

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins

- Audition de M. Philippe BAPTISTE, ministre auprès de la ministre d'État, ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.) 2
- Présences en réunion 13

Mercredi
4 juin 2025
Séance de 16 heures 45

Compte rendu n° 27

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

**Présidence de
Jean-François Rousset,
Président**



La séance commence à seize heures cinquante.

M. le président Jean-François Rousset. Nous poursuivons nos travaux en accueillant M. Philippe Baptiste, ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Philippe Baptiste prête serment.)

M. Philippe Baptiste, ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche. Vous posez la question de l'organisation du système de santé et des difficultés, largement observées, dans l'accès aux soins. Vous le savez, 6 millions de nos concitoyens n'ont pas de médecin traitant, et des territoires entiers peuvent être considérés comme des déserts médicaux, tant il est difficile d'y avoir recours à un médecin, notamment dans certaines spécialités. C'est un sujet majeur, sur lequel le premier ministre, que j'ai accompagné il y a quelques semaines lors d'un déplacement dans le Cantal, a pris un engagement fort.

La France n'est malheureusement pas la seule dans cette situation. Tous les pays du monde peinent à satisfaire leurs besoins en professionnels de santé, en particulier dans les territoires éloignés des grands centres urbains.

Au-delà du nombre et de la répartition territoriale des médecins, l'enjeu le plus complexe est sans doute de bien couvrir tout le spectre des besoins de santé.

Vous m'avez surtout invité pour évoquer le lien entre formation des médecins et accès aux soins. La formation des professionnels de santé dépend très largement du ministère chargé de l'enseignement supérieur, puisque les médecins sont d'abord formés dans le cadre universitaire, même si elle se poursuit également dans le cadre professionnel, puisque l'apprentissage en lien avec les pairs est permanent.

Notre responsabilité est donc importante. Nous devons nous demander si nous pouvons améliorer la situation sanitaire de nos concitoyens par la formation, son contenu ou son organisation.

Le premier enjeu, quantitatif, réside dans le nombre de professionnels que nous formons. Si cette question est fondamentale, elle est aussi d'une grande complexité. Elle a d'ailleurs fait l'objet de nombreux débats, ici même, mais aussi parmi les professionnels de santé et, plus largement, dans la société française au cours des dernières années voire des dernières décennies. Elle est traitée en priorité par le ministère chargé de la santé, qui définit les besoins de santé.

Le deuxième enjeu est qualitatif : nous devons former des médecins dans le but de couvrir l'ensemble du spectre des disciplines et des champs de la santé, c'est-à-dire veiller en permanence à une bonne répartition entre les spécialités et nous assurer que chaque professionnel remplira effectivement les missions pour lesquelles il a été formé.

Enfin, la question de la répartition territoriale est importante : en plus d'être suffisamment nombreux au niveau national, les médecins doivent être répartis sur le territoire de manière à répondre aux besoins locaux. Force est de constater que ce n'est pas le cas.

Face à ce constat, de quels outils et de quels leviers l'université dispose-t-elle ?

Nous pouvons agir pour former au plus près des territoires. Tel est le sens de notre action en faveur de la diversification du recrutement des jeunes se destinant aux métiers de la santé. Cette diversification concerne leurs territoires d'origine, mais aussi leurs milieux

sociaux ; elle peut être obtenue en étendant, par exemple, l'accès à des options santé dans les lycées, en amont des études supérieures, afin d'accompagner les élèves les plus éloignés des carrières dans la santé.

Durant les études de santé, nous pouvons aussi favoriser davantage la pratique dans tous les territoires, pour augmenter, à terme, le nombre d'installations de professionnels de santé dans des déserts médicaux.

L'ouverture d'une première d'année d'accès aux études de santé par département constitue une mesure phare. Cette première année pourra être organisée dans une université ou un autre lieu de formation – je pense par exemple aux instituts de formation aux soins infirmiers (Ifsi) –, voire dans des campus connectés, qui ont fait leurs preuves en tant que dispositifs de remédiation et qui gagneraient à toucher davantage d'étudiants.

Je travaille aussi à simplifier l'accès aux études de santé en rendant les parcours plus lisibles. C'est tout l'objet de la réforme de la première année que nous menons actuellement. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer à ce sujet devant vos collègues du Sénat.

En effet, le système de la première année commune aux études de santé (PACES) présentait de nombreux inconvénients. Il était extraordinairement déterministe socialement et provoquait l'échec individuel de nombreux étudiants méritants, sans pour autant répondre aux besoins des territoires en ce qui concerne le nombre de personnes formées.

