

## RAPPORT 17-02

*Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 18 avril 2017, a adopté le texte de ce rapport avec 58 voix pour, 9 voix contre et 5 abstentions.*

## Les accès à l'exercice de la médecine en France

MOTS-CLÉS: SÉLECTION. ENTRÉE DANS L'EXERCICE MÉDICAL DE PLEIN EXERCICE.

### *Access to medical practice in France*

KEY-WORDS: PHYSICIANS. DEMOGRAPHY. MEDICAL DOCTORS. HEALTH INSURANCE. HEALTH EXPENDITURES.

Michel HUGUIER \*\* (Rapporteur), Dominique BERTRAND \*\*, Gérard MILHAUD \*

Au nom de la Commission VIII (Financement des dépenses de santé. Assurance maladie).

**Les auteurs déclarent n'avoir aucun lieu d'intérêt avec le contenu de ce rapport.**

## RÉSUMÉ

*En France, le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études (numerus clausus NC) est déterminé en fonction des possibilités de formation pratique hospitalière et des évolutions démographiques. L'objectif est d'avoir un nombre de médecins nécessaire mais aussi suffisant. La situation s'est compliquée du fait de possibilités d'accès aux études médicales en dehors du NC, d'accords de l'Union européenne (UE), et de l'occupation de postes hospitaliers vacants par des médecins étrangers hors UE, ouvrant sur des autorisations ministérielles d'exercice. Ainsi, environ 20 % des médecins autorisés à exercer en France s'ajoutent au NC. Ce rapport recommande que 1) Les accès aux études médicales soient tous inclus dans le NC 2) Des décisions de l'UE soient prises pour faire évoluer le NC vers une*

\* Membres de l'Académie nationale de médecine

\*\* Membre associé de l'Académie.

*certaine harmonisation quantitative dans les pays membres, 3). Enfin, que la réglementation hospitalière contrôle beaucoup mieux les dévoiements indirects du NC que constitue l'embauche de médecins hors UE sur les postes laissés vacants.*

## **SUMMARY**

*The number of medical students in France admitted in second year (Numerus Clausus NC) is defined by what a hospital can offer in terms of practical training and by demographic evolutions. The aim of the NC is to have an adequate number of medical doctors, no more no less. There are three complicating factors for the evaluation of correct NC numbers. Firstly, some French students are allowed to bypass the NC and undertake medical studies. Secondly physicians coming from European Union (EU) countries (mainly Romania and Italy) established in France. Thirdly, public hospitals hire physicians from non-EU countries (mainly from Algeria and Morocco) who settle in France due to favourable regulations. Nowadays about 20 % of medical doctors are allowed to practice in France in addition of NC. For all these reasons: 1) All the access to medical studies should be included in NC ; 2) EU decisions should lead to some harmonization of the NC among member countries in terms of numbers of students ; 3) In France, hospital regulations must improve to control the hiring of physicians from non-EU countries not only on their knowledge of French but also on their medical qualification.*

## **INTRODUCTION**

Une loi de 1971 avait pour objectif d'adapter le nombre d'étudiants en médecine aux possibilités de formation pratique hospitalière <sup>1</sup> par un *numerus clausus* en fin de première année d'études. La loi de 1979 <sup>2</sup> ajoutait la notion de « besoins de la population » [1, 2]. En effet, un nombre insuffisant de médecins ne permettrait pas un accès aux soins ouvert à tous, ce qui ne serait pas acceptable. Mais un nombre excessif a, lui aussi, des contreparties : sur le plan médical, dans certaines spécialités (chirurgie digestive lourde, neurochirurgie, chirurgie cardiaque ou pédiatrique) les résultats sont moins bons au-dessous d'un certain seuil d'activité ; sur le plan économique, il a été constaté que, dans les régions où les densités médicales étaient les plus fortes, la consommation des soins et les coûts étaient plus élevés qu'ailleurs sans que l'état sanitaire de la population y soit meilleur [3, 4]. Un nombre nécessaire mais aussi suffisant de médecins est donc souhaitable.

L'objectif, clair dans son principe, implique d'estimer la densité médicale optimale qui permettrait d'en déduire, en tenant compte de certaines variables, les effectifs du *numerus clausus*. Comme dans presque tous les autres pays européens, une présélection fondée sur la mention obtenue au baccalauréat

<sup>1</sup> Qui représentaient une certaine spécificité et la richesse des études médicales en France.

<sup>2</sup> Loi 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques. Journal officiel 1979;7 juillet:1644-5.

suivie d'un entretien sur les motivations du candidat eut été d'autant plus logique que toutes les statistiques montrent une très bonne corrélation entre le type de baccalauréat, la mention éventuelle et les chances de passer en seconde année de médecine<sup>3</sup> [5]. Mais en 1971, le président Pompidou s'y était formellement opposé, au nom du droit français donnant à tout bachelier la possibilité de s'inscrire dans la discipline universitaire de son choix ; en 1979, ce furent les syndicats étudiants au nom du même principe et de la crainte d'injustices dans ce type de présélection<sup>4</sup>.

