites secondes. En revanche, les stagiaires français et étrangers et les auditeurs-libres n'entrent pas dans le champ de Sise.

Il est possible de travailler finement avec le système Sise car de nombreuses variables y sont disponibles : le descriptif de l'établissement fréquenté, le descriptif de l'étudiant (données socio démographiques, origine géographique), la scolarité antérieure et actuelle de l'étudiant et des variables de comptage. Les nomenclatures et formats associés aux variables sont disponibles dans des tables annexes que nous utiliserons également pour enrichir nos jeux de données.

La population circonscrite dans les bases Sise sont les étudiants en année d'accès santé PASS, LAS ou PACES, ainsi que les étudiants admis en filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) après une première année d'accès santé ou un autre cursus.

¹⁵⁷ Lancée en 2018, la procédure *Parcoursup* remplace APB pour les vœux d'orientation de formation postbac.

Les bases *Parcoursup* que nous utilisons sont également produites par le Sies, et recensent des informations sur les candidats aux études supérieures. Les données *Parcoursup* se présentent sous la forme de trois fichiers distincts : la table des vœux, la table des candidats et celle des formations de *Parcoursup*. La table candidats contient des informations relatives aux candidats (nouveau bachelier, éligible à l'internat, famille, nationalité, bac, spécialités d'enseignements choisies, etc.). La table des vœux recense les vœux de poursuites d'études, de réorientation ou de reprises d'études dans l'enseignement supérieur ainsi que les propositions des établissements pour chaque formation hors apprentissage à la fin du processus d'admission de la plateforme. La table des formations contient plusieurs renseignements des formations proposées sur l'application *Parcoursup* (quotas de boursiers, frais de scolarité, si parcours adaptés aux sportifs, artistes, capacité de la formation, taux de surbooking, etc.). Ces trois bases sont facilement appariables entre elles grâce à la variable de l'INE (l'identifiant national étudiant) et du code de la filière d'affectation de *Parcoursup*.

La population circonscrite à partir des bases de *Parcoursup* concerne l'ensemble des candidats de terminale scolarisés en France (y.c. CNED et outre-mer) et ayant confirmé au moins un vœu sur *Parcoursup* hors formations en apprentissage. Parmi ce champ, nous nous intéressons aux candidats en études de santé (filrière PASS/LAS), c'est à dire ceux ayant confirmé un vœu en PASS, LAS ou en PACES sur la plateforme.

2. Adaptation des bases à l'étude faite pour le rapport

Les candidats aux études de santé – les données Parcoursup

Dans les bases de *Parcoursup*, trois populations nous intéressent : tous les candidats inscrits sur *Parcoursup* (environ 700 mille candidats par an), les candidats en première année d'accès santé et les candidats ayant été acceptés dans une filière PASS ou LAS, soit ceux qu'on désignera sous l'intitulé « candidats acceptés en études de santé ».

Pour cela, grâce au traitement des 3 tables de *Parcoursup*, nous créons une sous-table des vœux de santé. Cette nouvelle table regroupe tous les vœux des candidats *Parcoursup* ayant confirmés au moins un vœu en « accès santé », soit les filières PASS, LAS ou encore PACES (repérée par PASS_FORM_AFF ou LAS_FORM_AFF) lors de la phase d'inscriptions/confirmation des vœux (c'est-à-dire juste avant l'ouverture de la phase d'admission des vœux par les établissements). Nous excluons les vœux pour lesquels la situation du vœu (variable SITU_VOE) correspond aux cas suivants :

- Dossier non recevable (SITU_VOE=-93)
- Dossier non parvenu (SITU_VOE=-92)
- Vœu Non confirmé (SITU_VOE=-91)
- Vœu Non sélectionné (SITU_VOE=-90)

Néanmoins, ces vœux n'impliquent pas l'inscription dans ces filières à la rentrée scolaire.

Par ailleurs, nous concaténons toutes les tables candidats de *Parcoursup* (une ligne = 1 candidat) pour obtenir une base unique pour la période scolaire de 2018/19 à 2022/23. Nous reproduisons la même opération avec la sous-table des vœux en santé (vœux des candidats ayant au moins fait un vœu en PASS/LAS/PACES) pour la même période en ne sélectionnant que les variables qui sont pertinentes pour notre analyse.