Nous avons fait évoluer ce modèle d'accès aux études de santé, ce qui a produit plusieurs effets très concrets. Le premier concerne les étudiants : les redoublements ont baissé et les profils en première année de licence accès santé (LAS) se sont diversifiés.

Mais il fallait aller plus loin pour sortir d'une complexité devenue trop importante et dont pâtissaient certains étudiants. Nous travaillons donc, avec le ministre de la santé, Yannick Neuder, sous l'autorité du premier ministre, à ajuster la réforme précédente, à brève échéance. Nous souhaitons également simplifier un dispositif parfois insuffisamment lisible en raison de la diversité des parcours permettant d'accéder aux études de santé.

Au-delà de cette simplification, nous entendons également adapter les parcours de santé aux réalités locales afin de répondre dès la formation aux besoins des territoires.

Il est essentiel que, pendant leur parcours, les étudiants puissent découvrir les territoires, mais aussi les différents modes d'exercice et les disciplines insuffisamment couvertes – gériatrie, soins palliatifs, santé mentale, santé scolaire, santé au travail, etc.

Moins de 40 % de l'offre de stage est proposée en dehors des centres universitaires hospitaliers (CHU). Nous changerons cet état de fait, afin que les stages soient organisés dans l'ensemble du territoire, et non uniquement dans des centres urbains déjà mieux dotés en professionnels. Cela se traduira par la généralisation d'un stage en dehors des CHU et en territoire sous-dense au cours de la formation, en deuxième ou troisième cycle. Enfin, dès novembre 2026, lors de leur quatrième année d'internat de médecine générale, les docteurs en formation seront incités à réaliser des stages en zone fortement sous-dense.

L'accès aux soins est également déterminé par la tendance des professionnels de santé à quitter le système de santé. Pour les convaincre de poursuivre leur pratique, il faut assurer leur développement professionnel continu dans le but de maintenir leurs compétences. Nous devons aussi faciliter les passerelles entre les formations, pour permettre des évolutions de carrière à ceux qui le souhaitent.

De plus, il est fondamental que l'enseignement supérieur anticipe les besoins de formation en santé. En effet, la pratique des médecins actuellement en formation différera nécessairement de celle des médecins en activité. Nous avons longtemps réagi trop tard, voire à contretemps, par manque d'anticipation et parfois à cause d'une mauvaise compréhension ou

d'un manque de dialogue avec les acteurs du système de santé, pour adapter les formations en qualité ou en quantité. L'anticipation des besoins de compétences au sein de notre système de santé est essentielle pour éviter de répéter les erreurs du passé.

L'une des principales difficultés auxquelles nous devons faire face, dans l'anticipation des ruptures à venir, mais aussi dans la détermination de la quantité de formations à dispenser, est la conséquence de « l'effet retard ». En effet, former un médecin prend une dizaine d'années, alors que nous observons toujours la situation actuelle ou le futur proche.

Voilà le cœur de l'action du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche en faveur d'un meilleur accès aux soins pour chaque personne sur notre territoire.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Il était important de vous entendre et d'échanger avec vous, dans la mesure où la situation actuelle résulte principalement de décisions relatives à la formation des médecins prises dans les années 1980.

Au cours de nos travaux, nous nous sommes efforcés d'adopter une vision globale en nous affranchissant des lobbys, des interpellations intéressées et même de toute contrainte, y compris personnelle.

Nous souhaitons vous soumettre différentes propositions, alors que le parcours d'accès spécifique santé (Pass) a été la formation la plus demandée dans Parcoursup cette année – il a même suscité 50 000 demandes de plus qu'en 2024, ce dont nous pouvons nous réjouir. Je note d'ailleurs que les Ifsi arrivent en troisième position. Deux des trois formations les plus demandées concernent donc la santé.

Une réforme globale et profonde du système, plutôt que des mesurette, est-elle envisageable ? L'ouverture d'une Paces dans chaque département est une première annonce tout à fait satisfaisante et qui dénote un changement de paradigme. Dans le même esprit, vous paraît-il envisageable qu'un étudiant admis en Pass, qui choisirait d'emblée la médecine générale comme spécialité, puisse accomplir l'intégralité de son cursus en alternance ? L'alternance n'est pas adaptée à toutes les spécialités, mais elle l'est à la médecine générale, à plus forte raison à la médecine de ville.