Sur ce schéma, se greffent des situations particulières. Elles sont devenues de plus en plus nombreuses et complexes, notamment du fait d'accords de l'Union européenne (UE) et de l'occupation de postes hospitaliers vacants par des médecins étrangers hors UE, ouvrant sur des autorisations ministérielles d'exercice.

Le but de ce rapport est d'analyser la situation actuelle, de la commenter et de proposer quelques pistes qui permettraient de mieux réguler la démographie médicale. Il s'inscrit bien dans l'objectif d'avoir un nombre de médecins qui assure une offre de soins suffisante sur tout le territoire, mais qui ne soit pas excessif afin de ne pas augmenter les dépenses d'assurance maladie sans bénéfice médical prouvé.

## I. LES VOIES D'ACCÈS À L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE

Les données utilisées sont, pour l'essentiel celles du Centre national de Gestion (CNG), du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) [6, 7], de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)<sup>5</sup>, et de l'Observatoire européen de démographie médicale. Sauf mention contraire, les effectifs indiqués sont ceux de 2014.

### L'exercice de la médecine est ouvert en France<sup>6</sup> [7] :

- 1) Aux étudiants qui ont un diplôme qualifiant obtenu après un curriculum d'études universitaire complet (n = 6179). Leur nombre est fixé en début d'études par le *numerus clausus* auquel s'ajoutent a) les étudiants du service de santé des armées ; b) les étudiants admis par des passerelles

<sup>3</sup> À titre indicatif, en 2007, les chances de passer en 2<sup>e</sup> 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.

<sup>4</sup> Ces mêmes étudiants acceptent l'existence de classes préparatoires en médecine, privées et payantes et forcément discriminatoires. 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.

<sup>5</sup> Répertoire partagé des professionnels de santé. La DREES est sous la tutelle des ministères des Finances, de la Santé et du Travail.

<sup>6</sup> Chiffres tirés de l'étude de la CNOM de 2015, p. 188.

créées en 2010 (dites « classiques ») ; c) les étudiants étrangers ou français qui ont fait des études dans un autre pays de l'UE puis sont venus s'inscrire aux épreuves classantes nationales à la fin du 2<sup>e</sup> cycle, et quelques reçus à des « concours spéciaux d'internat ».

- 2) Aux médecins qui ont un diplôme équivalent d'un pays de l'UE <sup>7</sup> (n = 901).
- 3) Aux médecins qui ont été admis par les commissions ministérielles d'autorisation d'exercice (n = 877).
- 4) Aux médecins admis par la commission du régime général européen (cf. infra) ; (n = 101) <sup>8</sup>.

**Les parcours d'autorisation de l'exercice de la médecine, en dehors du « *numerus clausus* », peuvent donc se décliner ainsi (CNG) :**

- 1) Étudiants de nationalité française admis directement en deuxième ou troisième année de médecine.

Des passerelles ont été créées permettant d'accéder directement en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année de médecine. Elles ont théoriquement pour but : 1) de permettre à des étudiants d'autres filières de poursuivre des études médicales 2) de donner la possibilité à quelques étudiants ayant été admis en deuxième année en rang utile, mais regrettant un choix initial différent, de se réorienter vers des études médicales <sup>9</sup>.

Les passerelles dites « classiques » (créées en 2010) <sup>10</sup> ont été ouvertes dans sept universités en sus du *numerus clausus*. Elles permettent une admission directe en 2<sup>e</sup> année, ou en 3<sup>e</sup> année d'études médicales sous certaines conditions (voir l'annexe 1). Elles constituent un flux de 440 places (en 2015-2016). Les autres, dites « expérimentales » (créées en 2014) <sup>11</sup>, ouvertes dans 10 universités, sont déduites du *numerus clausus* pour environ 150 places.

- 2) Étudiants européens venant passer les épreuves classantes nationales en France au terme des deux premiers cycles d'études accomplis à l'étranger.

Les étudiants de l'UE ayant validé leurs deux premiers cycles d'études médicales dans un pays de l'UE peuvent se présenter aux épreuves classantes nationales pour lesquelles il n'y a pas de note éliminatoire. Parmi les inscrits à

<sup>7</sup> Ou de la Suisse auxquels s'ajoutent six autorisations pour des médecins du Québec relevant de l'arrangement de reconnaissance mutuelle du 27 novembre 2009 entre le collège de médecine du Québec, le CNOM et le ministère de la Santé.

<sup>8</sup> Il s'y ajoute 2537 médecins passés devant les commissions ordinales de qualification correspondant surtout, semble-t-il, à des changements de qualifications, raison pour laquelle ils n'ont pas été inclus dans ce décompte.