Nous pouvons dès à présent créer notre table de travail, « df_can_med » en appariant les deux bases, précédemment concaténées, sur la variable INE. Le champ de la base « df_can_med » est donc : l'ensemble des candidats de terminale (néo-bacheliers) scolarisés en France (y compris CNED et Outre-Mer) et ayant confirmé au moins un vœu en première année d'accès santé (c'est à dire en filière PASS/LAS/PACES) lors de la phase d'inscriptions/confirmation des vœux (repérée par PASS_FORM_AFF ou LAS_FORM_AFF et Vs_conf_voe=1). Parmi ce champ, nous pouvons aussi identifier l'ensemble des candidats « acceptés en études de santé » : ceux dont la situation du vœu correspond à « formation acceptée » (repérée par SITU_VOE=6) lors de l'ouverture de la phase d'admission.

Dans cette base df_can_med, nous excluons les INE < 10000 car cela correspond à des dossiers tests et nous gardons uniquement les dossiers complets (variable de % de complétion du dossier pour les candidats).

Tableau n° 22 : effectifs des candidats et admis en accès santé sur Parcoursup

Années	Nombre de candidats Parcoursup	Nombre de candidats santé	Part des candidats en santé dans Parcoursup	Nombre candidats en PASS	Nombre candidats en LAS	Part des candidats ayant confirmé un vœu en PASS	Part des candidats ayant confirmé un vœu en LAS
2018	692 937	51 221	7 %	-	-	-	-
2019	690 533	54 874	8 %	-	-	-	-
2020	700 450	141 509	20 %	64 435	126 834	46 %	90 %
2021	694 915	130 340	19 %	66 141	117 574	51 %	90 %
2022	692 662	70 885	10 %	32 877	65 316	46 %	92 %

Source : Cour des comptes d'après les données Sise

Les étudiants inscrits en santé (postbac) – les données SISE Inscrits

Pour délimiter cette population, nous utilisons les bases SISE de 2018 à 2022, que nous complétons d'une part avec des données en Open Data (telles que la liste des métropoles, la typologie des communes par l'INSEE, ou encore la typologie des catégories socioprofessionnelles produite par la DEPP¹⁵⁸), et d'autre part avec des variables extraites des bases Parcoursup, telles que la mention au baccalauréat et le type de contrat du lycée (privé/public), grâce à la variable d'appariement de l'INE.

Nous commençons par circonscrire le périmètre pour les populations d'intérêt grâce à la variable du diplôme¹⁵⁹ : les étudiants en PACES et, à partir de 2020, les étudiants en PASS ou LAS ainsi que ceux inscrits dans les filières MMOP. Un défi majeur dans les données SISE est de gérer efficacement les doublons d'INE par an. Un doublon d'INE se produit lorsqu'un étudiant est inscrit dans plusieurs cursus pour la même année. Nous observons environ 1,8 million d'INE uniques par an, mais environ 6 % sont dupliqués chaque année, soit près de 136 000 par an. Pour éviter de supprimer à tort des inscriptions en santé et de fausser les champs, nous avons adopté différentes stratégies pour les différentes sous-populations.

¹⁵⁸ Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp).

¹⁵⁹ Grâce aux variables du *typ_dipl*, *par_typ* et *degetu*.

Dans le sous-ensemble des étudiants inscrits en PACES, nous constatons une très faible occurrence de doublons, inférieure à 0 % par an. Les rares doublons observés sont généralement dus à des inscriptions dans des formations identiques mais dans des établissements différents. Dans ces cas, la priorité est donnée à la première occurrence, car nous ne disposons pas de l'inscription effective dans l'établissement.

Pour les étudiants inscrits en LAS, nous notons environ 4 % de doublons par an, et environ 5 % dans le sous-ensemble des LAS 1. La règle est de donner la priorité, pour chaque année, à l'inscription en LAS (repérée par le code PAR_TYPE égal à 1291), puis le cas échéant, à l'inscription en LICENCE (identifiée par le code TYP_DIP égal à 'XA'). En cas d'indéterminations, nous conservons uniquement la première occurrence du doublon.

Dans le sous-ensemble des étudiants inscrits en PASS, nous observons environ 3 % de doublons par an, soit environ 800 par an. La règle appliquée est de privilégier, pour chaque année, les INE pour lesquels la variable TYP_DIPL est égale à "CV", puis en cas d'indétermination, la première occurrence est conservée.

En ce qui concerne les étudiants admis en filières MMOP, nous constatons environ 7 % de doublons par an, soit environ 8 000 par an (et environ 1 % par an pour les néo MMOP). Pour les inscriptions dans plus de deux diplômes MMOP différents par année, nous donnons la priorité au libellé du diplôme MMOP apparaissant les années suivantes. Puis, les autres types de doublons où les lignes sont identiquement doublées ou bien se différencient uniquement par le code du diplôme d'inscription, nous mélangeons aléatoirement les données et gardons uniquement la première occurrence, afin d'éviter une sur-représentation injustifiée de certains diplômes.