Il est par ailleurs surprenant que les médecins ne reçoivent aucune formation relative aux relations humaines ou au management. Une bonne qualité de relations humaines aide à tous les moments de la vie ; de telles formations seraient donc fort utiles tant à un médecin de ville, qui gère son cabinet comme une entreprise, qu'à un praticien exerçant au contact d'autres médecins, d'infirmières et d'aides-soignantes, à l'hôpital ou dans une maison de santé, ou à plus forte raison à un chef de service ou à un président de commission médicale d'établissement (CME). Ne serait-il pas nécessaire de proposer de tels enseignements, notamment dans les trois premières années de formation ? Pour les médecins libéraux, des cours de gestion d'entreprise paraissent également pertinents.

Vous avez indiqué que d'autres pays rencontraient les mêmes difficultés que la France. Je ne suis pas sûr qu'il faille nous en satisfaire – bien au contraire ! Nous nous sommes livrés au jeu des comparaisons, notamment avec l'Allemagne et la Suède. Le nombre de médecins par habitant est bien inférieur en France : il est de 3,3 ‰, contre 4,3 ‰ en Allemagne, soit une différence de l'ordre de 25 %. Nous devons donc former davantage de médecins.

Les universités étant autonomes, comment pouvons-nous les obliger à former plus ? C'est nécessaire, puisque la population a augmenté, qu'un retard doit être rattrapé et que la façon de vivre des médecins a changé depuis trente ans, compte tenu notamment de la place qu'ils accordent aux loisirs et à leurs relations familiales – ce que j'entends tout à fait. Les tâches administratives qu'ils doivent accomplir sont en outre plus nombreuses.

Enfin, disposons-nous d'une évaluation du coût d'un étudiant pour une année de médecine ? J'entends par coût non pas ce dont s'acquitte l'étudiant, mais le coût pour la société, puisque le financement de ces études se fait par le biais de l'impôt et de la solidarité nationale.

M. Philippe Baptiste, ministre. Je ne dis pas que la façon dont la formation est actuellement assurée est idéale. De nombreux éléments doivent certainement être améliorés.

La question de l'alternance est au cœur des enjeux. Plus un étudiant en médecine avance dans ses études, plus il passe de temps à l'hôpital ou en stage. Il est vrai que la première année est très théorique et éloignée des patients ; très rapidement, cependant, et même dès la deuxième année, les étudiants effectuent des stages, lesquels prennent de plus en plus d'importance au fil du cursus.

S'agissant des aspects quantitatifs, il convient tout d'abord de fixer la trajectoire. Combien de médecins souhaitons-nous former chaque année ? Lorsque nous aurons répondu à cette question, nous pourrons déterminer les ressources à mobiliser pour atteindre cet effectif. La formation académique, au sein des universités, est relativement élastique et directement corrélée aux ressources disponibles – taille des locaux, nombre d'enseignants, etc. L'organisation de l'alternance et des stages est un autre problème : l'identification d'encadrants et la proposition de stages de qualité sont parfois complexes.

Le numerus clausus, ou numerus apertus désormais, a atteint un point très bas dans les années 1990 : il était de 3 500 médecins formés lors de l'année universitaire 1992-1993, le nombre de médecins étant alors réputé trop élevé, contre près de 11 000 par an désormais. L'effort a donc été important, mais il convient de rester conscient de l'effet retard créé, puisque dix ans séparent le début de la formation du début de la vie professionnelle des jeunes médecins.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Combien y a-t-il eu de diplômés l'année dernière ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Je ne suis pas en mesure de vous répondre précisément, mais 9 000 étudiants passent le concours de l'internat – cela peut donner une idée du nombre de diplômés.

Les sciences humaines et sociales, les interactions entre le soignant et le patient, entre le soignant et ses pairs, ainsi que les questions relatives à l'entrepreneuriat sont désormais abordées dès le premier cycle, notamment au travers des questions d'éthique. Des formations à la gestion de cabinet sont, quant à elles, dispensées en fin de troisième cycle, au moment où les étudiants se préparent à s'installer. Les formations que vous appelez de vos vœux sont donc déjà en place, même si les maquettes pourraient sans doute être modifiées ou améliorées. Un nouvel enseignement a été récemment mis en place en deuxième cycle.

Je crains que ma réponse sur le coût de formation d'un médecin soit décevante, car je ne suis pas en mesure de vous l'indiquer. Le coût moyen d'un étudiant s'élève à environ 12 000 euros par an, mais ce chiffre recouvre des réalités différentes en fonction des domaines de formation. De plus, si ces étudiants représentent un coût, ils contribuent aussi directement, par leurs stages, au bon fonctionnement du système hospitalier et sont donc très utiles.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Dans un rapport de 2022, le sénateur Bruno Rojouan préconisait d'accroître le nombre d'étudiants en médecine générale en élevant de 40 % à 50 % le nombre de places dédiées lors des épreuves de fin de deuxième cycle.

