



Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du numerus clausus de médecine (1968-1979)

Marc-Olivier Déplaude

► To cite this version:

Marc-Olivier Déplaude. Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du numerus clausus de médecine (1968-1979). *Sociologie*, 2019, 10 (2), pp.179-186. 10.3917/socio.102.0179 . hal-02514914

HAL Id: hal-02514914

<https://hal.inrae.fr/hal-02514914>

Submitted on 23 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License

Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du *numerus clausus* de médecine (1968-1979)

Marc-Olivier Déplaud

Chargé de recherche en sociologie

IRISSO (UMR CNRS INRA Université Paris-Dauphine)

IRISSO, Université Paris-Dauphine, PSL, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny,
75016 Paris, France

marc-olivier.deplaud@inra.fr

Article paru dans *Sociologie*, 2019, vol. 10, n° 2, p. 169-176 :

<https://doi.org/10.3917/socio.102.0179>

Introduction

En septembre 2018, le gouvernement a bruyamment annoncé la suppression du *numerus clausus* de médecine d'ici 2020. Selon la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, il s'agirait par ce moyen d'« arrêter le gâchis humain », tant le concours de fin de première année de médecine est réputé pour sa sélectivité et les conditions exécrables dans lesquelles les étudiants le préparent.

Le *numerus clausus* – soit le nombre d'étudiants, fixé par les pouvoirs publics, pouvant être accueillis en deuxième année d'études médicales – est une institution relativement récente. Jusqu'en 1971, l'accès à la deuxième année des études médicales n'était pas verrouillé par un concours. Comme dans les autres filières universitaires, le passage d'une année à l'autre était simplement conditionné par la réussite aux examens. Toutefois, jusqu'au début des années 1960, les incertitudes économiques sur les carrières médicales, qui venaient s'ajouter au coût et à la longueur des études, limitaient fortement le nombre de candidats à ce métier.

L'institution du concours de fin de première année de médecine en 1971 a été le produit d'une double mobilisation. La première, particulièrement visible, a pris naissance parmi certaines fractions dominantes du corps médical peu après la crise de mai et juin 1968. Pour ces médecins choqués par ces événements, seule l'institution d'un concours très sélectif au début des études de médecine était à même de préserver – voire de restaurer – le prestige de la profession médicale. La seconde, plus discrète, est celle de la Direction du Budget, pour qui l'accroissement rapide des dépenses de santé, lié au développement de l'offre de soins, était un sujet de préoccupations croissant. Elle a représenté, pour les médecins engagés en faveur de la « sélection », un soutien de poids au sein de l'État.

Tout en ayant été à l'origine de la mobilisation de certains médecins en faveur de la « sélection », les événements de mai et juin 1968 ne favorisaient pas l'adoption d'une

telle mesure, tant les gouvernements en place redoutaient de nouvelles contestations étudiantes. Néanmoins, trois ans à peine après cette crise, une loi venait autoriser les facultés de médecine à limiter le nombre d'étudiants pouvant être accueillis en deuxième année de médecine.

Dans cet article, j'explique comment l'adoption d'une telle loi a été possible. Je le fais notamment en examinant les stratégies auxquelles ont recouru les pouvoirs publics pour décourager les contestations et favoriser la légitimation progressive de cette mesure. Mais avant d'exposer la mobilisation des élites médicales en faveur de la « sélection » à partir de juin 1968 et la manière dont les pouvoirs publics l'ont instituée, il est indispensable de donner quelques éléments sur la situation des études médicales dans les années 1950-1960¹.

Faire médecine avant Mai 68

À la fin des années 1950, l'enseignement de la médecine était largement dominé par la faculté de médecine de Paris, tant symboliquement que numériquement : elle concentrait à elle seule 40 % des étudiants de médecine en France. Durant l'ensemble des années 1950, le nombre d'étudiants inscrits dans les écoles et les facultés de médecine est resté remarquablement stable, avec des promotions d'environ 2 200 nouveaux docteurs par an. Les deux premières années d'études² étaient très sélectives : seule la moitié des étudiants réussissaient à passer le cap de ces deux années, au-delà desquelles ils étaient pratiquement assurés d'aller jusqu'au terme de leurs études.

