

INFORMATION

Numerus clausus et démographie médicale en France

MOTS-CLÉS : DÉMOGRAPHIE. ENSEIGNEMENT MÉDICAL PREMIER CYCLE.

Numerus clausus and medical demographics in France

KEY-WORDS: DEMOGRAPHY. EDUCATION, MEDICAL, UNDERGRADUATE

Michel HUGUIER * Patrick ROMESTAING **

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

RÉSUMÉ

En France, le nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année d'études (numerus clausus) a été limité par des lois : de 1971 en fonction des possibilités de formation pratique hospitalière et depuis 1979, en tenant compte des évolutions démographiques. L'objectif de 250 médecins pour 100 000 habitants paraissait alors raisonnable et impliquait de former chaque année 6 000 nouveaux médecins. Un nombre moindre avait été prévu, transitoirement, pour compenser une bosse démographique prévisible un peu après l'année 2000. Ces mesures ont été progressives pour ne pas défavoriser brutalement une génération par rapport aux autres. Elles ont encore été modulées par région afin d'atténuer les disparités régionales existantes, la quasi-totalité des étudiants s'installant dans la région où ils ont fait leurs études. La logique aurait voulu de faire une pré-sélection à l'entrée des études. L'opposition absolue des étudiants a amené à faire cette sélection en fin de première année, ce qui a encore plus de contreparties. À la fin des années 80, le numerus clausus aurait dû être réaugmenté, ce qui n'a été le cas que dix ans plus tard.

Les estimations sur la démographie médicale sont compliquées car le système est loin d'être étanche. Il convient d'intégrer dans la réflexion les médecins de l'Union Européenne (EU) qui viennent travailler en France, mais aussi le nombre croissant d'étudiants français qui, après avoir échoué au passage en seconde année, vont se former à l'étranger avant de revenir

* Membre de l'Académie nationale de médecine. Ancien conseiller technique de Madame S. Veil, (1977-1979) ministre de la Santé.

** Vice-Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Ancien président de Section Santé Publique et Démographie du CNOM. Représentant le CNOM à l'Observatoire National des Professions de Santé. Responsable de l'Observatoire européen de démographie médicale.

Tirés à part : Professeur Michel HUGUIER, même adresse

Article reçu le 21 mai 2014, accepté le 23 juin 2014.

passer l'examen classant national en fin de deuxième cycle. Des décisions communautaires sont souhaitables pour faire évoluer le numerus clausus des études médicales des pays de l'UE vers une certaine harmonisation quantitative. Enfin, en France, la réglementation hospitalière doit beaucoup mieux contrôler le dévoiement indirect du numerus clausus par l'embauche de médecins hors UE sur des postes laissés vacants.

SUMMARY

In France, the number of students admitted to the second year of medical studies is limited (numerus clausus) by law. In 1971 this limit was first based according to hospital training capacity and subsequently 1979 it has been based on demographic trends. An objective of 250 physicians per 100 000 inhabitants seemed reasonable and required 6 000 students to be trained each year. In 1979, it was decided to restrict the number of students temporarily because of a likely demographic slump after the year 2000. These steps were introduced progressively, in order not to unfairly treat a particular student class. The numerus clausus is also modulated geographically to take into account differences in medical density, as most students set up in the region where they did their medical studies. It is logical to practice preselection for admission to medical school, yet in France every baccalaureat holder can enrol any medical school, and students are totally opposed to preselection. This is why selection takes place at the end of the first year. In the late 1980s, the numerus clausus should have been increased by the health and education ministries, but this was in fact done only ten years later.

Estimates of medical demography are complicated by three factors. First, many physicians from European Union member states (mainly Belgium and Romania) practice in France. Second, some students not admitted to the second year of medical studies go to learn medicine in a foreign country before returning to sit the French national examination at the end of the sixth year. Third, public hospitals hire foreign physicians from outside the EU (mainly Algeria and Morocco), who then stay in France permanently. Thus, EU-level decisions are needed to harmonize the medical numerus clausus across member states. The hiring of physicians from non EU countries by French hospitals should be more tightly controlled.

