

VRS

La vie de la recherche scientifique

débats

stratégies

opinions

dossiers

actions

439

octobre - novembre - décembre

2024

Prix au numéro : 8€



QUATRE ANS DE RÉFORME DES ÉTUDES DE SANTÉ : ET APRÈS ?

ZOOM

BUDGET 2025 :
UNE MOBILISATION PARTIELLE,
TARDIVE MAIS BIENVENUE

HORS-CHAMP

SE DÉFENDRE
FACE AU TROU DE LA SÉCU

11^e CONGRÈS NATIONAL

RENNES
3-7 FÉVRIER
2025



Fédération Syndicale Unitaire



édito



Boris Gralak

Secrétaire général du SNCS-FSU

Une victoire sur l'obscurantisme et le mépris de l'éthique scientifique

Le titre de cet édito peut sembler décalé, tellement la situation s'avère dramatique pour la recherche publique et plus généralement pour les services publics et la société qui font face aux crises successives.

Dans la crise qui dure, la recherche publique et l'enseignement supérieur sont particulièrement malmenés avec des projets de budget 2025 qui ne respectent même plus les engagements budgétaires de l'État inscrits dans la loi de programmation de la recherche.

Comme si cela ne suffisait pas, le PDG du CNRS, Antoine Petit, contribue lui-aussi à chambouler la recherche publique avec l'annonce, le 12 décembre, de la politique des « *key-labs* », qui vise à sélectionner un quart des laboratoires du CNRS pour leur attribuer des moyens supplémentaires. Cela ne peut se faire qu'au détriment des trois quarts des laboratoires du CNRS qui seront, de fait, déclassés et condamnés à périliter¹...

Mais, dans cette conjoncture particulièrement inquiétante et incertaine, nous pouvons aussi nous réjouir de ce que la supercherie Raoult, dénoncée sans relâche par de nombreux scientifiques – dont celles et ceux du SNCS-FSU et du SNESUP-FSU –, ait pris fin. La publication de l'article frauduleux^{2,3,4} sur le traitement du Covid-19 par l'hydroxychloroquine, à l'origine d'un scandale scientifique et sanitaire planétaire, a enfin été rétracté par l'éditeur Elsevier^{5,6}.

Ce scandale scientifique, en dit long sur le rapport de confiance qui semble se déliter par rapport aux faits scientifiques, dans une société inondée de vérités alternatives où des décideurs, trop peu familiers de la recherche et de la démarche scientifique, font le choix et promeuvent des chercheur·e·s qu'ils écoutent et encensent. Ce que même Patrick Cohen reconnaît dans un édito particulièrement bien tourné le 18 décembre 2024⁷ sur France Inter !

Ce qui ne devrait pas être une victoire des scientifiques sur l'obscurantisme et le mépris de l'éthique scientifique (l'article aurait dû être rétracté dès les premières alertes) rappelle à quel point la science et les conditions d'exercice de la recherche sont essentielles. Cette victoire est aussi celle des valeurs que défendent le SNCS-FSU et le SNESUP-FSU pour la recherche publique, car c'est bien l'icône de la politique de l'excellence – le « GRAND SAVANT » – et des réformes néfastes menées depuis vingt ans qui sous-tendent cette politique qui en prennent un coup.

En cette fin d'année 2024 et pour la nouvelle année 2025, cette victoire doit nous encourager à persévérer dans la défense de nos valeurs pour une recherche publique libre et indépendante. Malgré le contexte de crises successives et les difficultés rencontrées par la recherche publique, nous devons plus que jamais continuer à agir pour défendre et promouvoir *la recherche publique que nous voulons*⁸.

Le SNCS-FSU et le SNESUP-FSU vous adressent tous leurs vœux de santé, de paix et de solidarité pour 2025.

¹ Communiqué du SNCS-FSU du 18 décembre 2024 : Le SNCS-FSU appelle à refuser la politique destructrice des « *key-labs* » au CNRS (<https://miniurl.be/r-5vhp>).

² *SNCS Hebdo* du 2 avril 2020 n° 5 : La démarche scientifique, la vraie (<https://sncs.fr/portfolio/la-demarche-scientifique-la-vraie/>).

³ *L'US MAG*, Le journal du syndicat national des enseignants du second degré SNES-FSU – Supplément au n°797 du 25 avril 2020 : La crise sanitaire révèle le rôle essentiel de la recherche et des scientifiques (https://www.snes.edu/IMG/pdf/797_us_mag_-_48p_snes_us_mag_797_pdf_bd_def.pdf).

⁴ *La Vie de la recherche scientifique*, n° 429, juin 2022, Zoom : L'IHU de Marseille : une histoire sans fin (<https://sncs.fr/portfolio/vrs-429/>).

⁵ *Nature*, 18 December 2024, « Controversial COVID study that promoted unproven treatment retracted after four-year saga » (<https://miniurl.be/r-5vhq>).

⁶ *International Journal of Antimicrobial Agents*, Volume 56, Issue 1, July 2020, 105949, « RETRACTED: Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial » (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300996?via%3Dihub>).

⁷ France Inter, édito politique du 18 décembre 2024 : Didier Raoult, autopsie d'un désastre (<https://miniurl.be/r-5vim>).

⁸ *La Vie de la recherche scientifique*, n° 427, décembre 2021 (<https://sncs.fr/portfolio/la-recherche-publique-que-nous-voulons/>).

sommaire

Édito 03

Une victoire sur l'obscurantisme et le mépris de l'éthique scientifique **Boris Gralak**

Actualités 05

Dossier 09

QUATRE ANS DE RÉFORME DES ÉTUDES DE SANTÉ : ET APRÈS ?

Coordonné par Hervé Christofol et Chantal Pacteau

Les réformes de la formation aux métiers de la santé **Yvon Berland 10**

Quels sont les objectifs des réformes des études de santé ? **Isabelle Richard 13**

Penser et enseigner « La santé en société »

La place des sciences humaines et sociales dans les formations de santé en France **Solène Lellinger et Christian Bonah 17**

Études de santé : un statu quo intenable ! **Florence Audier 21**

Réforme d'entrée en études de santé :

un chantier fragile pour lequel les jeunes ont de fortes attentes **Elisa Mangeolle 25**

De la PACES au dispositif PASS/LAS, une amélioration de la réussite étudiante ?

Un point de vue de la filière odontologique **Hélène Chardin 27**

Accès aux études de santé : vers une voie unique LAS ? **Marie-Bénédicte Romond 31**

Encadré : Une étude de cas du LAS - PASS : l'Université de Franche-Comté **Sylvie Bepoix 34**

Financiarisation du système de santé :

quelles conséquences sur le service public et le droit à la santé ? **Philippe Laville 35**

Zoom 39

Budget 2025 : une mobilisation partielle, tardive mais bienvenue **Hervé Christofol**

Hors-Champ 43

Se défendre face au trou de la Sécu **Nicolas Da Silva**

Syndicat national de la recherche scientifique [SNCS-FSU] Campus CNRS d'Ivry sur Seine - 27, rue Paul Bert 94200 Ivry sur Seine - Tél.: 01 49 60 40 34 - syndicat@sncs.fr - www.sncs.fr

Syndicat national de l'enseignement supérieur [SNESUP-FSU] 78, rue du Faubourg-Saint-Denis 75010 Paris - Tél.: 01 44 79 96 10. Fax : 01 42 46 26 56 - accueil@snesup.fr - www.snesup.fr

Directeur de la publication: Boris Gralak | **Rédacteurs en chef:** Hervé Christofol, Chantal Pacteau | **Comité de programmation:** Florence Audier, Yvon Berland, Sylvie Bepoix, Christian Bonah, Hélène Chardin, Hervé Christofol, Nicolas Da Silva, Boris Gralak, Philippe Laville, Solène Lellinger, Elisa Mangeolle, Chantal Pacteau, Isabelle Richard, Anne Roger, Marie-Bénédicte Romond | **Montage:** Clotilde Péan | **Couverture:** Shutterstock | **Impression et routage:** Imprimerie Compédit Beauregard. Z.I. Beauregard, BP 39, 61600 La Ferté-Macé. Tél.: 02 33 37 08 33 - www.compedit-beauregard.fr | **Régie publicitaire:** Com d'habitude publicité. 7 rue Emile Lacoste 19100 Brive-la-Gaillarde. Tél.: 05 55 24 14 03. Contact: Clotilde Poitevin-Amadiou (www.comdhabitude.fr) | **La Vie de la recherche scientifique** est publiée par le SNCS-FSU, 27, rue Paul Bert 94200 Ivry sur Seine. Tél.: 01 49 60 40 34 - sncs@cnrs.fr.

Commission paritaire: 0424 S 07016. ISSN: 0338-1889. Dépôt légal à parution.

Prix au numéro: 8€ - Abonnement annuel (4 numéros): 25€ (individuel), 50€ (institutionnel).

Les titres sont de la responsabilité de l'équipe de rédaction.



Ont participé à la rédaction des actualités : Hervé Christofol, Boris Gralak, Chantal Pacteau et Anne Roger.

MAYOTTE : SOLIDARITÉ AVEC LES HABITANT·E-S, LES ÉTUDIANT·E-S ET LES COLLÈGUES

Du 12 au 14 décembre, le cyclone tropical Chido s'abattait sur Mayotte avec des rafales enregistrées à 226 km/h et des vagues de plus de 7 mètres. Cet ouragan exceptionnel, le plus violent depuis 1934, a dévasté l'archipel et l'île de Mayotte.

Le SNESUP-FSU est en contact étroit avec les collègues en poste à l'Université de Mayotte (UMAY).

L'UMAY accueille 3 400 étudiant·e-s, 125 personnels, dont 50 enseignant·e-s-chercheur·e-s ainsi qu'une quinzaine de personnels rattachés aux organismes de recherche. Un grand nombre de ses bâtiments sont privés d'électricité et d'eau et sont impraticables. Ils devront être sécurisés avant que les activités universitaires puissent reprendre.



Source : screenshot [peopledispatch.org].

Dans l'hémisphère Sud où c'est l'été, les étudiant·e-s sont en vacances, la rentrée universitaire étant programmée le 13 janvier 2025. Sur Franceinfo le 18 décembre, Patrick Hetzel, ministre démissionnaire de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (ESR), a déclaré que « si la priorité absolue reste évidemment les besoins vitaux des Mahorais, il est crucial d'anticiper dès maintenant la reconstruction et la continuité des études pour les jeunes de l'île ». Il a ajouté qu'il sera extrêmement difficile d'organiser la rentrée et que la première phase de la procédure d'inscription de Parcoursup, qui débute le 15 janvier 2025, sera aménagée pour les lycéens car « il est impensable qu'ils soient doublement pénalisés par les épreuves qu'ils traversent actuellement ». Un accompagnement des étudiant·e-s est prévu par le CROUS.

Le 18 décembre, lors d'une réunion de crise avec l'administration – dont la direction générale des ressources humaines (DGRH) –, le cabinet du ministère de l'Éducation nationale (MEN) et l'ensemble des organisations syndicales des comités sociaux d'administration (CSA) du MEN, du MESR et de la JS, le SNESUP a relayé la parole des collègues de Mayotte sur :

- l'urgence de l'approvisionnement en eau, électricité et nourriture et le rétablissement du réseau téléphonique ;
- la nécessité de faire venir des médecins et des équipes

de soignants et de lancer une campagne de vaccination à cause des risques d'épidémie ;

- la grande colère et le sentiment d'abandon par la métropole des habitants de Mayotte, après les barrages routiers, la crise de l'eau et maintenant l'ouragan ;
- l'attente par les personnels, les élèves et les étudiant·e-s d'un recensement des différentes situations afin que l'État apporte une réponse rapide et solide

(i) sur les solutions possibles en matière d'hébergement pour celles et ceux qui n'ont plus de toit, (ii) sur la prise en charge des traumatismes psychologiques et (iii) sur l'avenir : il y a celles et ceux qui sont parti·e-s et veulent revenir ; qui veulent être rapatrié·e-s ou partir définitivement ; qui veulent annuler

leur demande de mutation vers Mayotte ou qui veulent démissionner...

- la reconstruction qui doit se faire aux normes cycloniques, climatiques etc. et doit être pensée à long terme et dans la durée et non sous la forme de préfabriqués ou de bâtiments légers ;
- la solidarité qui impose de ne pas trier les habitants en fonction de leur situation : en situation irrégulière ou non, tout le monde doit être soigné, nourri, hébergé.

Après quelques propos hors-sol de l'administration relative à la situation budgétaire difficile, aucune réponse satisfaisante n'a été apportée sur la situation des personnels ; rien sur le rapatriement, sur le recensement, l'hébergement d'urgence etc. La DGRH s'est réfugiée derrière le fait que les vols commerciaux n'ont pas encore repris pour ne pas se prononcer. Pour ce qui est de la reprise du 13 janvier, l'administration aurait différentes hypothèses qu'elle ne veut pas, pour l'instant, partager avec les organisations syndicales. Tout au plus a-t-elle évoqué le report d'une semaine...

Le SNCS-FSU et le SNESUP-FSU expriment leur solidarité avec Mayotte et apporte tout leur soutien à l'ensemble de ses habitants. Ils rappellent que la FSU se mobilise, avec Solidarité laïque, pour engager une aide rapide aux Mahorais¹.

¹ <https://fsu.fr/solidarite-avec-les-habitant-es-de-mayotte/>

L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE EN OUTRE-MER-MAYOTTE¹

Depuis le 1^{er} janvier 2024, l'« Université de Mayotte » (UMAY) est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP). Il accueille désormais plus de deux mille étudiants, soit plus de la moitié de ceux du territoire, par rapport à six cents au moment de sa création en 2011. Dans ce département de 310 000 habitants, le plus jeune de France (60 % de la population a moins de 24 ans), la population a presque doublé en vingt ans et l'Insee prévoit qu'elle pourrait compter entre 440 000 et 760 000 habitants en 2050. Cette croissance suscite des tensions importantes sur les capacités d'accueil, notamment des structures d'enseignement.

S'agissant des enseignants chercheurs, la composition des effectifs est très particulière au niveau des statuts, avec très peu de professeurs (4,2 % contre 30,7 % en moyenne nationale) et beaucoup d'enseignants du second degré (39,6 % contre 18,8 % en moyenne nationale). Cette proportion s'explique notamment par la volonté de s'appuyer sur le vivier local d'enseignants issus du second degré et par l'importance du département des sciences de l'éducation de l'établissement. L'UMAY se singularise également par une proportion plus importante d'enseignants contractuels par rapport à la moyenne nationale.

L'UMAY est installée sur un site unique de 2,3 hectares, qui se compose de six bâtiments. La surface utile brute n'a pas augmenté sous la période de revue mais, entre 2012 et 2018, de nouvelles constructions ont été

¹ « L'enseignement supérieur et la recherche en Outre-mer-Mayotte », Exercices 2018-2024. Rapport public thématique, novembre 2024. <https://miniurl.be/r-5vh4>

« IL EST DE NOTRE RESPONSABILITÉ DE RÉSISTER AUX PRESSIONS DES LOBBYS »

Après qu'un groupe d'agriculteurs, liés à la FNSEA, a muré, le 28 novembre, l'entrée de l'Inrae à Paris, au prétexte du « mur de contraintes » élevé face aux agriculteurs (métaphore des régulations environnementales), un collectif rappelle, dans une tribune au *Monde*, que les secteurs agricole et alimentaire contribuent fortement au changement climatique et à la dégradation des écosystèmes et que les agriculteurs en sont les premières victimes. Des transitions radicales sont nécessaires et la recherche doit rester indépendante pour faire face aux enjeux du XXI^e siècle.

<https://miniurl.be/r-5vhc>



Le centre universitaire (Dembéni, Mayotte).
© flickr - Jean-Pierre Dalbéra.

réalisées (1 300 m²) pour faire face aux besoins croissants d'espace. Elle s'élève ainsi aujourd'hui à près de 4 000 m². Des travaux d'amélioration du bâti, de conformité, de mise en sûreté et d'accessibilité sont nécessaires. Dans un contexte de locaux saturés, les conséquences des projets immobiliers visant à y remédier sont insuffisamment anticipées et les financements associés ne sont pas sécurisés.

Après la catastrophe du cyclone Chido, la recommandation de la Cour de « *procéder à la cession du bâti à l'Université de Mayotte conformément aux engagements prévus par le contrat de convergence et de transformation 2019-2022 (ministère des Outre-mer, conseil départemental et Université de Mayotte ; fin 2024)* » apparaît bel et bien pour le moins inappropriée à la gestion d'un service public pour lequel l'État et les collectivités locales doivent assurer l'intégralité du financement et de la maintenance.

A NE PAS MANQUER



Le mensuel du SNESUP
N° 729
décembre 2024-janvier 2025
« Bonne année ! Bonne santé ? »

<https://miniurl.be/r-5vh5>

FONCTION PUBLIQUE : MOBILISATION RÉUSSIE LE 5 DÉCEMBRE 2024

Plus de 200 000 personnes se sont mobilisées sur tout le territoire dans plus de 180 manifestations, rassemblements, grèves... Cette journée a permis aux personnels de la Fonction publique d'exprimer leur refus très majoritaire :

- de l'allongement du délai de carence à trois jours ;
- de la diminution de l'indemnisation des jours d'arrêt maladie ;
- du non-versement de la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA) en 2024.

Ces trois projets de mesures, portés par le ministre démissionnaire Guillaume Kasbarian doivent, en conséquence, être abandonnés.

Il appartiendra au futur gouvernement d'ouvrir les chantiers indispensables relatifs à l'attractivité de la Fonction publique et à la fidélisation de ses personnels (rémunérations, parcours de carrière et conditions de travail en prio-

rité). La seule méthode qui devra prévaloir est celle du dialogue social, notamment celle de la négociation collective.

Les organisations syndicales demandent aux parlementaires et au futur gouvernement de construire une loi de Finances pour 2025 prévoyant des moyens :

- à la hauteur des missions de services publics ;
- permettant des créations d'emplois partout où c'est nécessaire et ouvrant la possibilité d'un plan de titularisation et de résorption de l'emploi contractuel ;
- des mesures salariales générales, bénéficiant à l'ensemble des agents, titulaires et contractuels ;
- la refonte des grilles indiciaires ;
- le renforcement des politiques d'égalité salariale et professionnelle entre les femmes et les hommes.

Les organisations restent en contact étroit pour porter les revendications exprimées massivement lors de cette journée.

LE SNCS-FSU ET LE SNESUP-FSU APPELLENT À REFUSER LA POLITIQUE DESTRUCTRICE DES « KEY-LABS »

Dans le contrat d'objectifs, de moyens et de performance (COMP) du CNRS pour la période 2024-2028, adopté le 20 décembre 2024 par le conseil d'administration (CA) du CNRS, il est écrit que « *le CNRS se propose de mettre en valeur, parmi les laboratoires dont il assure la tutelle, les plus remarquables d'entre eux, ceux qui sont réellement 'de rang mondial'* » pour lesquels « *Naturellement, l'implication du CNRS serait plus forte, et plus pérenne, dans ces laboratoires* ». Cette proposition a été éclaircie par le Président-directeur général du CNRS, Antoine Petit, lors de la Convention CNRS des directeurs et directrices des laboratoires qui a eu lieu le 12 décembre 2024 : il s'agira de concentrer plus de moyens sur environ un quart des unités de recherche, les « *key-labs* ». Ces laboratoires seraient d'envergure internationale, choisis par la direction du CNRS sur des critères de sélection inconnus. Alors que seule l'évaluation par des pairs majoritairement élus devrait conduire la politique scientifique de l'établissement, des listes d'heureux élus circulent déjà dans certaines communautés, marginalisant ainsi les instances scientifiques et l'évaluation par les pairs dans les décisions de la direction du CNRS.

Le SNCS-FSU a appelé à refuser cette politique destructrice des « *key-labs* »¹ dans son communiqué du 18 décembre 2024 et, au CA du CNRS du 20 décembre 2024, ses élu·e·s ont voté contre le COMP du CNRS qui inscrit cette politique dans le contrat liant

le CNRS à l'État. Quant à France Universités, son Assemblée générale du 19 décembre 2024 demandait un moratoire sur cette mesure des « *key-labs* ».

En concentrant les moyens, qui sont essentiellement les personnels ingénieurs, techniciens et chercheurs permanents, un des objectifs affichés par la direction du CNRS est de réduire, à terme, le nombre de laboratoires du CNRS. Les laboratoires qui ne seront pas « choisis » bénéficieront de moins de recrutements par le CNRS, voire plus du tout. Ces laboratoires périliteront avec les départs des personnels en retraite ou en mobilité vers des laboratoires que le label « *key-lab* » aura survalorisés.

Le CNRS est un outil extraordinaire de la recherche française, auxquels ses agents et les personnels de la recherche publique sont attachés, avec beaucoup d'estime et non sans raison. Distinguer un quart de ses laboratoires revient à déclasser les trois quarts restants et, à travers eux, leurs personnels. Concentrer les moyens pour des raisons à la fois structurelles et conjoncturelles de déficience budgétaire fait entrer l'organisme dans un processus délétère qui ne peut que conduire à l'affaiblissement du CNRS et à son délitement progressif.

Le SNCS-FSU et le SNESUP-FSU appellent les personnels et les directrices et directeurs d'unité du CNRS à réagir, par tous les moyens (assemblées générales, pétitions...), pour refuser cette politique destructrice à long terme de la recherche publique.

¹ Communiqué du SNCS-FSU du 18 décembre 2024 – Le SNCS-FSU appelle à refuser la politique destructrice des « *key-labs* » au CNRS.
<https://sncs.fr/2024/12/18/refuser-la-politique-destructrice-des-key-labs-au-cnrs/>



Le rapport de cette année de *Scholars at Risk* montre comment les attaques contre la communauté académique se répandent et se produisent n'importe où, dans les sociétés fermées et autoritaires, mais aussi dans les sociétés plus ouvertes et démocratiques. Il détaille la destruction des systèmes d'enseignement supérieur dans le cadre de conflits armés, notamment dans le territoire palestinien occupé, au Soudan, en Ukraine et au Myanmar. Il rapporte comment le pouvoir dans les États autoritaires arrête et détient des universitaires en représailles à l'expression d'opinions dissidentes, tandis qu'à

travers le monde, des dirigeants d'université – souvent sous la pression extérieure – licencient ou pénalisent des enseignants et chercheurs pour leurs travaux sur des sujets sensibles. Il dénonce les violences et arrestations massives de la police lors des manifestations d'étudiants, pour la plupart pacifiques, entre autres aux États-Unis, en Allemagne, aux Pays-Bas ou encore en Inde. Il montre aussi comment les idéologies dominantes de l'État sont promues à l'université. Cela va de l'effacement par les Talibans de la littérature « anti-islamique » en Afghanistan à l'exigence de l'Académie chinoise des sciences que les universités adhèrent au Comité central du Parti communiste, en passant par les lois des États américains qui bannissent la diversité, l'équité et l'inclusion des programmes d'études et des programmes universitaires.

<https://miniurl.be/r-5vhd>

LES CLIMATOLOGUES SE PRÉPARENT À L'ARRIVÉE DE TRUMP 2

Dans la *Nature*¹ du 18 décembre, il est rappelé qu'au cours de son premier mandat, Donald Trump avait nommé des fonctionnaires qui ont restreint les discussions sur la science du climat dans les agences fédérales et tenté de renverser le consensus scientifique sur le changement climatique. Bien que l'on ne sache pas encore ce qu'il sera en mesure de réaliser au cours de son second mandat, D. Trump a engagé de nombreuses personnes associées à un projet politique conservateur connu sous le nom de *Projet 2025*, qui prévoit de mettre fin au leadership des États-Unis en matière d'efforts climatiques à l'échelle mondiale.