3. Résultats : diversification des profils

Nous étudions l'objectif de diversification des profils à travers avec les facteurs suivants :

- Facteurs géographiques relatifs à la commune d'origine de l'étudiant
- Le type de la commune de référence de l'étudiant
- Si la commune de référence est une métropole (selon la liste officielle des métropoles et le nombre d'habitants)
- Facteurs relatifs à l'étudiant :
- La CSP des parents selon les 4 modalités de la DEPP (défavorisé, assez défavorisé, favorisé, très favorisé)
- Le genre
- Le statut de boursier
- La mention au bac
- La série au bac
- Les enseignements de spécialité choisis au bac (pour le nouveau bac, dès 2021)

Un « bac spé science » correspond à un bac général (non littéraire) ayant des enseignements de spécialité dans au moins l'une des matières, considérées comme scientifiques, suivantes : Mathématiques, Physique-Chimie, Numériques et Sciences informatiques, SVT et Sciences de l'ingénieur et sciences physiques. Le second enseignement de spécialité peut être relatif aux sciences ou à n'importe quel autre domaine.

Un « bac spé SVT » correspond à un bac général (non littéraire) spécialité Sciences de la Vie et de la Terre (SVT).

La « série bac 2 spé scientifiques (après réforme) » désigne un bac général où l'étudiant suit deux enseignements de spécialité parmi les matières scientifiques.

La « série bac 1 spé scientifique (après réforme) » désigne un bac général ayant comme enseignements de spécialité suivis, seulement un qui est relatif à des matières scientifiques. Le deuxième enseignement de spécialité peut être dans des domaines tels que la géographie, le théâtre, la technologie, l'architecture ou l'économie, entre autres, c'est-à-dire des matières différentes de celles considérées comme "scientifiques"

- La majeure (si LAS) ou mineure (si PASS)
- L'université choisie
- Pour les étudiants de Parcoursup, les variables suivantes sont également analysées :
- Si l'étudiant est un néo bachelier
- Sa situation (en terminale, dans le supérieur en France ou à l'étranger, *etc.*)
- Ses enseignements de spécialités (nouveau bac)
- Type d'établissement dans lequel il est scolarisé pour le bac (lycée à classe postbac ou sans classe postbac, université, école)
- Académie du bac

4. Modèle à effets fixes pour expliquer les facteurs influençant le nombre d'étudiants admis en médecine par département

Cadre d'étude : L'analyse de régression sera utilisée pour identifier les facteurs influençant la variation du nombre d'admis dans les différents départements. Parmi les facteurs à considérer, on inclura l'appartenance régionale, la croissance démographique du département, la présence d'une UFR de santé, l'ouverture d'une Licence Accès Santé (LAS) dans le département, et la typologie du département. Cette approche nous permettra de comprendre quels éléments contribuent à l'augmentation ou à la diminution des admissions en médecine au niveau départemental.

Type d'étude : Données de panel ((i.e. ils rapportent les valeurs des variables considérées pour un ensemble d'individus sur une suite de période.) Ainsi, la série de panel considérée mesure le nombre d'admis en médecine par département de 2018 à 2022.

Période d'étude : 2018 – 2022

Population d'étude : les étudiants admis en médecine après une première année d'accès aux études santé (PACES/PASS/LAS) de 2018 à 2022 au sein dans l'enseignement supérieur en France métropolitaine.

Outils et méthode de collecte des données : Nous avons, à partir des données du MESR, collecté le nombre d'admis en médecine de 2018 à 2022 par département. Puis, à l'aide de données en libre accès (INSEE) et d'entretiens avec des organismes, nous avons conçu une base regroupant les informations relatives aux variables à l'étude.

Description des variables :

- Variable dépendante : l'augmentation du nombre d'admis en médecine par département, mais cette valeur est exprimée en proportion de la population du département. Nous faisons cet arbitrage plutôt que considérer l'augmentation en valeurs car elle permet d'internaliser le fait que les départements ont des caractéristiques démographiques différentes et qu'une augmentation de « x » admis dans le département rural comme l'Aveyron n'est pas équivalente à celle dans un département hyper urbain comme Paris. De plus, l'objectif étant ici de comprendre, tout choses égales par ailleurs, ce qui influence l'augmentation du nombre d'admis entre les départements : le nombre d'UFR, le nombre de formations LAS *etc.* nous voulons contrôler les caractéristiques intrinsèques des départements pour obtenir un résultat non biaisé.
- Variables explicatives:
 - Le code et le nom du département (variable catégorielle, effet fixe)
 - L'année (effet fixe)
 - Région associée (variable catégorielle)
 - Le département est majoritairement rural ou urbain (variable catégorielle, constant sur la période)
 - Nombre d'universités avec UFR santé dans le département (constant sur la période)
 - Nombre de filières LAS dans le département (constant sur la période)
 - La Population au 1er janvier dans le département
 - La part âgée de 0-19 ans dans le département
 - La part âgée de 20-39 ans dans le département