En principe, les études médicales comprenaient à la fois un enseignement magistral, dispensé dans les locaux des écoles ou des facultés, et un enseignement clinique, dispensé à l'hôpital où les étudiants se rendaient le matin. Toutefois, la formation dispensée dans le cadre de l'externat et de l'internat des hôpitaux était alors considérée comme bien supérieure à celle qu'organisaient les écoles et les facultés. Institués en 1802, l'externat et l'internat étaient des concours organisés par les hôpitaux situés dans des villes sièges d'écoles ou de facultés de médecine. Les étudiants pouvaient passer le concours de l'externat à partir de leur troisième année de médecine. Rémunérés, dotés d'un statut spécifique, ils bénéficiaient de conditions de formation privilégiées pendant toute la durée de leurs études. À l'inverse des autres étudiants, moins bien considérés par les médecins hospitaliers, les externes se voyaient reconnaître très tôt un certain nombre de responsabilités médicales et participaient aux gardes sous la surveillance des internes. À la fin des années 1950, environ la moitié des étudiants réussissaient, après une ou plusieurs tentatives, le concours de l'externat. Au bout d'une année d'externat, les externes – et eux seuls – pouvaient se présenter aux concours d'internat des hôpitaux des villes de faculté, qui ouvrait la voie aux carrières hospitalières.

¹ Cet article présente, sous une forme très ramassée, des analyses développées dans mon livre consacré à l'État français et à l'histoire de ses interventions dans le domaine de la démographie médicale (Déplaude, 2015).

² Jusqu'en 1968, la première année d'études (le « certificat préparatoire aux études médicales » ou CPEM) était dispensée par les facultés de sciences. Les études médicales proprement dites débutaient à l'issue du CPEM. Pour simplifier, nous avons inclus cette année propédeutique dans le cursus des études médicales.

Le système des concours hospitaliers permettait ainsi une sélection par paliers des futurs membres de l'élite hospitalo-universitaire (Jamous, 1969), mais ce au prix d'une très grande disparité dans la qualité de la formation pratique dispensée aux étudiants suivant qu'ils étaient externes ou non. Ce problème constituait précisément un des sujets de préoccupation des auteurs de la réforme des études médicales et des structures hospitalières de 1958, qui souhaitaient améliorer la formation clinique des étudiants non externes. Cette réforme prévoyait notamment d'organiser les cours et les travaux pratiques dans l'enceinte des hôpitaux universitaires, pour accroître le temps de présence de ces étudiants dans les hôpitaux, et leur permettre de faire leurs stages dans de meilleures conditions. Toutefois, elle a échoué à atteindre cet objectif. D'une part, les réaménagements des locaux hospitaliers existants et la construction des nouveaux bâtiments a pris beaucoup de retard, tant en raison de leur coût que de la complexité des opérations. D'autre part, le nombre d'étudiants en médecine a augmenté de 73 % entre 1960 et 1966. La généralisation de la médecine conventionnée à partir de 1960 et le développement sans précédent de la médecine salariée (notamment à l'hôpital) offraient de nouvelles perspectives de carrières dans la médecine, et rendaient donc plus attractives les études médicales. Cela s'est même traduit par un léger accroissement de la part des étudiants d'origine modeste parmi les étudiants en médecine, qui est passée de 9 % à 12 % entre 1960 et 1966.

Au lieu de s'améliorer, la formation pratique des étudiants de médecine non externes s'est donc détériorée durant les années 1960, et ce plus particulièrement dans les facultés les plus prisées des étudiants, à Paris et dans le Sud de la France. Dans ces dernières, la mise en place de nouvelles formes d'enseignement par « petit groupe » s'est avérée impossible, et les étudiants étaient trop nombreux relativement au nombre de malades hospitalisés. Alors qu'on considérait à l'époque qu'il fallait idéalement quatre malades par étudiant – comme c'était le cas dans de petites facultés comme à Dijon ou Besançon –, partout ailleurs on était très loin du compte (0,7 malade par étudiant à Lille, 0,5 à Montpellier, 0,3 à Paris, etc.).