¹ Alexandra Witze, « Dread and determination: how climate scientists are preparing for Trump 2.0 », <https://miniurl.be/r-5vhd>

Il recommande notamment de démanteler la *National Oceanic and Atmospheric Administration* (NOAA), qui fournit des prévisions météorologiques et une surveillance cruciale du climat, et de réduire le pouvoir réglementaire de l'Agence américaine de protection de l'environnement (EPA). Il a déclaré qu'il faciliterait le licenciement des fonctionnaires fédéraux peu après son entrée en fonction.

Lors d'une réunion de l'*American Geophysical Union* (AGU) à Washington DC (9-13 décembre), certains des 30 000 participants ont exprimé leur détermination à relever le défi, que ce soit par l'activisme ou en améliorant leur communication publique sur la crise climatique.

NOMINATION DE ROBERT F. KENNEDY JR., MILITANT ANTIVACCIN, COMME MINISTRE DE LA SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS

Soixante-dix-sept Prix Nobel ont écrit, le 9 décembre, une lettre aux sénateurs américains pour qu'ils ne valident pas sa nomination. Ils dénoncent un choix qui pose un « *risque pour la santé publique* ». Ancien membre du Parti démocrate, avocat spécialisé dans le droit de l'environnement,

R.F. Kennedy réclame l'arrêt de l'ajout de fluor dans l'eau courante et s'oppose à de nombreux vaccins. Il est président et fondateur de *Children's Health Defense*, un groupe antivaccin qui s'est illustré par sa désinformation sur le vaccin contre le Covid-19.

LES CHERCHEURS CRAIGNENT L'EFFONDREMENT DE LA SCIENCE EN ARGENTINE

Un an après le début de la présidence de Javier Milei, pour qui les scientifiques sont des canailles, les coupes budgétaires ont frappé la science de plein fouet. L'Agence nationale pour la promotion de la recherche, du développement technologique et de l'innovation, qui est le principal bailleur de fonds des projets de recherche en Argentine, a pratiquement interrompu ses travaux, bien que 85 % de ses fonds proviennent d'agences internationales. Les scienti-

fiques quittent le pays en raison de ces coupes budgétaires importantes et des pressions qu'ils subissent...

À l'occasion de leurs échanges sur les négociations climatiques – tous deux sont climato-dénialistes –, D. Trump et J. Milei, se sont exprimé leur admiration mutuelle.

Martin De Ambrosio & Fermín Koop, 12.9.2024. "There will be nothing left: researchers fear collapse of science in Argentina". *Nature*. Lien: <https://doi.org/10.1038/d41586-024-03994-y>

Hervé Christofol
Chantal Pacteau

Quatre ans de réforme des études de santé : et après ?

Le système de santé français et l'accès aux soins de demain dépendent de la formation et de la réussite étudiantes. C'est pourquoi une réforme historique d'entrée en études de santé a été lancée il y a quatre ans. Elle a été mise en œuvre de façon à la fois précipitée et disparate dans les différentes universités sur le territoire français. En effet, l'autonomie des universités n'a pas permis au ministère en charge de l'enseignement supérieur d'imposer à chaque établissement de remplacer la première année d'accès aux études de santé (PACES) par des licences avec une voie d'accès aux études de santé (LAS) ou par le parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou par un mix des deux – les surcoûts étant substantiels et les taux d'encadrement très différents.

Faute de passerelles, feu la PACES était un vrai gâchis humain, un système très compétitif et élitiste, sélectionnant les étudiants davantage sur leur capacité de travail et leur milieu socio-culturel que sur leurs compétences et leur motivation pour les études de santé. Outre l'augmentation du taux de réussite des parcours étudiants, la diversification des profils de soignants était également un résultat fortement attendu par les initiateurs de la réforme.

En deuxième cycle, l'augmentation du nombre d'étudiants a nécessité une diversification des lieux de stage dans des hôpitaux non universitaires. Une autre innovation intéressante a été l'introduction – pour l'accès au troisième cycle – des examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) qui permet d'évaluer les étudiants, dans des situations cliniques types, sur leurs compétences pratiques et situées et non plus sur leurs seules connaissances.

Pour esquisser un bilan des réformes des études en santé, nous avons rassemblé les témoignages et analyses de ses initiateurs, Isabelle Richard et Yvon Berland. Solène Lellinger et Christian Bonah, au titre du Collège des humanités, discutent de l'introduction – très tardive en France – d'un enseignement structuré de sciences humaines et sociales dans les formations de santé qui donnent des outils aux étudiants pour aiguïser leur réflexivité et leur pensée critique.

Le constat des lacunes et problèmes majeurs soulevés par la réforme (prévus dès son lancement) est exposé dans la présentation que fait Florence Audier du bilan du rapport de la Cour des comptes sorti début décembre. Du côté des organisations étudiantes en santé, qui ont produit plusieurs rapports à ce sujet, ce constat – discuté dans l'article d'Elisa Mangeolle – est en partie semblable. Le nouveau dispositif est trop complexe et illisible. Mais les propositions ne le sont pas... Les organisations étudiantes sont fermement opposées à toute réforme mettant fin à une voie commune, ce que préconise la Cour des comptes. Enfin, Marie-Bénédicte Romon, Sylvie Bepoix et Hélène Chardin rendent compte de la mise en œuvre de la réforme du premier cycle PASS/LAS au niveau des établissements et des filières.

Pour conclure ce dossier, la parole est donnée à Philippe Laville, qui fait l'état des lieux sur l'accélération de la financiarisation du système de santé qui, toujours plus, détériore le système de santé et restreint son accès. Ne serait-il pas temps, demande-t-il, que les services de santé deviennent des « institutions du commun » dans le cadre d'une démocratie sanitaire rénovée ? La formation des professionnels de santé ne pourrait-elle pas y contribuer ?

Les réformes de la formation aux métiers de la santé

Yvon Berland, ancien président d'Aix-Marseille Université est actuellement le conseiller santé de France Université. Il nous présente les différentes réformes en cours dans les études de santé des filières médicales et paramédicales, les enjeux de leur coordination et la nécessité de penser l'adéquation de ces formations avec le modèle d'offre de soins que souhaite notre pays, à ce jour encore mal défini.

Yvon Berland
Professeur de médecine émérite
Aix-Marseille Université

Au cours des dernières années, des réformes sont intervenues dans les études de santé, certaines dans le but d'augmenter le nombre de professionnels et, singulièrement, le nombre de médecins, d'autres pour donner une diplomation universitaire aux professions paramédicales. Mais ces différentes réformes sont menées en parallèle sans que l'on perçoive très bien les objectifs à atteindre pour le système de santé français. Avant que d'aborder les réformes – entrée dans les études de santé, réformes du deuxième cycle des études médicales, universitarisation des professions paramédicales – il m'est apparu utile de rappeler les difficultés d'accès aux soins que nous rencontrons aujourd'hui et leurs causes.

LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

L'accès aux soins est actuellement difficile dans un nombre croissant de territoires en France. Il existe à cela des raisons bien identifiées depuis déjà plusieurs années. Ainsi, voyant se profiler ces difficultés, le ministre de la Santé Jean-François Mattei¹ me confiait, en 2002, un rapport sur « *la démographie des professions de santé*² ».

¹ Professeur de pédiatrie et de génétique médicale, Jean-François Mattei a été Ministre de la Santé de 2002 à 2004.

² Mission « Démographie des professions de santé ». Rapport présenté par le Pr. Yvon Berland, novembre 2002. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/024000643.pdf>

Ce rapport, à partir de constats, faisait dix propositions. J'en citerai trois :

- aller vers une augmentation progressive et raisonnée des différents *numerus clausus* des professions médicales et pharmaceutiques, avec notamment un relèvement progressif, jusqu'à 8 000 en 2007, du *numerus clausus* des études de médecine ;
- redéfinir les métiers de la santé, la création de passerelles professionnelles, la mise en place du partage de tâches... pour permettre aux professions paramédicales d'accéder à d'autres corps de métier, comme des métiers à créer dans le cadre de masters auxquels les médecins pourraient déléguer une partie de leur activité ;
- prévoir la formation des métiers de la santé dans le cadre universitaire... Ainsi une infirmière, après l'accès à trois ans d'une licence professionnelle en soins infirmiers pourrait, au terme de deux années de formation théorique et pratique, accéder à un master qui lui donnerait une compétence spécifique. Au-delà du master, cette formation universitaire pourrait tout naturellement autoriser l'accès à une thèse.

Alors que ces propositions ont été faites en 2002, le constat est que le *numerus clausus* des études médicales porté à 8 000 n'a été atteint

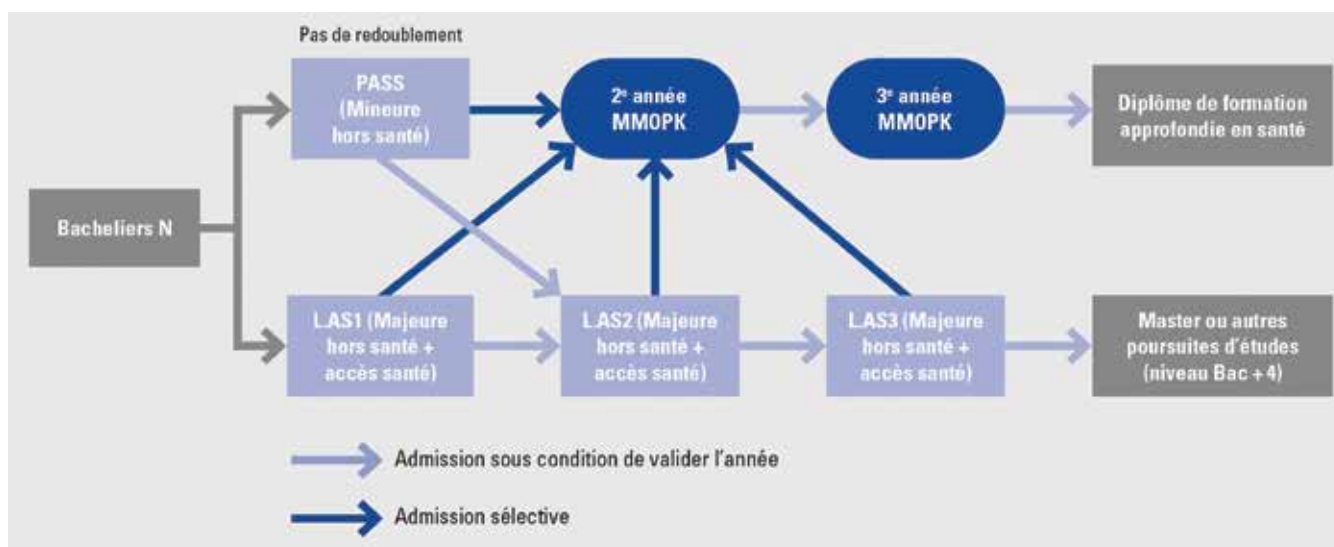
qu'en 2017 – et non en 2007 – et que les métiers intermédiaires, tels que les pratiques avancées de niveau master, n'ont été inscrits dans la loi qu'en 2016, les décrets d'application pour les infirmières de pratiques avancées ne sont parus qu'en 2018.

On peut ajouter à cela que la démographie des médecins, notamment, a trop reposé sur une approche quantitative en considérant qu'un départ devait être compensé par une arrivée alors qu'il aurait été plus pertinent de considérer le temps médical consacré au patient dans une période d'évolution sociétale où les plus jeunes souhaitent mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle que ce qui a été le cas pour leurs aînés.

LES RÉFORMES DES ÉTUDES DE SANTÉ

La réforme d'entrée dans les études de santé

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a modifié l'accès au premier cycle de formation de santé médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie (MMOP) en supprimant, à la rentrée 2020, la première année commune aux études de santé (PACES) et les *numerus clausus*.



Parcours en études de santé.

Source : Note d'information du SIES - <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/ni-sies-2023-08-30678.pdf>

L'accès aux études de santé peut désormais se faire par trois voies :

- le parcours avec accès spécifique santé (PASS), dirigé par la composante santé de l'université, avec une formation majeure santé et une mineure hors santé proposée par l'université ;
- la licence avec option santé (LAS), dirigée par une composante hors santé de l'université, avec une formation majeure disciplinaire hors santé et une mineure santé ;
- des passerelles depuis certaines formations donnant accès au titre de diplôme d'État d'auxiliaire médical (voie très minoritaire par rapport aux deux précédentes).

Cette réforme avait deux objectifs prioritaires :

- augmenter, au travers d'un *numerus apertus*, les effectifs des professionnels de santé et singulièrement des médecins ;
- diversifier le profil des étudiants jusque-là focalisé sur des bacs scientifiques avec mention bien ou très bien.

Après quatre ans, le bilan qui est fait de cette réforme est relativement partagé :

- une réforme difficile à comprendre pour les lycéens, les étudiants et les familles ;
- une réforme complexe à mettre en

œuvre qui a souffert d'un manque de préparation, notamment sans attendre les retours des expérimentations qui avaient été lancées et une sous-évaluation des moyens humains et matériels nécessaires ;

- une grande hétérogénéité de mise en place de cette réforme d'une université à une autre ;
- un échec de l'objectif de diversification des profils ;
- des places non pourvues en pharmacie et maïeutique en grand nombre.

On peut souligner que les universités se sont pleinement investies dans cette réforme pour le moins complexe.

Quatre ans après sa mise en place, le Sénat a demandé un rapport d'évaluation de cette réforme de l'accès aux études de santé à la Cour des Comptes. Les conclusions devraient être connues d'ici à la fin de l'année. Il apparaît à présent évident de simplifier la réforme afin qu'elle soit plus compréhensible pour nos concitoyens, plus lisible pour les lycéens et les étudiants et moins « pénalisante » pour la filière pharmacie.

La réforme du deuxième cycle des études médicales

La réforme du deuxième cycle des

études de médecine a été pensée pour améliorer la formation universitaire jugée trop stéréotypée et manquant d'accompagnement à l'orientation et d'occasions de découvrir les types d'exercice et les spécialités.

Elle vise aussi à valoriser le parcours de l'étudiant au cours de son deuxième cycle (aptitudes acquises, réflexion sur la construction de son orientation et son projet professionnel...), pour lui permettre un choix de spécialité en accord avec ses souhaits et, *in fine*, un exercice mieux préparé et moins aléatoire.

Le changement majeur est le remplacement des anciennes épreuves nationales classantes (ECN) par deux types d'épreuves nationales : les épreuves dématérialisées d'évaluation des connaissances (ED), comptant pour 60 % de la note finale, et les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS), pour évaluer les compétences et le savoir être face au patient, comptant pour 30 % de la note. Vient s'ajouter la valorisation du parcours de l'étudiant (10 % de la note).

A l'issue de cette première année de mise en œuvre, le constat est une bonne complémentarité entre les

ED qui évaluent les connaissances et les ECOS qui témoignent des compétences acquises.

Ceci étant, cette réforme demande une forte mobilisation des ressources humaines, une organisation qui est lourde. Il s'agit de s'assurer que l'ensemble des contraintes résistent au temps.

L'universitarisation des professions paramédicales

Depuis les années 2009-2010, notre pays s'est lancé dans un processus d'universitarisation des professions paramédicales, processus conférant le grade de licence ou de master. Comme je l'avais mentionné dans mon rapport de 2002, cette évolution est essentielle à la fois pour valoriser les compétences des professions paramédicales mais aussi pour leur donner des perspectives de carrière dans le soin par une diplomation universitaire. Dans un premier temps, ce processus, tout en impliquant l'université partiellement, n'a pas conduit à un diplôme universitaire signé par les présidents d'université mais seulement à une reconnaissance d'un grade universitaire. Dans le cadre de la mission d'accompagnement de l'universitarisation des formations paramédicales pilotée par la Pr Christine Ammirati, un travail a été conduit en 2023 en vue de l'accréditation par les universités à délivrer le diplôme d'infirmière de bloc opératoire (IBODE) de niveau master. Cette mission interministérielle poursuit ses travaux dans le cadre de l'universitarisation de la formation des infirmières (IDE) qui devrait prendre effet à la rentrée 2025 ou 2026. Dans le cadre de ces travaux impliquant notamment instituts de formation, régions, universités, l'universitarisation est pédagogique même si certains sites souhaitent aller vers une universitarisation organique.

Les infirmières de pratiques avancées (IPA) sont formées à l'université depuis 2018 avec une reconnaissance par un diplôme de master.

Par ailleurs, avec la création au sein du Conseil national des universités d'une section pour les sciences de la rééducation et de la réadaptation et d'une section pour les sciences infirmières, il est possible à présent, pour les personnels paramédicaux, d'accéder à des fonctions de maître de conférence ou de professeur après l'obtention d'une thèse d'université. Ce sont actuellement des fonctions mono-appartenantes qui devraient évoluer rapidement vers des fonctions bi-appartenantes universitaires et soins.

LES AUTRES RÉFORMES

Pour le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, une quatrième année a été introduite. Cette année dite « *de consolidation* » doit se passer préférentiellement dans des territoires à faible densité médicale. Les étudiants seront des « docteurs juniors », titulaires d'une thèse d'exercice et exerçant en autonomie sous la supervision d'un praticien maître de stage agréé par l'université. Elle doit débiter en novembre 2026. Il faudra être attentif à ce que cette quatrième année soit une véritable année de formation avec un bon accompagnement et non pas une mesure dont la seule intention serait de palier aux déserts médicaux.

Pour ce qui est des études de maïeutique, la loi du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation des sages-femmes introduit une sixième année de formation au terme de laquelle sera délivré le titre de docteur en maïeutique. Cette réforme doit faciliter l'accès à la recherche et contribuer à constituer un vivier d'enseignants chercheurs avec une double appartenance académique et soins.

L'URGENCE D'UNE RÉFLEXION SUR LE MODÈLE D'OFFRE DE SOINS

Ces dernières années ont été marquées par des réformes pour l'accès aux professions de santé : accès aux études MMOP, réforme du deuxième cycle des études médicales, processus d'universitarisation des professions paramédicales. Peu de place a été réservée à l'évolution des métiers de prévention et de soins avec l'avènement du numérique et de l'intelligence artificielle. Cette approche devra rapidement s'imposer. Par ailleurs, avec le souhait d'augmenter fortement le nombre de médecins, il faudra rester attentif à conserver une formation de qualité permettant à ces médecins d'avoir un socle de connaissances pour s'adapter aux progrès à venir.

Mais ce qui me paraît le plus inquiétant c'est l'absence de réflexion et de décision concernant le modèle d'offre de soins que souhaite notre pays. On veut former beaucoup de médecins (16 000 en 2027), on veut former des professions paramédicales avec des compétences leur permettant d'avoir des activités jusqu'à présent réservées aux médecins, mais quelle perspective démographique pour ces professions dans quinze à vingt ans ? En définitive, veut-on un système « tout médecin » et, dans ce cas, il faudra effectivement former beaucoup de médecins, ou veut-on plus de collaboration entre les différentes professions de santé, notamment entre médecins et professions paramédicales pour une intervention graduée des compétences, ce que personnellement je conseillerais. Cette réflexion sur le modèle de l'offre de soins que notre pays souhaite est à présent une urgence pour définir les professionnels à former, lesquels et combien.

Quels sont les objectifs des réformes des études de santé ?

En tant qu'ancienne doyenne de la faculté de santé de l'université d'Angers puis conseillère en charge des questions de santé auprès de la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation entre 2017 et 2019, Isabelle Richard est à l'origine de l'expérimentation d'alternatives à la première année d'accès commune aux études de santé (PACES) au sein de l'université d'Angers puis au déploiement de ces alternatives au niveau national. Dans cet article, elle retrace la genèse et les objectifs des réformes des études de santé ainsi que les contraintes prises en compte lors de leur mise en œuvre.

Isabelle Richard

PUPH de médecine physique et de réadaptation
Directrice de l'École des hautes études de santé publique

La majorité des pays du monde sont confrontés à des difficultés concernant les ressources humaines pour le système de santé. Les difficultés sont de trois ordres : quantitatives – un déficit du nombre de professionnels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 18 millions en 2030¹ –, mais aussi qualitatives, liées aux préférences d'activité des professionnels en faveur des activités techniques dans les zones urbaines et aux priorités permettant d'améliorer les indicateurs de santé d'une population qui dépendent d'abord de la capacité à assurer des soins de santé primaire pour toutes et tous².

Face à ces difficultés, certaines solutions relèvent d'une modification des systèmes de formation et associent un ensemble de stratégies :

- augmenter le nombre de professionnels formés, objectif commun

de tous les systèmes quel que soit le niveau de revenu des pays ;

- diversifier les types de professionnels formés en créant de nouveaux métiers (ce point est détaillé dans l'article d'Yvon Berland dans ce numéro) ;
- modifier les préférences d'exercice des professionnels en diversifiant le recrutement des étudiants en santé, en jouant sur la distribution géographique des formations ou encore en transformant le contenu des formations.

Au regard de l'objectif prioritaire de mieux répartir les professionnels sur le territoire et de lutter contre les « déserts de soins », l'Organisation mondiale de la santé a émis, dès 2010, un ensemble de recommandations, basées sur une revue de la littérature³. Parmi les mesures « *fortement recommandées* », on retrouve

le recrutement d'étudiants en provenance des zones sous-denses, la localisation dans ces zones de structures de formation, l'acquisition au cours de la formation d'une expérience clinique dans ces environnements et l'inclusion de contenus de formation concernant les besoins des populations qui y résident.

Ces objectifs d'augmentation du nombre de professionnels de santé, de développement de nouveaux métiers et de modifications des préférences en matière de type et de lieu d'activité constituent la matrice d'évaluation de la pertinence des évolutions récentes des études de santé. La réforme de l'entrée dans les études de médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie et kinésithérapie mise en œuvre en 2020⁴ a cherché à construire un compromis entre ces demandes sociales et ces objectifs. Les réformes sociales, nombreuses depuis cinq ans, sont détaillées

¹ Organisation mondiale de la santé, 2016. *S'engager pour la santé et la croissance : investir dans le personnel de santé*. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique. <https://miniurl.be/r-5u3e>

² Isabelle Richard et Jean-Paul Saint-André. *Futurs médecins et besoins publics : une faille*. *Le Monde*, 21 septembre 2005.

³ Organisation mondiale de la santé, 2010. *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. Recommandations pour une politique mondiale*. <https://miniurl.be/r-5u3f>

Lien pour accéder au résumé de la mise à jour de ces recommandations : <https://miniurl.be/r-5u3g>

⁴ L'auteur de ces lignes a un lien d'intérêt direct, ayant participé à la rédaction des textes réglementaires lors de son activité de conseillère au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

lées dans l'article d'Yvon Berland ; nous proposons ici de les envisager dans ce cadre d'analyse et non pour chaque filière d'études.

LA SUPPRESSION DU NUMERUS CLAUSUS

Les capacités de formation ont été augmentées dans la majorité des filières de formation. Pour les médecins, la mesure emblématique de « suppression du numerus clausus » associe deux décisions : celle d'augmenter le nombre d'étudiants (ce qui aurait été possible avec un *numerus clausus* augmenté et avait été proposé par certains acteurs depuis plusieurs années) et celle de déconcentrer les décisions dans un dialogue entre les universités et les agences régionales de santé, dans l'espoir que ce processus serait plus favorable à des décisions adaptées.

Pour les étudiants en soins infirmiers, l'augmentation du nombre de places a été associée à une suppression du concours d'entrée au profit d'un recrutement par la voie de la plateforme Parcoursup. Les coûts liés aux concours ont été ainsi réduits pour les étudiants qui effectuaient auparavant un tour de France des établissements ; et l'on a pu sortir d'une situation où certaines places restaient vacantes, alors même que des candidats avaient été refusés, faute d'un système de report des zones géographiques les plus demandées vers d'autres⁵.