<sup>9</sup> Cette possibilité, dite « droit au remords » est ouverte à des étudiants qui, au terme de la première année pouvaient choisir la médecine, mais ont fait une autre filière de santé. Elle est restée extrêmement marginale : deux à trois étudiants par an pour la médecine.

<sup>10</sup> Loi 2009-833 du 7 juillet 2009 et arrêtés du 26 juillet 2010.

<sup>11</sup> Décret et arrêté de février 2014.

l'examen, il y a surtout des étudiants qui ont fait leurs premiers cycles d'études en Roumanie (n = 170<sup>12</sup> en 2015) ou en Italie (n = 130). Parmi les premiers, plus de la moitié était des étudiants français<sup>13</sup>. En 2015, le nombre de ces étudiants affectés sur des postes de 3<sup>e</sup> cycle était de 213<sup>14</sup>.

Il s'y ajoute, au titre de « concours spéciaux », destinés à des médecins diplômés, un nombre de places limité à quelques unités, dans des spécialités précises : deux admis au concours à titre européen, quatre admis à titre étranger (CNG)<sup>15</sup>.

### 3) Médecins diplômés de l'UE [8, 9].

Pour les médecins diplômés de l'UE (et de l'Espace économique européen) ou de certains pays (Suisse) la reconnaissance des équivalences de diplômes ouvre la possibilité d'exercer la médecine en France<sup>16</sup>. Cette « reconnaissance automatique » (n = 895) a surtout concerné des médecins italiens et roumains.

Pour les médecins européens dont les conditions de reconnaissance automatique du diplôme ne sont pas remplies, le régime général européen s'applique de deux manières. Les médecins français dont le diplôme non français est reconnu par un membre de l'UE relèvent d'un type particulier de procédure (dite « Hocsman »). Les médecins dont le diplôme n'est pas conforme, c'est-à-dire dont le contenu diffère du diplôme de spécialité française comparable, relèvent d'une autre procédure (dite « Dreessen »). Il s'y ajoute des dispositions pour les médecins non ressortissants européens titulaires d'un diplôme européen (en tout, n = 101).

### 4) Médecins à diplôme hors UE [10].

Pour les médecins hors UE, il y a trois voies d'autorisation d'exercice (loi du 22 décembre 2006 et loi du 1<sup>er</sup> février 2012).

A) L'une pour les médecins à diplôme hors UE sans condition antérieure d'exercice en France. Ils doivent passer un concours par spécialités. Le nombre de postes à ce concours a augmenté de 210 en 2009 à 450 en 2016. En raison du nombre de candidats présents, les postes ouverts sont pratiquement tous couverts.

<sup>12</sup> Sur ces 170 étudiants, près de 100 étaient Français et les autres Roumains alors que tous les étudiants ayant fait leurs premiers cycles d'études en Italie, étaient Italiens. Néanmoins, seulement 135 étudiants « roumains » et une cinquantaine d'Italiens étaient affectés, les autres n'ayant probablement pas obtenus un rang de classement leur permettant de choisir la spécialité qu'ils désiraient.

<sup>13</sup> Qui, pour un coût d'études de l'ordre de 5 000 euros par an, contournent ainsi un échec au concours français de fin de première année.

<sup>14</sup> Il y avait 349 inscrits, 296 présents et classés et 213 affectés (CNG).

<sup>15</sup> Le concours spécial de médecine du travail concerne des médecins ayant parcouru antérieurement le cycle « standard ».

<sup>16</sup> Directives 2005-35 et 2013-15.

B) L'autre est réservée aux réfugiés politiques, apatrides, ou ressortissants français devant regagner le territoire national, etc. Leur nombre dépend beaucoup des circonstances internationales. Ils sont de l'ordre d'une trentaine par an après réussite à un examen dont les épreuves sont identiques à celles du concours précédent <sup>17</sup>.

C) Enfin, pour des médecins étrangers hors UE, ayant exercé au moins trois ans des fonctions hospitalières en France (sur des postes de faisant fonction d'interne, de praticien associé ou d'assistant associé), il faut passer un examen spécifique.

Les épreuves de vérification de connaissances (concours ou examen) correspondent à l'entrée dans la procédure d'autorisation d'exercice.

L'obtention du diplôme d'études de langue française (DELF B2) est demandée pour l'inscription à ces épreuves.

Il est nécessaire d'exercer trois ans dans les statuts indiqués précédemment dans des services agréés pour recevoir les internes ; pour les listes A et B après la réussite aux épreuves écrites, pour la liste C avant la présentation aux épreuves de vérification de connaissances.