Choix du modèle : Nous utilisons un modèle à effets fixes (FE) qui est type de modèle approprié pour les données de panel. Le modèle s'écrit de la manière suivante avec des informations sur un ensemble de département (i) que l'on suppose observables pendant toute la période d'étude (t). L'hétérogénéité, ou effet individuel, est captée par le terme α_i qui comprend un ensemble de variables spécifiques aux départements, invariantes dans le temps, qui peuvent être observées (nombre de formations LAS, région associée, nombre d'UFR) ou non.

$$Y_{it} = \alpha_i + x_{it} + \varepsilon_{it} \text{ avec } \varepsilon_{it} \text{ i.i.d. } \sim N(0, \sigma^2).$$

Nous choisissons ce modèle au détriment d'un modèle à effets aléatoires, qui permet par ailleurs d'estimer tous les coefficients mêmes ceux des variables invariantes dans le temps, car notre échantillon est exhaustif au regard de la population qu'il concerne. Or, notons que dans ce modèle les effets individuels α_i peuvent être corrélés avec les variables explicatives x_{it} et l'estimateur *within* (i.e. l'estimateur des MCO obtenu à partir d'un modèle où les variables explicatives et expliquée sont centrées sur leur moyenne individuelle respective). Pour obtenir une estimation convergente et sans biais de la relation entre l'effet individuel et les variables explicatives, il suffit d'éliminer l'effet individuel. Cela peut se faire en utilisant des transformations linéaires du modèle original, en comparant les valeurs à deux dates différentes. Cette méthode, appelée déviation intra individuelle (*within*), consiste à différencier chaque variable par rapport à sa moyenne respective, ce qui élimine l'effet individuel et conduit à un estimateur sans biais et convergent.

Ce modèle permet d'une part de contrôler les effets non observés qui varient entre les départements mais restent constants dans le temps ; et d'autre part, il se concentre, sur les variations internes des entités, ce qui permet d'identifier les facteurs explicatifs des changements dans la variable dépendante.

Résultats :

Dans un modèle à effets fixes (« *within* ») les variables qui ne varient pas dans le temps pour chaque entité (soit chaque département dans notre cas) sont supprimées du modèle car leurs effets sont capturés par les effets fixes. Ainsi les coefficients des variables de la catégorie du département, du nombre d'UFR santé et du nombre de LAS dans le département ne sont pas estimés dans ce modèle.

Tableau n° 23 : les facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'étudiants dans les départements français (panel 2018-2022)

	Modèle à effet fixe
<i>Part des 0-19 ans dans le département</i>	4.0212 e-06 (0.8894)
<i>Part des 20-39 ans dans le département</i>	- 2.4106 e-05 (0.7206)
<i>Population du département au 1er janvier</i>	- 1.6166 e-10 (0.7924)
<i>Variables de contrôles</i>	Oui
<i>Observations</i>	480

Source : Cour des comptes, d'après les données Sise ; T statistique dans les parenthèses ; Niveau de significativité des résultats : (le plus élevé sont les ***) ; $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Le modèle ne donne rien de significatif et les variables explicatives les plus pertinentes, à savoir celles directement liées à la réforme (nombre de LAS et d'UFR santé dans le département), ne sont pas estimées. L'explication des facteurs influençant le nombre d'admis par département est donc restreinte à cause d'un manque de données disponibles variant dans le temps.

Les modèles à effets aléatoires permettent l'inclusion et l'estimation de variables constantes au sein des entités, mais n'est pas approprié pour le contexte de l'étude.