Vous avez évoqué la difficulté à trouver des stages et à placer les internes. Cet argument, que j'ai déjà entendu, m'étonne, car il est contredit par mon expérience d' élu de terrain. Dans ma circonscription, l'hôpital de Remiremont, qui accueillait voici quelques années une trentaine ou une quarantaine d'internes, n'en reçoit plus suffisamment, alors même que les médecins sont désireux d'en encadrer. Aujourd'hui, les internes sont principalement alloués aux CHU, où travaille leur directeur de diplôme d'études spécialisées (DES). Ce

fonctionnement pose problème, car l'égal accès aux soins est, pour ainsi dire, un principe constitutionnel. Tous les établissements de santé doivent donc être maintenus. Je comprends que les CHU soient bien dotés en internes, mais les hôpitaux de province doivent l'être aussi, d'autant qu'ils comptent des médecins et des chefs de service prêts à les accompagner. Comment réformer l'orientation de ces internes en faveur d'une répartition géographique plus équitable ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Je partage votre constat. Comme je l'ai dit dans mon propos liminaire, les stages vont devenir obligatoires dans les zones sous-denses, où ils sont naturellement difficiles à pourvoir, ce qui permettra de revitaliser ces zones. Pour garantir un fonctionnement harmonieux et un accueil convenable de ces stagiaires, un intérêt particulier devra être porté aux aspects logistiques, car il est plus facile pour les étudiants d'effectuer leur stage dans leur CHU habituel ou dans des grandes villes. Cette première mesure ne sera peut-être pas suffisante.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous avez aussi évoqué la départementalisation de la première année. Pour poursuivre cette décentralisation des études de médecine, il pourrait être envisagé, peut-être dans des départements pilotes, d'orienter les étudiants en première année non vers les préfectures, mais vers des territoires plus ruraux. Il leur serait ainsi plus aisé de comprendre que leur vie professionnelle ne se déroulera pas nécessairement dans une grande ville, tout le monde ayant droit à un égal accès aux soins. Cette mesure, appliquée dès la première année d'études, enverrait un signal fort.

M. Philippe Baptiste, ministre. Je souscris à vos propos, tout en appelant votre attention sur un point. Alors que ce système a été développé dernièrement, et pas uniquement pour les études de médecine, nous constatons que des effets de masse sont nécessaires au fonctionnement, même à distance, d'un centre de formation. Autrement dit, un nombre minimum d'étudiants présents sur place est indispensable, et nous devons veiller à le garantir.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Quel est l'effectif minimum ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Le fonctionnement des campus connectés comptant moins d'une cinquantaine de jeunes sur place est très compliqué.

Nous pouvons aussi organiser ces formations au sein des Ifsi. Ce fonctionnement présente l'avantage d'augmenter la perméabilité entre les différents parcours.

À terme, l'objectif de cette première année en département, si elle se révèle satisfaisante, pourrait être de délocaliser totalement le premier cycle, ce qui poserait toutefois de nombreux problèmes supplémentaires. Quoiqu'il en soit, nous ouvrirons bien, dès la rentrée prochaine, une première année d'accès aux études de santé par département.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Les sites ont-ils déjà été identifiés pour tous les départements ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Non, pas encore.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Pour le département des Vosges, il paraît pertinent d'installer cette formation à Remiremont, d'autant que s'y trouvent un Ifsi et un institut de formation d'aides-soignants (Ifas) en mesure d'accueillir les étudiants à proximité de l'hôpital.

Une quatrième année vient d'être intégrée à la maquette de formation des médecins généralistes en France. Dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne et la Suède, un généraliste est formé en huit ans – six ans de cursus initial et deux ans de spécialisation en Allemagne. Or des études plus courtes permettent aux médecins d'exercer plus tôt. Au lieu d'ajouter des années au cursus, ne conviendrait-il pas que la réforme globale des cours – première partie théorique puis alternance avec la pratique – tende à réduire la durée des

études, afin de gagner une ou deux années de formation, sachant qu'en médecine comme dans d'autres domaines, on apprend tout au long de la vie ?

M. Philippe Baptiste, ministre. La comparaison internationale n'est pas totalement pertinente. En Belgique et en Allemagne, les étudiants peuvent obtenir leur diplôme de docteur en médecine dès la sixième année, mais celui-ci ne leur permet pas d'accomplir l'intégralité des gestes médicaux. Ils ne sont donc pas médecins de plein exercice, même en médecine générale.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Mais même en ajoutant deux années, le cursus ne dure que huit ans !