INTRODUCTION

En janvier 2013, il y avait près de 200 000 médecins en activité en France, soit un médecin pour 300 habitants. Cet effectif est pratiquement stable depuis 2002 et devrait le rester jusqu'en 2018 pour baisser ensuite.

Depuis 1971, la France limite le nombre d'étudiants en médecine à la fin de la première année d'études. C'est le *numerus clausus*. Les modalités initiales en ont été modifiées par une loi de 1979. Ces dispositions ont fait l'objet de nombreuses controverses récurrentes.

Sur le plan théorique, les termes de l'alternative sont les suivants : un nombre insuffisant de médecins ne permettrait pas un accès à des soins ouvert à tous et dans certaines spécialités, il a été montré que les résultats au dessous d'un certain seuil

d'activité étaient moins bons ¹. Mais un nombre excessif a lui aussi des inconvénients. Sur le plan économique, il a été prouvé que dans les régions où les densités médicales étaient les plus fortes, la consommation des soins et les remboursements qu'ils entraînaient pour l'Assurance maladie y étaient le plus élevés sans que l'état sanitaire de la population y soit meilleur pour autant [1]. Un nombre optimal de médecins, c'est-à-dire nécessaire mais aussi suffisant, est donc souhaitable.

Des idées erronées ont pu donner lieu à des prises de position dogmatiques qui sont parfois sous-tendues par des intérêts corporatistes ou par des *a priori* politiques, là où seul l'intérêt général devrait guider les décisions.

Le but de cette communication est de rappeler l'évolution des dispositions législatives concernant le *numerus clausus* d'entrée en deuxième année de médecine, l'incidence sur l'évolution de la démographie médicale sur laquelle nous disposons de plusieurs sources d'information ², puis de faire quelques propositions.

LES DONNÉES

Rappel de l'évolution législative

Il y a eu trois étapes législatives dans la fixation du nombre d'étudiants en médecine.

Avant la loi de 1971, tout bachelier pouvait s'inscrire dans la faculté de médecine de son choix et poursuivre ses études s'il passait avec succès les examens annuels. La formation théorique était réalisée par des enseignements universitaires et l'enseignement pratique par des stages et des fonctions hospitalières assez spécifiques aux études médicales françaises.

En 1971, devant l'augmentation du nombre d'étudiants, il a paru nécessaire de légiférer pour que leur nombre ne dépasse pas les possibilités d'une formation pratique hospitalière de qualité [2]. Au nom du droit ouvert à tout bachelier de pouvoir s'inscrire à une faculté de son choix, le contrôle du nombre d'étudiants s'est fait par le moyen d'un *numerus clausus* à la fin de la première année de médecine. D'après discussions ont alors eu lieu pour savoir quel était le nombre d'étudiants que pouvait accueillir et former les établissements hospitaliers, nombre évalué par

1. En chirurgie digestive lourde, en neurochirurgie, en chirurgie cardiaque ou pédiatrique, les complications postopératoires sont plus nombreuses et les résultats à distance moins bons au dessous d'un certain seuil d'activité.

2. Conseil de l'ordre des médecins ; Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé reposant sur le fichier Adeli ; Caisse nationale d'assurance maladie pour la médecine libérale conventionnée ; Observatoire national de la démographie des professions de santé. Les divergences entre les différentes évaluations sont faibles. Les données du Conseil de l'ordre des médecins sont les plus complètes, encore faut-il, par exemple, bien différencier le nombre total de médecins inscrits au Conseil de l'ordre comprenant des retraités dont certains peuvent continuer à exercer, l'inclusion ou non de médecins exerçant Outre-mer, etc. Il convient encore de tenir compte des médecins militaires qui ne sont pas inscrits au Conseil de l'ordre.

les Comités hospitalo-universitaires et arrêté chaque année. Il fut fixé autour de 8 600 alors que le ministère de la Santé avait fait des estimations assez inférieures ³.

En 1979, les pouvoirs publics ont été sensibilisés à l'idée que ces effectifs allaient aboutir à former un nombre excessif de médecins. Il s'est avéré que ces alertes n'étaient pas une réaction de malthusianisme, mais intégraient la qualité des soins et une approche économique. Il a donc paru nécessaire de modifier la législation et de tenir compte non seulement des possibilités de formation hospitalière mais aussi de prévisions démographiques, ce qui avait déjà été évoqué mais non retenu en 1971. Ce fut l'objet de la loi de juin 1979. La question fut alors d'estimer le nombre de médecins dont nous avions besoin.