Pour permettre une meilleure répartition géographique des étudiants en médecine, certaines administrations, comme la Direction générale de la santé en 1965, ont suggéré la mise en place d'un « *numerus clausus* » par région. Toutefois, une telle mesure n'a pas été prise en considération par les médecins hospitalo-universitaires, qui n'ont pas participé aux débats croissants sur la sélection à l'entrée des universités (Passeron, 1986). En effet, pour eux, l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine permettait non seulement de justifier les opérations de construction et de rénovation des hôpitaux universitaires, mais aussi de favoriser le développement du corps des médecins hospitalo-universitaires, qui venait tout juste d'être créé³. Ils étaient en soutenus en ce sens par la Confédération des syndicaux médicaux français, la plus importante organisation de médecins libéraux de l'époque, qui était favorable au développement de la médecine

³ La réforme des études médicales de 1958 a créé un corps de médecins salariés, ayant à la fois des fonctions hospitalières et universitaires. En échange d'un travail salarié à temps plein, ils touchent une double rémunération, des « émoluments » hospitaliers s'ajoutant à leur traitement d'universitaire. Les artisans de la réforme voulaient faire des hôpitaux universitaires des lieux où devait se pratiquer une médecine de pointe, ce qui supposait notamment que les médecins y travaillent à temps plein – et ne considèrent plus les fonctions hospitalières comme le simple complément d'une activité en ville, comme c'était le cas pour beaucoup d'entre eux jusque là (Jamous, 1969).

conventionnée, et qui estimait que la France devait former plus de médecins pour faire face à la hausse importante de la consommation de soins médicaux.

Une mobilisation conservatrice

Tout change après la crise de mai-juin 1968, qui n'a épargné ni les hôpitaux ni les facultés de médecine. Les « événements » ont été vécus par une partie du corps hospitalo-universitaire comme une période d'inversion des rôles, de remise en cause des hiérarchies les plus fondamentales de l'institution. Dans de nombreuses villes universitaires, la revendication d'un « pouvoir étudiant » s'est concrétisée par l'investissement symbolique de certains lieux de pouvoir institutionnel, comme l'occupation du bâtiment de la faculté de médecine de la rue des Saints Pères à Paris. Cette revendication s'est également exprimée dans toute une série de scènes déroutantes qui ont suscité l'indignation et l'effroi des agents les plus attachés et les plus intéressés à la conservation de l'ordre universitaire. « L'affaire Soulié », qui a vu un professeur de cardiologie réputé faire l'objet, en sa présence, d'un « procès » à l'issue duquel il a été destitué de sa chaire par des étudiants, en est l'un des exemples les plus connus (Aubert, 1983). Comme les facultés de lettres, celles de médecine sont touchées « par la mutation dans les rapports de domination dont l'École est à la fois le vecteur et l'enjeu », et à l'origine de leur contestation (Pudal, 2008, p. 73).

Choqués par ces événements, certains médecins hospitalo-universitaires ont reconstitué dès juin 1968 le « Syndicat autonome des enseignants de médecine » (SAEM). Exerçant majoritairement dans des hôpitaux situés dans le centre de Paris et généralement âgés de quarante à quarante-cinq ans, ce sont alors des médecins relativement jeunes, qui n'ont pas encore accédé aux positions les plus hautes du milieu hospitalo-universitaire. Ils occupent donc plutôt des positions « moyennes » dans leur champ. La très grande majorité d'entre eux ont en commun d'appartenir à une bourgeoisie très fortement attachée au maintien de l'ordre social et politique (Déplade, 2009).