Après un nadir à 3 500 à la fin des années 1990, le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine est actuellement de 11 000. Le nombre d'étudiants en sciences infirmières, qui était à un niveau stable d'environ 30 000 entre 2010 et 2019, est actuellement d'environ 36 000.

⁵ Stéphane Le Bouler, Emmanuel Touzé et Florence Girard, 2022. Parcoursup IFSI : pour rétablir quelques vérités. <https://miniurl.be/r-5u3i>

Concernant le cursus médical, la « suppression » du *numerus clausus* a été combinée avec une réforme importante des modalités d'admission dans les études, qui a créé trois voies d'accès. Ici, les comparaisons internationales sont intéressantes. Partout dans le monde, les études médicales sont attractives et l'admission dans les études est sélective. Cette sélection en entrée de cursus s'explique en partie par le caractère tubulaire du cursus. Pour des raisons qui ont à voir avec la nature des connaissances et compétences, mais aussi avec une très forte identité professionnelle, les études de santé ne sont nullement organisées selon des modalités de sélection progressive, avec des métiers de sortie différents au niveau licence, master et doctorat. Pour autant, la sélection n'intervient pas toujours au même niveau, ni de la même façon. Les deux principaux modèles sont des admissions après des études secondaires (*undergraduate entry*) pour un cursus long – c'est le modèle majoritaire en Europe et en Afrique –, ou après un premier cycle autre, le plus souvent scientifique (*graduate entry*), modèle majoritaire outre-atlantique. Concernant les critères d'admission, ils associent une mesure des connaissances, lors d'un examen spécifique ou à partir du dossier de l'étudiant, et, dans de nombreux systèmes, des entretiens, notamment des mini entretiens multiples développés par les universités canadiennes. Les oraux introduits en France en 2020 sont une adaptation de cette technique des mini entretiens.

FEU LA PACES

Le dispositif pré-existant de la première année d'accès commune aux études de santé (PACES) avait de nombreuses limites. Tout d'abord, il conduisait à une proportion élevée d'échecs secs, le plus souvent après un redouble-

ment, alors même que les étudiants concernés étaient le plus souvent des lycéens ayant des chances élevées de réussite dans l'enseignement supérieur⁶. Les universités, le ministère de l'enseignement supérieur et la société civile étaient très sensibles à ce point, mais le monde de la santé, portant par construction la voix des lauréats du système, l'était moins.

Ensuite, le grand nombre d'étudiants, la faiblesse des moyens attribués à la PACES mais aussi les traditions pédagogiques conduisaient à un enseignement purement transmissif, en très grand groupe, et à un bachotage dont l'absence de pertinence apparaissait nettement. Un consensus assez large existait pour décrire, parfois dans des termes excessifs, une « boucherie pédagogique ». Les méthodes d'évaluation utilisées pour le concours de fin de PACES étaient exclusivement focalisées sur la faisabilité, la reproductibilité et la lutte contre les recours, au détriment de la pertinence pédagogique et des critères de sélection, et comprenaient presque exclusivement des questionnaires à choix multiples (QCMs).

Miroir grossissant des inégalités sociales dans l'enseignement supérieur, les études, notamment de médecine, recrutent majoritairement des étudiants urbains de milieu aisé ce qui, en plus de questionner les objectifs de justice et de mobilité sociale, est très probablement défavorable à l'offre de soins. Il est plausible que le risque d'échec sec après deux années d'études, ainsi que l'absence d'accompagnement pédagogique, aggravent ce point.

⁶ Voir étude SIEES sur le devenir d'une promotion de PACES, 2023. <https://miniurl.be/r-5u3j>

Par ailleurs, la standardisation extrême des épreuves du concours aboutissait à un profil homogène des étudiants entrants – non pas celui de « bons en maths », comme l’imaginaire populaire l’a véhiculé, l’enseignement de mathématiques étant limité ou absent en PACES – mais celui de « gros travailleurs », compliants, capables d’absorber une grande masse de connaissances. Un consensus relatif existait sur l’intérêt d’une diversification des profils, pour mener à un éventail élargi de préférences d’exercice (par exemple pour que des étudiants appétents pour la médecine générale, la psychiatrie ou la santé publique aient davantage de chance d’être admis).

Enfin, tabous et enjeux de faisabilité empêchaient de choisir les solutions habituellement retenues ailleurs dans le monde. La mise en œuvre d’une entrée sélective après le baccalauréat était inacceptable pour les organisations étudiantes et le recrutement sélectif après une licence pour un cycle spécialisé plus court se heurtait aux capacités d’accueil des licences ainsi qu’à l’attachement des formations médicales à un premier cycle spécifique.

LES NOUVEAUX CURSUS

La réforme proposée a cherché un chemin de passage entre les obstacles qui viennent d’être décrits, tout en gardant en tête les objectifs de réussite de tous les étudiants et l’intérêt de diversifier les profils d’étudiants recrutés.

C’est ainsi que le dispositif actuel propose une diversité de voies d’entrées, *via* des licences accès santé (LAS) ou une voie spécifique santé (PASS) qu’on peut caricaturer comme un fantôme de la PACES. Le maintien de ce PASS a été la résultante de l’impossibilité d’admettre d’emblée 40 000 étudiants de plus en première année de licence : le coût de la PACES était plus bas que celui de toutes les licences et les ressources mobilisées étaient difficiles

à transférer. En outre, il y avait la résistance des formations médicales à être désinvesties du cycle préparatoire. Pourtant, la logique en termes d’amélioration pédagogique, de diversité des profils et de réussite de tous serait d’augmenter la voie d’entrée LAS, ce que la diminution de la démographie étudiante pourrait permettre. Parallèlement, la multiplication des universités dans lesquelles un cycle menant aux études de santé était proposé a été possible *via* l’ouverture de LAS, ou parfois d’antennes délocalisées de PASS (de tels cursus existent au Havre, à Angoulême, à Pau, à La Rochelle etc...), et quelques universités ont ouvert des cycles de formations médicales complètes

(médecine à Orléans et en Outre-mer, odontologie dans quatre nouvelles universités), permettant d’améliorer la répartition sur le territoire.

Le dispositif mis en place inclut également une évolution des contenus de formation et des modalités d’évaluation, dont l’introduction d’épreuves orales, avec l’objectif qu’elles concourent à la valorisation de compétences transversales et à la diversification des profils.

Par ailleurs, les nouveaux cursus permettent une « marche en avant » pour tous les étudiants validant un ensemble de connaissances, qui peuvent alors être admis en L2

Mises en place lors de la crise sanitaire et portant sur un grand nombre d’étudiants et sur des formations très investies par des populations disposant d’un capital social important, les évolutions ont d’emblée été sous les projecteurs, commentaires et critiques. Il convient d’en faire le bilan (et d’ajuster ce qui doit l’être, notamment pour l’entrée dans la filière de pharmacie où des places demeurent actuellement vacantes, ce qui n’est pas acceptable) et le rapport à venir de la Cour des comptes, ainsi que les propositions mises sur la table par les différents acteurs y contribueront sans doute. Un enjeu majeur est celui de la lisibilité pour les familles et les étudiants qui n’est actuellement pas bonne.

Pour autant il importe de bien poser les critères d’évaluation et nous en proposons principalement trois :

- le premier critère porte sur le devenir des étudiants en termes de réussite, y compris (voire surtout) de ceux qui n’intègrent pas les études de santé. L’absence de redoublement et la « marche en avant » dans des cursus de licence portent-elles effectivement leurs fruits ? Une analyse à quatre ans de la réussite en licence est nécessaire ;
- le deuxième critère est relatif à la typologie des étudiants recrutés dans les études de santé. Les premières évaluations montraient une diminution de six points de la proportion des étudiants issus de CSP+ par la voie des LAS, ce qui est insuffisant mais significatif. La proportion de titulaires de baccalauréats à dominante scientifique est également moindre même si elle reste considérable (92 % pour les LAS versus 98 % *via* le PASS)* ;
- le troisième critère doit déterminer si la plus grande diversité des étudiants entrants se traduit par un spectre plus large de souhaits d’exercice en fin d’études. Les étudiants admis par le PASS, une LAS du domaine des sciences humaines et sociales ou une LAS du domaine scientifique ont-ils des parcours ultérieurs différents ? Ce dernier critère, possiblement significatif en termes de santé publique, suppose que les cursus tirent parti de la diversité et ne cherchent pas à restandardiser les profils, ce qui implique des modifications de la suite des études ainsi qu’une capacité à faire réussir en santé d’autres profils que le « gros travailleur, compliant » que sélectionnait la PACES et que reproduit le PASS.

* Note d’information du SIES 23.08. Première année du premier cycle d’études de santé : évolution des parcours et de la réussite des étudiants. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/ni-sies-2023-08-30678.pdf>

s'ils n'intègrent pas les études de santé et conserver une deuxième possibilité de se présenter à l'entrée dans les études de santé.

ÉVOLUTIONS DES 2^{ÈME} ET 3^{ÈME} CYCLES DES ÉTUDES DE MÉDECINE

Les évolutions des deuxièmes et troisièmes cycles des études de santé sont advenues dans le même temps et sont, pour certaines, encore en cours. Elles répondent à la fois aux difficultés des systèmes de santé et à des évolutions générales de l'enseignement supérieur, notamment au regard de l'approche par compétences.

Le second cycle des études de médecine est fortement contraint par la nécessité du système de santé de réguler l'accès aux différentes spécialités, l'enjeu (partout dans le monde) étant de maintenir un nombre suffisant de médecins dans un exercice de soins primaires et dans des disciplines moins prisées, généralement peu techniques, comme la psychiatrie, la santé publique ou encore la gériatrie. Depuis 2004, il est sanctionné par un examen classant national, répartissant les places en troisième cycle en fonction du rang de l'étudiant. Il tend à reproduire un apprentissage par bachotage avec l'ingurgitation d'une grande quantité de connaissances au dépens de compétences transversales de raisonnement, de rédaction, de communication, de résolution de conflits, etc.

La santé mentale des étudiants en santé est mauvaise, et ce phénomène, constaté partout dans le monde, est jugé très préoccupant, y compris en termes d'abandon de cursus ou de carrière. Il est plausible que l'absence d'évolution des contraintes des études de santé ait induit un décalage avec les attentes des générations actuelles.

Les évolutions proposées en second cycle ont donc cherché à corriger certains de ces effets :

- en diversifiant les parcours possibles, en introduisant une part de modularité, une note de parcours intervenant dans le classement de fin de cycle et valorisant d'autres réalisations et engagements ;
- en renforçant le poids des compétences cliniques par l'introduction des examens cliniques objectifs et structurés (ECOS), méthode d'évaluation de l'étudiant dans des situations cliniques types largement diffusée à l'international. Ceci a également conduit au développement important des méthodes de formation par la simulation ;
- en diversifiant les lieux de stages, en favorisant les liens entre universités et structures de santé de soins primaires ainsi qu'entre universités et hôpitaux non universitaires ;
- en améliorant le soutien aux étudiants et en se préoccupant de leur santé mentale.

Les premières évaluations commencent à être possibles, la première promotion ayant débuté son troisième cycle le 1^{er} novembre de cette année. Il est déjà possible de dire que la réalisation d'ECOS à grande échelle est faisable et que la corrélation entre l'évaluation écrite et les notes d'ECOS existe⁷ mais n'est pas très élevée, traduisant bien que des compétences différentes sont évaluées.

DES QUESTIONS À APPROFONDIR

En conclusion nous voudrions évoquer trois questions qui nous semblent mériter de nouvelles réflexions. Tout d'abord, comment développer à grande échelle des dispositifs de soutien importants pour la réussite en santé de lycéens de toutes origines ? Si la diversité des étudiants entrants apparaît, pour de multiples raisons, un objectif prioritaire, le consensus sur le sujet est bien plus fragile qu'il ne paraît. Les gagnants du système

actuel ne céderont pas facilement leur place et la France ne mettra sans doute pas en place les mesures d'accès prioritaires qui ont été testées dans d'autres pays. Des expériences de tutorat/mentorat⁸, des variantes d'actions de type « cordée de la réussite » existent mais elles doivent être massivement renforcées. L'augmentation des passerelles entre formation d'infirmier et cursus médical améliorerait probablement également ce problème.

Ensuite, comment permettre tout au long des études un parcours plus personnalisé, offrant des respirations, inclusif pour des étudiants en situation de handicap, permettant la découverte d'autres disciplines et des doubles cursus. Les enjeux sont à la fois de bien-être des étudiants et de diversité des compétences pour des métiers qui vont de la médecine de famille à la chirurgie thoracique, de la recherche en biologie-santé, à l'ingénierie des systèmes d'information, de l'exercice coordonné en zone rurale ou dans les quartiers, à l'activité hospitalo-universitaire de recours.

Enfin, comment diversifier réellement et rapidement le corps professoral des études de santé ? Les solutions proposées en 1958 pour construire la bio-médecine du vingtième siècle ne sont plus adaptées. Il est urgent d'accélérer l'augmentation du nombre des professeurs de médecine générale et l'impact des départements universitaires, de disposer d'un réseau d'enseignants associés, formés à la maîtrise de stage, dans toutes les disciplines, toutes les structures de soins, sur tout le territoire, d'accroître le nombre d'enseignants-chercheurs dans des disciplines de sciences humaines et sociales intervenant dans les formations en santé et, enfin, de recruter des patients experts sur des statuts adéquats pour participer aux enseignements.

⁷ Le coefficient de corrélation R est de l'ordre de 0,6.

⁸ Voir, par exemple, le documentaire de France 3 (52 mns) de 2024 « Un jour, je serai docteur » d'Olivier Pekmezian.

Penser et enseigner « La santé en société »

La place des sciences humaines et sociales dans les formations de santé en France

La dernière réforme des études de santé a étendu les enseignements de sciences humaines et sociales (SHS) au deuxième cycle universitaire des études médicales, après que ceux-ci aient été introduits dans le premier cycle au cours des années 1990. Un regard est porté ici, au nom du Collège des humanités médicales¹, sur les implications de la mise en place des dernières réformes des études médicales sur l'enseignement des SHS en santé. Après un retour sur les évolutions qu'ont connues ces études, les freins locaux et nationaux à leur mise en place sont abordés avant de présenter des initiatives pédagogiques permettant aux étudiant·e·s d'appréhender les enjeux de la santé et du soin de manière innovante.

Si un enseignement structuré de sciences humaines et sociales (SHS) trouve sa place dans la formation médicale dans le monde anglo-saxon et germanique depuis le début du XX^e siècle, l'initiative est bien plus tardive en France. L'arrêté du 18 mars 1992² positionne les SHS comme module d'enseignement faisant partie du socle que tout étudiant·e se destinant à une formation en médecine, odontologie, maïeutique doit acquérir. Les réformes successives visant à intégrer progressivement les études de kinésithérapie ou de pharmacie dans une première année commune de santé n'ont pas modifié la place de cet enseignement dans cette première année. La place des SHS en santé

a été réaffirmée avec la mise en place de la réforme PASS/LAS³.

Dans l'arrêté du 21 décembre 2021 portant modification de plusieurs arrêtés relatifs aux formations de santé, l'article 2 – qui porte sur les enseignements prévus afin de conduire au diplôme de formation approfondie en sciences médicales⁴ – prévoit que des enseignements de SHS seront délivrés au cours de la troisième année du deuxième cycle, afin « d'accompagner l'évolution de l'étudiant vers un professionnel de santé intégré dans le système français des soins et la vie politique de la cité ou du territoire. La transformation de l'étudiant en professionnel de soins permet son repo-

sitionnement comme acteur social au service de la population ».

Ainsi, l'enseignement des SHS en sciences médicales borne désormais le parcours de l'étudiant·e en médecine jusqu'aux portes de l'internat.

D'IMPORTANTES DISPARITÉS TERRITORIALES

Si certaines facultés de médecine ont recruté des enseignant·e·s-chercheur·e·s dédié·e·s à ces enseignements ou, mieux encore, les hébergent au sein de départements de SHS (Angers, Lyon-Est, Montpellier, Strasbourg), il ne s'agit pas du modèle prédominant. En dépit du poids accordé à ce module, qui à l'origine influait pour 20 % de la note des étudiants par une épreuve rédac-

Solène Lellinger

Maîtresse de conférences en histoire et philosophie de la médecine à l'Université Paris Cité

Christian Bonah

Professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Strasbourg pour le Collège des humanités médicales

¹ <https://colhum.hypotheses.org/le-college>

² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000344668>

³ Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique : parcours d'accès spécifique santé (PASS) et licence accès santé (LAS)

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044616269>

Le texte fondateur du Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine d'avril 2008 (renommé en 2019 Collège des humanités médicales - Colhum) pose clairement les objectifs de cet enseignement : « *L'objectif principal de cet enseignement est de susciter le questionnement et la réflexion des étudiants et des futurs médecins sur les enjeux humains et sociaux de la santé et du soin. Ces enjeux, très divers, participent à la formation initiale et continue des médecins et des professionnels de santé. Ils concernent non seulement le praticien, mais aussi le citoyen** ». Ces objectifs sont restés inchangés, nous souhaitons toujours apporter des outils aux étudiant-e-s pour aiguïser leur réflexivité et leur pensée critique**. Il convient peut-être de préciser que cette compétence de raisonnement critique est cultivée pour elle-même, mais également pour ses contributions à l'empathie des soignants, à leur construction d'identité professionnelle ou encore à promouvoir leur capacité de tolérance et d'ouverture face à des situations de soins ambiguës et complexes.

Pour cela, le Collège défend l'intérêt de disciplines telles que la philosophie, l'histoire, l'anthropologie, le droit, l'économie et la sociologie dans la formation des futurs professionnels de santé. Mais surtout, le Collège défend depuis sa création le fait que ses enseignant-e-s possèdent une formation disciplinaire spécifique dans une discipline des sciences humaines et sociales garantissant l'extériorité disciplinaire qui se trouve au fondement du regard spécifique que posent les SHS en santé sur la santé et les soins dans ces formations professionnalisantes. Il reste que, dans certaines facultés de médecine françaises, les SHS peuvent être encore confondues avec des disciplines médicales comme la médecine légale ou la psychiatrie.

* *État des lieux, objectifs et propositions concernant l'enseignement des sciences humaines*, avril 2008, p. 1

** Nicolas Lechopier, Gilles Moutot, Céline Lefève, Maria Teixeira, Roberto Poma, Guillaume Grandazzi et Anne Rasmussen, 2018. « Health professionals prepared for the future. Why Social Sciences and Humanities teaching in Medical Faculties matter », *MedEdPublish*. Lien: <https://mededpublish.org/articles/7-195>

réformes de manière hétérogène a aggravé ces disparités territoriales. Comment enseigner la relation de soin intégrant le point de vue du malade, susciter un regard critique, recourir à l'histoire de la médecine et l'inscrire dans des contextes scientifiques, politiques, intellectuels pour saisir des enjeux contemporains lorsque l'on dispose d'une poignée d'heures en amphithéâtre devant des promotions allant parfois jusqu'à des centaines (voir milliers) d'étudiant-e-s qu'il faut évaluer *via* des questions à choix multiples dans certaines facultés ?

La particularité et la richesse des SHS en santé consistent en la présence d'enseignants, voire de départements de SHS, au sein des facultés de médecine ou de santé. Leur proximité avec les autres acteurs des formations en santé, ainsi que leur immersion dans le monde de la santé, permettent d'appréhender le terrain de la recherche et du soin au quotidien et de proposer des approches et des contenus spécifiques en adéquation avec la médecine en train de se faire. Sous le sigle des SHS sont regroupées toutefois des disciplines scientifiques distinctes comme le montrent les énumérations des décrets depuis 1992. Si ces disciplines des SHS partagent des objectifs de formation communs, chaque discipline recourt à des méthodes propres et possède des atouts spécifiques. Conjuguer des compétences disciplinaires spécifiques en recherche et des contributions de formation ouvertes sur les humanités médicales tel est le défi pour les enseignant-e-s des SHS en santé⁵. Un ou une collègue isolé-e au sein d'une UFR de santé peut au mieux concevoir et coordonner

tionnelle en double correction, toutes les facultés n'ont pas engagé des moyens pérennes pour assurer ces enseignements.

Nous ne pouvons que constater (et regretter) les disparités territoriales en termes de nombre d'enseignant-e-s qualifié-e-s pour enseigner les SHS et rattachés aux facultés de médecine. Cela résulte le plus souvent de cultures locales. Par ailleurs, les réformes récentes (2019 et 2021) ont accentué ces disparités. Si les textes soulignent l'importance des SHS dans la formation du futur médecin pour lui permettre de se « *repositionner comme acteur social au service de la population* », l'application des



Le Colhum a produit un manuel qui propose des entrées structurées pour un enseignement en sciences humaines, dont la troisième édition revue et corrigée vient de recevoir le prix Prescrire 2024 (<https://miniurl.be/r-5v9a>) témoignant de l'intérêt de la profession pour les apports des SHS en santé.

⁵ Jeremy A Greene & David S Jones, 2017. « The Shared Goals and Distinct Strengths of the Medical Humanities: Can the Sum of the Parts Be Greater Than the Whole? » *Academic Medicine*, 92(12):p 1661-1664. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001991>

donner des enseignements avec des recours extérieurs.

DES RÉFORMES AVEC PEU OU PAS DE MOYENS ASSOCIÉS

La réforme de 2019 a amené à une double modalité d'intégration des études de santé. Tout d'abord, la voie *via* le parcours d'accès spécifique santé (PASS) qui a transformé la première année d'accès commune aux études de santé (PACES). Les étudiant·e·s suivant ce parcours ont une majeure santé et une mineure disciplinaire leur permettant de faciliter leur entrée en licence 2 à l'issue de l'année du PASS dans l'éventualité où ils et elles n'auraient pas la possibilité d'intégrer les filières de santé. L'autre modalité d'accès est la licence accès santé (LAS). Les étudiants de cette licence ont une majeure disciplinaire et suivent une mineure santé. Les étudiants ayant fait valoir une de leur chance en PASS sans succès peuvent retenter leur entrée *via* une LAS. Mais les LAS sont avant tout un moyen de diversifier les profils d'étudiants entrant dans les études de santé.

Dans certaines situations, en raison des effectifs et de la complexité du dispositif (nombre de licences impliquées, multisites, etc.) les formations proposées dans les mineures santé des parcours LAS sont uniquement en distanciel. Si la retransmission des enseignements et leur captation ne sont pas des phénomènes nouveaux (les effectifs étudiants étant souvent très élevé pour atteindre parfois deux mille étudiant·e·s par promotion en première année), le recours au distanciel, d'abord imposé par la situation pandémique de 2020, s'est généralisé. La situation sanitaire ayant été par ailleurs concomitante avec la mise en place de la réforme PASS/LAS, le recours à des enregistrements mis à disposition d'étudiant·e·s qui ne croisent jamais d'enseignants est devenu pour cer-

tains la norme. Ces enregistrements sont par ailleurs réemployés d'année en année. Ce format est peu propice aux enjeux des SHS en santé que nous avons précédemment décrits. Ils ont également pour conséquence de conduire à des conditions de travail encore plus dégradées pour les enseignant·e·s et des ressources peu pédagogiques pour les étudiant·e·s. La réforme a par ailleurs été menée sans réels moyens de mise en œuvre hormis dans certaines universités ayant un projet ambitieux. Certaines facultés ont en effet fait le choix d'être en seule modalité d'accès *via* la LAS. C'est le cas, par exemple, à Créteil ou à Strasbourg. Les limites de cette réforme ont d'ailleurs été pointées du doigt, il y a peu, par la Cour des Comptes⁶.