M. Philippe Baptiste, ministre. Il semble difficile de raccourcir le premier cycle, au cours duquel sont enseignées des disciplines fondamentales à l'exercice de la médecine, comme l'anatomie, la physiologie ou la sémiologie médicale. Parallèlement, la durée de la formation des médecins généralistes a été allongée d'un an afin de mieux répondre à la complexité croissante du métier, ces professionnels étant de plus en plus souvent directement confrontés à des pathologies longues ou à des pathologies du vieillissement. Cette année supplémentaire permet aussi de mieux répondre aux besoins de soins puisque, dès la rentrée 2026, 3 700 docteurs juniors en médecine générale exerceront en cabinet et en maison de santé. Cette année additionnelle, véritablement professionnalisante, n'est donc pas du temps perdu pour la nation !

M. le président Jean-François Rousset. En médecine, la formation par alternance paraît vraiment constituer une piste d'avenir. Les étudiants interrogés rapportent tous avoir le sentiment d'être mal formés, de ne pas être préparés à la pratique médicale de terrain. Il en résulte une certaine angoisse et un retard à l'installation, qui expliquent l'accroissement de la durée et de la fréquence des remplacements. Il est donc grand temps de mener une réflexion globale sur l'organisation des études de médecine.

Tous les médecins passés par l'exercice hospitalo-universitaire ont envie de former des étudiants et de leur faire profiter de l'expérience acquise tout au long de leur vie professionnelle. Tel est l'intérêt de la quatrième année. Il semble cependant pertinent d'aller plus loin encore.

Le modèle de la formation comporte un premier cycle incontournable, qui pourrait d'ailleurs être mutualisé avec celui d'autres futurs professionnels de santé pour être constitué en tronc commun menant à une licence en santé. De surcroît, ce système favoriserait le travail en commun.

À partir du moment où l'étudiant commence à entrer en contact avec des patients, sa formation s'organise en stages de six mois, qu'il effectue prioritairement dans les différents services, unités ou étages des CHU. Une formation en dehors des CHU n'est envisagée que dans un second temps, alors même que la majorité des nouveaux médecins exerceront en dehors de ces centres. En plus de ces stages de spécialité de six mois incontournables en CHU, une formation différenciée, par mission, doit être envisagée. Ainsi, en tant que chirurgien digestif, je pratiquais chaque semaine, en dehors d'un CHU, une vingtaine d'opérations de hernie inguinale, qui constituaient mon activité principale ; si j'avais eu un interne à mes côtés, il aurait vu en une semaine autant de ces opérations qu'en deux ans de stage universitaire. Dans les universités en chirurgie digestive sont en effet pratiquées des transplantations hépatiques, des hépatectomies, des pancréatectomies et des chirurgies du rectum, les hernies inguinales n'étant inscrites au programme que de temps à autre.

Il faut se servir du vivier des médecins n'exerçant pas en CHU. Je ne dis pas que nous ne devons pas privilégier ces établissements, qui témoignent de l'excellence de notre système de santé et accueillent des chercheurs de haut niveau, mais que nous devons tout faire pour qu'ils ne soient pas le lieu exclusif de la formation des médecins. Incidemment, nous

pourrions résoudre le problème du manque de maîtres de stage universitaire pour encadrer les docteurs juniors en quatrième année de médecine générale. En effet, ceux-ci expriment un besoin de formation spécifique, de qualification et de reconnaissance.

La question des épreuves classantes nationales se pose également. Par le passé, le concours de l'internat, comme celui de l'externat, était lié à un territoire, à une région. Les besoins de spécialistes étaient déterminés et les études organisées au niveau régional, ce qui n'empêchait ni la mobilité géographique ni la possibilité de suivre, durant quelques semaines, une formation spécifique. Un retour à la territorialisation de la formation par le biais de l'internat paraît pertinent. En effet, à la fin du deuxième cycle, les étudiants en médecine doivent réussir un concours difficile et parfois déménager à 800 kilomètres de chez eux pour suivre leur spécialité, à un âge où ils sont parfois déjà mariés, pacsés, fiancés ou même parents. Ensuite, leur retour dans les territoires s'avère parfois impossible, ce qui participe sans doute de la désertification médicale.

Une grande réflexion sur la réorganisation des études est donc nécessaire.

M. Philippe Baptiste, ministre. En deuxième cycle, les étudiants passent 50 % de leur temps en stage, puis 80 % en troisième cycle. La dimension pratique de leur formation est donc très importante. Je partage entièrement votre point de vue concernant l'utilisation de toutes les potentialités et de toutes les pratiques médicales comme support pour la formation, au-delà des CHU. L'exemple que vous avez donné est tout à fait pertinent.

Les stages durent six mois en internat, contre deux mois pendant l'externat. Les pratiques sont donc diversifiées.