Lorsque cet exercice hospitalier a été effectué, le médecin présente son dossier devant la commission d'autorisation d'exercice ; le taux de réussite est de l'ordre de 85 % mais la commission peut demander un complément d'exercice hospitalier ou des formations supplémentaires.

Le concours de la liste A est difficile, environ 15 % de réussite des présents.

Le tableau n° 1 présente pour chaque liste, les inscrits, les présents, les reçus et le taux de réussite.

## PAE — BILAN 2007-2016

### Taux de réussite sur 39 spécialités médicales

ANNÉE	LISTE A				LISTE B				LISTE C			
	Inscrits	Présents	Reçus	Taux de réussite	Inscrits	Présents	Reçus	Taux de réussite	Inscrits	Présents	Reçus	Taux de réussite
2007	1376	665	155	23,3	57	42	8	19,0	1240	1015	613	60,4
2008	1404	723	155	21,4	35	27	10	37,0	1325	998	764	76,6
2009	1827	1078	165	15,3	25	17	8	47,1	2588	2126	1579	74,3
2010	3089	1637	165	10,1	52	42	10	23,8	1816	1463	712	48,7
2011	3855	1874	165	8,8	60	45	17	37,8	1526	1247	520	41,7
2012	2747	1189	244	20,5	63	50	17	34,0	1818	1634	1359	83,2
2013	3304	1424	270	19,0	68	50	21	42,0	1089	948	710	74,9
2014	4012	1775	280	15,8	78	58	18	31,0	632	528	370	70,1
2015	3710	2057	358	17,4	91	77	33	42,9	464	403	238	59,1
2016	5204	2660	442	16,6	116	93	42	45,1	390	346	231	66,7

Source (CNG)

<sup>17</sup> Les épreuves de cet examen ont varié dans le temps et n'analysent pas de façon satisfaisante la formation des candidats.

À noter que les inscrits de la liste A augmentent de façon permanente, ainsi que ceux de la liste B, alors que ceux de la liste C sont en 2016 au plus bas depuis 2007.

Les médecins à régulariser diminuent chaque année, car il n'y a plus d'entrée dans la liste C depuis 2010 et la majeure partie a été reçue aux épreuves de vérification des connaissances.

À noter que la loi **du 28 décembre 2016 a prolongé de deux ans l'exercice de la liste C, sans prévoir la poursuite de l'examen de la liste C : une loi incomplète.**

En 2014, il y a eu ainsi 924<sup>18</sup> autorisations ministérielles d'exercice si l'on inclue les procédures « Hocsman » et « Dreessen ». Ces autorisations concernaient surtout la médecine générale (n = 142), la psychiatrie (n = 119), l'anesthésie réanimation (n = 95), la pédiatrie (n = 88), la gériatrie (n = 60), la chirurgie (n = 51).

**Au total**, en 2014, 285 000 médecins étaient inscrits au CNOM avec une forte augmentation des retraités ce qui explique que l'effectif de médecins en activité régulière soit, en fait, de 215 583 [7]. La densité médicale en France était de 340 médecins pour 100 000 habitants, supérieure à celle qui existait aux Pays-Bas, en Belgique ou en Grande-Bretagne, et inférieure à celles de l'Allemagne ou de l'Italie. (400 en Grèce), Mais, comme dans tous les pays européens, il y a d'importantes différences régionales, allant de 348 pour 100 000 habitants en Provence Alpes Côte d'Azur et Ile-de-France à 231 et 235 dans les anciennes régions Picardie et Centre.

Cette même année, le CNOM a enregistré 10 595 qualifications. 6 179 (58 %) étaient le fait d'un diplôme qualifiant. Ceci est cohérent avec un *numerus clausus* qui était une dizaine d'années auparavant, de l'ordre de 5 500 et de 7 000 en 2006. Elles relevaient dans 2 537 cas (24 %) d'un avis des commissions de qualification pour des titulaires de diplômes français (ces demandes concernaient pour un peu plus de la moitié des médecins généralistes), dans 978 cas (9 %) de procédures d'autorisation ministérielle d'exercice, et dans 895 cas (un peu plus de 8 %) de diplômes européens. Près de 1 900 médecins<sup>19</sup> ont ainsi été autorisés à exercer en dehors de la voie standard du *numerus clausus*, soit près d'un sur cinq. En 2015, parmi 7 525 médecins nouvellement inscrits à l'Ordre, 1 816 (24 %) étaient titulaires d'un diplôme obtenu hors de France [10].

<sup>18</sup> La complexité du système se reflète dans certaines divergences des données. Par exemple, le rapport du Conseil de l'ordre, p. 104 donne le chiffre de 924 médecins ayant reçu un avis favorable de procédure d'autorisation de l'exercice en France alors que p. 188, on trouve le chiffre de 877.

<sup>19</sup> Drees 2015. Ceci avant même l'arrivée au terme des études d'étudiants issus de passerelles « classiques ». En 2015, parmi 7 525 médecins nouvellement inscrits à l'Ordre.