De combien de médecins avons-nous besoin ? Les estimations de 1978-1979.

En 1975, il y avait en France 154 médecins pour 100 000 habitants. À cette époque, des comparaisons entre les régions et internationales suggéraient qu'une densité de 250 médecins pour 100 000 habitants était un objectif raisonnable ⁴. Il impliquait, compte tenu de la durée moyenne d'exercice des médecins ⁵, de former chaque année 6 000 nouveaux médecins ⁶.

Trois modulations

Ce flux global a été modulé par trois données complémentaires :

1. Le nombre élevé d'étudiants admis en deuxième année de médecine dans les années précédant la réforme de 1979 permettait de prévoir que la densité, considérée comme souhaitable, serait dépassée vers l'an 2000. Un *numerus clausus* inférieur à 6 000 a donc été temporairement fixé pour résorber la « bosse » démographique qui était prévisible. De fait, en 2005, il y avait en France métropolitaine 340 médecins pour 100 000 habitants, ce qui était du même ordre de grandeur qu'en Allemagne, en Espagne et aux Pays-Bas, pays qui, eux aussi avaient augmenté leur nombre d'étudiants en médecine. Mais il était très supérieur à la densité médicale de la Suède ou de la Norvège (300 pour 100 000 habitants), de la Grande-Bretagne et du Japon (respectivement 230 et 200). Mais dans ces deux derniers pays les systèmes de soins sont très différents de celui de la France.

3. En fait, en 1976-77, le nombre d'étudiants en 2^e année (PCEM 2) était de 10 500 du fait de différents dérapages dont ceux du « coefficient d'attrition ».

4. Cette densité était alors supérieure à celle qui existait en République fédérale allemande (217 pour 100 000 habitants), à celles qui étaient prévues en Hollande ou en Italie (respectivement 190 et 200 médecins pour 100 000 habitants) et très supérieure à celle de la Grande-Bretagne (120 médecins pour 100 000 habitants).

5. En 2004, l'âge moyen d'installation des nouveaux médecins était de 34 ans et celui des départs à la retraite de 66 ans .

6. Il s'y ajoutait un « coefficient d'attrition » qui correspondait au faible nombre d'abandon des études de médecine après la deuxième année, coefficient estimé à 3 %.

2. La réduction du nombre d'étudiants en médecine en France a été progressive afin d'éviter toute rupture brutale et de ne pas pénaliser quelques générations d'étudiants par rapport aux autres. Ainsi, le *numerus clausus* s'est peu à peu abaissé, jusqu'à 3 500 en 1992.
3. Le *numerus clausus* global, qui fut ensuite décliné par régions, a été une opportunité pour essayer de réduire les fortes inégalités de densités médicales interrégionales ⁷. En effet, des enquêtes avaient montré que 90 % des étudiants en médecine, une fois diplômés, s'installaient dans la région où ils avaient fait leurs études ⁸. La baisse du *numerus clausus* a donc été proportionnellement plus importante dans les régions à forte densité médicale que dans les autres et réciproquement ⁹.
4. Il convient enfin de remarquer que, malgré la diminution du *numerus clausus*, les ministères de la Santé et des Universités avaient obtenu du Ministère des Finances que le nombre d'enseignants en médecine ne soit pas diminué ¹⁰. Cette garantie a facilité l'acceptation de la loi de 1979 par les hospitalo-universitaires.

Le double scotome de la fin des années 80.

À la fin des années 1980, une politique vigilante d'anticipation en matière de démographie médicale aurait dû faire augmenter, comme prévu en 1979 le *numerus clausus* et ce dès la fin des années 80, ce qui n'a été réalisé que dix ans plus tard [3] pour atteindre 7 500 en 2007, effectif auquel s'ajoute un maximum de 230 places « passerelles » pour des étudiants issus d'autres formations ¹¹.