Enfin, le statut de docteur junior octroyé aux étudiants en médecine générale en quatrième année d'internat vise à répondre au besoin de pratique médicale. De ce point de vue, les réformes en cours répondent, au moins en partie, aux besoins que vous avez énoncés.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Oui, elles y répondent en partie.

Un cursus dans l'enseignement supérieur traditionnel comprend presque systématiquement un stage, cependant bien différent d'une formation en alternance, dans laquelle l'étudiant partage son temps entre l'école et le monde professionnel. L'alternance que nous proposons d'instaurer doit être réelle, avec un temps équivalent à l'école et devant les patients, dès la première année. Certes, les étudiants sont souvent en situation, mais nos propositions tendent à développer sensiblement la formation sur le terrain.

En outre, le développement de l'alternance permettrait d'ouvrir l'accès aux études de médecine à des jeunes qui, faute de moyens, n'envisageaient pas d'emprunter cette voie. L'éloignement géographique peut aussi dissuader de choisir ces parcours, mais la création des premières années départementales remédie en partie à ce problème. Du reste, certains étudiants choisissent l'alternance parce qu'elle permet, dès la première année, de percevoir une petite rémunération ; l'élargissement de ce modèle aux études de médecine serait ainsi, d'une certaine manière, une mesure de justice sociale.

J'aimerais enfin vous entendre sur les options santé au lycée. Comment seront-elles généralisées et structurées ? Des interventions extérieures seront-elles prévues en plus des cours classiques ?

M. Philippe Baptiste, ministre. L'instauration d'une alternance, avec des jeunes rémunérés dès la première année, nécessiterait de revoir complètement le système d'accès à la première année, car il est impossible d'organiser de tels stages pour 40 000 élèves. Par ailleurs, il serait difficile de confier autre chose que des tâches d'observation à des étudiants en tout début de premier cycle. Peut-être faut-il développer davantage les stages en deuxième année, mais cela paraît plus compliqué dès la première.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Il ne s'agirait pas d'organiser 40 000 stages, puisque les étudiants faisant le choix de l'alternance seraient largement minoritaires ; je ne suis même pas sûr qu'ils seraient plusieurs centaines. Pour ceux-là, il faudrait trouver un médecin qui accepte un alternant. Je pense surtout à ces médecins proches de la retraite, souvent installés dans des territoires ruraux, qui souhaitent former un futur confrère pour reprendre ensuite leur patientèle. Dès la première année, ils pourraient accepter de former quelqu'un dans ce but, notamment parce que les coûts seraient modérés. En plus de former à la pratique, le médecin resterait ainsi au contact des nouvelles méthodes.

Cette formation en alternance pourrait être une option, mise en œuvre au sein d'une seule faculté de médecine en France afin de ne pas désorganiser tout le système. Les modalités précises restent à définir, mais les élèves, qui composeraient une petite promotion de 50, 100 ou 150 jeunes, pourraient étudier deux semaines à l'université puis deux semaines sur le terrain.

Cette idée novatrice est tout à fait réalisable. Il suffit de trouver des médecins généralistes libéraux qui accepteraient de prendre en charge ces étudiants. Dans nos territoires ruraux, de nombreux médecins seraient volontaires. Aussi me paraît-il nécessaire de créer cette option et de constater ensuite si elle donne, ou non, satisfaction.

M. Philippe Baptiste, ministre. Je n'exclus pas totalement cette possibilité, qui suppose cependant une véritable ingénierie de formation. Il conviendrait en outre de déterminer les tâches que le jeune pourrait accomplir auprès du médecin, puisqu'il ne se trouverait alors pas dans un cadre d'enseignement intégrant simulations et apprentissage progressif. En outre, ce système doit répondre à l'enjeu, majeur, de territorialisation.

Les options santé au lycée ont été ouvertes dans une trentaine d'établissements volontaires depuis 2024, au sein des académies de Bordeaux, Nancy-Metz, Toulouse et Montpellier. Sept autres académies – Amiens, Guyane, Lille, Mayotte, Nantes, Orléans-Tours et Rennes – ont signalé leur intérêt. Le dispositif doit encore monter en puissance, et les académies disposent d'une large autonomie pour le déployer. Le but est de présenter les différents métiers du secteur de la santé, y compris aux lycéens des filières professionnelles, si possible dans des zones peu denses, pour favoriser la future territorialisation. Un référent a été désigné dans chaque académie concernée, afin de dresser un bilan et un état du déploiement de l'expérimentation. Les premières remontées interviendront à l'automne, si bien qu'il est un peu trop tôt pour établir un bilan.