La réforme concernant la mise en place d'enseignements de SHS en 6^{ème} année de médecine n'a, quant à elle, ni fixé de cadre (en termes de contenu, de volume horaire, de format), ni apporté de moyens financiers pour sa mise en œuvre. Cela amène, là aussi, à d'importantes disparités territoriales. Dans certaines situations, par exemple, l'enseignement est détourné par des cliniciens pour préparer les étudiants aux examens cliniques objectifs et structurés (ECOS). Il s'agit de mises en situation des étudiant·e·s visant à évaluer des compétences plutôt que des connaissances à partir de situations cliniques de départ. Les SHS auraient pu utilement nourrir ses évaluations de compétences en y intégrant des thèmes ou des problématiques sociales, culturelles ou éthiques.

LES ENSEIGNEMENTS DE SHS COMME ESPACE DE PÉDAGOGIES INNOVANTES

Dans les cadres contraints des cursus de santé dominant des formats peu souples. Entre le cadre

d'épreuves classantes en première année et concours de l'internat au bout de la 6^{ème} année, les enseignements sont généralement soumis à être en conformité avec des référentiels locaux (référentiels d'année) ou nationaux (fiches LiSA⁷ pour les épreuves dématérialisées nationales ou EDN). Toutefois, il existe des espaces pédagogiques où nous, enseignant·e·s de SHS, pouvons expérimenter de nouvelles approches pédagogiques dans la formation des futurs médecins.

Des modules d'enseignements reposant sur des contenus audiovisuels ont par exemple été créés dans plusieurs universités⁸. Le recours au cinéma permet, par exemple, aux étudiant·e·s de générer des questionnements, un regard sur des situations de soin et de vie avec la maladie. Cela peut faire écho à certaines situations qu'ils et elles ont vécues et de pouvoir, à partir d'une approche interdisciplinaire en histoire, philosophie ou encore des sciences sociales, proposer un regard analytique. Cela leur permet de mobiliser les SHS et d'y puiser des ressources pour appréhender certaines situations de soins dans leur contexte institutionnel et leurs rapports hiérarchiques et interprofessionnels. Au-delà des enseignements, des ressources pédagogiques telles que la plateforme MedFilm ont été créés⁹. Cette base de données met à dispo-

⁷ « Avec LiSA, les étudiants de médecine disposent d'un espace en ligne, gratuit et unique, leur offrant l'accès à des fiches synthétiques et imprimables, pour chaque item du programme de connaissances en lien avec les situations professionnelles de départ et leurs attendus d'apprentissage ». <https://miniurl.be/r-5v3a>

⁸ Céline Lefève, 2020. « Soins au cinéma, soins du cinéma. La place du cinéma dans les enseignements en humanités médicales » dans Céline Lefève, François Thoreau et Alexis Zimmer (eds.), *Les humanités médicales : l'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, Montrouge, Doin (coll. « Collection La Personne en médecine »), pp. 273-290.

Christian Bonah et Joël Danet, 2018. « L'expérience 'MedFilm' : usages des archives du film utilitaire comme outils pédagogiques, ou 'objets (pré)transitionnels' dans le cadre de l'enseignement des Humanités médicales », *Trema*, n° 48, pp. 35-50. <https://journals.openedition.org/trema/3862?lang=en>

⁹ <https://medfilm.unistra.fr/wiki/Accueil>. Pour en savoir plus : Christian Bonah et Joël Danet, 2020, « Le projet MedFilm : de l'archive à la formation » dans *Les humanités médicales : l'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*, pp. 291-293, ouvrage cité en note 7.

⁶ <https://miniurl.be/r-5vdo>

sition des ressources audiovisuelles (documentaires, spots de prévention, films de formation, etc.) pouvant nourrir la recherche et les enseignements d'humanités médicales.

D'autres initiatives pédagogiques font intervenir des patient·e·s partenaires dans la formation des étudiant·e·s en médecine¹⁰. L'objectif de ces participations est de pouvoir, là aussi, décentrer le regard des étudiant·e·s à partir de l'expérience des patient·e·s qui interviennent comme expert. Tout en analysant ces expériences au prisme des recherches en SHS.

Si, pour certaines universités, l'application de la réforme du 2^{ème} cycle s'effectue *via* des cours magistraux, d'autres ont pu obtenir la mise en place de travaux dirigés, avec des effectifs réduits d'étudiants. Ces modalités permettent d'expérimenter de nouvelles modalités pédagogiques que cela soit en binôme enseignant·e de SHS et clinicien·ne, et/ou avec des mises en situation des étudiant·e·s sous forme de jeux de rôles (comme c'est le cas à Montpellier) ou *via* des jeux pédagogiques (comme c'est le cas à Strasbourg).

Néanmoins, la mise en place de tels enseignements dépend d'une part des effectifs d'étudiant·e·s et, d'autre part, d'un soutien institutionnel fort. En effet, proposer des enseignements en groupe réduit pour des promotions pouvant aller jusqu'à huit cents étudiant·e·s nécessite des moyens adaptés de la part des facultés. Par ailleurs, il peut y avoir une confusion entre innovation pédagogique et innovation numérique (type MOOC, simulation) : des enseignements peuvent être innovants, par exemple, en recourant aux arts ou à des collections patrimoniales, et non à des outils numériques. Le Colhum

sert ici de plateforme pour partager des nouvelles pratiques et ressources pédagogiques.

REPENSER LES DISPOSITIFS PÉDAGOGIQUES

Initié il y a 32 ans, l'enseignement obligatoire de « Sciences humaines et sociales en médecine/santé » s'étend aujourd'hui à l'ensemble du cursus sous forme de cours optionnels et obligatoires dont le volume horaire varie, selon les facultés, de quelques heures à des dizaines d'unités d'enseignements complets. Il propose, dans le cadre de la formation initiale des étudiant·e·s en santé, l'intervention d'enseignant·e·s venus d'autres horizons que celui du domaine médical. Cette initiative traduit la nécessaire ouverture des formations en santé aux évolutions de la société et de la place du médecin dans le monde actuel. La formation vise à inciter les étudiant·e·s en santé à penser autrement les pratiques de soins, et plus largement la santé, en les situant dans leur contexte économique, social, culturel et psychologique.

Le positionnement des enseignements de SHS en santé est fondamentalement ambigu. Appelés à participer à la construction de l'identité professionnelle des étudiant·e·s, ils doivent néanmoins préserver leur fonction critique pour ne pas perdre leur identité disciplinaire propre. En contrebalançant l'inévitable normativité de la formation professionnelle, ils en déconditionnent le regard médical qu'elle formalise et formate. Leur contenu est moins un discours d'experts qui affirme qu'une fragile construction par le bas qui interroge et fait entendre une diversité de paroles autour du corps, autour des liens entre hommes et femmes, malades et soignant·e·s, autour des pratiques quotidiennes de soins, autour des institutions et des systèmes de soin et de prise en charge. De là naît un dialogue original entre praticien·e·s professionnel·le·s du

soin et enseignant·e·s des SHS, mû par une volonté politique et pragmatique, inscrit dans une perspective critique. Ces enseignements visent à maintenir chez les étudiant·e·s la capacité d'étonnement qu'ils et elles manifestent au début de leurs études, à conforter leur approche émotionnelle et à les inviter à penser de manière individuelle, créative, autonome, souple et critique. Il s'agit d'encourager et d'engager un travail critique individuel.

La réforme et la mise en place de tels enseignements incitent à repenser les dispositifs pédagogiques à même de les mettre en œuvre. Ceci implique une démarche d'expérimentation pédagogique. L'arrêté du 21 décembre 2021 conclut en quelque sorte ce qui a été initié par celui de 1992 en établissant un enseignement obligatoire de SHS en 6^{ème} année de médecine. Il reste à mettre en œuvre un texte législatif avec inventivité et surtout à échelle de toutes les facultés de médecine, ce qui reste un défi depuis 32 ans.

« Quelles sont les contraintes et les opportunités pour améliorer le statut des humanités, et de ses travailleurs, dans les formations en santé ? Celles-ci préparent des jeunes gens à enfiler la blouse, c'est-à-dire à faire tenir ensemble savoir technique biomédical et compréhension de l'humain. Comment les humanités médicales envisagent-elles ce travail des acteurs de la santé ? Quelles divisions du travail, quelle place pour le patient, quelle réflexivité sur la science, les recommandations de bonnes pratiques ou les choix des modes d'exercice et de rémunération ? Ou encore, comment envisager le travail soignant concret à l'ère de l'anthropocène et d'un nécessaire élargissement du regard (dont témoignent les préoccupations actuelles dites One Health ou encore de "santé planétaire") ? »

Extrait de l'argumentaire du 10^e congrès du Colhum (<https://colhum.hypotheses.org/1174>)

¹⁰ Nicolas Lechopier, 2020. « Les "patients partenaires" : une manière de se réappropriar la médecine ? », *Revue Silence*, 2020, n° 485. <https://hal.science/halshs-02430246/>

Études de santé : un statu quo intenable !

La Cour des comptes vient de rendre un important rapport intitulé « L'accès aux études de santé. Quatre ans après la réforme une simplification indispensable¹ ». Ce rapport très critique, qui a fait l'objet d'une communication à la commission des affaires sociales du Sénat suivie d'un débat public, sera suivi de nouvelles investigations et de nouvelles propositions de la Cour. Nous rendons compte ici d'une partie des éléments de diagnostic et des propositions mis en discussion

Florence Audier

Laboratoire Statistique, Analyse,
Modélisation Multidisciplinaire, SAMM

La première année commune aux études de santé, la PACES, constituait, depuis sa création en 1970, l'année qui précédait la sélection à l'entrée des études de santé. Elle était fortement critiquée, notamment pour son taux très élevé d'échecs lors des tentatives de passage en deuxième année.

Depuis la réforme de 2019, pour l'accès au premier cycle des formations en santé (MMOP pour médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie) coexistent trois dispositifs d'accès au premier cycle, le PASS (parcours avec accès spécifique santé), le LAS (licence avec option accès santé), ainsi que des passerelles depuis certaines formations conduisant à un diplôme d'aide à l'exercice de la profession médicale. Très important : le *numerus clausus* a, dans la foulée, été supprimé, cette suppression étant jugée par la Cour des comptes comme « une condition nécessaire mais non suffisante pour répondre aux besoins de santé ».

Le but premier de cette réforme a été d'améliorer la réussite des étu-

	PASS et LAS	« Tout LAS »	Sans UFR en santé	Ensemble
PASS	23 342			23 342
LAS	19 261	9 170	4 989	33 420
Ensemble	42 603	9 170	4 989	56 762
PACES (en 2019)	47 659	9 061		56 720

Tableau 1 : Effectifs étudiants en PASS et en LAS à la rentrée universitaire 2023

Source : Cour des Comptes d'après les questionnaires adressés aux universités. Le tableau de la page 20 du rapport a été simplifié.

dants qui étaient très nombreux à se retrouver en situation d'échec et, bien sûr, de répondre ainsi aux besoins de personnels de santé, très largement déficitaires. Il s'agissait aussi de diversifier les profils des futurs personnels de santé et permettre des passerelles, évitant ainsi une trop forte rigidité du système.

Point important : cette réforme reposait fortement sur des UFR « hors santé », car les parcours pouvaient impliquer de nombreuses autres disciplines. De surcroît, des formations donnant accès à des formations en santé pouvaient être proposées par des universités sans aucune UFR santé, par l'intermédiaire des LAS. À noter, qu'au départ, certaines voix souhaitaient même la généralisation de cette innovation que constituent les « LAS », proposition contredite par des directeurs

d'UFR « santé », ce qui a conduit à la coexistence actuelle des LAS et des PASS, c'est-à-dire à ce dispositif complexe à la fois pour les étudiants, leurs familles et les personnels des universités qui sont en charge d'articuler toutes ces formations disparates...

Dans son analyse de la situation actuelle, la Cour des comptes rappelle que « 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 » et met l'accent notamment sur la contradiction entre l'autonomie des universités qui « laisse aux établissements la possibilité de définir localement leur propre modèle pour l'accès aux études de santé dans un cadre réglementaire permissif » et la nécessité d'aboutir à une cohérence dans ces formations : elle note ainsi, pour le déplorer, qu'il existe « autant de

¹ 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. 148 pages. <https://miniurl.be/r-5vd6>

déclinaisons de la réforme que d'universités, tant les options ouvertes par le cadre réglementaire sont nombreuses ».

À quoi s'ajoute, toujours selon la Cour des comptes, « des moyens financiers adéquats pour la première année mais une opacité d'allocation des moyens limitant le déploiement de la réforme ». D'où, au total, « un défaut d'appropriation de la réforme et un dialogue difficile au sein des universités », conduisant à la fois à « une absence de coordination avec les dispositifs d'information et d'orientation » mis en œuvre en faveur des étudiants et leurs graves conséquences pour les dits étudiants, qui sont fortement insatisfaits : selon un sondage diligenté par la Cour des comptes, le PASS – c'est-à-dire la formule d'accès direct – est d'ailleurs le premier choix (à 95 %) des étudiants qui se destinent à rejoindre la filière MMOP, tandis que l'inscription en LAS est considérée comme « subie » voire, dans certains cas, résultant d'un choix « tactique » par 53 % des étudiants concernés ! Au total, les effectifs étudiants à la rentrée 2023 étaient nettement plus nombreux dans les universités disposant de PASS et de LAS que dans celles proposant du « tout LAS » et, *a fortiori*, dans celles n'ayant pas d'UFR en santé (cf. tableau 1).

ILLISIBILITÉ, INÉGALITÉS ENTRE FILIÈRES ET PUBLICS

Un des symptômes de l'échec de la réforme : outre leur caractère « d'illisibilité », la plupart des étudiants considèrent que suivre des enseignements hors santé lorsqu'on est en LAS est un handicap plutôt qu'un atout, et d'ailleurs 79 % des étudiants ne poursuivant pas en MMOP, suite à un échec en 1^{ère} année, se réorientent dans une autre discipline que celle suivie pendant la formation donnant accès aux études de santé... un vrai gâchis !

Ce que la réforme fait à la filière pharmacie

« 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 », rappelle la Cour des comptes dans le rapport qu'elle vient de publier¹.

C'est pourquoi, depuis janvier 2023, les doyens de faculté de pharmacie demandent « la création d'une voie de recrutement complémentaire permettant aux néobacheliers de s'inscrire directement dans une première année d'études de pharmacie² », via Parcoursup. Ce qui n'exclurait pas la possibilité de rejoindre la filière pharmacie en passant par le système actuel.

Mais l'Association nationale des étudiants en pharmacie de France (Anepf), qui représente les 33 000 étudiants des facultés de pharmacie, ne veut pas de cette nouvelle voie pour résoudre ce déficit d'image. « Cela ne ferait que rajouter encore plus du flou dans l'évolution de la réforme de 2020 », explique Théo Revelle, vice-président de l'Anepf chargé de l'enseignement supérieur. « Le problème est qu'il y a de moins en moins de lycéens qui veulent faire pharmacie ». L'Anepf, en parlant, du « métier le moins connu des métiers connus³ » rappelle que l'expertise des pharmaciens est recherchée dans de très nombreux domaines ou environnements professionnels et que pharmacien est indispensable pour assurer de nombreuses missions garantes de la santé publique et de la sécurité sanitaire du pays.

Mais le défaut d'attractivité ou de connaissance des métiers liés n'explique pas tout. Depuis la réforme des études de santé en France, le nombre de jeunes inscrits en études de pharmacie à Bruxelles ou en Wallonie ne cesse d'augmenter⁴. Ils expliquent leur choix par le fait qu'ils peuvent s'inscrire directement en pharmacie, alors que l'inscription en licence française « accès santé » est un système long et sélectif. « Parmi tous ces étudiants, beaucoup vont avancer et seront de bons pharmaciens ; nous aurons eu raison de leur donner leur chance. La France devrait peut-être être un peu moins sélective » observe Stéphanie Pochet, doyenne de la faculté de pharmacie de l'université libre de Bruxelles.

¹ Cour des Comptes, décembre 2024. L'accès aux études de santé. Quatre ans après la réforme une simplification indispensable. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-12/20241211-Laccés-aux-%C3%A9tudes-de-santé.pdf>

² Emma Barets, 2024. Les doyens de faculté de pharmacie appellent à créer une nouvelle voie de recrutement sur Parcoursup. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/campus/article/2024/10/25/les-doyens-de-faculte-de-pharmacie-appellent-a-creer-une-nouvelle-voie-de-recrutement-sur-parcoursup_6359543_4401467.html

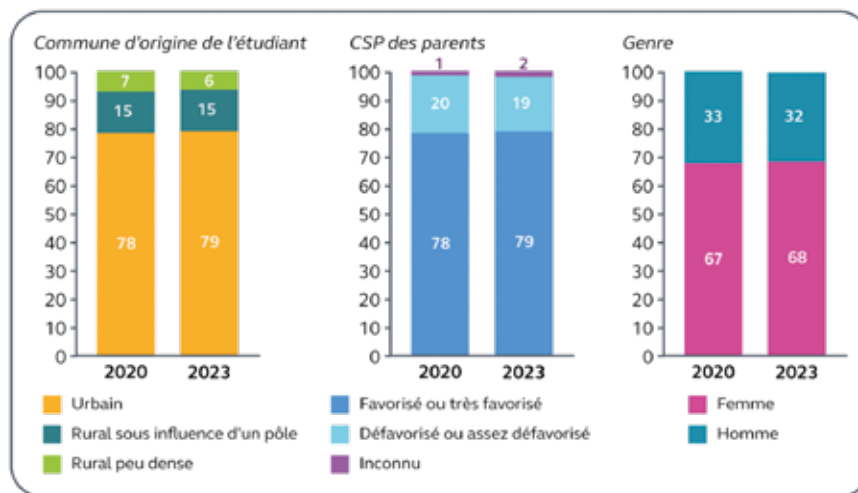
³ <https://www.lesmetiersdelapharmacie.fr/>

⁴ Cédric Vallet, 29 mars 2022. Les étudiants français en pharmacie se pressent aux portes des universités belges. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/campus/article/2022/03/29/les-etudiants-francais-en-pharmacie-se-pressent-aux-portes-des-universites-belges_6119578_4401467.html

Concernant l'objectif majeur de renforcement des effectifs formés en santé, le nombre d'admis en MMOP sur les trois premières années de la réforme aurait annuellement augmenté de 18 % en médecine et de 14 % en odontologie, mais aurait diminué de 6 % en pharmacie (voir encadré) et de 4 % en maïeutique... disciplines qui manquent visiblement d'attractivité, laissant de nombreuses places vacantes dans les universités ! Et les échecs en fin de première année, ainsi que les redoublements, restent inquiétants. À quoi s'ajoute le fait que 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.

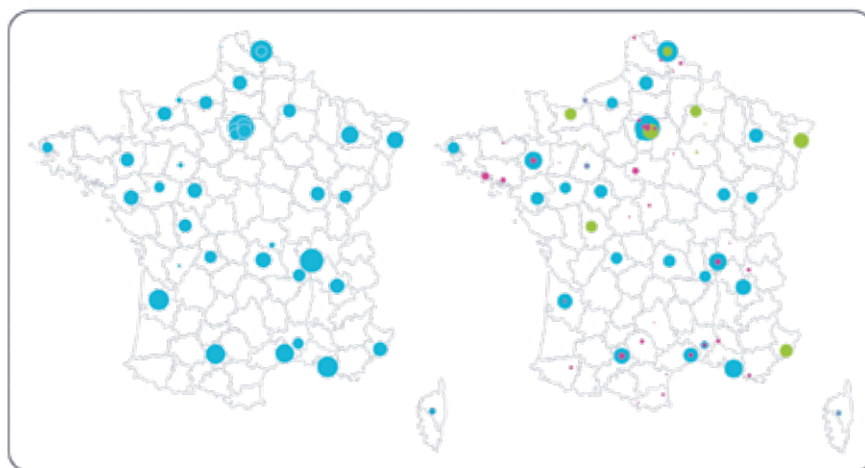
Quant à la diversification des profils, un des objectifs emblématiques de la réforme, aucune amélioration n'est observée à ce jour, que ce soit en termes de diversité sociale, géographique ou de genre. Elle ne s'est pas véritablement vérifiée en partie parce que, selon les investigations menées par la Cour des comptes, « 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 une 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. »

Enfin, 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, les femmes restent très majoritaires parmi les étudiants en MMOP, ce qui peut avoir un impact sur le système de soins car les choix



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.



Carte des lieux de formation avant et après la réforme : comparaison des lieux de formation et des effectifs en 2019 pour la PACES (partie gauche), et en 2023 (partie droite) pour les PASS (en bleu) et les LAS (en vert) et les LAS dans les universités sans UFR en santé (en rouge).

Source : Cour des comptes d'après les réponses aux questionnaires adressés aux universités (p. 134).

de pratiques et des lieux d'installation diffèrent significativement en fonction du genre.

DÉPARTS VERS L'ÉTRANGER

Un des échecs réside aussi dans le maintien, voire l'accentuation, des départs vers l'étranger, principalement en Espagne, Roumanie, Belgique et Portugal ; et ils sont nombreux à ne pas revenir...

D'après le sondage réalisé par la Cour des comptes, c'est environ 10 % des étudiants (81 % d'entre eux seraient passés par un PASS) n'ayant pas réussi à accéder aux formations de MMOP

après leurs années d'accès aux études de santé, poursuivent dans un pays étranger leurs études de médecin (59 %), d'odontologie (14 %), de pharmacie (11 %) et de maïeutique (8 %), soit annuellement environ 1 600 étudiants. Leurs motivations principales seraient la meilleure facilité d'accès et la plus grande lisibilité du système (pour respectivement 85 % et 60 % des avis exprimés). Les principaux pays d'accueil sont l'Espagne (20 %), la Roumanie (18 %), la Belgique (18 %) et le Portugal (8 %). Le nombre de professionnels diplômés à l'étranger inscrits à l'ordre national des médecins serait passé de 8 % en 2010 à 15 % en 2023

VERS UNE NOUVELLE RÉFORME ?

On s'acheminerait donc vers... une nouvelle réforme, actant ainsi une forme d'échec dans la planification des effectifs de professionnels à former qui puisse répondre aux besoins des populations et des territoires, ainsi que le maintien de beaucoup trop d'années perdues pour des étudiants pourtant motivés dans leur choix de devenir des professionnels de santé. Selon la Cour des comptes, « 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 » actuellement en vigueur. D'où le diagnostic : un statu quo intenable !

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

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

- l'*entry undergraduate* (Royaume-Uni, Roumanie, Allemagne, Espagne) : l'entrée se fait après le baccalauréat et sa gestion se fait *via* 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* (Etats-Unis) : l'étudiant doit obtenir une licence en quatre ans ou avoir effectué au moins deux années d'études scientifiques et passé certains tests avant d'intégrer le 2^{ème} cycle de quatre ans en santé, puis l'internat.

Le modèle français PASS et LASS est à mi-chemin entre le modèle français historique et le modèle *graduate entry*.

Source : Rapport de la Cour des Comptes, page 25.

Une formation mondiale en santé publique : l'académie de l'OMS

Mardi 17 décembre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a inauguré, dans le Biodistrict de Lyon-Gerland, le campus de son académie dont la France est le principal investisseur. L'académie se veut « la plus vaste et la plus innovante plateforme de formation en matière de santé mondiale ». Estimant à 18 millions le nombre d'agents de santé qui devraient manquer d'ici à 2030 pour la prise en charge et la prévention sanitaire des populations, son objectif est de donner aux personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, personnels de soins et d'hygiène, laboratoires et agents de santé communautaires) mais aussi aux décideurs, aux instituts nationaux de formation en santé, au grand public et aux agents de l'OMS des possibilités de formation continue, des activités de renforcement des compétences et des conseils en matière de santé. Cet écosystème d'apprentissage tout au long de la vie, adapté aux professionnels de santé, est conçu en format présentiel, distanciel et hybride.