Appuyés par des organisations dirigées par des médecins issus des fractions dominantes du champ médical – tels que l'Ordre des médecins ou la Fédération des médecins de France, opposée à la médecine conventionnée –, ils se sont donnés pour principaux objectifs de restaurer l'ordre dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux universitaires, de rendre plus sélectif l'accès aux études médicales et de maintenir intact le prestige du corps médical. En effet, ils craignaient que l'augmentation trop rapide du nombre d'étudiants ne se traduise par une paupérisation de l'exercice de la médecine et ne conduise les futurs médecins à accepter une « étatisation de la médecine », ce qui signifierait la fin de la médecine libérale à laquelle ils étaient profondément attachés. Ils estimaient également que les études médicales ne conserveraient leur rang que si l'accès à ces études était subordonné au passage d'un concours particulièrement sélectif :

« [...] L'accès aux facultés de médecine est ouvert à tous les bacheliers, ce qui n'est pas le cas d'autres formations voisines comme les études vétérinaires auxquelles on accède

par concours. Il est paradoxal qu'on soit plus exigeant sur les qualités de départ du médecin des animaux que sur celles du médecin des hommes⁴. »

Pour obtenir l'institution d'une « sélection », ces médecins ont mis en avant un argument majeur : la nécessité de garantir une formation pratique de qualité aux futurs médecins, de manière à ce que les Français continuent à être bien soignés. En effet, en août 1968, le gouvernement a satisfait une revendication centrale des étudiants en médecine mobilisés en supprimant le concours de l'externat : désormais, tous les étudiants auraient des fonctions hospitalières à partir de la quatrième année d'études. Dès lors, le problème était de pouvoir attribuer des fonctions hospitalières à tous les étudiants, dans un contexte où beaucoup d'hôpitaux étaient en travaux. L'argument principal des partisans de la « sélection » était donc qu'*il fallait proportionner le nombre d'étudiants en médecine aux capacités de formation des hôpitaux*. Le principal avantage de cet argument était qu'il justifiait la mise en place d'une sélection pour des raisons techniques, spécifiques à la médecine, et non par pour des raisons plus générales (la préservation de l'ordre social), qui aurait pu justifier l'extension de la sélection à d'autres filières universitaires. Ce qui importait aux dirigeants du SAEM, c'était avant tout que l'accès aux études médicales soit contingenté, indépendamment de la situation des autres filières universitaires.

Pour appuyer leur cause, les dirigeants du SAEM ont obtenu des soutiens importants au sein de l'État. En effet, l'interpénétration des élites hospitalo-universitaires parisiennes avec les élites politico-administratives a permis aux dirigeants du SAEM de bénéficier d'accès directs à certains dirigeants politiques importants de l'époque – tels que Georges Pompidou, élu Président de la République en juin 1969, ou Jacques Chirac, alors secrétaire d'État auprès du ministre de l'Économie et des Finances, puis ministre délégué chargé des relations avec le Parlement. Ils ont réussi, par ce moyen, à les sensibiliser à leur cause. Durant l'été 1969, ils sont même parvenus à faire rentrer l'un des leurs – le chirurgien Jean-Claude Job – au cabinet du ministre de la Santé, en jouant de leurs liens avec son directeur de cabinet. Auprès de ce dernier, Jean-Claude Job s'est précisément occupé du dossier de la sélection en médecine.

Toutefois, ces soutiens n'étaient pas la simple résultante de la proximité sociale ou idéologique existant entre ces fractions des élites dominantes. Ils ont aussi été le produit de logiques propres au champ politique et administratif. Les ministres chargés de la Santé et du Budget ont ainsi soutenu très fortement la cause de la sélection. Le premier souhaitait en effet éviter que l'insuffisance du nombre de stages hospitaliers pour les étudiants ne conduise ces derniers à se mobiliser et à lui reprocher de « ne pas construire assez de CHU⁵ ». Le second pointait, quant à lui, le risque que la formation d'un grand nombre de médecins faisait peser sur les finances publiques : en raison de la généralisation de la médecine conventionnée, des revenus élevés auxquels prétendaient les médecins et du très faible encadrement de leur pouvoir de prescription, l'accroissement du nombre de praticiens se traduirait mécaniquement, sur le long terme, par une augmentation des dépenses publiques de santé. Pour la Direction du Budget, la croissance rapide de ces dépenses constituait en effet un sujet de préoccupation dès les années 1960 (Palier, 2002 ; Pierru, 2007) : étant donné la place centrale qu'occupent les

⁴ D'après une tribune publiée dans *Le Figaro*, 05/11/1968.