La disparité des étudiants inscrits dans les facultés de médecine et les Ifsi rend difficile la création d'un premier cycle conjoint à toutes les professions de santé. Les élèves n'ont pas nécessairement les mêmes capacités ni le même goût pour l'abstraction ou certaines disciplines. Il me paraît en outre un peu délicat de consacrer trois ans de la formation des infirmiers à des apprentissages théoriques. Les métiers et les formations étant de nature assez différente, une différenciation précoce semble nécessaire, même s'il reste indispensable de créer des passerelles.

M. le président Jean-François Rousset. Dans l'Aveyron, les classes options santé ont été mises en place dès 2022. Le lycée Jean Vigo de Millau en a d'ailleurs accueilli l'une des premières. L'option est aujourd'hui suivie par des élèves de seconde, de première et de terminale : elle est donc désormais proposée pendant tout le second cycle d'enseignement secondaire. Sa mise en place a été assez facile : le recteur, la direction académique des services de l'éducation nationale (Dasen), le directeur et des enseignants volontaires de l'établissement se sont mobilisés, dans le cadre des cordées de la réussite, et le dispositif fonctionne très bien.

J'ai défendu l'amendement prévoyant cette expérimentation, qui se généralise désormais – c'est une très belle avancée. D'après les retours dont je dispose, les jeunes qui avaient choisi l'option santé et qui suivent une première année d'études de médecine à Montpellier ou à Toulouse n'ont pas démissionné à la Toussaint, comme c'est souvent le cas.

Nous saurons prochainement s'ils sont admis en deuxième année. J'espère que la généralisation de l'option sera rapide, car aucun obstacle ne s'y oppose réellement.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous évoquiez tout à l'heure 9 000 diplômés. À l'entrée ou à la sortie du troisième cycle ?

M. Philippe Baptiste, ministre. À l'entrée.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Le nombre de diplômés ayant terminé leur troisième cycle n'est donc pas encore connu ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Je vous le communiquerai.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. S'agissant de la formation commune, j'entends bien vos explications, mais nous constatons que depuis la création du statut d'infirmier en pratique avancée (IPA), certaines infirmières reprennent des études, jusqu'à bac + 5, et suppléent très efficacement les médecins dans la réalisation de certains actes. Pourriez-vous envisager un parcours de formation transverse ou des équivalences permettant à un infirmier de devenir médecin ? Une partie de cycle commun faciliterait les choses.

M. Philippe Baptiste, ministre. Il existe des passerelles, notamment en premier cycle d'études d'infirmier. Plus tard, les infirmiers diplômés peuvent suivre des études médicales, mais ce cas de figure reste marginal. Je suis partisan du développement de ces passerelles entre les métiers de la santé, entre ceux d'infirmier et de médecin, mais aussi entre ceux d'ingénieur ou de scientifique et de médecin. Nous aurions tout intérêt à avoir des voies d'accès parallèles, à ce que les cursus soient moins tubulaires.

J'ai rappelé que la Paces présentait un certain nombre de travers. Généralement, ceux qui s'engagent dans ce parcours sont plutôt de bons, voire de très bons, étudiants. Pourtant, deux tiers d'entre eux échouent après un an, voire deux, et sont contraints de recommencer leurs études à zéro. Un nombre significatif d'entre eux quittent même l'enseignement supérieur. Nous avons mis en place, en 2019, la réforme des études de santé pour répondre à ce constat.

Une réflexion est nécessaire pour simplifier les parcours, qui pourraient reposer sur deux piliers : la santé, d'une part, et quelques disciplines scientifiques comme les mathématiques ou la physique, d'autre part. En cas d'échec dans le domaine de la santé, cette répartition permettrait de rebondir et d'accéder à une deuxième année dans un autre domaine d'études supérieures si les modules nécessaires ont été validés. Il me paraît important de donner cette possibilité aux étudiants.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Ne serait-il pas nécessaire de supprimer le concours à l'issue de la première année ou de l'ouvrir davantage, sachant que nous avons besoin de plus de médecins ? Je comprends mal que la poursuite de ces études puisse se jouer à un dixième de point alors que le cursus dure dix ans, pendant lesquels les écarts peuvent se combler, voire s'inverser. Le nombre d'étudiants en début d'internat – 9 000 environ – ne couvre pas les besoins. Le but n'est pas d'abaisser le niveau, mais de permettre une progression tout au long de la formation. Le concours pourrait être remplacé par un accès sur dossier ou par un simple examen.