## II. COMMENTAIRES

L'objectif de la loi de 1979 était d'assurer un nombre de médecins nécessaire à des soins équitables, mais aussi suffisants pour ne pas grever inutilement les dépenses d'assurance maladie. En fait, les accords européens, des situations individuelles extrêmement variées, l'absence de politique claire et pérenne [11]<sup>20</sup>, ont abouti à des dispositifs d'une très grande complexité et qui dévoient l'objectif initial et l'état d'esprit de la loi. En témoigne un étonnant paradoxe : les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'aujourd'hui et, en même temps, le nombre de médecins est insuffisant dans certains territoires.

### Les « passerelles »

Le principe d'ouvrir la possibilité d'exercer la médecine à des étudiants autres que ceux qui ont fait une première année de médecine et qui sont admis en deuxième année mérite discussion. En effet, d'une part la création des passerelles d'admission directe en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année d'études de médecine bénéficie surtout à des bacheliers scientifiques qui ont commencé des études dans une autre branche que la médecine. Ces étudiants, attirés par la médecine, n'ont pas suivi le parcours normal, contournant la difficulté de la sélection à la fin de la première année. D'autre part, il est vrai que les modalités actuelles du *numerus clausus* ne laissent pratiquement aucune chance aux bacheliers littéraires : la presque totalité des étudiants de première année de médecine ont fait un baccalauréat scientifique<sup>21</sup>.

Les passerelles qui ont été créées en 2010, bien qu'ouvrant un nombre limité de postes, dévoient la loi de 1979 et le *numerus clausus* de même que le droit accordé aux étudiants européens qui ont validé le deuxième cycle d'études dans un pays de l'UE, puis se présentent à l'examen classant national. Il permet à des étudiants de contourner l'échec que la plupart d'entre eux ont subi au concours de fin de première année.

Toutes ces passerelles comportent la présentation d'un dossier d'admissibilité, puis un entretien avec un jury. Il est curieux de constater que cette procédure est acceptée par les étudiants alors qu'elle est obstinément refusée comme procédure de pré-sélection-orientation en première année de médecine par ces mêmes étudiants.

L'objectif initial des passerelles devait permettre le recrutement des étudiants ayant déjà acquis un cursus de haut niveau (École Polytechnique, École Centrale...) pour favoriser la recherche dans les CHU. Actuellement c'est toujours possible mais le niveau demandé est un M2 français.

<sup>20</sup> Alors qu'en novembre 2016, le gouvernement a augmenté brutalement le *numerus clausus* de 478 places.

<sup>21</sup> En 2010, 94 % des étudiants en première année de médecine étaient issus de baccalauréats scientifiques, contre 41 % parmi l'ensemble des inscriptions universitaires.

## Médecins ou diplômés étrangers

Pour les médecins de pays hors UE, l'inadaptation de certaines dispositions est prouvée par le fait que le pourcentage de candidats inscrits, se présentant aux concours ou examens est faible et encore plus leurs taux de réussite. Par exemple, en 2015, pour les demandes d'autorisations d'exercice sans conditions antérieures d'exercice en France, sur 3 710 inscrits, 2 057 se sont présentés et leur taux de réussite n'a été que de 17 % (CNG). Un autre exemple est celui des concours spéciaux « d'internat ». Le concours à titre européen propose moins de 5 places ; en 2014, le concours à titre étranger a été ouvert pour deux postes. Les années précédentes, le pourcentage de réussite des inscrits à ces concours était de l'ordre de 1,5 %.

À l'exception des réfugiés politiques, des apatrides, ou de ressortissants français devant regagner le territoire national, le droit d'exercer qui est largement ouvert aux médecins étrangers en dehors de l'UE bouleverse les prévisions démographiques. Ainsi le nombre de médecins à diplôme étranger a augmenté de 45 % de 2007 à 2015 (CNG). Ce flux n'a pas été pris en compte par la DREES dans le modèle de projection de 2008 du nombre de médecins en activité de 2007 à 2030, modèle par ailleurs très sophistiqué.

L'ouverture de ce flux est doublement critiquable. D'une part, elle est injuste vis-à-vis des étudiants français qui, bien qu'ayant obtenu la moyenne au concours de fin de première année, ne sont pas en rang suffisant pour être autorisés à poursuivre des études médicales [5]. D'autre part, ce flux de médecins étrangers prive leurs pays d'origine de médecins dont le nombre est déjà insuffisant [12]<sup>22</sup>.

Historiquement, ce dispositif de liste C voulait « régulariser » les médecins à diplôme hors UE qui assuraient le fonctionnement de postes restés vacants dans des services hospitaliers qui auraient dû être fermés ou transformés.