L'académie dispose d'un plateau de simulation utilisant une technologie et une pédagogie de pointe pour offrir des expériences interactives et immersives, qui reproduisent des situations réelles de santé publique, y compris des contextes d'urgence et de crise, avec la possibilité d'adapter le scénario à des conditions météorologiques et d'infrastructures diversifiées¹.

D'ici à 2028, l'objectif de l'Académie est de former trois millions de soignantes et soignants à l'échelle mondiale... Plus de 5 000 apprenantes et apprenants de 172 pays se sont déjà inscrits sur la plateforme d'apprentissage, accédant ainsi aux 37 premiers cours².

Ses initiatives phares comprennent :

- la fabrication régionale et locale de vaccins et de médicaments ;
- l'approche One-Health ;
- la thématique « Villes, santé et bien-être »



¹ <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/l-academie-de-l-organisation-mondiale-de-la-sante-kesako>

² Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors de la cérémonie d'ouverture de l'Académie de l'OMS : <https://www.who.int/fr/directeur-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-who-academy-opening-ceremony>

Réforme d'entrée en études de santé : un chantier fragile pour lequel les jeunes ont de fortes attentes

Un premier rapport sur la réforme d'entrée dans les études de santé (REES, ou réforme PASS/LAS) sorti en 2020 mettait en évidence des lacunes profondes, compromettant les objectifs initiaux de la réforme. Quatre ans plus tard, le deuxième rapport des fédérations étudiantes confirme des résultats très en deçà des attentes. Opposé à tout modèle impliquant la fin d'une voie commune, il met en lumière les problématiques persistantes et propose des solutions pour un choix d'orientation éclairé et une formation partagée des futurs professionnels de santé.

Elisa Mangeolle

Porte-parole de la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE)

En septembre 2020, la réforme d'entrée en études de santé (REES) a marqué un tournant historique dans le parcours des étudiant·e·s en maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie et kinésithérapie (MMOPK¹). Succédant à la PACES, système largement critiqué pour sa rigidité et sa compétitivité exacerbée, la REES a instauré deux voies d'accès : le parcours accès spécifique santé (PASS) et la licence accès santé (LAS). Ces nouvelles modalités visaient à diversifier les profils des étudiant·e·s, réduire les risques psychosociaux et augmenter la réussite. Cependant, dès son application, des lacunes profondes sont apparues, compromettant les objectifs initiaux de cette réforme.

Les fédérations étudiantes en santé, regroupées autour de la FAGE, avaient dès le départ mis en garde contre une mise en œuvre précipitée. Les textes réglementaires flous et publiés tardi-

vement ne respectaient pas les recommandations des associations qui avaient travaillé sur cette réforme. Le premier rapport des fédérations étudiantes, publié dès novembre 2020, dressait déjà un constat alarmant.

LE BILAN DE QUATRE ANNÉES DE CETTE RÉFORME ?

Quatre ans après, les résultats demeurent en deçà des attentes. Les fédérations étudiantes dénoncent une surcharge de travail, une inégalité territoriale persistante et un manque de lisibilité des parcours. En février 2024, un second rapport de la FAGE², suivi d'une enquête de grande ampleur ayant recueilli plus de 13 000 témoignages en avril 2024³, a mis en lumière plusieurs points critiques :

- une surcharge de travail accrue en PASS et LAS : contrairement aux attentes, les étudiant·e·s en PASS continuent de subir une pression académique

similaire à celle de la PACES. En LAS, l'ajout des crédits ECTS en santé alourdit considérablement les licences disciplinaires, créant un déséquilibre entre les matières ;

- des disparités territoriales criantes : l'organisation des PASS et LAS varie considérablement selon les universités, créant des inégalités d'accès et de réussite. Les étudiant·e·s en régions éloignées ou moins bien dotées en infrastructures universitaires sont particulièrement défavorisé·e·s ;

- un manque de lisibilité des parcours : la complexité des modalités de sélection et l'hétérogénéité des critères d'évaluation génèrent une confusion parmi les étudiant·e·s et leurs familles ;
- une diversification des profils limitée : l'objectif d'attirer des étudiant·e·s aux parcours variés reste difficile à atteindre.

Les frais annexes liés à la formation et les contraintes géographiques freinent l'accès de certains publics ;

- une exclusion implicite de la kinésithérapie : bien que cette filière soit concernée par les processus de sélection, elle n'est pas incluse dans les textes cadrant la réforme, rendant parfois son intégration plus complexe.

¹ Dans son rapport 2024, la FAGE explique que bien que la filière kinésithérapie ne soit pas incluse dans les textes cadrant la REES, il lui semble nécessaire et évident de mener son travail de réflexion en collaboration avec la Fédération nationale des étudiant·e·s en kinésithérapie. Les plus de 2 000 étudiants et étudiantes qui entrent chaque année en formation de kinésithérapie, via RESS, ne doivent pas être laissés de côté.

² <https://miniurl.be/r-5vhr>

³ Réforme négligée, 4 ans plus tard, PASS et LAS doivent s'adapter. <https://miniurl.be/r-5vhs>

UNE RÉFORME À CONSTRUIRE COLLECTIVEMENT

La réussite de cette réforme passe par une collaboration renforcée entre les étudiant-e-s, les universités et les instances de décision. Les fédérations étudiantes, porteuses des attentes et des préoccupations des futur-e-s professionnel-le-s, doivent jouer un rôle central dans ce processus.

Le deuxième rapport, présenté en février 2024 par la FAGE et ses fédérations de santé, était une invitation à repenser la REES. Derrière chaque dossier se cache une histoire personnelle, et il est essentiel que le système éducatif reconnaisse et valorise ces parcours diversifiés.

La FAGE a proposé, dans ce cadre, en 2024, un modèle de licence unique de santé, accessible à tou-te-s les étudiant-e-s et intégrant des enseignements fondamentaux en santé ainsi que des options au choix. Ce modèle vise à :

- harmoniser la formation : offrir les mêmes opportunités académiques et pédagogiques, quel que soit le parcours initial de l'étudiant-e ;
- réduire la pression : permettre un cursus sur trois ans avec possibilité de redoublement, dans un cadre plus stable et structuré ;
- promouvoir l'égalité des chances : éviter les disparités actuelles entre PASS et LAS, qui favorisent les étudiant-e-s issus de milieux socio-professionnels supérieurs ;
- améliorer l'accompagnement : offrir un soutien mieux adapté aux besoins des étudiant-e-s pour favoriser leur réussite et diminuer les risques psychosociaux.

UNE VOIE COMMUNE VECTRICE D'INTERPROFESSIONNALITÉ

Au-delà des choix d'orientation, la voie commune représente l'opportunité pour bâtir une culture commune de la santé. Elle favorise des enseignements interdisciplinaires et un apprentissage

collaboratif entre futures professionnelles et professionnels, au service d'un système de santé centré sur le patient. Cette culture commune est essentielle pour renforcer la coopération entre métiers et garantir une prise en charge globale et coordonnée des patients.

La publication, en décembre 2024, du rapport de la Cour des Comptes, intitulé « L'accès aux études de santé – Quatre ans après la réforme, une simplification indispensable » a suscité de vives inquiétudes : parmi les recommandations évoquées, figure la possible suppression de la voie commune d'accès aux études de santé MMOPK. Cette perspective va à l'encontre des principes fondamentaux défendus par les organisations étudiantes, fermement opposées à toute réforme mettant fin à une voie commune. Depuis la réforme, les filières de pharmacie et de maïeutique enregistrent une baisse notable du nombre d'étudiants entrants : - 6 % pour la pharmacie et - 4 % pour la maïeutique. Face à cette situation, le rapport propose d'instaurer une voie d'accès spécifique pour ces deux filières. Cette mesure soulève de vives préoccupations, notamment parce qu'une enquête révèle que 55 % des étudiants en pharmacie et 47 % des étudiants en maïeutique n'auraient pas choisi ces filières si la décision devait être prise à la sortie du lycée.

La voie commune offre un temps indispensable de réflexion et de construction du projet professionnel, tout en assurant un socle de connaissances partagé entre les filières. Les étudiant-e-s des filières MMOPK défendent donc avec force cette entrée commune, convaincu-e-s qu'elle constitue un premier pas important pour un choix d'orientation éclairé et une formation partagée des futurs professionnels de santé. À l'heure où les défis du système de santé nécessitent davantage de coopération et de complémentarité, la suppression de la voie commune serait une grave erreur.

UN APPEL À L'ACTION

La réforme de l'entrée en études de santé devrait symboliser une vision ambitieuse de l'avenir du système de santé français. Elle reflète l'importance de l'égalité des chances et de la diversité des talents dans un secteur aussi essentiel. L'avenir des étudiant-e-s, et par extension celui du système de santé français, dépend aussi de cette année d'accès aux études de santé. Les étudiant-e-s porteront donc une attention particulière à toute évolution à venir de la réforme d'entrée en études de santé.

Les tutorats santé, un atout indispensable à la réussite en PASS/LAS

Développés depuis une quarantaine d'année, les tutorats santé ont pour mission de rétablir l'égalité des chances en PASS et LAS face aux organismes privés de préparation, souvent coûteux et inaccessibles pour beaucoup de jeunes. Gratuites ou à faible coût, ces structures, souvent associatives, offrent un accompagnement pédagogique, moral et d'orientation tout au long de l'année. Le tutorat, animé par des étudiant-e-s des années supérieures, propose une aide à l'apprentissage, des conseils méthodologiques, un soutien moral *via* du parrainage ou encore des ateliers bien-être et une information claire sur les options d'orientation. Il garantit une pédagogie adaptée, en lien direct avec les enseignant-e-s et soutenue par les universités ainsi que le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche *via* un agrément dédié. Chaque tutorat s'adapte localement et offre une qualité équivalente, voire supérieure, aux préparations privées, permettant un accompagnement personnalisé pour une réussite équitable et éclairée. Il faut donc considérer avec importance la place de ces tutorats santé au sein des parcours PASS/LAS, en tant qu'acteurs indispensables du bien-être, de l'orientation et de la réussite étudiante, et dans l'objectif d'une égalité des chances pour l'accès aux études de santé.

De la PACES au dispositif PASS/LAS, une amélioration de la réussite étudiante ?

Un point de vue de la filière odontologique

Le paysage des études de santé en France a connu des transformations d'une importance considérable pour l'orientation et la réussite étudiantes depuis 2020. Après une analyse critique des modalités de sélection des futurs professionnels de santé toutes filières confondues, certaines spécificités des filières sont discutées.

Hélène Chardin

Maîtresse de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) d'odontologie
Membre de la Commission administrative du SNESUP-FSU

En 2010, la première année commune aux études de santé (PACES) remplaçait le PCEM1 (première année du premier cycle des études médicales) en ajoutant la filière pharmacie à ses trois filières, médecine, maïeutique et odontologie (MMO). Le dispositif passait donc d'un système MMO à un système MMOP en supprimant le concours propre à la pharmacie. Quelques années plus tard, un certain nombre d'universités se lançaient dans des expérimentations visant à supprimer les redoublements et/ou diversifier les modes de recrutement tout en donnant une deuxième chance aux recalés du concours en un an (dispositifs PACES One, alterPACES, PluriPASS...).

Sans attendre l'issue de ces expérimentations et leurs conclusions, le président de la République annonçait brutalement, en septembre 2018, la suppression de la PACES et son remplacement par un dispositif de licence donnant accès aux quatre filières des études médicales (MMOP), cette annonce s'accompagnant de celle de la suppression du *numerus clausus*.

À la rentrée 2020, après une réforme négociée dans l'urgence

et devant la réalité de situations locales extrêmement hétérogènes, différents dispositifs étaient mis en place. Certaines universités adoptaient un système exclusif de licence accès santé (LAS), alors que d'autres adoptaient un système parcours accès spécifique santé + LAS (PASS/LAS). D'une manière générale, les universités accueillant des effectifs réduits d'étudiants adoptaient un système LAS exclusif, alors que celles devant gérer de gros effectifs (jusqu'à deux mille étudiants inscrits en PACES) conservaient un système spécifique de PASS en plus des LAS.

QU'EN EST-IL DE LA SÉLECTION QUATRE ANNÉES PLUS TARD ?

La réforme des études de santé a été présentée comme un système qui « favorise la réussite des étudiants dans leur parcours de formation en mettant fin à un système de sélection basé sur le *numerus clausus* ». C'est ainsi que le *numerus clausus*, défini nationalement et décliné localement, a été remplacé par un *numerus apertus* défini localement en lien avec les Agences régionales de santé (ARS). À un « concours »

avec *numerus clausus* se substitue un « examen classant avec nombre limité des places » correspondant au *numerus apertus*... En d'autres termes, on est passé d'une politique nationale de la santé déclinée au niveau régional à une politique décidée au niveau régional, avec tout ce que cela peut entraîner de disparités entre régions pauvres et régions (plus) riches, de risques de mise en œuvre de politiques clientélistes par les universités pour lever des fonds sans avoir forcément la capacité réelle d'accueillir davantage d'étudiants... Quant au bilan global chiffré, il est difficile de le faire puisque les données ne

La pénurie de médecins organisée dans les années 1990 par une baisse drastique du *numerus clausus** (8 588 étudiants admis en deuxième année de médecine en 1972 contre seulement 3 576 en 1995), avait commencé à être corrigée par une augmentation du *numerus clausus* dans les années 2000 permettant de dépasser légèrement les chiffres des années 1970 (9 314 étudiants en médecine en 2018).

* <https://miniurl.be/r-5vcr>

sont plus nationales. En ce qui concerne les années de transition, les *numerus clausus* des années 2018 et 2019 atteignaient les quinze mille étudiants admis en deuxième année toutes filières confondues et ce nombre a été maintenu à l'identique pour la première année de réforme PASS/LAS.

En ce qui concerne la réussite des étudiants, l'argumentation se basait sur le fait que certains étudiants quittaient les études de santé après deux tentatives infructueuses en PACES en ayant perdu deux ans. Il fallait donc que ces deux années puissent être valorisées. Du coup, aux disciplines fondamentales requises pour des études de santé (physique, chimie, biochimie, biologie cellulaire...), il a été ajoutée une « mineure » qui correspond à la licence vers laquelle l'étudiant recalé en études de santé pourrait se réorienter. Cette mineure peut concerner des sciences proches de la santé (sciences du vivant, physique-chimie, STAPS, psychologie...) ou un tout autre domaine disciplinaire (droit, économie-gestion, histoire, langues...). Chaque université choisit quelles licences vont accepter en deuxième année des étudiants non admis en filière de santé, mais ayant été « reçus » puisqu'ils ont obtenu un total de notes cumulées supérieur à la moyenne. A l'inverse, ces mêmes licences doivent offrir un accès santé (et deviennent donc des LAS) en offrant à leurs étudiants la possibilité de passer une mineure santé en parallèle de leur parcours de licence.

Comme le système est complexe, prenons un exemple concret : un élève de terminale souhaite devenir médecin, deux possibilités s'offrent à lui. Première possibilité, il choisit un dispositif PASS/LAS et demande une inscription en PASS et choisi une mineure. S'il valide le PASS mais n'est pas suffisamment

bien classé pour obtenir médecine (seules les filières de maïeutique ou pharmacie lui sont proposées, voire aucune filière de santé ne lui est proposée), il pourra intégrer la deuxième année de licence correspondant à sa mineure et pourra de nouveau tenter sa chance en médecine en L2 ou en L3. Son dossier sera alors évalué sur sa performance en licence. Deuxième possibilité, il choisit de passer par une LAS et demande une inscription dans une licence proposant une mineure santé. Il doit alors valider la mineure santé en parallèle de son année de licence pour candidater en médecine. Il pourra candidater deux fois sur les trois années de licence, son dossier étant jugé sur ses performances en licence, la validation de la mineure santé étant un prérequis pour sa candidature.

La candidature vers le PASS ou une LAS se faisant sur Parcoursup, les candidats ayant les meilleurs dossiers lors de cette candidature seront donc ceux qui auront le plus de choix, les étudiants avec des dossiers moins bien évalués pouvant se retrouver avec un choix de mineure ou de licence par défaut. Un très bon élève de terminale choisissant le PASS avec la mineure qu'il préfère aura donc une chance d'intégrer médecine dès la première année tout à fait comparable à celle qu'il aurait eue avec le PCEM1 ou la PACES. Un élève moins performant en terminale pourra se retrouver avec un choix de mineure par défaut ; et s'il n'est pas assez bien classé en PASS, il risquera de se retrouver dans une deuxième année de licence qui ne le motive pas, voire de ne pas valider sa mineure ou de ne pas être accepté en deuxième année de licence et de se retrouver à candidater à nouveau sur Parcoursup.

Il semble logique de penser que cet élève moins performant en terminale devrait plutôt choisir de

s'inscrire en LAS sans passer par le PASS, les LAS étant théoriquement des parcours moins concurrentiels développés pour diversifier les accès en études de santé. En réalité, le choix de la licence est lui-même difficile. Si cet élève peut s'inscrire dans une LAS proche des thématiques de santé, c'est-à-dire si son dossier Parcoursup le lui permet, il se retrouvera dans un système très sélectif avec une concurrence très importante puisque de nombreux étudiants non affectés en médecine après le PASS auront tenté leur deuxième chance par cette voie. D'autre part, préparer une licence d'histoire ou d'études chinoises pour un étudiant qui souhaite devenir médecin n'est pas forcément un choix très logique et motivant !

Dans les filières sélectives, la réussite des étudiants dépend avant tout du nombre de places par rapport au nombre d'inscrits. Remplacer un système, certes très imparfait, par un système beaucoup plus complexe n'améliore ni la réussite étudiante ni la qualité de la sélection. Au contraire, il est légitime de craindre que ce soient les élèves des classes privilégiées, issus des meilleurs établissements et/ou bénéficiant de la meilleure orientation en terminale qui soient favorisés par ce nouveau dispositif. Par ailleurs, l'introduction des épreuves orales appliquées uniquement aux étudiants de LAS et aux étudiants les moins bien classés du PASS est une autre source potentielle de discrimination sociale.

L'amélioration des modalités de sélection des futurs professionnels de santé, toutes filières confondues, passe par l'attribution de plus de moyens pour encadrer et soutenir les étudiants dans la préparation de cette sélection, par des possibilités accrues de réorientation des étudiants qui ont été sélectionnés mais ne souhaitent pas continuer et des



possibilités de passerelles pour les étudiants d'autres filières. La mise en place d'un dispositif complexe à moyens constants ne profitera qu'à ceux qui sont déjà les mieux adaptés au système. En comparant le statut des élèves des classes préparatoires publiques à celui des étudiants de PASS, il est évident que ce n'est ni l'engagement des étudiants dans leurs études ni leur détermination à réussir qui font la différence, mais bien l'encadrement dont ils bénéficient. Ce déficit d'encadrement universitaire se traduit par le renforcement d'établissements privés dont le coût constitue une discrimination socio-économique supplémentaire.

CONSÉQUENCES DE LA RÉFORME SUR L'ODONTOLOGIE

L'odontologie est devenue une filière de premier choix pour les étudiants de PASS/LAS, les étudiants retenus étant classés dans les mêmes rangs que ceux de médecine. Cette évolution n'est pas récente et n'est pas liée au mode de sélection puisqu'elle était mise en place dès le PCEM1.

Lors de la création de la PACES, un travail important avait été réalisé pour donner de l'importance aux filières. Les quatre filières de santé étaient regroupées en une seule année de concours mais un étudiant pouvait choisir de candidater à une,

deux, trois ou quatre filières. Un enseignement spécifique à chaque filière était introduit au deuxième semestre. Le classement final se faisait par filière, chaque filière se distinguant par des coefficients différenciés selon les disciplines et son examen propre. Par exemple, la chimie avait un coefficient fort en pharmacie et plus faible dans les autres filières. Au contraire, l'anatomie présentait un coefficient élevé en médecine, maïeutique et odontologie, et faible en pharmacie.

Pour l'odontologie, comme il existait un nombre faible d'UFR d'odontologie par rapport au nombre d'UFR de médecine, il était difficile d'assurer un enseignement sur tous les sites de préparation au concours : l'Île-de-France, par exemple, possède une seule UFR d'odontologie qui reçoit en deuxième année les étudiants sélectionnés par six universités. Le programme de l'examen de filière avait donc été élaboré au niveau national et s'appuyait sur des cours enregistrés par des enseignants des différentes UFR. Ces cours étaient facilement accessibles car mis en ligne par toutes les universités ayant une PACES. Chaque université pouvait ensuite choisir de compléter les cours par des enseignements dirigés et des cours en présentiel en fonction de ses choix et de ses possibilités.

La réforme PASS/LAS complexifiant considérablement le système de sélection, il a été nécessaire de revoir l'ensemble des programmes du PASS. Le temps consacré à la préparation des épreuves de sélection a été raccourci par la nécessité de suivre et préparer une « mineure » parfois très loin du champ disciplinaire de la « majeure », d'organiser une deuxième session d'examens pour les étudiants ayant échoué à la première et d'organiser des épreuves orales pour les étudiants admissibles mais classés dans la deuxième moitié des places disponibles. Le temps étant réduit, les programmes ont dû l'être également. Ceci s'est largement traduit par la disparition des enseignements de filières.

Pour les LAS, il a été nécessaire de définir des enseignements de « mineure santé » adaptés selon les parcours et accessibles aux étudiants qui devaient les valider en plus de leur licence. Ce sont donc des socles minimaux qui ont été définis en essayant de ne pas trop pénaliser des étudiants qui tenteraient d'accéder aux études de santé par des licences très éloignées des disciplines requises pour poursuivre leurs études.

Lorsqu'ils arrivent en deuxième année, les étudiants ont désormais une formation initiale très hétérogène. Dans la mesure où il s'agit

toujours d'étudiants performants dans leur parcours initial, ils seront capables de compenser leurs lacunes, mais cela nécessite de mettre en place des enseignements complémentaires et d'adapter ceux existants pour les rendre accessibles à tous.

Un autre effet de la réforme a été de régionaliser les capacités d'accueil et de formation avec le remplacement du *numerus clausus* par un *numerus apertus*. En odontologie, cela s'est traduit par l'ouverture de petites

structures de formation sous la forme d'UFR ou de départements relevant d'UFR de santé. Ainsi, six nouveaux sites ont été ouverts (Amiens, Besançon, Caen, Dijon, Rouen et Tours) dans des régions à faible densité de praticiens.

En France, l'odontologie est une discipline devenue universitaire au début des années 1970. La recherche dans ce domaine a mis du temps à se structurer et reste encore très peu visible au niveau international.

Il est donc absolument nécessaire de continuer à soutenir son développement afin de garantir à nos étudiants une formation de niveau universitaire dispensée par des enseignants participant activement à la recherche qu'elle soit fondamentale ou clinique. S'il est louable de chercher à attirer de jeunes professionnels en leur proposant une formation de proximité, il est inquiétant de voir se développer des structures de formation sans l'encadrement hospitalo-universitaire nécessaire.

**25 et
26
mars
2025**

Assises de la santé et la sécurité des travailleurs-ses



Bourse du travail de Paris,
3 rue du Château d'eau Paris 10e

S'armer pour des actions militantes. S'outiller pour agir sur le terrain. Construire des combats communs.
Faire de la santé au travail une grande cause publique.



Organisations invitantes : CGT, FSU, Solidaires, Andeva, ASD-Pro, Association des experts intervenant en santé au travail, ATTAC, Ateliers Travail et Démocratie, Cordistes en colère, réseau féministe « Ruptures », Association-Santé-Médecine-Travail.