Le retard pris dans l'augmentation du *numerus clausus* a été particulièrement préjudiciable pour deux raisons :

1. La première a été l'évolution générale de la démographie française. À partir de 1994, il y a eu une reprise marquée de la natalité entraînant une augmentation des consultations pédiatriques. A l'autre extrémité de la vie, le nombre de personnes
-
7. Du simple au double. En 1976, il y avait pour 100 000 habitants, un peu moins de 100 médecins en Basse-Normandie et en Picardie, et un peu plus de 200 en Provence Côte-d'Azur et en région parisienne. En 2006, cette densité en Ile-de-France était de 402 pour 100 000 habitants, pour 326 en moyenne nationale, mais devait diminuer proportionnellement le plus après le Languedoc-Roussillon.
 8. Néanmoins, il existe un héliotropisme surajouté : le nombre de médecins formés en dehors de la région PACA, par exemple, était supérieur au nombre de médecins formés sur place.
 9. Cette mesure fut efficace puisqu'une enquête, menée en 2000 par l'Institut national des études démographiques, a montré que le Nord Pas-de-Calais, qui avait une faible densité médicale en 1980, aurait en 2020 une densité médicale plus élevée que la région Provence Côte d'Azur. Il convient encore de remarquer que la densité médicale de la Picardie, la plus faible de France en 2011, était quand même supérieure (270 pour 100 000 habitants) à celle de la région parisienne dans les années 80 et que celle-ci devait baisser dans les prochaines années.
 10. Des calculs avaient montré que la logique aurait été de diminuer de 1 000 les postes d'assistants universitaires et de 250 le nombre de professeurs.
 11. Il s'agit 1) d'étudiants qui, au terme de la première année pouvaient choisir la médecine, mais ont fait une autre filière de santé (40), 2) de titulaires d'un mastère ou de deux ans d'études après un échec au *numerus clausus*, 3) de titulaires d'un diplôme d'ingénieur ou d'une thèse en sciences.

de plus de 75 ans s'est considérablement accru¹². Or aux deux âges extrêmes de la vie, la consommation de soins est élevée. Enfin, il y a eu un solde migratoire positif plus important que prévu.

2. La seconde raison est que l'offre de soins par médecin a diminué parce qu'ils ont réduit dans l'ensemble leur temps de travail par rapport aux générations précédentes, en aspirant à un mode de vie qui se rapprochait un peu plus de celui de leurs concitoyens¹³ [4]. L'augmentation de la proportion de médecins salariés par rapport aux libéraux en est une traduction¹⁴. Cette évolution explique encore que les différences de temps d'activité professionnelle entre les hommes et les femmes, estimées avoir été de l'ordre de 30 %, aient tendance à s'estomper¹⁵.

Le principe et les modalités du *numerus clausus*

Le principe même du *numerus clausus* est aujourd'hui contesté. Il aboutit à un taux d'échec de passage en deuxième année de médecine de près de 80 % et après le redoublement de la première année pour la plupart des étudiants¹⁶. Néanmoins, il ne faudrait pas oublier qu'avant l'institution d'un *numerus clausus*, les échecs et les abandons en cours d'étude, avec orientations vers d'autres filières, étaient encore plus nombreux¹⁷. Ceux qui voudraient aujourd'hui « laisser les études de médecine dans l'ambiance universitaire traditionnelle » [5] sont trop jeunes pour s'en souvenir ou amnésiques.

L'autre critique récurrente faite au *numerus clausus* concerne la nature des épreuves qui découlent de l'enseignement dispensé en première année de médecine [6]. Il est vrai que les modalités actuelles du *numerus clausus* ne laissent pratiquement aucune chance aux bacheliers littéraires. De fait, la presque totalité des étudiants de première année de médecine ont fait un baccalauréat scientifique¹⁸. Mais la carica-

12. La proportion de 75 ans et plus est passée de 4,3 % en 1960 à 8,5 % en 2007 et une projection estime qu'en 2060, ce taux sera de 16,2 %. Or, toutes les maladies liées à l'âge, maladies cardio-vasculaires, démences, cancers, arthroses etc. augmentent les recours aux médecins.

13. Il est assez significatif qu'en 2012, sur 6 324 nouveaux médecins inscrits au Conseil de l'ordre des médecins, un peu plus de 66 % ont choisi un exercice salarié et un peu moins de 10 % l'exercice libéral exclusif.