⁵ C'est ce qu'expliquait un conseiller du ministre de la santé lors d'une réunion au Conseil d'État en juin 1970 (archives de la Direction générale de la santé).

médecins dans le système de santé, limiter le nombre de médecins formés devait permettre, à terme, de contenir l'augmentation des dépenses publiques dans ce domaine.

L'institution du *numerus clausus* de médecine

Malgré les soutiens puissants dont bénéficiaient les dirigeants du SAEM au sein de l'État, la question de la sélection en médecine était une question politiquement très sensible après les événements de mai-juin 1968. La hantise d'un nouveau Mai 68 était fortement présente dans les esprits des membres du gouvernement et de leurs entourages. Pour cette raison, ils ont, dans un premier temps, tenté de réduire le nombre d'étudiants au-delà de la deuxième année de médecine sans faire modifier la loi d'orientation sur l'enseignement supérieur du 12 novembre 1968 (dite aussi loi Faure), de manière à limiter les risques de contestation. Dans un premier temps, les doyens des facultés de médecine ont obtenu des ministres de l'Éducation nationale et de la Santé l'adoption, en septembre 1969, d'un arrêté accroissant considérablement la difficulté des examens de fin de première année de médecine. Toutefois, cet arrêté – dit « Guichard-Boulin », du nom des ministres – suscite une large mobilisation des étudiants en médecine, très populaire dans les médias. Soutenus par des universitaires et des organisations syndicales, ils saisissent le Conseil d'État, si bien que le gouvernement finit par reculer⁶.

Toutefois, le gouvernement n'a pas renoncé à instituer une sélection par la voie réglementaire : s'appuyant notamment sur l'ordonnance du 30 décembre 1958, qui prévoit que le régime des études médicales est fixé par voie réglementaire, il adopte en juin 1970 un projet de décret instituant une sélection en fin de deuxième année d'études médicales. Toutefois, le Conseil d'État retoque le décret : il estime que l'esprit de la loi Faure exclut toute « sélection quantitative⁷ » et que l'ordonnance du 30 décembre 1958 sur les études médicales, au domaine d'application plus restreint, ne saurait lui être opposée.

Suite à l'échec de ces tentatives, le gouvernement se résout à préparer un projet de loi modifiant la loi Faure. L'élaboration de ce projet de loi, suivie de très près par la Présidence de la République, fait l'objet d'âpres négociations entre le ministère de la Santé, dont la position reprend celle du SAEM, et le ministère de l'Éducation nationale, qui redoute un embrasement des universités. C'est finalement « une solution qui minimise les risques politiques⁸ », résultat d'un compromis entre les deux ministères, qui est proposée au Parlement, et promulguée en un temps record le 12 juillet 1971. En quoi cette « solution » a-t-elle consisté ? En premier lieu, les termes de la loi ont été choisis avec soin : il n'est nulle part question de « sélection », et encore moins d'instituer un « concours » ou un « *numerus clausus* ». Il est parlé d'une simple « limitation » des étudiants admis en deuxième année de médecine en fonction du nombre de postes définis comme formateurs dans les services hospitaliers. Le refus initial des pouvoirs publics de

⁶ En janvier 1970, le Conseil d'État a annulé une grande partie de l'arrêté, pour non-conformité à l'esprit de la loi Faure.

⁷ D'après un compte rendu manuscrit des réunions au Conseil d'État (archives de la Direction générale de la santé).