Je m'inscris pour participer aux Assises de la santé au travail des 13 et 14 mars 2024 à cette adresse : <https://www.billetweb.fr/assises-de-la-sante-et-la-securite-des-travailleurs-et-travailleuses-25-et-26-mars-2025>

Pour tout contact : mobilisation28avril@gmail.com.
Site : <http://assises-sante-travail.ouvaton.org/>

Accès aux études de santé : vers une voie unique LAS ?

L'analyse comparée des systèmes « PASS et LAS » et « tout LAS » montre que, parmi les critères de choix du système adopté par les universités, la question du budget est décisive. Le peu d'adhésion au modèle « tout LAS » pourrait ainsi s'expliquer en partie par le coût qu'il génère en équivalent temps plein. Mais les contentieux liés aux recours aux algorithmes d'interclassement entre les étudiants des différentes voies d'accès pourraient également peser dans le choix entre systèmes et sur leurs évolutions¹.

Marie-Bénédicte Romond

Professeure de bactériologie et virologie,
Université de Lille
Membre élue du CNESER

Quittant le système PACES (première année commune aux études de santé) en 2020, de nouvelles modalités d'accès aux études de santé (« médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie », ou MMOP, bientôt rejointes par la kinésithérapie) ont vu le jour avec, pour la majorité des universités déjà dotées de filières santé, un parcours « accès santé » spécifique (PASS) complété par une entrée *via* des licences (droit, sciences, lettres...) avec option « accès santé » (LAS). Dans ce dernier cas, plusieurs configurations existent : l'unité d'enseignement (UE)² de santé est intégrée au corpus d'enseignements de la licence ou existe en tant que module supplémentaire.

Le principe en PASS est de choisir une mineure hors santé (par exemple une UE d'ouverture de douze ECTS³ à Lille) qui permet à l'étudiant-e non

classé-e de continuer dans la licence correspondante (à condition de valider l'année PASS, c'est-à-dire l'acquisition de soixante ECTS) et de retenter sa chance après avoir acquis soixante ECTS supplémentaires.

Hormis l'accès par PASS (50 %), le nombre de places réservées pour les voies d'accès LAS (c'est-à-dire à partir de la première, deuxième ou troisième année de la licence) et la voie des passerelles⁴ est laissé à la discrétion des universités, à condition que les seuils minimaux définis dans le décret soient respectés pour assurer une diversité dans les profils recrutés.

L'originalité de la voie PASS est que les étudiants et étudiantes admissibles dans le haut du classement après les épreuves écrites sont réputé-e-s admis-e-s (« *grands admis* »). Cette procédure est un cas d'espèce – en comparaison de l'accès aux grandes écoles du système français. On peut s'interroger sur le sens à donner à un accès par la seule validation de l'écrit dont le résultat dans le cadre de PACES avait montré ses limites.

Pour ceux admissibles dans le bas du classement, le parcours rejoint celui des LAS. Ils présentent le deuxième groupe d'épreuves sous forme d'oral qui ne doit pas relever des matières dites de santé. Suite à l'annulation, par le conseil d'État, des procédures mises en place par plusieurs universités, le poids de la note d'oral a été limitée à 30 % de la note globale avec une tolérance de 5 %.

MULTIPLICITÉ DES MODALITÉS D'INTERCLASSEMENT

Enfin, il est nécessaire de procéder à l'interclassement avec les étudiants et étudiantes des voies d'accès LAS ayant validé leur année de licence (L1, L2 ou L3). L'autonomie des universités ouvre à une multiplicité de calculs algorithmiques à l'origine de recours auprès du tribunal administratif (TA) par les étudiant-e-s s'estimant lésé-e-s par un mode de classement souvent jugé abscons. C'est le cas à Aix-Marseille Université, qui pratique un mode d'interclassement par « harmonisation algorithmique », c'est-à-dire l'ajustement des notes pour corriger des biais éventuels selon les filières.

¹ Ce texte est le résultat d'échanges avec trois collègues de Strasbourg, Véronique Bruban-Schann (faculté de pharmacie), Philippe Clavert (CHRU) et Cyrille Blondet (faculté de médecine).

² L'unité d'enseignement, ou UE, est un groupe d'enseignements comportant entre eux une cohérence scientifique et pédagogique. Chaque UE correspond à un nombre de « crédits ». Chaque semestre correspond à trente crédits.

³ Le système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS pour *European Credit Transfer System*) « exprime le volume d'apprentissage sur la base des résultats d'apprentissage définis et la charge de travail qui y est associée », selon le Guide officiel ECTS édité par l'Union européenne. Il permet de faire valoir des équivalences entre différentes formations reconnues en Europe.

⁴ Voir par exemple le tableau 11, p. 123, « Capacités d'accueil et étudiants admis en deuxième année MMOP par la voie des passerelles » dans le rapport de la Cour des comptes de 2024, *L'accès aux études de santé - Quatre ans après la réforme une simplification indispensable*. <https://miniurl.be/fr-5vd6>

Des étudiants en LAS2 sciences infirmières ont remis en cause cette « harmonisation des notes », qui aurait, selon eux, entraîné « une rupture d'égalité de traitement » et fait perdre à chacun entre 1,251 et 5,925 points. Point intéressant de leur argumentaire : ils reprochent au jury d'admission d'avoir « entériné les résultats issus de l'application de la formule mathématique, renonçant à exercer sa compétence, remettant en cause sa souveraineté ». À Sorbonne Université, le choix d'une note seuil établie par le jury de 12,2/20 a permis de reverser 48 places aux étudiants et étudiantes de PASS. Les requérant·e·s venant des filières LAS, qui ont été débouté·e·s par le TA, voient dans cette manœuvre une discrimination en faveur des candidats et candidates issues de PASS.

EFFETS PERVERS DU SYSTÈME MIXTE PASS ET LAS

Bien que pensé pour mettre fin aux travers de PACES, le mode de recrutement PASS et LAS particulièrement complexe est donc loin d'être satisfaisant pour les usagers. Il a certes permis de réduire le gâchis humain engendré par PACES. A Lille, 52 % des étudiantes et étudiants sortaient du système PACES sans aucune validation d'études après deux ans sur les bancs des facultés. Actuellement, le bilan est de 42 % n'ayant pas obtenu la moyenne après un an (et donc devant retenter une première année de licence). Cependant, il reste beaucoup à faire. Plusieurs universités notent que le devenir de ces étudiants et étudiantes et de ceux et celles ayant échoué après leur seconde chance leur échappe. Le bilan réel du système mixte reste donc difficile à appréhender.

Le système PASS et LAS désavantage également certaines professions jugées moins attractives que la filière médecine, dont la pharmacie, voire la maïeutique, avec le risque à terme

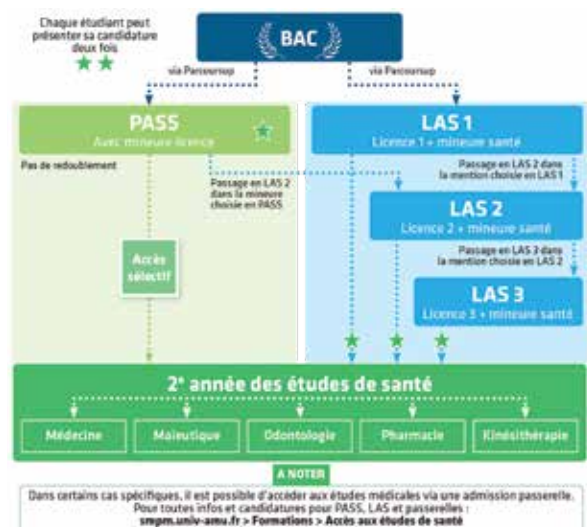
d'amplifier les déséquilibres entre professions médicales dans les déserts médicaux, où les professions paramédicales servent souvent de rustine.

Enfin, on remarque au sein des années ultérieures (surtout en médecine) une compétition entre les différentes origines (PASS et LAS). Or, Parcoursup pré-orienter les néo-bacheliers ayant le niveau scolaire plus élevé vers PASS. Il en résulte un taux de succès apparent supérieur en PASS et une mixité très relative par la suite selon les origines d'accès aux études de santé. Si l'Université Grenoble-Alpes (UG) est particulièrement vigilante pour prévenir une telle discrimination, d'autres universités n'en ressentent pas le besoin. La compréhension par les familles d'une voie royale PASS conforte bien évidemment les officines de préparation aux concours, déjà bien implantées pendant les années PACES.

Une réflexion est en cours sur l'hypothèse d'un accès « tout LAS » déjà expérimenté par certaines universités (dont Caen et Strasbourg) pour compenser les effets pervers du système mixte. La situation pourrait en effet



Parcours des études médicales à la faculté de médecine, maïeutiques et sciences de la santé de l'Université de Strasbourg (<https://miniurl.be/r-5vd8>).



Parcours du système PASS-LAS d'accès aux études de santé à l'Aix-Marseille université (AMU). <https://smpm.univ-amu.fr/fr/formations/acces-etudes-sante>

devenir difficilement gérable par rapport à l'objectif de diversification des profils, surtout si on tient compte du biais induit par le tri de Parcoursup.

MODÈLE D'ACCÈS PAR LA LICENCE SCIENCES POUR LA SANTÉ À STRASBOURG

À Strasbourg, la licence Sciences pour la santé (LSpS)⁵ consiste en une seule voie unique déclinée en plusieurs parcours disciplinaires. L'organisation repose sur trois piliers : l'ensemble « santé » (25 ECTS), l'ensemble transversal – enseignement de sciences humaines et sociales en lien avec la santé, langue... – (14 ECTS) et un ensemble d'enseignements « hors santé », centré sur la discipline choisie parmi les onze parcours possibles (droit, chimie, mathématiques, sciences économiques, sciences du sport, sciences de la Terre et de l'univers, sciences de la vie, sciences et technologie, psychologie, sciences sociales, physique). Il est impératif de valider les UE Santé et transversales pour pouvoir candidater en MMOP. En outre, quel que soit le parcours choisi, les seul·e·s candidat·e·s retenu·e·s pour les filières santé sont celles et ceux ayant réussi la première année de LSpS, intégrant les UE disciplinaires (validation de l'année sur la base d'une moyenne générale de 10). Pour pouvoir candidater en L2 disciplinaire, il est nécessaire d'avoir validé les UE disciplinaires. Sans validation des UE Santé et transversales en LSpS, il n'est pas possible de candidater en MMOP en L2.

La notion de « *grand admis* » perdure. L'accès direct à la deuxième année de diplôme de formation générale (DFG2) est réservé aux 10 % des meilleur·e·s étudiant·e·s de chaque discipline. Pour maintenir une diversité satisfaisante, une discipline ne peut obtenir plus de 50 % des places. Cependant, si le positionnement favorable du ou de la candidate ne cor-

respond pas à son souhait de filière, il ou elle peut continuer en passant l'oral et rejoindre les candidats et candidates ayant réussi leur première année dans la suite du classement. Réputé·e admissible, il ou elle passe les épreuves orales d'admission.

L'interclassement pour l'oral est réalisé sur le socle commun des UE Santé/transversales. Globalement, l'interclassement est réalisé en considérant les UE Santé et transversales pour les grands admis ; s'y ajoutent les notes des épreuves orales d'admission pour l'interclassement des candidats du second groupe.

Deux candidatures sont possibles avec accès possible après L1 (65 % des places), L2 (30 %) et/ou L3 (5 %). C'est l'accès au niveau L3 qui est le plus complexe eu égard aux diversités des mentions, compliquant l'interclassement. La solution de l'Université de Strasbourg est la mise en place d'une épreuve classante non validante pour l'accès après une L3. Les différents parcours ne souffrent pas de tension comme avec le système mixte, même si on remarque l'habituelle pression des vœux en faveur de la médecine et de l'odontologie, obligeant à une certaine vigilance des parcours moins recherchés.

Le modèle est doublé d'un fort investissement de tutorat principalement assumé par les étudiant·e·s de DFG2 en collaboration avec le corps enseignant. Il permet ainsi d'éviter une sélection biaisée par les sociétés privées de préparation au concours.

Si ce choix de sélection rencontre l'adhésion des usagers après quatre ans de fonctionnement, il convient de rappeler que son coût est important pour l'université de Strasbourg (surcoût estimé à deux millions d'euros par rapport à la voie PACES), soit environ 20 équivalents temps plein (ETP) dédiés en personnels enseignants et administratifs.

A l'heure des contraintes budgétaires imposées aux universités, l'argument du coût pèse lourd dans les réticences universitaires à généraliser le modèle strasbourgeois. L'analyse de l'Université Clermont Auvergne, menacée de déficit budgétaire cette année, montre que ce modèle n'est pas soutenable dans les établissements régionaux les moins dotés. La tendance est aux réductions des maquettes pour éviter d'alourdir la charge en nombre d'heures d'enseignement, qui grève les finances universitaires avec l'explosion des heures complémentaires, pourtant largement moins coûteuses que le recrutement de titulaires.

SYSTÈME PLUS ÉGALITAIRE

Les étudiants et étudiantes sont par contre très en faveur d'un système plus lisible, qui est ressenti plus égalitaire. On l'a vu, le modèle mixte génère du contentieux pouvant aller jusqu'au Conseil d'État, avec obligation d'infléchir la rédaction du décret initial. En outre, en conservant un système PASS proche de PACES, la dichotomie est maintenue entre les « excellents » et les autres qui peut être préjudiciable, à long terme, à la fluidité du système de santé entre hôpitaux et responsables des soins primaires. Or, il est crucial que la société se dote de personnels soignants adaptés aux enjeux actuels, en particulier au vieillissement de la population.

En conclusion, si le modèle strasbourgeois n'est certainement pas le seul possible, il a cependant l'avantage de minimiser les ressentis négatifs entre étudiants et étudiantes selon les voies d'accès. Ceci augure de relations professionnelles plus confraternelles que celles induites par les modes de sélection antérieurs où la confrontation des potentiels humains sur la base de quelques matières « nobles » mais peu adaptées aux métiers de la santé a souvent empêché ultérieurement une saine coopération entre professionnels.

⁵ <https://miniurl.be/r-5vd7>

Une étude de cas du LAS – PASS : l'Université de Franche-Comté

Sylvie Bepoix, université de Franche-Comté, co-responsable du secteur formation du SNESUP-FSU

En février 2024, la Cour des comptes a conduit une enquête sur la réforme des études de santé, qui témoigne de la grande hétérogénéité des choix d'organisation faits par les universités pour sa mise en œuvre. L'examen de la situation à l'Université de Franche-Comté (UFC) peut constituer une micro étude pouvant enrichir les rapports macro fournis par les enquêtes nationales.

Le principe des passerelles multiples peut être considéré comme un point positif pour les étudiants mais nécessite une importante « agilité » de la part des responsables de formations issus à l'UFC de composantes aux méthodes différentes. Outre l'accompagnement pédagogique, le tutorat devient essentiel pour que les étudiants prennent pleinement conscience de toutes les possibilités qui leur sont offertes.

Certaines licences accès santé (LAS) sont plus attractives que d'autres (voir le tableau ci-joint), les étudiants considérant sans doute qu'elles leur permettront d'acquérir des connaissances réutilisables s'ils intègrent rapidement le cursus santé : les LAS STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives), SVT (sciences de la vie et de la Terre) ou encore psychologie. Mais les LAS peuvent être très

LAS ₁	Inscrits en 2023-2024	Total admis	% des admis par rapport aux inscrits
Droit	23	3	13
Mathématiques	10	2	20
Philosophie	13	2	15,4
Physique-Chimie	20	5	25
Psychologie	39	8	20,5
Sciences de la vie	35	9	25,7
SPI (sciences pour l'ingénieur)	6	2	33,3
STAPS	57	17	29,8
TOTAL	203	48	23,6

Bilan à l'Université de Franche-Comté : résultats LAS₁ - 2023/2024.

diverses – droit, mathématiques, physique, philosophie, etc. –, l'objectif de ce système d'accès multiples aux études de santé étant d'augmenter les chances d'accéder à des études de santé.

Techniquement, la mise en place de la réforme d'accès aux études de santé conduit à un important accroissement de travail pour l'ensemble des personnels concernés. La réforme a nécessité d'accorder les calendriers de formation, ce qui est parfois difficile. Ainsi, les unités de formation et de recherche (UFR) de santé décalent parfois leurs congés pour des raisons qui leur sont propres mais cela génère d'importantes difficultés pour l'organisation des examens. En effet, l'ensemble des LAS doit passer la mineure santé à la date prévue en composante santé.

Les échanges sont à double sens. Les LAS doivent accueillir d'importantes cohortes de PASS pour leurs mineures. Or certaines formations rencontrant du succès, comme la psychologie ou les STAPS, sont des formations en grande tension pour encadrer leurs propres étudiants. Cela aboutit à l'organisation de groupes de travaux dirigés (TD) supplémentaires et d'examens pour un nombre extrêmement important d'étudiants, nécessitant de multiplier les lieux pour les accueillir et posant des problèmes de surveillance. Et cela dans la composante santé comme dans les composantes comptant des LAS. Il faut encore ajouter le nécessaire alignement sur les périodes de rattrapage, ce qui n'est pas toujours le cas entre UFR : ainsi à l'UFC, l'UFR des sciences de l'homme, du langage et de la société (SLHS) a maintenu la totalité de ses rattrapages en juin contrairement à l'UFR santé.

Il s'agit là d'un florilège des problèmes rencontrés à l'UFC qui peuvent sembler purement techniques et secondaires face à l'importance de la réforme ; pour autant, ils contribuent à une forte dégradation des conditions de travail de tous ceux en charge des étudiants en santé. En effet, les compensations, en poste comme en prime sont très en-deçà des besoins engendrés par cette réforme.

À l'UFC, le bilan pour les résultats des LAS₂ et LAS₃ en 2023-2024 montre que, sur 217 inscrits au total dans les diverses licences, 111 ont finalement été admis, soit 51,2 %.

De façon concrète, on constate donc que certains étudiants parviennent à intégrer santé *via* une LAS₁ mais cela représente moins d'un sur quatre à l'UFC. On peut donc concevoir qu'une enquête soit nécessaire pour connaître la portée de la réforme PASS et LAS à l'échelle nationale.

Même si l'on peut se réjouir de voir certains étudiants réussir à rejoindre des études de santé malgré les difficultés, la somme des inconvénients que cela représente, autant pour les étudiants, les enseignants que les administratifs, justifie la nécessité de réfléchir à améliorer le système mis en place par cette réforme du premier cycle des études de santé.

Financiarisation du système de santé : quelles conséquences sur le service public et le droit à la santé ?

Le phénomène de financiarisation de l'offre de soins en France s'accélère. Ayant d'abord principalement concerné les cliniques privées, ce phénomène s'est considérablement amplifié. En dix ans, le secteur privé lucratif est ainsi passé de 25 à 35 % de l'offre de soins. Cet article¹ fait un état des lieux de cette accélération et de ses impacts.

Les inégalités sociales et territoriales de santé, tant en amont du soin que dans la non effectivité du droit d'accéder à des soins de même qualité partout pour toutes les personnes en ayant besoin, sont maintenant largement analysées et reconnues, y compris par la plupart des pouvoirs publics qui ont longtemps contesté l'existence même de « déserts médicaux » mais qui continuent à négliger alertes et recommandations préconisées depuis plusieurs décennies². De nombreuses études sont également consacrées aux multiples causes environnementales de maladies évitables, à la faiblesse de la prévention demeurant majoritairement comportementaliste, aux dégradations du service public hospitalier, aux scandaleuses poli-

tiques du médicament mises au grand jour à l'échelle mondiale par la pandémie de Covid-19³... Sans oublier les « affaires » ayant conduit des multinationales en justice comme celle du groupe Servier avec le Mediator. Sont aussi bien étudiées les évolutions marchandes de la protection sociale avec les désengagements progressifs de la couverture solidaire par la Sécurité sociale depuis quatre décennies...

Il existe encore peu de travaux sur la pénétration accélérée de grands groupes financiers multinationaux dans la gestion d'établissements de santé⁴ – alors qu'en dix ans,

Philippe Laville

Membre du Comité national de la LDH et du comité de rédaction de *Droits & Libertés*, copilote du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique », formateur d'enseignants et de soignants

le secteur privé lucratif est passé de 25 à 35 % de l'offre de soins en France – et sur la place prise par le secteur commercial dans de multiples externalisations au sein des hôpitaux publics, par ailleurs soumis aux mêmes exigences de rentabilité et de regroupements de services, avec leurs conséquences sur les patients et les soignants.

Souvent associée à la marchandisation de la santé et à la privatisation du secteur, la financiarisation se distingue pourtant de chacune de ces notions. Elle désigne un processus par lequel des acteurs privés, qui ne sont pas directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec, comme finalité première, de rémunérer l'investissement consenti.

MARCHANDISATION ET CHOIX GOUVERNEMENTAUX

Quelques dates significatives témoignent des évolutions vers une

¹ Avec l'aimable autorisation de la rédaction de la revue nationale LDH, *Droits & Libertés*, nous publions ici une version réduite et très légèrement actualisée par son auteur, de l'article dont l'intégralité est accessible dans son n° 204, en pp. 15-18 (<https://www.ldh-france.org/dl-numero-204/>) sous le titre « Financiarisation du système de santé : impacts », dans le prolongement d'un atelier organisé par la LDH avec plusieurs partenaires, dont le SNCS et le SNESUP lors de l'Université d'été des mouvements sociaux (UEMS) de 2023.

² Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) adopté unanimement le 17/2/2022, à la rédaction duquel l'auteur de cet article avait participé. <https://miniurl.be/r-5v1d>

³ Voir par exemple : Fabienne Orsi, juin 2021, « Brevets et levée des brevets dans un monde financiarisé ». *Droits & Libertés* n° 194. <https://miniurl.be/r-5v1e>
Dossier de la VRS 425 « Vaccins et vaccinations anti-Covid, entre science, business et politique ». <https://miniurl.be/r-4his>
Maurice Cassier, 2023. *Il y a des alternatives. Une autre histoire des médicaments (XIXe-XXIe siècle)*. Seuil, « Liber », 336 pages

⁴ Yann Bourgueil et Daniel Benamouzig, 2023. La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et Perspectives. Note de la Chaire santé de SciencesPo de Paris qui porte principalement sur la biologie et radiologie. <https://miniurl.be/r-5v1f>
Corinne Imbert, Bernard Jomier et Olivier Henno, 24/9/2024. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la financiarisation de l'offre de soins. <https://www.senat.fr/rap/r23-776/r23-7761.pdf>

marchandisation accrue de la santé en France:

- 1982 : opposition à la mise en œuvre du projet novateur de Jack Ralite, ministre communiste en charge de la santé, d'une « charte de la santé » visant à lutter contre les inégalités, accroître les recrutements et formations de médecins, supprimer le « secteur privé » au sein de l'hôpital public...

- 1987 : première entrée en bourse de cliniques avec la Générale de santé, regroupement de plusieurs établissements de santé privés à but lucratif dans les Hauts-de-Seine (soins, radiologie...) ayant créé le premier « hôpital » privé à Antony, sous l'égide alors de la Générale des eaux ;

- 1993 : privatisation du groupe pharmaceutique Rhône-Poulenc, nationalisé en 1982 (sauvetage financier), devenu depuis Aventis puis Sanofi. La seule production publique de médicaments est aujourd'hui celle de laboratoires de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; une production en petites quantités, considérée comme non rentable commercialement pour des maladies dites orphelines ;

- 2009 : loi « Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) », dite Bachelot, créant les Agences régionales de santé avec des directions générales toutes puissantes encourageant, dans les établissements publics, un management de type entreprise selon les modèles du secteur privé lucratif. La loi supprime même le terme de « service public » et rebaptise les établissements privés non lucratifs, dits PSPH (« Participant au service public hospitalier »), en ESPIC (« établissement de santé privé d'intérêt collectif »). Est effacée ainsi toute référence aux trois principes du service public : continuité, égalité (ayant valeur constitutionnelle) et mutabilité/

adaptation aux besoins des populations. Résultat : une régression où « la santé des entreprises passe avant celle des individus », comme l'écrit Philippe Batifoulier dans son essai *Capital santé - quand le patient devient client*⁵. La LDH s'en est indignée en soutenant la pétition nationale « Ne laissez pas faire ! L'hôpital public est votre hôpital ! Défendez-le avec nous ». Pour être rentable, l'hôpital transformé en entreprise devra sélectionner pathologies et patients, diminuer le nombre de personnels : moins d'infirmières, moins d'aides-soignantes, moins de médecins, moins de secrétaires, moins d'assistantes sociales. Il est alors prévu de supprimer 20 000 emplois dans l'ensemble des hôpitaux...