14. La proportion de nouveaux médecins inscrits en exercice libéral au conseil de l'ordre a diminué de 65 % dans les années 1996 à 20 % dix ans plus tard.

15. En 1980, la proportion d'étudiantes en médecine était de 24 %. Elle a atteint 35 % en 1985, pour dépasser actuellement 60 %. Or, si les femmes médecins renoncent rarement à l'exercice de la médecine, leur temps total d'activité professionnelle était alors en moyenne de 30 % inférieur à celui des hommes (temps partiels, arrêts temporaires d'activité professionnelle, âge de retraite plus précoce).

16. Pour l'année universitaire 2007-2008, par exemple, les chances de succès du passage en deuxième années de médecine ont été de 11,2 % pour les non redoublants ; 62 % des non reçus se sont réinscrits ; leurs chances de succès a alors été et 37,7 %.

17. Ainsi, en 1968-1969, il y avait 26 100 étudiants en première année de médecine, 6 899 en troisième année, et 3 500 en dernière année.

18. En 2010, 94 % des étudiants en première année de médecine étaient issus de baccalauréats scientifiques, contre 41 % parmi l'ensemble des inscriptions universitaires.

ture du bachelier scientifique qui, pour cette raison, serait dépourvu d'humanité et donc presque impropre à exercer la médecine n'est guère acceptable. Comme a pu l'écrire Robert Germinet, directeur de l'école supérieur des mines de Saint-Etienne, l'esprit scientifique est d'abord une attitude, l'école du doute [7]. Il est raisonnable de penser que la nature des épreuves de l'examen aboutissant à la sélection au terme de la première année de médecine n'a qu'une importance relative : quelle que soit la nature de ces épreuves, ce seront les plus travailleurs et les plus tenaces qui seront reçus ¹⁹. Une sélection fondée sur la mention obtenue au baccalauréat suivie d'un entretien sur les motivations du candidat aurait été d'autant plus logique que toutes les statistiques sur le sujet montrent une très bonne corrélation entre le type de baccalauréat, la mention éventuelle et les chances de passer en seconde année de médecine ²⁰. Pour cette raison, il avait été envisagé dès 1977, et l'idée a été reprise depuis, de faire une pré-sélection après le baccalauréat, comme dans presque tous les autres pays européens [8]. Mais les étudiants français s'y opposent formellement au nom du droit français donnant à tout bachelier la possibilité de s'inscrire dans la discipline universitaire de son choix et la crainte d'injustices dans ce type de sélection. Ces mêmes étudiants préfèrent accepter celles des classes préparatoires en médecine, privées et payantes et forcément discriminatoires ²¹.

Les « déserts médicaux »

Au sein des régions, le maillage médical reste insuffisant dans un peu plus de 4 000 cantons ruraux ou banlieues. Le phénomène s'observe aujourd'hui au cœur des grandes villes ²². Ce sont les fameux « déserts médicaux ». Il serait naïf de croire qu'en élevant le *numerus clausus*, on réglerait le problème de la désertification médicale de certains cantons. C'est principalement le mode de vie des médecins qui est en cause [3].

Il convient de chercher des solutions à ce problème par d'autres moyens qui ont commencé à être proposé dès 2002 [9], mis en œuvre dès 2003 et repris par la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux ²³ [3,10,11]. Il résulte de certaines mesures un « effet d'aubaine » lié à la connaissance par les étudiants des avantages offerts par l'installation dans certaines zones ²⁴, mais l'empilement des mesures nuit, de façon un peu paradoxale, à leur lisibilité par les intéressés.

19. Perez M. Ne pas oublier que la médecine est un humanisme. Le Figaro. 17 décembre 2005.

20. À titre indicatif, en 2007, les chances de passer en 2^e année étaient de 61 % pour les titulaires d'un bac S avec mention très bien, de 42 % avec mention bien, de 23 % avec mention assez bien, et seulement 5,5 % avec mention passable. Elles étaient quasi nulles pour les autres séries. La moyenne nationale était de 16 %.