## Les questions des déserts médicaux

Les « déserts médicaux ont vu le jour au début des années 2000. Il serait logique de penser que ces « déserts » sont la conséquence d'un nombre insuffisant de médecins du fait d'une baisse excessive du *numerus clausus*. Il est vrai que le *numerus clausus* aurait dû être réaugmenté plus tôt qu'il ne l'a été au début de ces années 2000 [2,13]. Toutefois, croire que l'augmentation du nombre de médecins allait régler le problème s'avère une erreur puisque la France n'a jamais eu autant de médecins que dans les dix dernières années. Les médecins généralistes sont théoriquement au nombre de 88 886 (134 pour 100 000 habitants). Même en tenant compte du fait que seulement 58 104 exerçaient la médecine générale [7], leur densité est supérieure à celle de la

<sup>22</sup> En 2010, par exemple, la Roumanie était un des pays européens dont la densité médicale était la plus faible (36<sup>e</sup> sur 42).

plupart des autres pays européens [14]. Ces données prouvent que la pénurie de médecins généralistes dans certaines communes rurales ou urbaines est due à d'autres causes [15-18]. L'une d'elles est, parmi l'ensemble des médecins, la diminution de 10 % entre 2007 à 2015 de la proportion des médecins généralistes, ce qui est extrêmement préoccupant.

### **De la régulation de la démographie médicale.**

En matière de démographie médicale, les mesures doivent s'inscrire dans la continuité et sans effets brutaux. Les ordonnances de 1996 visaient à faire baisser les dépenses de santé grâce à une diminution du nombre de médecins, en incitant des milliers d'entre eux à prendre une retraite anticipée. Inversement, dix ans plus tard, en 2006, confronté aux « déserts médicaux » le gouvernement a accordé aux médecins la possibilité de cumuler leur retraite avec une activité à temps partiel (dans la limite d'un plafond). Cette opportunité a été saisie par près de 14 700 médecins en 2015 (DREES).

Les estimations du nombre de médecins dont nous avons besoin peuvent se faire de plusieurs façons. Une première est l'analyse spécialité par spécialité en totalisant les effectifs de chaque spécialité, la médecine générale étant incluse. Cette option entraîne un risque d'erreurs d'estimation dans chaque spécialité. Elles peuvent se compenser entre elles, mais, ce qui serait grave, se cumuler dans un sens ou dans un autre. L'alternative est celle d'une estimation globale qui implique ensuite une répartition par spécialités, ce que permettent théoriquement les places offertes à l'issue de l'examen classant national en fin de deuxième cycle. Mais celles-ci sont surtout déterminées par les besoins hospitaliers. En tout état de cause, seules des possibilités de passerelles entre des spécialités et des délégations de tâches donneront la souplesse nécessaire à l'adaptation de la démographie médicale selon l'évolution des exercices.

Ces estimations et la fixation d'un *numerus clausus* sont difficiles pour plusieurs raisons. Une première est le délai moyen entre le début des études médicales et l'installation qui est de l'ordre de 12 à 13 années. Une deuxième est le fait que les délais entre les entrées dans les autres procédures et les autorisations d'exercice sont dans l'ensemble plus brefs, mais variés d'une procédure à l'autre. Une troisième difficulté est l'évolution du volume d'activité individuelle des médecins. Il a tendance à diminuer avec, la féminisation du corps médical (60 %, voire 70 %) et, de façon plus générale l'aspiration des médecins à un mode de vie qui se rapproche de celui de leurs concitoyens [15] expliquant l'attrait croissant des modes d'exercice salariés <sup>23</sup>.

De façon pragmatique, lors de la loi de 1979, des comparaisons internationales et entre les régions avaient suggéré qu'une densité de 250 médecins pour

<sup>23</sup> En 2015, 48 % des médecins exerçaient exclusivement en secteur libéral, 40 % étaient salariés exclusifs dont 28 % hospitaliers, et près de 12 % avaient un mode d'exercice mixte (DREES et CNOM).

100 000 habitants était un objectif raisonnable. Il impliquait, compte tenu de la durée moyenne d'exercice des médecins, la formation annuelle de 6 000 nouveaux médecins <sup>24</sup>. L'augmentation de ce *numerus clausus* était justifiée par l'augmentation de la population <sup>25</sup>, l'allongement de la durée de vie entraînant une augmentation de la demande, les progrès de la médecine [19] et une diminution globale du volume d'activité individuelle des médecins. Dès 2011-2012, le *numerus clausus* a été fixé à 7 500, voire à 7 633 en 2015-2016, auquel environ 2 100 médecins viennent s'ajouter par d'autres voies (passerelles, examen classant national, diplômés de l'UE, diplômés hors UE).