Annexe n° 15 : réussite étudiante en LAS1 en fonction des modalités d'enseignement des universités

Tableau n° 24 : réussite en LAS1 en fonction des modalités d'enseignements

	Nombre d'établissements	Dont « tout LAS »	Nombre d'étudiants	Année validée (%)	Admis MMOP (%)
<i>Nombre d'ECTS composant la mineure santé</i>					
<i>10 ECTS</i>	13	1	5 382	51	13
<i>12 ECTS</i>	8	1	3 548	51	20
<i>15 à 20 ECTS</i>	5	0	1 128	54	27
<i>Autre ou dépendant de l'UFR</i>	7	4	4 012	50	27
<i>Intégration des ECTS santé au 60 ECTS de la LAS1</i>					
<i>NON</i>	9	0	2 194	36	13
<i>OUI</i>	18	6	8 707	49	25
<i>Partiellement ou autre</i>	10	1	5 032	60	11
<i>Prise en compte de la mineure santé pour l'interclassement</i>					
<i>Autre</i>	5	0	1 311	41	15
<i>NON</i>	9	1	3 596	51	18
<i>OUI</i>	23	6	11 026	52	19

Source : Cour des comptes d'après les questionnaires adressés aux universités

Annexe n° 16 : composition des catégories d'origine sociale des étudiants

Ce rapport reprend les catégories établies par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère chargé de l'éducation et se fonde sur les professions et catégories socioprofessionnelles des parents. Lorsque les catégories des parents sont différentes, c'est la plus favorisée qui est utilisée.

Tableau n° 25 : catégories agrégées des professions et catégories socio-professionnelles

<i>Groupes socioprofessionnels</i>		<i>Catégories socioprofessionnelles</i>		<i>Catégorie DEPP</i>
<i>(8 postes dont 6 pour les actifs)</i>		<i>(42 postes dont 31 pour les actifs)</i>		
1	Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation	Assez défavorisé
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation	
		13	Agriculteurs sur grande exploitation	
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisan	Assez défavorisé
		22	Commerçant et assimilés	
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales	Très favorisé
		33	Cadres de la fonction publique	
		34	Professeurs, professions scientifiques	
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	
		37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	
4	Professions intermédiaires	42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	Favorisé
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	
		44	Clergé, religieux	
		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	
		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	
		47	Techniciens	
		48	Contremaîtres, agents de maîtrise	
5	Employés	52	Employés civils et agents de service de la fonction publique	Assez défavorisé
		53	Policiers et militaires	
		54	Employés administratifs d'entreprise	
		55	Employés de commerce	
		56	Personnels des services directs aux particuliers	
6	Ouvriers	62	Ouvriers qualifiés de type industriel	Défavorisé
		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal	
		64	Chauffeurs	

Groupes socioprofessionnels		Catégories socioprofessionnelles		Catégorie DEPP
<i>(8 postes dont 6 pour les actifs)</i>		<i>(42 postes dont 31 pour les actifs)</i>		
		65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	
		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel	
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal	
		69	Ouvriers agricoles	
7	Retraités	71	Anciens agriculteurs exploitants	
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise	
		74	Anciens cadres	Favorisé
		75	Anciennes professions intermédiaires	Assez défavorisé
		77	Anciens employés	Défavorisé
		78	Anciens ouvriers	
8	Autres personnes sans activité professionnelle	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé	Hors catégorie
		83	Militaires du contingent	
		84	Élèves, étudiants	
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)	Défavorisé
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)	

Source : Cour des comptes

Annexe n° 17 : liste des propositions d'évolution

Outre les recommandations formulées dans le rapport et rappelées dans le récapitulatif en début de publication, d'autres propositions, secondaires, apparaissent dans différentes parties du rapport et sont présentées *infra* pour plus de lisibilité sous forme de tableau.

Tableau n° 26 : synthèse des propositions secondaires d'évolution

#	Proposition	Partie
1	Réaliser un premier bilan de l'accès au master des étudiants issus d'une formation donnant accès aux études de santé (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)	I.III.A.3
2	Professionnaliser les tutorats étudiants et renforcer leurs moyens en matière d'orientation afin de favoriser la réussite et l'égalité des chances (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère de l'éducation nationale)	I.III.C
3	Développer la communication sur les métiers de la pharmacie et de la maïeutique dans le secondaire et en première année	II.III.B
4	Intégrer totalement les unités d'enseignement en santé dans les 60 ECTS nécessaires à la validation de la licence pour les LAS1 (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)	IV.II.A.2
5	Limiter les LAS dans les universités sans UFR en santé offrant un accès très réduit à MMOP (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)	IV.II.B.1.a)
6	Mettre en place un système unifié pour l'interclassement et l'intégrer aux logiciels de gestion de scolarité (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)	IV.II.B.3
7	Définir un socle commun des connaissances à l'ensemble des premiers cycles des filières MMOP (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche)	IV.II.B.3

Source : Cour des comptes