21. En 2005, le coût était de l'ordre de 3 000 euros pour l'année. Les tutorats auraient réduit l'importance de ces préparations privées.

22. Du fait de l'augmentation des bureaux, des commerces, des coûts de l'immobilier, etc.

23. Bourses aux étudiants sous condition d'installation, aides directes à l'installation, aides indirectes (exonérations fiscales et sociales, augmentation de 20 % des rémunérations), aménagements d'exercice, création de Praticiens territoriaux de médecine générale.

24. C'est le cas d'avantage sociaux en cas de grossesse par exemple.

Les médecins à diplôme étranger autorisés à exercer en France

En janvier 2013, sur 199 500 médecins en activité inscrits au Conseil de l'ordre, 10,6 % étaient titulaires d'un diplôme obtenu hors de France ²⁵. En 2011, parmi 6 053 médecins nouvellement inscrits au Conseil de l'Ordre, 24 % étaient dans le même cas [12].

Parmi les médecins à diplôme étranger, il convient de distinguer ceux faisant partie de l'Union européenne (UE) pour lesquels il existe une reconnaissance automatique du diplôme et les autres ²⁶. Pour pallier à une insuffisance de médecins dans certains hôpitaux, dans certaines spécialités ou dans certaines zones démedicalisées, des postes laissés vacants sont proposés à des médecins étrangers hors UE par des directeurs d'établissements publics ²⁷. En 2012, on estimait que 4 000 à 5 000 médecins originaires de pays hors UE exerçaient dans des hôpitaux sans être inscrits à l'Ordre. Ces données se sont confirmées les années suivantes. Pour ces médecins l'autorisation d'exercer en France est alors le moyen de régulariser leur situation. Pour se faire, des dispositions législatives ou réglementaires dérogatoires sont prises. Elles doivent chaque fois épurer la situation, mais se répètent (lois de 1999 et 2011, textes réglementaires de 1972, 1993, 1996 et 2012) ²⁸.

Il y a encore un nombre croissant d'étudiants français qui, après avoir échoué au passage en seconde année, vont se former à l'étranger dans une université européenne ²⁹ avant de revenir passer l'examen classant national ³⁰.

Il se crée ainsi des filières parallèles dont la double conséquence est une qualification de certains médecins en dessous du niveau de formation pratique et théorique exigée pour les Français titulaires d'un diplôme universitaire donnant la qualification. De plus, ce laxisme ministériel, d'une part est injuste vis-à-vis des étudiant ayant obtenu plus de la moyenne à l'examen de fin d'année mais qui n'ont pas pu poursuivre leurs études médicales du fait du *numerus clausus* (les « reçus collés »), d'autre part se fait

25. 44,6 % avaient un diplôme européen et 55,4 % un diplôme non européen.

26. Parmi les étrangers, les Européens venaient surtout de Roumanie (18 %) et de Belgique (9 %) et les non Européens d'Algérie (22 %) et du Maroc (6 %). La complexité de la question est montrée par une catégorie particulière, celle des Français qui vont acquérir un diplôme dans un autre pays européen (notamment en Roumanie à Cluj-Napoca).

27. De 1996 à 2002 5 740 praticiens adjoints contractuels ont été recrutés.

28. Des régularisations « hors quota » ont notamment été ouvertes par la loi CMU et a permis 6 360 autorisations d'exercice de 1999 à 2002. Actuellement, les médecins étrangers arrivés avant 2010 doivent passer un examen et pouvoir attester d'au moins trois années d'exercice en France sous responsabilité d'un autre médecin. Les autres doivent passer un concours ouvert pour les spécialités déficitaires (décret de mai 2012).

29. Ce fut surtout en Belgique et aujourd'hui en Roumanie.

30. À l'examen classant national en 2014, il y avait ainsi 8768 candidats. 341 repassaient l'examen afin d'obtenir un meilleur classement espérant ainsi pouvoir accéder à une filière qu'ils n'avaient pu obtenir précédemment. Il y avait encore 258 candidats qui avaient un diplôme de deuxième cycle obtenu dans un autre pays de l'Union européenne, surtout d'Italie (202) et de Roumanie (71).

au détriment des pays d'origine de ces médecins, ainsi privés d'une partie de leur corps médical, déjà insuffisant [13].