M. Philippe Baptiste, ministre. Je souscris totalement à vos propos : les systèmes doivent être beaucoup plus ouverts. Les étudiants doivent bénéficier de plusieurs chances : s'ils ne valident pas leur première année, ils doivent pouvoir poursuivre leur licence dans une autre discipline, comme les mathématiques, avant de revenir vers des études de médecine en troisième année, par exemple. Cela suppose qu'un jury puisse permettre à certains jeunes, sur le fondement d'un dossier et non du résultat d'un concours, de poursuivre leur cursus, sachant que deux dossiers sont souvent difficiles à comparer. Il s'agit d'un point sensible puisque nous, parents compris, entretenons un véritable culte de la note et du concours.

M. le président Jean-François Rousset. Ce concours ne sélectionne pas nécessairement de bons médecins. D'une part, les classes préparatoires privées augmentent les chances de réussite, mais sont extrêmement onéreuses. D'autre part, un candidat recalé qui dispose des moyens financiers nécessaires peut poursuivre ses études à l'étranger, en Espagne ou en Roumanie notamment, avant de revenir exercer en France. Nous devons mener à son terme la réflexion relative à la sélection des étudiants capables de faire de bons médecins.

M. Philippe Baptiste, ministre. À nouveau, je partage complètement vos propos. Dans certaines universités, plusieurs LAS sont en concurrence pour attirer les mêmes étudiants, ce qui alimente des polémiques relatives à la difficulté ou à la facilité d'en obtenir certaines. La fascination pour la note et le concours unique constitue un obstacle important.

L'existence de classes préparatoires privées et la fuite des étudiants à l'étranger montrent bien que la politique du numerus clausus instaurée dans les années 1970 a atteint ses limites.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Puisque nous sommes d'accord, quand pouvons-nous espérer qu'une réforme voie le jour ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Nous défendons, avec Yannick Neuder, la réforme des études de santé. Elle pourrait donc être engagée très prochainement.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Nous ne maîtrisons que très peu les choix que font les étudiants, en fonction des places disponibles notamment, alors que les territoires et la population sont en demande de certains spécialistes. La répartition territoriale de ces derniers est d'ailleurs encore plus difficile à contrôler que celle des médecins généralistes. Comment le ministère envisage-t-il d'orienter les étudiants en fonction des besoins du terrain ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Les places ouvertes à l'internat sont réparties par spécialité et par région, mais la somme des places dans une région donnée est légèrement supérieure au nombre d'étudiants afin de ménager une légère flexibilité. Cette dernière conduit à des déséquilibres : certaines spécialités sont moins choisies que d'autres. Tel est le cas de la psychiatrie : il est difficile d'inciter les étudiants à se former dans cette spécialité, qui demeure donc en souffrance.

Il existe deux manières de régler le problème. La première consiste à réduire les marges, et donc à limiter le nombre total de places au nombre d'étudiants. La seconde consiste à rendre attractives des formations perçues comme très difficiles. Je suis plutôt favorable à cette deuxième approche, plus libérale, mais si elle ne porte pas ses fruits, nous serons contraints d'adopter une approche plus stricte.

M. le président Jean-François Rousset. Un retour aux certificats d'études spéciales, dont les détenteurs étaient pour ainsi dire des intermédiaires entre les généralistes de terrain et les hyperspécialistes de CHU, est-il envisageable ?

M. Philippe Baptiste, ministre. Je crains d'atteindre, à ce sujet, les limites de mes connaissances.

M. le président Jean-François Rousset. On demande au médecin généraliste d'être un véritable spécialiste de la médecine générale, mais aussi d'orienter ses patients vers des spécialistes. Ainsi, le système rend nécessaire un grand nombre de spécialistes, pour des consultations parfois inutiles ou des indications qui n'en sont pas.

Il existait jadis une spécialisation intermédiaire, sanctionnée par des certificats d'études spéciales – en gastroentérologie ou en dermatologie, entre autres –, qui permettait un premier tri des malades, lesquels pouvaient être pris en charge de manière efficiente par des médecins spécialisés mais ayant étudié moins longtemps que les hyperspécialistes des CHU ou des hôpitaux. Ne faudrait-il pas réfléchir au rétablissement de cette certification ? Nous

pourrions ainsi éviter une hyperspécialisation des médecins au détriment d'un corps intermédiaire de praticiens.

M. Philippe Baptiste, ministre. Il m'est difficile de répondre à cette question.

M. le président Jean-François Rousset. Je vous remercie, monsieur le ministre, pour vos réponses très précises. Vous pouvez adresser des compléments d'information au secrétariat de notre commission d'enquête.

La séance s'achève à dix-sept heures cinquante-cinq.

Membres présents ou excusés

Présents. - M. Christophe Naegelen, M. Jean-François Rousset