⁸ Suivant une formule employée par le ministre de la Santé dans une lettre à son homologue de l'Éducation nationale, 30/04/1971 (archives de la Direction générale de la santé).

reconnaître ouvertement les épreuves de fin de première année de médecine comme un concours va ainsi être à l'origine du mouvement des « reçus-collés », c'est-à-dire des étudiants ayant réussi les examens de fin de première année, mais non admis en deuxième année faute d'être classés « en rang utile ». Il faudra attendre octobre 1973, suite aux actions très médiatisées de ce mouvement, pour que le ministre de l'Éducation nationale reconnaisse officiellement que les épreuves de fin de première année de médecine consistent bien en un concours.

En second lieu, la loi justifie cette mesure uniquement au regard des capacités de formation des hôpitaux, donc pour des raisons pédagogiques. Le ministère de la Santé avait défendu un autre critère, consistant à prendre en compte les « besoins de la population » en médecins. Ce critère offrait l'avantage de permettre au gouvernement de former moins de médecins qu'on ne pouvait le faire. Mais le ministère de l'Éducation nationale estimait que ce critère n'était pas spécifique à la médecine, et était difficile à mettre en œuvre sans susciter des controverses (comment calculer les besoins de la population en médecins ?). Il a donc été rejeté, au profit d'un critère mettant en avant la nécessité d'assurer une bonne formation pratique à tous les futurs médecins, et donc de garantir aux Français qu'ils seront toujours soignés par de bons professionnels. Enfin, en dernier lieu l'architecture du nouveau dispositif prévoit que le rôle du gouvernement se bornera à fixer chaque année le nombre d'étudiants de quatrième, cinquième et sixième année pouvant être accueillis, pour leur formation clinique, dans les services hospitaliers. Il devra suivre l'avis des « Comités de coordination hospitalo-universitaires » (CCHU) constitués dans chaque région sanitaire et principalement composés de médecins hospitalo-universitaires. D'après les termes de la loi, il reviendra aux seules facultés de « fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales [...] au-delà de la première année ». Autrement dit, *le nombre de postes au concours n'est pas fixé directement par l'État, mais par les facultés de médecine. C'est à elles qu'il revient de fixer le nombre d'étudiants qu'elles vont accueillir en deuxième année, de manière à ce qu'à partir de la quatrième année d'études, le nombre d'étudiants restants soit proportionné aux capacités de formation des hôpitaux.*

La grande latitude laissée initialement aux médecins hospitalo-universitaires dans l'application de la loi conduit les universités à accueillir un très grand nombre d'étudiants en deuxième année de médecine. Beaucoup de facultés de médecine – notamment des universités non parisiennes, qui redoutent que la mise en œuvre de ces quotas porte préjudice au développement des hôpitaux universitaires de leur région – accueillent plus d'étudiants qu'elles ne sont normalement autorisées à le faire. Initialement, les pouvoirs publics ferment les yeux sur ces dépassements : alors qu'elles n'auraient théoriquement pas dû accueillir plus de 8 600 étudiants en deuxième année de médecine en 1972-1973, les facultés de médecine en accueillent finalement 11 200 : c'est moins que lors des deux années ayant précédé la mise en œuvre de la loi (12 800 en moyenne en 1970-1971 et 1971-1972), mais bien plus qu'envisagé au départ.

L'accueil en deuxième année d'un nombre d'étudiants proche de celui des années immédiatement antérieures à la loi permet ainsi au gouvernement de récuser les accusations de malthusianisme, centrales lors du mouvement de constatation de l'arrêté Guichard-Boulin. Dans le même temps, l'augmentation continue du nombre d'étudiants inscrits en première année de médecine fait que le concours devient de plus en plus

sélectif : le taux de passage entre la première année et la deuxième année de médecine passe de 41,3 % en 1971, dernière année sans *numerus clausus*, à 26,5 % en 1974. L'accroissement rapide de la sélectivité du concours a sans doute été un facteur clé de sa légitimation, d'une part parce que ceux qui le présentaient, absorbés dans leur préparation, n'étaient guère prédisposés à se mobiliser pour le contester, et d'autre part parce que ceux qui l'avaient réussi en tiraient des profits symboliques d'autant plus grands qu'ils avaient été durement sélectionnés.