De plus, en 2011, il semblerait qu'il n'y guère eu de médecin titulaire d'un diplôme étranger qui se soit installé en médecine générale dans une commune recensée comme étant déficitaire [12].

COMMENTAIRES

Cet article a cherché, à partir des faits et de leur historique, à montrer quelques idées erronées qui pourtant reviennent régulièrement dans les discussions à propos de la démographie médicale et du *numerus clausus*.

Déséquilibres régionaux ; médecine générale et spécialités.

Volontairement, nous n'avons pas évoqué le déséquilibre persistant des densités médicales entre les régions qui s'observe aussi dans d'autres pays européens [14]. Une réponse en est la modulation du *numerus clausus* par région comme le suggère l'exemple de 1979 en sachant que 85 % des médecins continuent à s'installer dans la région dans laquelle ils ont fait leurs études.

Nous n'avons pas non plus abordé les questions des répartitions entre généralistes et spécialistes et des différentes spécialités au sein de ceux-ci ³¹. En tout état de cause, le pourcentage de médecins exerçant réellement la médecine générale devrait être augmenté [15]. Deux mesures vont dans ce sens : d'une part les orientations de l'Observatoire national des professions de santé, d'autre part une sensibilisation concrète des étudiants à l'exercice de cette médecine ³².

Une indispensable continuité politique

En matière de démographie médicale il est indispensable qu'il existe une continuité dans les décisions ministérielles.

Ainsi, « une augmentation du *numerus clausus* ou un report de deux ans de l'âge de départ à la retraite permettrait de limiter la baisse des effectifs voire d'accroître transitoirement le nombre de médecins actifs, mais n'aurait pas d'impact sur le déséquilibre entre spécialités ou sur les inégalités régionales » [16].

Ainsi encore, en 2002, la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé faisait une étude prospective sophistiquée sur la démographie médicale à l'horizon 2020 en prenant comme hypothèse un *numerus*

31. En 2005, 108 000 médecins de médecine générale étaient recensés (DOM TOM inclus). En réalité, seulement 58 000 avaient une réelle activité de médecine générale de premier recours (autrefois qualifiés de « médecins de famille »).

32. Citons par exemple les « stages de découverte » en médecine générale développés par la Faculté de Clermont-Ferrand.

clausus de 4 700 [17] alors qu'il fut fixé deux ans plus tard à 5 600 et à 7 000 quatre ans après.

Autre exemple : dans les années 90, plusieurs rapports concluaient à la pléthore médicale et s'interrogeaient sur la possibilité de financer les dépenses de santé entraînées par un si grand nombre de médecins [18]. Pour cette raison, l'Ordonnance d'avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avait abaissé de 60 ans à 57 ans l'âge minimal d'accès à une retraite anticipée des médecins, assortie d'une allocation confortable pour favoriser la cessation d'activité de médecins encore en exercice et proches de l'âge de la retraite³³. Dix ans plus tard, le gouvernement faisait le contraire et incitait les médecins de plus de 65 ans à continuer à exercer³⁴.

Sur le plan politique, la continuité des décisions est soumise à des groupes de pression actifs qui se manifestent dans des sens parfois totalement opposés. Ainsi, très schématiquement, les syndicats médicaux, les caisses d'assurance maladie, le ministère des Finances ont tendance à défendre un *numerus clausus* assez faible. Les étudiants en médecine, les associations de parents d'étudiants et quelques médecins ont une position opposée allant jusqu'à souhaiter que l'on revienne à la situation antérieure à 1972. Enfin, le ministère des Universités et les médecins hospitalo-universitaires ont toujours été favorables à un *numerus clausus* plus élevé que le ministère de la Santé.

Une autre difficulté tient à la douzaine d'années qui sépare toute décision sur la démographie des étudiants et celle des médecins avec l'évolution des techniques, de l'épidémiologie, des modes d'exercice qui peuvent se faire dans l'intervalle et l'inertie de notre système décisionnel [19].

