



La fin de la sélection ? Retour sur la genèse du numerus clausus de médecine (1968-1979)

Marc-Olivier Déplaude

► To cite this version:

Marc-Olivier Déplaude. La fin de la sélection ? Retour sur la genèse du numerus clausus de médecine (1968-1979). Stéphane Le Bouler; Pauline Lenésley. *Etudes de santé. Le temps des réformes*, Presses universitaires François Rabelais, pp.77-85, 2021. hal-03466281

HAL Id: hal-03466281

<https://hal.inrae.fr/hal-03466281v1>

Submitted on 19 Sep 2024

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.

La fin de la « sélection » ? Retour sur la genèse du *numerus clausus* de médecine (1968-1979)

Marc-Olivier Déplaud

Chargé de recherche en sociologie

IRISSO (UMR CNRS INRAE Université Paris-Dauphine)

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

Publié dans S. Le Bouler et P. Lenesley, *Études de santé. Le temps des réformes*, Presses universitaires François-Rabelais, Tours, 2021, p. 77-85

<https://books.openedition.org/pufr/32761>

Introduction

En septembre 2018, le gouvernement a annoncé que le *numerus clausus* de médecine serait supprimé d'ici 2020. Selon la ministre de la Santé de l'époque, Agnès Buzyn, il s'agissait 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.

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 ce chapitre, 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. Durant cette période, 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.

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.

Le système des concours hospitaliers permettait ainsi une sélection par paliers des futurs membres de l'élite hospitalo-universitaire, 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 non³. 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

¹ Ce chapitre est issu d'un article publié dans la revue *Sociologie*, qui a accepté qu'il soit légèrement remanié pour ce livre. Voir Déplaud Marc-Olivier, « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du *numerus clausus* de médecine (1968-1979) », *Sociologie*, vol. 10, n° 2, 2019, p. 179-186. Pour une analyse plus détaillée et resituée dans le cadre plus large des politiques de l'État français en matière de démographie médicale, voir Déplaud M.-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2015, 416 p.

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.

³ Voir Jamous Haroun, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du CNRS, 1969, 262 p.

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 universités⁴. 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 créé⁵. 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 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 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

⁴ Passeron Jean-Claude, « 1952-1980 : l'Université mise à la question : changement de décor ou changement de cap ? », dans *Histoire des universités*, édité par Jacques Verger Toulouse, Privat, 1986 p. 367-419.

⁵ 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.

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 connus⁶

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, ils appartenaient à une bourgeoisie très fortement attachée au maintien de l'ordre social et politique. 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 et de rendre plus sélectif l'accès aux études médicales. En effet, ils craignaient que l'augmentation trop rapide du nombre d'étudiants se traduise par une paupérisation de l'exercice de la médecine et 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.

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 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

⁶ Aubert Jean-Pierre, *Contribution à l'étude du mouvement de mai 68 dans les facultés de médecine parisiennes*, thèse de doctorat en médecine, Université Paris Descartes, 1983, 171 p.

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 suffisamment d'hôpitaux. 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 1960⁷ : étant donné la place centrale qu'occupent les 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. Les doyens des facultés de médecine ont ainsi obtenu l'adoption, en septembre 1969, d'un arrêté ministériel accroissant considérablement la difficulté des examens de fin de première année de médecine. Toutefois, cet arrêté – dit « Guichard-Boulin », du nom des ministres de l'Éducation nationale et de la santé – 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 reculer.

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 quantitative 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 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

⁷ Pierru Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Savoir/Agir », 2007, 319 p.

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).

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 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, 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 » 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, redoutant que la réduction du nombre d'étudiants 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 contestation 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 retiraient des profits symboliques d'autant plus grands qu'ils avaient été durement sélectionnés.

Conclusion

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 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.

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 santé de la population. Lors du débat parlementaire qui a précédé l'adoption de cette loi, un troisième critère a également été introduit : la « nécessité de remédier aux inégalités géographiques⁹ ». Cet ajout, qui partait du constat selon lequel les jeunes docteurs en médecine s'installent majoritairement dans la région où ils ont effectué leurs études, signifiait que le *numerus clausus* pourrait être davantage réduit pour les universités situées dans les régions les plus denses en médecins.

En réalité, rien ne permettait d'estimer les besoins de santé de la population sur le moyen ou le long terme, et d'en déduire le nombre de médecins à former pour les satisfaire. La référence à ces besoins peut ainsi être analysée comme une fiction commode, dont le principal avantage est qu'elle offrait aux pouvoirs publics une grande latitude d'appréciation¹⁰. L'adoption de ce critère a ainsi permis à l'État de diminuer fortement le *numerus clausus* de médecine : il est passé de 7 912 entre 1979 à 3 500 en 1993, puis a été maintenu à ce niveau très bas jusqu'à la fin des années 1990. Cette diminution a répondu à la fois au souhait de la Direction du Budget et aux gestionnaires de l'assurance maladie, pour qui il fallait contenir l'accroissement des dépenses de santé, et des principaux syndicats de médecins libéraux, pour qui un trop grand

⁹ D'après le texte de la loi du 6 juillet 1979 relative aux études médicales.

¹⁰ Déplaudé Marc-Olivier, « Une fiction d'institution : les “besoins de santé” de la population », in Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 255-272.

accroissement du nombre de médecins constituait une menace pour leurs revenus et leurs conditions d'exercice.

Cette politique visant à rationner le nombre de médecins formés en France a ainsi contribué à créer des tensions majeures dans l'offre de soins, tant dans le secteur hospitalier que dans la médecine de ville¹¹. Il est peu probable que la suppression du *numerus clausus* contribue à corriger ces déséquilibres, non seulement parce qu'il a déjà été fortement relevé à partir de la fin des années 1990, mais aussi parce que les universités devront nécessairement continuer à contingenter le nombre d'étudiants en médecine qu'elles pourront accueillir, ne serait-ce que pour leur garantir une formation pratique satisfaisante. Or, rien ne permet de dire a priori que les médecins qu'elles formeront répondront aux besoins de la population, que ce soit à l'échelle régionale et nationale. Si imparfait qu'il fût, le *numerus clausus* permettait au moins de moduler le nombre de médecins formés par région, et donc de limiter les inégalités géographiques en matière d'offre de soins. Dans les années 1980 et 1990, il a ainsi été davantage réduit dans les régions où l'offre de soins médicaux était la plus importante relativement à leur population, telles que la région parisienne et le Sud-Est de la France, au profit des régions les moins bien pourvues en médecins. Abandonnant cette logique d'aménagement du territoire, la suppression du *numerus clausus* pourrait ainsi favoriser, à terme, un accroissement des inégalités régionales en matière d'offre de soins, et donc de santé.

Références

- 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, 171 p.
- Déplade M.-O. (2019), « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du *numerus clausus* de médecine (1968-1979) », *Sociologie*, vol. 10, n° 2, p. 179-186.
- Déplade M.-O. (2015), *La hantise du nombre. Une histoire des *numerus clausus* de médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 416 p.
- Déplade M.-O. (2009), « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », in Claude Gilbert et Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, p. 255-272.
- Fauvet L., Jakoubovitch 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, p. 1-6.
- Jamous H. (1969), *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du CNRS, 262 p.
- 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.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, coll. « Savoir/Agir », 319 p.

¹¹Déplade Marc-Olivier, *La hantise du nombre...*, op. cit.