Conclusion

La loi de 1971 prévoyant une « limitation » du nombre d'étudiants pouvant être accueillis en deuxième année de médecine ne répondait que partiellement au vœu des médecins et des administrations mobilisés en faveur de la « sélection ». Toutefois, l'ambiguïté de cette loi, et la prudence avec laquelle les pouvoirs publics l'ont initialement mise en œuvre, ont conduit à ce que très rapidement, le principe d'un concours à la fin de la première des études médicales n'a plus été contesté. Tirant parti du reflux des mouvements étudiants, les pouvoirs publics ont, à partir de 1975, appliqué les quotas de plus en plus strictement et sont allés jusqu'à faire adopter une nouvelle loi en 1979, prévoyant que le nombre de places au concours serait désormais fixé directement par l'État (et non plus par les facultés de médecine), en fonction à la fois des capacités de formation des hôpitaux et des besoins de la population en médecins. La prise en compte de ce critère, qui offrait aux pouvoirs publics une grande latitude d'appréciation, a permis une diminution continue du *numerus clausus* de médecine, non sans d'importantes conséquences sur le système de santé : il est passé de 7 912 entre 1979 à 3 500 en 1993 (Déplaude, 2015).

La genèse du *numerus clausus* de médecine est ainsi celle d'un dévoilement progressif, ou celle d'une « sélection » initialement déniée, puis opérée de manière explicite. Dans les années qui ont suivi immédiatement les événements de mai 1968, la question de la sélection dans l'enseignement supérieur constituait une question si politiquement sensible que les gouvernants ont joué à la fois sur l'ambiguïté et sur le temps pour imposer le concours. Toutefois, pour les pouvoirs publics, la sélection en médecine représentait un enjeu financier majeur, qui explique qu'ils se soient résolus à l'imposer malgré un contexte politique a priori défavorable : au-delà de la question de la bonne formation pratique des étudiants, le ministère du Budget se préoccupait en effet dès cette époque de l'accroissement rapide des dépenses de santé, qu'il jugeait excessif. Limiter le nombre d'étudiants accueillis dans les facultés de médecine représentait pour lui un moyen important pour contenir la croissance de ces dépenses.

Du point de vue des gouvernants, ce pragmatisme a eu un coût : les universités ont continué d'accueillir d'importantes promotions de médecins jusqu'à la fin des années 1970. Mais ce coût leur a paru modeste au regard de la légitimation progressive du concours, devenu aujourd'hui extrêmement sélectif : aujourd'hui, seuls 10 % des étudiants réussissent le concours à la première tentative. Cette forte sélectivité, ajoutée à l'insuffisance des préparations publiques au concours au profit des officines privées⁹, fait

⁹ D'après des données fournies par l'Association nationale des étudiants en médecine de France, les trois-quarts des candidats au concours de fin de première année s'inscrivent aujourd'hui dans des prépas privées (Foulon, 2016). Ces prépas sont très coûteuses. Le Groupe Galien, implanté dans vingt villes universitaires,

que les études médicales – et finalement, l'exercice de la médecine – sont restées réservées très largement aux enfants des classes supérieures (Fauvet *et al.*, 2015).

Timidement engagée dans les années 1960, la démocratisation des études médicales a donc fait long feu. Il est peu probable que la suppression annoncée du *numerus clausus* de médecine change fondamentalement cette situation. En effet, les capacités d'accueil des facultés de médecine en second cycle resteront fatalement limitées par la nécessité de proposer des stages hospitaliers aux étudiants. Tant que la profession médicale restera attractive auprès des bacheliers, et que l'organisation des enseignements en premier cycle ne sera pas profondément repensée, les études médicales offriront peu de chances aux enfants des classes populaires.