### III. PROPOSITIONS

Ces faits et ces remarques suggèrent les propositions suivantes :

- 1) Dans les études médicales, les places ouvertes par les « passerelles classiques » devraient être incluses dans le *numerus clausus* de la même façon que le sont les « passerelles expérimentales » créées en 2014.
- 2) L'intégration dans le 3<sup>e</sup> cycle des études médicales devrait être subordonnée à l'obtention du Certificat de Compétences Cliniques avec un cadrage national.
- 3) Les concours spéciaux « d'internat » ouvrant au troisième cycle doivent être supprimés. En effet, les pays disposant d'un bon niveau médical assurent leurs propres formations spécialisées. Pour les autres pays, il convient de favoriser des aides à de telles formations sous forme de missions de coopération [20].
- 4) La suppression des déserts médicaux ne résultera pas de l'augmentation du *numerus clausus*. Les incitations à s'installer dans ces zones doivent être plus lisibles, mieux coordonnées en sensibilisant les étudiants dès le deuxième cycle à ce type d'exercice [17] <sup>26 27</sup>.
- 5) La fixation du *numerus clausus* doit tenir compte d'éléments objectifs, comme cela avait été fait en 1979 et réparti avec des pondérations en fonction des densités médicales régionales. À partir du chiffre de 6 000 qui avait alors été fixé, il doit être ajusté 1) à l'évolution démographique de la

---

<sup>24</sup> Un contingent supplémentaire était réservé au service de santé des armées qui fait une présélection très sélective à l'entrée de la première année (de l'ordre de 7 %) expliquant un taux de réussite au concours de fin de première année de 80 %.

<sup>25</sup> D'un peu plus de 11 millions dans les 25 dernières années.

<sup>26</sup> Les stages en médecine générale ont le mérite de faire connaître aux étudiants la réalité de cet exercice de la médecine, mais ils sont encore très insuffisamment développés dans certaines régions.

<sup>27</sup> Quant au conventionnement sélectif, il n'est pas traité ici car il correspond à une phase ultérieure d'installation.

nation, 2) au volume d'activité des médecins <sup>28</sup> et aux coopérations interprofessionnelles, 3) à l'évolution des techniques médicales, 4) au nombre de médecins étrangers qui peuvent s'installer en France.

Le volume de soins ne doit pas constituer une variable d'ajustement, mais sa conséquence dans une politique volontariste, responsabilisant les assurés et qui tienne compte de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie.

- 6) Le contrôle de la démographie médicale, dont la loi de 1979 était l'objet, doit être plus rigoureux avec les candidats à diplômes étrangers, non seulement sur le plan linguistique, mais surtout sur les garanties de compétences et d'adaptation à l'exercice médical en France.
- 7) La suppression du concours ouvert aux médecins des pays hors UE, ayant exercé au moins trois ans des fonctions hospitalières en France devait être effective au terme de l'année 2016 <sup>29</sup>. Pour les autres médecins, la procédure doit être complètement revue (voir annexe 2) <sup>30</sup>. Les voies qui conduisaient aux autorisations d'exercice ne doivent plus être fondées sur les besoins hospitaliers, mais sur les décisions objectives des commissions ordinales. Elles doivent être accordées, outre le critère linguistique, sur l'analyse des compétences théoriques et pratiques acquises dans les pays d'origine d'une valeur similaire à celle qui est exigée pour la qualification des médecins français.

## RÉFÉRENCES

- [1] Deplaupe MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine dans les années 68. *Revue d'histoire de la protection sociale*. 2009;2:78-100.
- [2] Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. *Bull AcadNatle Med* 2014;198:1367-78.
- [3] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *Études de 1976 et 2009*.
- [4] Choussat J. *Rapport d'ensemble sur la démographie médicale*. Inspection générale des affaires sociales ; Inspection générale des finances. La documentation française. Décembre 1997 : 45 pages.
- [5] Loisançe D. Sur l'accès à la première année des études médicales. *Bull Acad Natle Med* 2008;192:1229-31.
- [6] Bouet P, Nicodeme R. *Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales*. Conseil national de l'Ordre des médecins 2015. 192 pages.

<sup>28</sup> Dont celui imposé par certaines directives européennes, du reste inadaptées à l'exercice médical.

<sup>29</sup> En fait, une fois de plus, le ministère de la Santé envisageait fin 2016 de permettre aux praticiens hors UE qui exercent dans des hôpitaux publics de conserver leurs fonctions bien qu'ils aient épuisé leurs droits de présentation au concours d'autorisation d'exercice.

<sup>30</sup> L'intégration dans le plein exercice de personnes autorisées à exercer temporairement, ouverte par l'article 121 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, ne va pas simplifier la question.