Adapter le *numerus clausus* aux départs à la retraite

L'adaptation du *numerus clausus* aux chiffres connus des départs annuels à la retraite aurait l'avantage d'assurer le renouvellement du corps médical, d'être relativement fiable, mais aurait l'inconvénient majeur de figer des situations. Il pourrait cependant constituer une « contre expertise » aux chiffres estimés conformes aux dispositions législatives et à l'intérêt général.

CONCLUSIONS

Le besoin en médecins dépend de la politique de santé que l'on se fixe. Or, celle-ci n'est pas clairement définie dans la durée [20]. Néanmoins, les effectifs actuels de *numerus clausus* autour de 7 500 paraissent assurer un nombre nécessaire mais aussi suffisant de médecins.

33. Entre 1988 et 2003, 10 500 médecins ont ainsi pris une « pré-retraite ».

34. Xavier Bertrand dévoile son plan de lutte contre les déserts médicaux. La Tribune, 26 janvier 2006. Aujourd'hui, l'âge de la retraite des médecins augmente progressivement pour ceux qui sont nés à partir de 1951.

La baisse probable du nombre global de médecins en France peut être une opportunité parmi d'autres pour diminuer l'hyperconsommation médicale. Néanmoins, « une offre toujours plus abondante a probablement créé des habitudes de consommation qui résisteront, au moins en grande partie, à la diminution de l'offre » [18].

Les estimations sur la démographie médicale sont compliquées par un système qui est loin d'être étanche. Il convient d'intégrer dans la réflexion le nombre croissant de médecins de l'Union Européenne (EU) qui viennent travailler en France, et aussi le nombre croissant de jeunes français qui, après avoir échoué au passage en seconde année, vont se former à l'étranger dans une université européenne et reviennent passer l'examen classant national. Des décisions communautaires sont nécessaires pour faire évoluer les *numerus clausus* des études médicales des pays de l'UE vers une certaine harmonisation quantitative.

Enfin, en France, une réglementation hospitalière contraignante doit faire cesser le dévoiement indirect du *numerus clausus* par l'embauche de médecins hors UE sur les postes laissés vacants.

RÉFÉRENCES

- [1] Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Études de 1976 et 2009.
- [2] Deplaud MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine dans les années 68. Revue d'histoire de la protection sociale. 2009;2:78-100.
- [3] Langlois J. La démographie médicale de 2003 à 2025. Difficultés présentes et à venir. Bull Acad Natle Med. 2004;188:475-93.
- [4] Ambroise-Thomas P. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Bull Acad Natle Med. 2009;193:405-13.
- [5] Wallach D. Un consensus pour diminuer le nombre de médecins. Le quotidien du médecin. 27 novembre 2011.
- [6] Germinet R. Le Figaro, 21 mai 2003.
- [7] Nicolas G. Le corps médical à l'horizon 2015. Bull Acad Natle Med. 2007;191:413-23.
- [8] Loisançe Sur l'accès à la première année des études médicales. Bull Acad Natle Med. 2008;192:1229-31.
- [9] Berland Y. Mission sur la démographie médicale. 2002.
- [10] Circulaire n° 2004-153 du 26 mars 2004 relative aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.
- [11] Ambroise-Thomas P. Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? Bull Acad Natle Med. 2007;191:641-51.
- [12] Ordre national de l'Ordre des médecins. Atlas de démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013.
- [13] Loisançe D, Ambroise-Thomas P. Les médecins étrangers hors Union européenne exerçant dans les hôpitaux publics français. Bull Acad Natle Med. 2006;190:1087-8.
- [14] Sénat. Législation comparée. La démographie médicale. Mai 2008.

- [15] Kervasdoué de J, Lehmann C, Bronner C. Les médecins généralistes. Une espèce menacée. *Le Monde*. 7 juin 2008.
- [16] Attal-Touret K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossier solidarité et santé. DREES Santé n° 12.2008.
- [17] Niel X. La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002. DREES n° 161:mars 2002.
- [18] Choussat J. Rapport d'ensemble sur la démographie médicale. Inspection générale des affaires sociales : Inspection générale des finances. La documentation française. Décembre 1997.
- [19] Got C. *La santé*. Paris : Flammarion, 1992.
- [20] Dubois O. La démographie médicale. Entre pléthore et carences. *Bulletin de l'Ordre des médecins*. Janvier 1996.