En tant que telle, la suppression du *numerus clausus* ne contribuera en rien à réduire les inégalités territoriales en matière d'offre de soins. Elle pourrait même les aggraver, puisque dans les années 1980 et 1990, le *numerus clausus* avait été modulé suivant les régions, et avait été davantage diminué pour les universités situées dans les régions les plus denses en médecins. Néanmoins, cette réforme peut préfigurer des transformations plus profondes du système de santé. En effet, aujourd'hui, tous les nouveaux docteurs en médecine peuvent s'installer dans le secteur libéral et demander à être conventionnés par l'assurance maladie : c'est le cas de la quasi-totalité des médecins libéraux en France. Il n'y a pas de *numerus clausus* au conventionnement. Or, si les universités retrouvent la capacité juridique de définir elles-mêmes le nombre de médecins qu'elles souhaitent former, les gestionnaires de l'assurance maladie pourraient en tirer argument pour continger les conventionnements. Cela signifierait que les caisses d'assurance maladie décideraient du nombre de médecins qu'elles souhaiteraient conventionner, dans telle région ou telle spécialité, comme cela est le cas pour les infirmières depuis 2007¹⁰.

Une telle remise en cause du conventionnement quasi-automatique des médecins par l'assurance maladie pourrait être à double face. D'une part, cela peut être un outil puissant pour réguler les installations dans le secteur libéral et lutter contre les « déserts médicaux ». Mais, d'autre part, cela peut ouvrir la voie à un développement important de la médecine non conventionnée, notamment dans les grandes villes. Cela reviendrait à une privatisation accrue du système de santé, puisque ce n'est plus l'assurance maladie qui rembourserait les honoraires et prescriptions de ces médecins non conventionnés, mais uniquement les mutuelles et les assurances privées – pour celles et ceux qui auraient toujours les moyens de se les offrir.

Références

est l'un des acteurs les plus importants de ce marché. Par exemple, à Lyon il propose un « Pack Excellence », qui comprend un stage intensif d'été, des cours, des concours blancs et des colles. Son coût est de 3 921€. À Strasbourg, le coût d'un « pack » similaire est de 4 287€. Le Groupe Galien propose également un accompagnement aux candidats aux études médicales dès leur année de terminale.

¹⁰ Concernant les médecins, la Caisse nationale de l'assurance maladie a demandé pour la première fois l'instauration d'une telle mesure en 1995 ; le gouvernement de l'époque avait repris cette proposition avant de l'abandonner en raison de l'opposition conjuguée des syndicats de médecins libéraux et des organisations de jeunes ou de futurs médecins. Les pouvoirs publics ont tenté de l'instaurer à nouveau en 2007, avant de reculer pour les mêmes raisons (Déplade, 2015, p. 232-233 et 287-295).

- Aubert J.-P. (1983), *Contribution à l'étude du mouvement de mai 68 dans les facultés de médecine parisiennes*, thèse de doctorat en médecine, Université Paris Descartes.
- Déplade M.-O. (2015), *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles Lettres.
- Déplade M.-O. (2009), « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la "sélection" », *Sociétés contemporaines*, Presses de Sciences Po, vol. 73, n° 1, pp. 21-45.
- Fauvet L., Jakubovitch S., Mikol F. (2015), « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Note d'information Enseignement supérieur & Recherche*, n° 15.05, pp. 1-6.
- Foulon S. (2016), « Très chères prépas de médecine », *Alternatives économiques*, n° 360, p. 72.
- Jamous H. (1969), *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du CNRS.
- Passeron J.-C. (1986), « 1952-1980 : l'Université mise à la question : changement de décor ou changement de cap ? », in Verger J. (dir.), *Histoire des universités*, Toulouse, Privat, pp. 367-419.
- Pudal B. (2008), « Ordre symbolique et système scolaire dans les années 1960 », in Damamme D., Gobille B., Matonti F., Pudal B. (dir.), *Mai-juin 68*, Paris, Éditions de l'Atelier, pp. 62-74.
- Palier B. (2002), *Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Savoir/Agir », 2007.