Depuis, comme dans de nombreux autres services publics, les dégradations du service public de santé n'ont pas cessé⁶. L'aggravation a été maximale en 2018 dans les services et établissements pour personnes âgées, expliquant le mouvement social inédit de leurs personnels soutenus par l'association regroupant la majorité des directions d'établissements publics et associatifs⁷. Les mobilisations ont été ensuite très importantes dans le service public hospitalier en 2019 et jusqu'au début de la pandémie, particulièrement dans les services d'urgence et en psychiatrie, dans un contexte de pratiques managériales insupportables et de dégradation de la démocratie sanitaire.

⁵ La Découverte, coll. « Cahiers livres », Paris, 2014.

⁶ Leurs fondements et leurs conséquences sur le service public hospitalier, à travers l'ensemble des politiques conduites depuis plus de trente ans, ont été bien analysés par Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent dans « La casse du siècle - A propos des réformes de l'Hôpital public » publié en 2019 dans *Raisons d'agir*.

⁷ Association des directeurs au service des personnes âgées. Mobilisée depuis des années (en partenariat avec la LDH contre l'âgisme et pour l'effectivité du droit à une citoyenneté active jusqu'aux derniers instants de la vie. <https://ad-pa.fr/>

La pénurie de personnels s'est accrue sous le triple effet de suppressions de postes et de services (passage de 11,1 à 6 lits/1000 habitants, soit - 46 % entre les années 1980 et 2017), de non-remplacements de départs en retraite et de l'insuffisance de formations et de recrutements de médecins comme de personnels paramédicaux. La pyramide des âges et l'usure prématurée et accrue des personnels du fait de leurs conditions de travail ne sont pas prises en compte. Des démissions s'en suivent, aggravant la pénurie...

EXTERNALISATIONS ET GROUPES FINANCIERS

Pendant que cette spirale infernale dégrade gravement la capacité du service public à assurer partout une égale qualité soignante, de nombreuses fonctions d'établissements publics de santé sont de plus en plus sous-traitées par des contrats commerciaux avec des entreprises, allant de pair avec une précarisation des emplois les moins rémunérés (comme dans la plupart des services publics⁸). Cela a commencé il y a plusieurs dizaines d'années par ce qui ne se voyait pas trop (blanchisserie, analyses biologiques, équipement et maintenance techniques...) avant de se généraliser massivement (tâches de gestion, communication, d'archivage des dossiers patients, restauration, entretien... et vente de service aux hospitalisés en chambre particulière). Ces « externalisations » aux prétextes d'économies, d'efficacité... ont négligé les effets négatifs pour les patients, en particulier en supprimant la complémentarité, avec les équipes soignantes, des salariés d'entreprises

⁸ Une présentation détaillée en a été faite lors de l'UEMS par le médecin hospitalier Philippe Bizouarn, s'appuyant sur son expérience de 35 années au CHU de Nantes, sur un rapport parlementaire et sur la note d'avril 2021 du Collectif Nos services publics titrée « 160 Md€ d'externalisations par an : comment la puissance publique sape sa capacité d'agir ». Lien vers le diaporama : <https://partage.ldh-france.org/s/DwiYEqSYoNFsgz6>



privées chargées de la restauration et de l'entretien des chambres (de surcroît souvent mal payés/formés/équipés pour de telles tâches).

Si l'existence d'un secteur privé à but lucratif est ancienne dans le secteur de la santé, la liberté de choix n'existe plus sur de nombreux territoires, au détriment du patient. Ainsi, après un malaise ou accident, on risque de plus en plus de se réveiller dans le service d'urgence d'un établissement privé commercial sans le souhaiter, du fait de la carte sanitaire dans de nombreux départements où, depuis une douzaine d'années, des grands groupes financiers profitent de fermetures d'hôpitaux publics ou de leurs services, particulièrement les services d'urgence, pour occuper massivement le terrain⁹.

⁹ Le géographe de la santé Emmanuel Vigneron et son équipe de l'université de Montpellier ont publié, dans *Le Monde* du 30/7/2018, des cartes qui montrent la localisation des 95 services d'urgences supprimés depuis 1995 et des 173 créés dont 124 dans le privé lucratif (créations rendues possible par la loi HPST de 2009), 35 dans le service public (pour 60 supprimés) et 14 dans le privé non lucratif (pour 35 supprimés). Voir image 17 du diaporama : <https://partage.ldh-france.org/s/DwiYEqSYoNFs9z6>

Les groupes les plus puissants, dirigés non plus par des professionnels de santé mais par des acteurs du monde de la finance, rachètent ainsi ce qui reste de cliniques isolées et d'établissements privés non lucratifs, notamment mutualistes, après avoir absorbé au passage d'autres groupes commerciaux plus anciens déjà évoqués¹⁰. Il y a même, maintenant, un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) privé rattaché à un établissement à but lucratif...

Aux quatre groupes les plus importants (RAMSAY, ELSAN, Vivalto Santé, Almayviva Santé), à la fois en chiffres d'affaire et nombre d'établissements d'hospitalisation rayonnant également sur l'imagerie médicale (RAMSAY

¹⁰ La Générale de santé, dont nous avons pu observer de près dans les années 1990-2000 sa propension à réclamer massivement des stagiaires en formation pour pallier son manque de soignants titulaires, est devenue « Ramsay-Générale de santé » en 2014, avant la disparition de son nom en 2019 dans la filiale française « Ramsay santé » du groupe multinational d'origine australienne.

se projetant aussi dans l'ambulatorio et des centres de santé privés – en « profitant » de déserts médicaux – pouvant promouvoir ses cliniques...), il convient d'ajouter des groupes qui ont une place importante dans le médicosocial, comme KORIAN (largement en tête en nombre d'établissements), ORPEA, qui a défrayé la chronique pour sa gestion des établissements pour personnes âgées, mais qui gère aussi des établissements « soins de suite et réadaptation » (SSR) et, sous l'appellation CLINEA, plus de mille établissements en santé mentale essentiellement (dans 23 pays) qui mériteraient sans doute aussi une étude approfondie, puis LNA Santé, DOMUS Vi.

Enfin, en élargissant un peu le regard à l'ensemble du système de santé, on ne peut pas ne pas évoquer la puissante multinationale FRESINIUS ayant le monopole de nombreux produits de santé – distincte cependant de l'indus-

trie pharmaceutique (non analysée ici) – et enfin les grands groupes dopés par la crise du Covid ayant absorbé la plupart des laboratoires d'analyse biologique qui ne sont plus dirigés que par des financiers : Biogroup-LCD, Inovie, Cerba, Synlab/Labco, EUROFINs... Une étude approfondie reste à conduire sur la proximité des grands actionnaires, dirigeants, de ces grands groupes en lien avec l'assurantiel (Axa notamment) et les interactions de ces diverses structures, dont les principaux profiteurs sont, pour une large part, des fonds de pension américains. On pourrait aussi s'interroger sur la situation de monopole et sur la protection des données personnelles de santé de la société DOCTOLIB, devenue leader de l'e-santé en Europe, qui assure un service important, efficace et coûteux pour la prise de rendez-vous et le suivi des patients, y compris dans des hôpitaux publics... Ce service n'aurait-il pas dû être une initiative de service public ?

PRÉDATION FINANCIÈRE ET MALTRAITANCES

Comme dans quelques autres domaines plus récemment (crèches privées, officines dentaires...), l'affaire ORPEA a montré clairement, grâce aux investigations de Victor Castanet sur les EHPAD « de luxe », décrites dans *Les Fossoyeurs*¹¹, que les appétits marchands ne devraient pas exister en santé car produisant immanquablement une altération de la qualité des soins et un surcoût de dépenses de santé.

Comment est-il donc possible de faire des profits et payer des actionnaires, alors que les financements réglementés laissent généralement peu de marges en dehors des dépas-

sements d'honoraires (DH) ? Voici une petite liste, non exhaustive, de pratiques observées plus ou moins légales, les premières étant déjà mises en œuvre depuis longtemps pour permettre à des établissements privés d'enrichir leurs actionnaires :

- investir les secteurs de santé les plus rémunérateurs, particulièrement la chirurgie répétitive, la T2A (acronyme de la « Tarification à l'activité ») avantageant les actes techniques courts et isolés sur des patients ne nécessitant qu'un faible suivi ou des patients « captifs » arrivant en service d'urgences – ce que rend possible la loi HPST – avec possibilité de transfert rapide dans un service où les DH deviennent possibles ;
- ne pas accepter ou évacuer vers le service public, sous divers prétextes, les patients décrits comme des « *patates chaudes* » : pauvres et/ou présentant des polyopathologies,

Selon Arnaud Bontemps, magistrat à la Cour des comptes et co-porte-parole du collectif *Nos services publics*⁸, les grands groupes privés captent actuellement « 53,4 % des séjours en chirurgie, c'est-à-dire une majorité d'actes très programmables et parmi les plus rentables ».

Le collectif *Nos services publics* a publié *Le rapport sur l'état des services publics en septembre 2023*, dont un chapitre concerne la santé. <https://nosservicespublics.fr/rapport-etat-services-publics-2023>

en particulier associant des maladies chroniques (douze millions de personnes concernées) pouvant nécessiter des séjours longs et complexes mal financés, ou encore les patients subissant des accidents de parcours ;

- réduire les coûts salariaux de soignants en multipliant stagiaires, CDD « faisant fonction »..., en

dehors de l'environnement opératoire immédiat (pour les cliniques ou hôpitaux privés commerciaux), et réduire le nombre de stagiaires visibles lors de l'évaluation des établissements ;

- encourager des actes inutiles, en imagerie ou analyses biologiques notamment, parfois difficiles à identifier comme tels, ou plus ou moins réalisés (en particulier de déplacements sanitaires injustifiés) qui constituent des escroqueries à la Sécurité sociale ; voire même encourager des actes chirurgicaux rentables au détriment du droit à des soins d'équale qualité ;
- réduire les services fournis ou les facturer au maximum : toilettes, repas/protections... (voir l'affaire Orpea notamment) avec parfois des frais indus ajoutés à la facture ;
- faire des opérations financières avec revente de parts dégageant une plus-value importante, au détriment de la continuité des soins...

Ne serait-il pas temps, alors qu'on parle de plus en plus de biens communs, de peser pour que les services de santé deviennent des « institutions du commun », avec ce que cela pourrait dynamiser, d'enclencher un dispositif avec les principaux acteurs de la santé, les organisations de patients et de défense des droits, pour que cela devienne l'affaire de tous, dans le cadre d'une démocratie sanitaire à rénover... en stoppant la dénaturation du système de santé avant qu'il ne soit trop tard ?

¹¹ Publié en 2022 chez Fayard.

Budget 2025 : une mobilisation partielle, tardive mais bienvenue

En 2024, huit universités sur dix devraient terminer l'année en déficit. Le budget de 2025 s'annonce encore plus désastreux, compte tenu de l'augmentation de nombreuses dépenses non compensées par l'État - inflation, revalorisations salariales, augmentation des cotisations retraite « employeur » ... - à la charge des établissements « autonomes ». Face au désengagement de l'État, les présidents d'université ainsi que les syndicats de personnels et d'étudiants se mobilisent.

Hervé Christofol

Membre du bureau national du SNESUP-FSU

C'est par une journée pluvieuse, le jeudi 21 novembre 2024, que nous avons été informés, par la presse, d'un rassemblement spontané (sauvage ?) de présidents d'université devant le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour protester contre le projet de budget 2025, notamment contre le projet de création d'un fonds de solidarité entre établissements d'enseignement supérieur publics (EPSCP). Ce fonds de solidarité aurait conduit à prélever 1 % du budget de chacun pour venir en aide auprès de ceux qui n'auraient pas suffisamment de réserves pour faire face au sous-financement de l'État en 2025.

Après qu'une délégation de dix d'entre eux ait été reçue par le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (ESR) aujourd'hui démissionnaire, Patrick Hetzel, celui-ci a renoncé à la création de ce fonds mais sans remettre en cause le sous-financement historique programmé pour l'année à venir. Dès la publication du projet de loi de finances pour la mission interministérielle pour la recherche et l'enseignement supérieur (MIREs), le SNESUP-FSU



Banderau créé par France Universités¹. Il reprend les couleurs des syndicats de lutte.

avait dénoncé ce sous-financement et avait notamment publié une alerte le mardi 19 novembre pour dénoncer les conséquences de ce désengagement de l'État.

RÉSERVE DE PRÉCAUTION

La mobilisation des présidents d'université a été décidée alors qu'ils étaient rassemblés en assemblée générale. S'ils étaient unanimes pour dénoncer l'insuffisance des financements, ils étaient plus partagés

pour s'opposer à la création du fond de solidarité. En effet, dans tous les ministères, il existe une réserve de précaution qui gèle entre 0,5 % et 1 % des crédits de paiement accordés par le Parlement pour faire face aux dépenses imprévues au niveau ministériel comme au niveau interministériel. Le budget 2025 avait déjà prévu d'en préempter l'intégralité pour réduire le déficit prévisionnel...

Sans réserve de précaution, comment faire face aux demandes de financements exceptionnels ? Le fonds de solidarité devait être une réponse à cette question. De plus, rappelons que les inégalités de dotation de la subvention pour charge de service public (SCSP) par étudiant sont très importantes

¹ En janvier 2022, la Conférence des présidents d'université (CPU) est devenue France Universités qui rassemble les dirigeants exécutifs de plus de 120 établissements d'enseignement supérieur. Elle représente l'ensemble des universités françaises et de nombreux autres établissements d'enseignement supérieur et de recherche.

Lien dédié aux actualités et communiqués de presse sur la mobilisation des présidentes et présidents d'université : <https://franceuniversites.fr/actualite/universites-attention-danger/>

CSCP (reporté en 2025) et à l'appel d'une très large intersyndicale, quatre cents militants, étudiants et personnels se sont rassemblés devant le ministère pour alerter et protester contre l'insuffisance du budget 2025 et les conséquences qu'aurait cette politique. La presse s'en est à nouveau fait échos. Or, à ce jour, nous n'avons toujours aucune réaction de la part ni du président de la République, ni du Premier ministre et du ministre de l'ESR démissionnaires, ni du nouveau Premier ministre lui aussi interpellé à ce sujet, le jeudi 20 décembre lors d'un entretien télévisé avec Sophie Binet, secrétaire générale de la CGT...

Car, qu'en est-il dans nos universités ? Quelles décisions des gouvernements précédents ont conduit à la dégradation des finances des établissements de l'enseignement supérieur ? Quelles conséquences celles-ci ont-elles sur la qualité de la délivrance du service public de l'enseignement supérieur et de la recherche ?

Dans le quotidien *Ouest-France*, le 3 décembre 2024, neuf présidents d'universités de l'Ouest³ « tirent un puissant signal d'alarme [...] : l'obligation d'appliquer ces coupes budgétaires drastiques conduira irrémédiablement au recul de notre système d'ESR, et à terme, à son décrochage sur le plan international. Il marquera aussi l'affaiblissement de son maillage territorial, au détriment des étudiants et de la démocratisation de l'enseignement supérieur ». Au niveau national, ils chiffrent à 180 M€ supplémentaires l'augmentation des cotisations retraites inscrites et non financées dans le projet de loi de finance

³ Lamri Adoui, président de l'Université Caen Normandie ; David Alis, président de l'Université de Rennes ; Carine Bernault, présidente de Nantes Université ; Virginie Dupont, présidente de l'Université Bretagne Sud ; Vincent Gouéset, président de l'Université Rennes 2 ; Pascal Leroux, président de Le Mans Université ; Pascal Olivard, président de l'Université de Bretagne Occidentale ; Laurent Yon, président de l'Université de Rouen Normandie ; Pedro Lages Dos Santos, président de l'Université Le Havre Normandie.




COMMUNIQUÉ DE PRESSE

ALERTE BUDGET 2024-2025
Dès l'année prochaine, plusieurs universités pourraient être en cessation de paiement !

Les 1,5 milliards d'euros de fonds de roulement des universités et les 500 millions d'euros des autres établissements qui restaient en septembre 2024 devraient être siphonnés et réduits à néant en 2025, alors qu'ils sont indispensables pour investir massivement, en particulier dans la rénovation énergétique de leurs bâtiments. Dès l'année prochaine, en 2025, plusieurs établissements dont le fonds de roulement et la trésorerie 2024 seront insuffisants, seront alors en situation de cessation de paiement...

Une situation budgétaire très alarmante dès cette année

La loi de finance 2024, votée fin 2023, a organisé pour cette année 2024 le sous-financement de l'ensemble des universités à hauteur de 1,170 milliards d'euros. Avec l'annulation supplémentaire de 80 millions d'euros en février 2024, c'est d'ores et déjà un sous-financement de 1,250 milliards d'euros que nous subissons. Toutes les universités et la plupart des établissements d'enseignement supérieur public ont été en effet contraints de piocher dans leurs réserves – les fonds de roulement, normalement dédiés aux investissements – afin de pouvoir assurer leurs missions et maintenir leur activité de formation et de recherche. En septembre 2024, ces prélèvements s'élevaient à 1,741 milliards pour l'ensemble des établissements publics. Il ne restait plus à ces derniers que 2 milliards d'euros en réserve (voir tableau ci-dessous).

Communiqué de presse du SNESUP du 19 novembre 2024.

<https://www.snesup.fr/actualites/presse/communiqués-nationaux/alerte-budget-2024-2025-des-lannee-prochaine-plusieurs>.

2025. Le coût de la non-compensation intégrale de l'augmentation du point d'indice en 2022 et 2023 dans le cadre des mesures Guérini s'élèvera, en 2025, à 140 M€ et le sous-financement de la loi de programmation de la recherche (LPR) se montera à 410 M€ (90 M€ de moyens nouveaux budgétés pour initialement 500 M€ programmés). Aussi menacent-ils : « sans mesures immédiates, un grand nombre d'universités pourraient refuser de participer au processus Parcoursup... ».

Dans plusieurs académies, les recteurs ont refusé la présentation au vote des conseils d'administration de budgets très déficitaires et imposent ainsi aux universités des mesures d'austérité pour réduire les coûts salariaux, de fonctionnement et d'investissement. Dans cette situation alarmante, les universités pourraient être amenées à :

- réduire de 20 % le fonctionnement et l'investissement dans toutes les unités de formation et de recherche (UFR) et des services communs de l'université (Aix-Marseille, Angers, Reims, ...)

- diminuer les budgets de tous les laboratoires et des équipes de recherche (Aix-Marseille, Angers, Reims, Toulouse 2...)
- baisser le nombre de contrats doctoraux qui ne dépendent pas des appels à projet (Reims...)
- fermer les bibliothèques, réduire le fonctionnement et l'investissement des services communs ainsi que les services aux étudiants de l'université (Aix-Marseille, Angers, Clermont, Lorraine, Reims, Toulouse 2...)
- fermer, dès la rentrée 2025, certaines formations à faible effectif ainsi que des filières ou des sites universitaires délocalisés (Clermont, universités de l'Ouest, Lorraine, Montpellier 3, Reims, Sorbonne Université...)
- limiter, voire réduire, les capacités d'accueil sur Parcoursup (Brest, Clermont, Lorraine, Montpellier 3, Sorbonne Université, Universités de l'Ouest, Toulouse 2...)
- réorganiser les groupes d'enseignement pour limiter le nombre d'heures ;
- diminuer les volumes horaires des maquettes de formation et supprimer certains cours ;

- limiter les cours en présentiel durant la période hivernale (Clermont...);
- arrêter complètement les activités pendant les congés avec une période de fermeture d'une semaine par période scolaire – vacances de février, de printemps et Toussaint (Angers, Reims...);
- ne pas renouveler le personnel en CDD ainsi que certains départs en retraite (Angers, Reims);
- mettre en place des frais différenciés pour les étudiants étrangers non communautaires (Strasbourg...)
- stopper ou décaler les projets d'investissements, de mise aux normes d'accessibilité ou de rénovation énergétiques des bâtiments (Reims, Lorraine, Toulouse 2...).

... la créativité austéritaire n'a pas de limites !

Et une fois que toutes ces mesures auront suffisamment dégrader le service public de l'ESR au bénéfice des formations privées, comme c'est le cas depuis maintenant plus de sept ans, et après avoir instaurer systématiquement les frais différenciés pour les étudiants étrangers, il ne restera plus, comme l'évoque certains présidents d'université, qu'à multiplier par dix ou vingt les frais d'inscription ! C'est déjà le cas dans certaines écoles d'ingénieurs publiques et dans les formations sélectives de plusieurs grands établissements⁴. C'était la volonté du ministre démissionnaire Patrick Hetzel d'aborder ce sujet « sans aucun tabou » lors de la présentation de sa feuille de route le 19 novembre. L'accepterons-nous ? D'autres financements sont possibles ! Le service public est le patrimoine de toutes et tous. Jusqu'où allons-nous le laisser se dégrader ?

⁴ Voir les dossiers des VRS 416 « Etudiant-e-s extra-européen-ne-s : bienvenue en France ? » (<https://miniurl.be/r-5vgv>) et 438 sur les « Établissements expérimentaux : des universités sans personnalité » (<https://miniurl.be/r-5vgw>).

À Brest (2 300 agents et 24 000 étudiants), l'université baisse ses capacités d'accueil en STAPS et en psychologie car, déclare Pascal Olivard, président de l'université de Bretagne-Occidentale (UBO), « à l'impossible, nul n'est tenu » (*Le Télégramme*, 26/11/2024).

À Lille (8 000 agents pour 80 000 étudiants), le comité de direction a validé, le 27 novembre, un projet de budget 2025 lourdement déficitaire, de l'ordre de 25 millions d'euros. C'est à ce prix, défend son président, que l'université pourra « *maintenir l'essentiel (sic) de ses projets et de ses actions* » (France Bleu, 29/11/2024).

A Montpellier (53 00 agents et 46 000 étudiants pour un budget de 500 M€), le président de l'université, Philippe Augé, annonce à l'AFP (le 29/11/2024) un déficit prévisionnel 2025 de 17 M€, tandis que la présidente de l'université Montpellier 3 Paul Valérie, Anne Fraisse, (1 500 agents pour 23 000 étudiants) alerte, dans *le Midi-Libre* (26/11/2024), qu'« *Il faudrait multiplier les frais d'inscription par dix en 2025 si l'État ne fait rien* ».

A l'Université de Lorraine (7 000 agents pour 60 000 étudiants), c'est un déficit compris entre 16 et 21 millions d'euros auquel il faut s'attendre en 2025 : « *une situation financière intenable* » pour la présidente Hélène Boulanger (France 3, 26/11/2024).