- [7] Bouet P, Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale. Conseil national de l'ordre des médecins 2016. 326 pages.
- [8] Bertrand D, Rubiano L, Sen F, Nicodème R. Les voies d'accès au plein exercice en France pour les médecins à diplômes européens ou assimilés. Cahiers de la Fonction publique hospitalière et santé. 2016;n° 367:62-4.
- [9] Bertrand D, Palaud G, Rubiano L, Chen X. La procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplômes hors Union européenne depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2016.Cahiers de la Fonction publique hospitalière et santé. 2016;n° 367:65-9.
- [10] Romestaing P. European observatory of medical demography. Participation France. CEOM. 27 novembre 2015: 19 pages.
- [11] Dubois O. La démographie médicale. Entre pléthore et carences. Bulletin de l'Ordre des médecins. Janvier 1996.
- [12] 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.
- [13] Langlois J. La démographie médicale de 2003 à 2025. Difficultés présentes et à venir. Bull Acad Natle Med 2004;188:475-93.
- [14] Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe. Rev Fr Affaires sociales 2006;2:121-39.
- [15] 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.
- [16] Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Conseil national de l'Ordre des médecins Avril 2010. 46 pages.
- [17] Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Novembre 2010;183 pages.
- [18] 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.
- [19] Huguier M. Les dépenses de santé. Bull Acad Natle Med 2012;196:1443-9.
- [20] Huguier M, Bruhat M, Launois B. Recommandations concernant l'attractivité des centres hospitaliers et universitaires pour les étudiants étrangers dans les formations médicales spécialisées. Bull Acad Natle Med 2006;190:701-12.

Remerciement : nous remercions JF Mattei de ses remarques.

## ANNEXES

### **ANNEXE 1. Conditions d'admission directe au-delà de la 1<sup>ère</sup> année, ouvertes en 2010.**

Les places ouvertes par ces admissions sont en sus du *numerus clausus* (contrairement aux nouvelles passerelles créées en 2014).

#### **1. Admission directe en deuxième année des études de médecine (P2) <sup>31</sup>.**

1a. « **Passerelles classiques** » (n = 260). Ces admissions sont ouvertes aux titulaires d'un mastère ou équivalent :

- Mastère (ou diplôme d'études approfondies qui avait précédé les mastères) ;
- Diplôme supérieures d'études spécialisées ;
- Diplôme des écoles de commerce ou d'instituts donnant le grade de mastère ;
- Validation de 300 crédits européens obtenus dans un autre État de l'Union ou de l'Espace européen d'enseignement supérieur.

1b. « **Droit au remords** » (n = 14). Quelques places sont encore attribuées à des étudiants, admis en 2<sup>e</sup> année, mais ayant fait deux ans d'études dans une autre filière différente et ayant acquis 120 crédits européens.

#### **2. Admission directe en troisième année des études de médecine (D1) <sup>32</sup>.**

« **Passerelles classiques** » (n = 170). Ces admissions sont ouvertes aux titulaires :

- d'un diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ou en chirurgie dentaire ou de sage-femme ou vétérinaire ;
- d'un doctorat ;
- d'un titre d'ingénieur ;
- d'une école normale supérieure ;
- d'un titre d'enseignant chercheur dans une unité de formation et de recherche de médecine, pharmacie ou d'odontologie.

**3. Il s'y ajoute des admissions en 3<sup>e</sup> cycle** pour des étudiants de l'UE qui ont fait les deux premiers cycles dans un pays de l'UE et sont venus passer l'examen classant national (104 inscrits en 2015).

<sup>31</sup> Arrêté du 26 juillet 2010, modifié par arrêté du 3 janvier 2012. Les chiffres indiqués sont une moyenne des trois dernières années.

<sup>32</sup> Mêmes arrêtés.

## **ANNEXE 2. La procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins hors UE.**

Les autorisations ne doivent plus être le fait d'un concours ouvert par la direction générale de l'organisation des soins afin de pourvoir des postes hospitaliers délaissés. En dehors du contrôle de la langue française, qui devrait être plus orienté vers l'exercice médical que le DELF 2, le juste critère de jugement des commissions devrait être un curriculum théorique et pratique proche de celui que l'on exige des Français qui ont fait leurs études en France. C'est la seule façon de ne pas être injuste à la fois vis-à-vis d'eux et vis-à-vis des étudiants français [1]. De plus, ce critère d'équité paraît susceptible de contrôler ce flux démographique. Les services hospitaliers qui ne trouvent pas de médecins français pour occuper des postes vacants, en général du fait de leur faible activité, doivent faire l'objet d'une inspection des Agences régionales de santé et aboutir à des fermetures ou des reconversions. Exiger un exercice en France avant de donner une autorisation amène à rouvrir indéfiniment des listes C ou équivalentes.

### **RÉFÉRENCE**

- [1] Huguier M, Gatelmand R, Patel JC et *al.* Expérience de la commission nationale de première instance de qualification en chirurgie générale du Conseil de l'Ordre des Médecins. *Bull Acad Natle Med* 1993;177:959-66.