A Poitiers (2 800 agents encadrant 28 000 étudiants), depuis 2020, la présidente de l'université, Virginie Laval, explique qu'elle a dû absorber plus de 25 millions de charges supplémentaires non compensées par l'État dues à la hausse des coûts de l'énergie, des matériaux de construction et des mesures salariales décidées par l'État. Le déficit prévisionnel pour 2025 devait être de 6 millions d'euros (*La Nouvelle République*, 08/12/2024). Dans une motion votée en décembre, le conseil d'administration de l'établissement demande la compensation intégrale de ces charges afin, notamment, de maintenir l'investissement dans la recherche et de permettre, au niveau national, une réforme des bourses d'études, pour sortir les étudiants de la précarité.

A Reims (2 500 agents et 24 000 étudiants ; 246 M€ de budget 2024), le président, Christophe Clément, déclare qu'il manque 6 M€ pour boucler le budget 2025 de l'université, dont 3,3 M€ de mesures salariales non compensées par l'État en 2024 (*Le Monde*, Soazig Le Nevé, 3/12/2024).

A Rouen (2 700 fonctionnaires encadrant 35 000 étudiants), le déficit prévisionnel 2025 de l'université s'élèverait à 13,5 millions d'euros dont 7 millions dus à l'augmentation du point d'indice en 2022 et 2023 dans le cadre des mesures Guérini (*Paris Normandie*, 27/11/2024).

A Toulouse, « *la situation financière des universités est devenue intenable* », alerte Emmanuelle Garnier, présidente de l'Université Toulouse-Jean-Jaurès (*l'Opinion*, le 29/11/2024). Les mesures de revalorisation salariales dites Guérini, mises en place en 2022, devraient peser à hauteur de 1,2 millions d'euros sur le budget 2025 et la mesure portant sur le compte d'affectation spéciale pour les pensions (CAS Pensions), qui ne serait pas compensée, engendrerait une charge supplémentaire de 2 millions d'euros pour l'établissement.

A Clermont-Ferrand, les diverses mesures salariales non compensées depuis 2022 représentent un reste à charge annuel de 12,6 millions d'euros pour l'Université Clermont Auvergne. Et Mathias Bernard, son président, précise que « *si le gouvernement maintenait son projet d'augmenter, sans compensation, le Compte d'affectation spéciale pension (CAS) – destiné à la gestion financière des retraites de l'État –, cela entraînerait un surcoût supplémentaire estimé à près de 3,1 millions d'euros pour son propre budget 2025* » (*La Montagne*, le 27 novembre 2024).

Se défendre face au trou de la Sécu

Le « trou de la Sécu » est un cadrage du débat public sur ce qu'il convient de penser de la Sécurité sociale. Ce n'est pas une réalité comptable ou statistique. C'est une convention sur ce qu'est la « bonne » façon de concevoir la Sécurité sociale. Cela suppose qu'il y a d'autres façons d'en parler ; d'autres conventions¹.

Nicolas Da Silva

Maître de conférence en économie,
CEPN, Université Sorbonne Paris Nord

Le cadrage particulier du trou de la Sécu diffuse l'idée d'une institution mal gérée, en déficit permanent, qui pèse sur le dynamisme économique du pays et donc qu'il convient de réformer. Rarement le principe de la Sécurité sociale en tant que tel est remis en cause. L'idée est plus subtile : « *Tout le monde aime la Sécu ! Mais, nous dit-on, pour la sauver, il faut la réformer* ». Ici, « *la réformer* » signifie réduire les droits des citoyens et contrôler durement l'évolution des dépenses.

Lors du débat sur la récente réforme des retraites portée par Elisabeth Borne, le gouvernement n'a jamais expliqué qu'il fallait en finir avec la Sécurité sociale et s'orienter vers une marchandisation du système des retraites. Au contraire, l'argument sans cesse martelé était que la réforme était indispensable pour sauver la Sécu car tous les Français y sont attachés. Le même type de raisonnement s'applique pour les autres branches de la Sécurité sociale. Par exemple, l'augmentation des franchises médicales de 0,50 € à 1 € par boîte de médicament a été présenté comme indispensable pour sauver la Sécu de la banqueroute.

DRAMATISATION DES COMPTES

La convention du trou de la Sécu opère par la dramatisation des comptes. Les

mots et les chiffres sont en ordre de bataille pour persuader du mauvais état financier de l'institution. L'objectif est d'imprimer dans les imaginaires une problématique et des solutions. Les mots convoquent des connotations parasitaires et anxiogènes : trou, poids, charges, dérapage, déficit, dette, etc. Les chiffres décontextualisés tétanisent devant l'ampleur du fiasco qui semble se dérouler sous nos yeux. Pour 2023, on insistera sur le déficit de 10,8 milliards d'euros et la dette qui atteint 263,7 milliards d'euros. Comment se représenter de telles grandeurs pour une population dont le salaire mensuel moyen s'élève à 2 735 € dans le privé et à 2 530 € dans le public ?

Cette façon de raconter la Sécurité sociale anesthésie la pensée, même pour le défenseur le plus acharné de l'institution. Le trou de la Sécu est la convention dominante dans le débat public. Tout le monde sait à quoi cela renvoie. Il s'agit d'un raccourci cognitif qui facilite la coordination sur les « bonnes » actions à adopter. A force d'années de répétition, peu de mots et de chiffres sont nécessaires pour produire du sens. Un peu comme les premières notes de la chanson « *All I want for Christmas is you* » qui nous transportent dans l'univers de Noël... quoi que l'on pense de cette fête et de cette chanson² ! La convention

du trou de la Sécu rend plus facilement acceptable les réformes. Car il faut bien sauver la Sécu, non ?

Pourtant, il est possible de porter d'autres regards sur la Sécurité sociale. D'autres chiffres, d'autres

Pour le sociologue Julien Duval, le trou de la Sécu est un mythe*. Il y a un écart important entre la présentation qui est faite de l'institution et les réalités comptables. Le rôle du mythe est de fait peur aux enfants (et aux adultes) pour qu'ils se comportent « bien » ! Au mythe principal – le trou de la Sécu – sont associés d'autres mythes qui le conforte : la fraude aux prestations, les abus, l'absentéisme, la supériorité du privé sur le public, etc. A chaque fois, il est possible de contester l'analyse à partir d'éléments objectifs. Mais la répétition inlassable des mêmes discours produit des effets politiques dévastateurs. Le débat est empêché. Les « problèmes » naturalisés appellent des « solutions » naturalisées. Le trou de la Sécu devient une évidence comme celle du marché. Si les marchés ne sont pas contents, alors nous allons souffrir. Si nous ne résorbons pas le trou de la Sécu, alors nous allons souffrir. Qui est contre la résorption de cette abomination qu'est le trou de la Sécu ?

* Julien Duval, 2007. *Le mythe du trou de la Sécu*, Raison d'agir, Paris.

¹ Philippe Batifoulier, Nicolas da Silva, Victor Duchesne, 2019. « The dynamics of conventions: The case of the French social security system », *Historical Social Research*, 44(1): 258-284. <https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.1.258-284>

² Il s'agit ici d'une reformulation du problème du « *concours de beauté* » chez Keynes. Lire André Orléan, 2008. « La notion de valeur fondamentale est-elle indispensable à la théorie financière ? », *Regards croisés sur l'économie*, 1, 120-128. <https://doi.org/10.3917/rce.003.0120>

	Trou de la Sécu	Alternatives
Situation financière	Mauvaise/inquiétante	Bonne/peu inquiétante
Cause de la situation	Abus et fraudes Excès de générosité	Hausse des besoins Politique des caisses vides
Conception économique	Dépense improductive Coût du travail	Redistribution des revenus Production non marchande

Tableau 1 : Trois niveaux de contestation du trou de la Sécu.

mots, d'autres théories peuvent donner à voir une autre réalité. Donc des alternatives en termes de politique publique (Voir Tableau 1).

La contestation du trou de la Sécu peut se faire à trois niveaux. À un premier, niveau il est possible de contester la situation à financière de la Sécurité sociale. Alors que la convention du trou de la Sécu présente la situation comme catastrophique, il est tout à fait possible de penser le contraire. Si le déficit de la Sécu s'élève bien à 10,8 milliards d'euros pour 2023, il peut être considéré comme modeste en rappelant que les recettes représentent 599,0 milliards d'euros³. Le déficit ne dépasse donc pas 2 % des recettes. On est loin du naufrage du Titanic.

À un second niveau, les causes du déficit peuvent être contestées. Pour la convention du trou de la Sécu, le déficit s'explique par la mauvaise gestion, les abus et autres dérapages. On peut, à l'inverse, considérer que les dépenses augmentent pour des raisons légitimes (hausse de la population, vieillissement de la population, crise sanitaire, etc.) et que la politique des caisses vides coûte cher à la Sécurité sociale (exonération de cotisation, déduction d'assiette, etc.).

À un troisième niveau, c'est la théorie économique sur ce qu'est la Sécurité sociale qui peut être contestée. Pour les obstinés du trou de la Sécu, elle serait avant tout une dépense improductive, une ponction sur les actifs

au service d'inactifs ; une institution publique par nature peu efficace qui gagnerait à être remplacée par le privé. D'autres conceptions sont possibles. La Sécurité sociale peut être considérée comme un moyen de redistribuer des revenus et donc de stimuler la consommation. L'image du trou de la Sécu est à ce titre très mauvaise puisque les financements ne tombent pas dans un trou sans fin, ils forment les revenus – et donc la consommation – de larges pans de la population qui seraient dans la grande pauvreté sinon. Sans oublier que cette consommation privée alimente les ventes de la sphère privée.

La Sécurité sociale peut aussi être considérée comme un mode de production alternatif au marché. Comme c'est le cas pour la santé, on peut même souligner à quel point elle est plus efficace financièrement et juste socialement que les complémentaires santé. Il devient possible de retourner le stigmaté : qui coûte « un pognon de dingue » ?

DÉCONSTRUIRE L'ARGUMENTAIRE DU DÉRAPAGE

Le débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 permet d'illustrer les trois niveaux de contestation possible du trou de la Sécurité sociale.

Situation financière en 2025 : une inquiétude légitime ?

La situation financière de la Sécurité sociale est loin d'être catastrophique. Ce n'est pas une institution au bord du gouffre. De très nombreux argu-

ments permettent d'appuyer cette thèse. Comme on l'a déjà évoqué, lorsque l'on examine les comptes des régimes de base de la Sécurité sociale, le déficit représente moins de 2 % de ses recettes. C'est relativement faible et cela ne prend en compte qu'une partie de ses caisses. Pour le dire brutalement, la Sécurité sociale ça n'existe pas. Il y a un ensemble vaste de caisses et l'évaluation que l'on fait de la situation dépend de la focale retenue. Lorsqu'on ne s'intéresse qu'au régime de base, le déficit est significatif. Mais lorsque l'on agglomère toutes les caisses qui sont prises en compte par la comptabilité nationale sous le vocable d'administrations de Sécurité sociale, alors il y a... un excédent. Selon l'INSEE, en 2023, l'excédent de ces administrations s'élevait à 12,9 milliards d'euros⁴.

Derrière le chiffre du déficit public (ou de la dette publique), il est nécessaire de distinguer trois formes de l'action publique : l'État, les collectivités territoriales et les administrations de Sécurité sociale. Ce que l'on appelle déficit public (ou dette publique) est la situation de ces trois administrations prises ensemble. Mais, dans le détail, c'est l'État qui est responsable de la plus grande partie du déficit et de la dette. En 2023, le déficit public était de 154 milliards, dont 155,3 dû à l'État. C'est l'excédent

⁴ La différence s'explique principalement par la caisse qui porte la dette de la Sécurité sociale (Caisse d'amortissement de la dette sociale, CADES). Elle est, en 2023, en excédent de 18 milliards. Cela ne signifie pas que la CADES dispose de cet argent mais que le remboursement annuel de la dette est comparable au déficit annuel. Autrement dit, en décidant d'autres modalités de remboursement de la dette sociale, le déficit serait plus faible (ou plus élevé). Voir « En 2023, le déficit public s'élève à 5,5 % du PIB, la dette publique à 110,6 % du PIB », *Informations rapides*, 26 mars 2024, n°74. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8061907>

³ Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, octobre 2024. <https://miniurl.be/r-5vg1>

des deux autres types d'administration qui permet d'améliorer le chiffre du déficit public. En 2023, la dette publique s'élevait à 3 101,2 milliards, dont 2 353,8 milliards dû à l'État. La Sécurité sociale et les collectivités territoriales représentent moins de 10 % chacune de la dette publique (respectivement 250,4 milliards et 263,7 milliards).

Que ce soit pour l'État ou pour la Sécurité sociale, leur niveau de déficit et d'endettement n'est pas inquiétant pour d'autres raisons⁵. Depuis de trop longues années désormais, ces institutions financent leur déficit et leur dette *via* les marchés financiers. Or, que disent les marchés financiers ? Qu'ils adorent la dette publique française. Ils en achètent abondamment et l'utilisent même comme monnaie d'échange dans leurs autres transactions financières. En dépit de quelques coups de menton, les agences de notations valident la qualité de cette dette (sans risque) par des notes excellentes dont se félicitent les institutions de la Sécurité sociale⁶. Le trou de la Sécurité sociale est un placement sans risque. Cela s'explique tout simplement par le fait que les ressources de la Sécurité sociale sont assises sur l'ensemble de la masse salariale du pays. Quel acteur capitaliste peut-il se prévaloir d'une plus grande stabilité ?

Causes de la situation en 2025 : un dérapage des dépenses ?

Le récit du gouvernement sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale repose sur l'idée d'un dérapage des dépenses. Comme le cycliste qui perd le contrôle de son engin à cause d'une faute d'inattention, il faudrait reprendre le contrôle avec empressement pour ne pas chuter. Tout se passe comme si la situation financière de la Sécurité sociale

était liée à un excès de dépense injustifié. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre les différents projets de réforme : réduction des indemnités journalières en raison de la hausse de l'absentéisme, non indexation à l'inflation des pensions du fait du fardeau qu'elles représentent dans le budget, restriction de l'aide médicale d'État car cela produirait un appel d'air pour l'immigration, hausse du ticket modérateur pour les consultations et les médicaments causées par l'explosion des dépenses de santé, etc. La Sécurité sociale ayant chanté tout l'été, se trouva fort dépourvue quand la bise fut venue.

Pourtant, la lecture des rapports officiels (peu suspects de radicalité) montre que les dépenses augmentent pour des raisons légitimes. La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) a cherché à expliquer la forte augmentation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) entre 2019 et 2023. Celui-ci est passé, sur cette période, de 200,3 milliards à 247,8 milliards d'euros, soit plus 22,4 %. Cette hausse est sans précédent mais est-elle liée à des comportements répréhensibles d'abus ou de fraude ? Est-elle illégitime ? En fait, la hausse s'explique par des raisons tout à fait justifiées. Sur cette période, le système de santé a connu trois chocs importants qui expliquent au moins la moitié de la hausse des dépenses : la pandémie (baisse des recettes liées au confinement et hausse des dépenses pour les soins), le Ségur de la santé (hausse des rémunérations des professionnels) et l'inflation exceptionnelle (hausse de tous les coûts). Les malades, les retraités ou les familles ne sont pas coupables.

Alors que le gouvernement répète que la hausse des arrêts maladie témoignait de comportements abusifs, en particulier chez les fonctionnaires, les rapports officiels sur le sujet disent tout autre chose. Concernant les salariés du privé, la Cour des comptes⁴ explique clairement que la hausse des dépenses des arrêts maladie est liée à des causes légitimes : hausses des salaires qui forment la base de calcul des indemnités, augmentation de la population active, introduction de certains régimes spéciaux dans le régime général (effet de périmètre), effets sanitaires de la pandémie, etc. Sur la question de la différence du nombre de jours moyen d'arrêt maladie entre le privé et le public, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales² explique qu'elle est dû au profil des travailleurs. Ainsi, les travailleurs du public sont plus âgés, plus malades (titulaires du dispositif affection longue durée) et plus féminisés. Ces caractéristiques sont associées à plus d'arrêts. Une fois prises en compte ces caractéristiques dans les modèles statistiques (on fait comme si les travailleurs avaient le même profil), il n'existe plus de différence entre public et privé³.

¹ La Sécurité sociale. Sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, mai 2024. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2024>

² Revue de dépenses relatives à la réduction des absences dans la fonction publique, IGAS, septembre 2024.

³ Sauf dans le cas de la fonction publique territoriale. Mais, comme le souligne le rapport, l'existence d'une différence significative n'implique pas qu'elle soit illégitime. Peut-être que des caractéristiques non prises en compte par les modèles peuvent jouer.

On pourrait continuer à contester point par point l'argumentaire du dérapage. Mais il faut aussi prendre le temps de parler du versant recettes des comptes de la Sécurité sociale. Il est en effet possible de soutenir l'idée d'une politique des caisses vides. Pour cela, il suffit encore une fois de se référer aux rapports officiels. D'après le rapport à la CCSS, les pertes de recettes sont deux types. D'une part, les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi prennent la forme d'une réduction des taux de cotisation sociale des entreprises. D'autre part, les dispositifs d'exemption d'assiette excluent certaines

⁵ Benjamin Lemoine, 2022. La démocratie disciplinée par la dette, *La Découverte*, Paris.

⁶ <https://www.cades.fr/fr/a-propos/la-cades-au-sein-de-letat>

rémunérations du travail du paiement des prélèvements sociaux. Dans un cas, l'État compense en partie, sur son budget, les pertes de recettes de la Sécurité sociale ; dans l'autre, il n'y a aucune compensation. En 2023, les dispositifs d'exonération de cotisations sociales représentaient pour les régimes de base 74,3 milliards d'euros (89,1 milliards toutes caisses confondues). Le manque à gagner lié aux exemptions d'assiette était évalué à 14 milliards. Au total, ce sont donc environ 80 milliards d'euros sur 599,0 milliards de recettes qui ne sont pas prélevés, soit plus de huit fois le déficit des régimes de base (10,8 milliards). Il ne s'agit pas ici de dire qu'il serait possible de récupérer facilement ces sommes. Cela constituerait un choc important pour les entreprises. Mais de nombreux scénarios de récupération progressive de ces cotisations sont proposés par des économistes⁷ et des syndicats⁸. Cela suppose de constater le double échec de ces dispositifs d'exonération : ils peinent à montrer leur effet

⁷ Clément Carbonnier, 2024. « Légère inflexion dans la stratégie sur les allègements de cotisations », Blog d'Alternatives économiques. <https://blogs.alternatives-economiques.fr/carbonnier>

⁸ CGT, 2024. « Comment sortir de dispositifs d'exonérations de cotisations sociales ? ». *Notes éco*, n°164. <https://miniurl.be/r-5vg2>

« La politique des caisses vides » ne s'arrête pas à ce point. Cette année est originale car le mercredi 16 octobre, Laurent Saint-Martin, alors ministre chargé du Budget et des Comptes publics, a déclaré, lors de son audition à la commission des affaires sociales, que « *le Ségur de la santé c'est pas financé* ». C'est-à-dire qu'en plus des moindres recettes, de nouvelles dépenses ont été engagées sans financement. Cette déclaration a été confirmée quelques jours plus tard dans la publication du rapport à la CCSS. On y lit le paragraphe suivant : « *Le déficit de la branche maladie pour les années 2023 et suivantes et celui de la branche autonomie pour l'année 2023 et les années suivantes, [...], est à rapprocher des financements accordés au titre du Ségur de la santé. En 2023, leur montant s'élève à 13,2 Md€ de dépenses relevant de l'ONDAM, dont 11,7 Md€ portent sur des dépenses de rémunération des personnels des établissements de santé et médico-sociaux. Pour l'essentiel, ces dépenses pérennes n'ont pas été couvertes par l'affectation de ressources supplémentaires.* » Autrement dit, la réduction des droits des malades sert à financer le Ségur de la santé. Pourquoi le président de la République ne l'a-t-il pas dit ainsi lors de l'annonce du « *plan massif pour l'hôpital* » en mars 2020 ?

positif sur le niveau de l'emploi et ils dégradent considérablement les comptes sociaux.

La conception économique de la Sécu : une dépense improductive ?

Il est tout à fait clair que la rhétorique du trou de la Sécu nourrit, cette année encore, l'idée d'une institution louable mais improductive. Le problème est que ce cadrage ne correspond pas à la réalité. Les dépenses augmentent pour des raisons légitimes. Partant de ce constat, le problème politique et économique change. Est ce qu'on accepte pour l'année à venir de moins bien soigner car nous serions devenus trop pauvres pour conserver nos ambitions ? C'est une option possible : les besoins augmentent mais on limite les soins. Si cette situation n'est pas acceptable, comment finance-t-on les dépenses nouvelles ? Par la Sécurité sociale ou par le marché (complémentaires santé et ménages) ?

LA SÉCURITÉ SOCIALE EST L'INSTITUTION DE LA MODERNITÉ

On voit tout l'intérêt de la convention du trou de la Sécu : on ne se pose pas ce type de question lorsqu'on pose pour



<https://lafabrique.fr/la-bataille-de-la-secu/>

hypothèse de base la mauvaise gestion de l'institution et l'inconséquence des citoyens. Le gouvernement ne pose pas la question du « bon » financement des dépenses de santé, mais il y répond. L'augmentation des tickets modérateurs (consultation et médicament) et la baisse des indemnités journalières pour arrêt maladie sont symptomatiques de la volonté de basculer le financement vers le marché. Cela va avoir deux conséquences. D'une part, les plus modestes se soigneront moins. D'autre part, les personnes qui ont les moyens de payer une complémentaire santé vont financer un système plus coûteux et plus inégalitaire. En effet, les rapports officiels et les études académiques montrent année après année que la Sécurité sociale est l'institution de la modernité. Que l'on apprécie la gestion peu coûteuse ou l'égalité d'accès aux soins, la Sécu est toujours supérieure aux complémentaires santé.

Dernier effet important de la convention du trou de la Sécu : pendant qu'on prend le temps de montrer que d'autres analyses existent, on ne parle pas du développement spectaculaire du capitalisme sanitaire⁹.

⁹ Nicolas Da Silva, 2022. *La bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*, La fabrique, Paris.

VRS



La vie de la recherche scientifique



La Vie de la recherche scientifique (VRS) explore les grandes questions scientifiques et politiques en lien avec les préoccupations de la société et des mouvements sociaux. Retrouvez, au fil des dossiers, les grands sujets qui sont au coeur de vos interrogations et de vos exigences.



ABONNEMENT ANNUEL • 4 NUMÉROS PAR AN

INDIVIDUEL : 25€ INSTITUTIONNEL : 50€ PRIX AU NUMÉRO : 8€

ATTENTION : l'abonnement est facultatif pour les adhérents du SNCS et du SNESUP

Institution :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Merci de bien vouloir nous retourner ce bulletin complété avec votre règlement à l'adresse suivante :

SNCS - Campus CNRS d'Ivry sur Seine - 27, rue Paul Bert - 94200 Ivry sur Seine
syndicat@sncs.fr - www.sncs.fr

casden



BANQUE POPULAIRE

La banque coopérative
de la Fonction publique

CASDEN Banque Populaire - Société Anonyme Coopérative de Banque Populaire à capital variable - Siège social : 1 bis rue Jean Wiener 77420 Champs-sur-Marne - Siren n° 784 275 778 - RCS Meaux - Immatriculation ORIAS n° 07 027 138 - BPCE - Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 180 478 270 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13 - Siren n° 493 485 042 - RCS Paris - Immatriculation ORIAS n° 08 045 100 - Crédit photo : © Roman Jehanno - Conception : Insign 2020 - Réf: AP Groupe 2020 - Merci à Jenny, enseignante chercheuse d'avoir prêté son visage à notre campagne de communication.

COMME MOI, REJOIGNEZ LA CASDEN, LA BANQUE DE LA FONCTION PUBLIQUE !

Jenny, Enseignante chercheuse



PARIS 2024



PARIS 2024



PARTENAIRE PREMIUM

casden.fr



Retrouvez-nous chez

BANQUE POPULAIRE