

| SUPPRESSION DU *NUMERUS CLAUSUS* |

PRISE DE CONSCIENCE GLOBALE DES URGENCES SANITAIRES : | VERS UNE EVOLUTION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE ? |

Si l'Etat français reste sur la sellette en matière de fourniture de masques et de tests, nul n'oublie que **nous n'avons pas formé assez de médecins** depuis des dizaines d'années. A qui la faute ? Entre autres, au *numerus clausus* en études de médecine dont l'Assemblée nationale vient de voter la suppression pour la rentrée 2020 avec, pour objectif, selon Agnès Buzin, ministre alors en charge de la santé, d' « augmenter de 20% environ le nombre de médecins » et de diversifier leur profil. Un examen postbac remplacera le concours de fin de première année qui a multiplié les gâchis de compétences et exclu de nombreux étudiants brillants. Une décision utile qui répond enfin à une situation souvent dénoncée, devenue encore plus anxiogène et contre-productive à l'heure de la pandémie du coronavirus.

L'accès régulé à la deuxième année des études médicales française – médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique (sages-femmes) -, dont le nombre de places à pourvoir était fixé annuellement par arrêté ministériel, avait cependant semblé juste, lors de son instauration, en 1971, dans la mesure où il visait à faire correspondre l'offre médicale aux besoins du terrain par un ajustement annuel. L'après Mai 1968 avait en effet incité trop d'étudiants, attirés par des professions enviées, à se tourner vers la médecine et fait passer leur nombre de 3 000 à 9 000 annuellement. En octobre 1971, sous le poids de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), principal syndicat de médecins, une première convention nationale avait garanti en outre l'exercice libéral de la médecine et le paiement à l'acte. Tous ces éléments justifiaient l'instauration d'un *numerus clausus* pour éviter une paupérisation des professionnels de santé, risquant de devenir trop nombreux, mais aussi l'explosion des dépenses de santé.

Ce qui devait être exemplaire voire un modèle pour l'Europe eut cependant des effets pervers. Les étudiants des amphithéâtres bondés de première année se lancèrent dans une compétition féroce pour s'écrouler le plus souvent lors du concours d'entrée en deuxième année qui s'apparenta parfois à un jeu de massacre. Au total, 8 588 étudiants furent admis au concours de 1971, ce qui correspondit aux besoins démographiques d'alors. Au fil des années, le nombre fluctua pour atteindre son plus bas niveau en 1992 avec 3 500 admis. Le ver était désormais dans le fruit, et cela malgré des ajustements postérieurs : pour l'année universitaire 2018-2019, 13 523 places en seconde année d'études dont 8 205 places en médecine furent ouvertes.

Aujourd'hui enfin, l'évidence a été énoncée au sommet de l'Etat : en cinquante ans, le système du *numerus clausus* a montré sa limite. Dans les contextes dramatiques actuels, l'heure des bilans est venue : loin de répondre aux besoins, le *numerus clausus* a généré, au fil des ans, des **déserts médicaux** en même temps qu'un **épuiement des professionnels**, dans l'impossibilité de compter leurs heures de travail. A cela s'est ajoutée, malgré toutes les précautions prises, **une dérive des dépenses médicales**, les professionnels de santé étant peu contrôlés sur leurs prescriptions. Et c'est sans compter les dizaines de milliers d'étudiants laissés sur le carreau après une première année de médecine infructueuse.

L'Assemblée nationale est ainsi allée dans le sens de l'Histoire et a approuvé à une écrasante majorité – 74 voix contre 4 et 11 abstentions – la suppression de ce devenu funeste *numerus clausus*. Malgré tout, ce choix ne suffira pas à endiguer immédiatement le manque de médecins : **la mesure ne verra ses effets que dans le moyen et le long terme**, à un horizon sans doute de plus de dix ans. S'adossant à cette décision centrale, certaines voix se sont élevées en outre pour que soit régulée l'installation des médecins, remède contre les déserts médicaux et les inégalités territoriales.

La situation est donc loin d'être simple et, interrogeant les principes des modalités de sortie du *numerus clausus*, elle implique des ajustements fondamentaux. On s'explique : évidemment, tout le monde aimerait qu'il y ait beaucoup de médecins, bien répartis sur l'ensemble du territoire. Cependant le principe de réalité s'impose et dépasse la suppression du *numerus clausus*, première étape certes mais loin d'être la dernière.

Outre l'effet différé de la mesure, de nombreuses résistances devront être dépassées dans notre pays pour que l'idéal devienne réalité. En effet, **beaucoup de médecins se considèrent**, depuis les années 30, **libres car exerçant une profession libérale**, bien qu'une partie des financements sociaux sorte de la poche du contribuable via les CSG/CRDS. De plus, les spécialistes ont en proportion dépassé les généralistes moins rémunérés, ce qui nuit à une répartition concertée et homogène des soins. Ils ont enfin refusé l'imposition de zones d'implantation en fonction des besoins démographiques et la limitation du nombre d'actes réalisés. Il en ressort, entre autres, deux types de **déséquilibres** auxquels il faudra remédier :

- Le premier est d'ordre **géographique** tant les différences de densité de médecins d'une région à l'autre sont considérables. Or, si on regarde le nombre de médecins pour 100 000 habitants à savoir 339, la France est dans la bonne moyenne européenne. Il n'y a donc pas de carence, en tant que telle, mais une implantation médicale guère maîtrisée ;
- Le second déséquilibre est d'ordre **comptable**. En effet, les médecins constituent la seule profession en France qui peut tirer sans limites sur les comptes publics : auto-prescripteurs, ils n'ont pas de plafond formel à respecter. Par ailleurs, ils rechignent à ce que d'autres professions médicales telles que les pharmaciens puissent les soulager en assurant quelques prestations

simples. Ce faisant, ils confisquent à leur unique profit la part la plus importante d'un revenu dont ils déterminent eux-mêmes la taille. Conséquence gravissime de ce système : la sécurité sociale, et plus globalement la collectivité, ignore a priori ce qu'elle dépense.

Deux questions, toujours d'actualité, complètent des remarques :

- Quelles parts respectives doivent prendre en charge la collectivité et le patient ? Cette question renvoie aux notions de petits et de grands risques ;
- Comment s'assurer de la pertinence et de la qualité du travail des médecins ? La loi de 1993 sur la maîtrise médicalisée, si elle a posé les bases d'une telle évaluation, n'a jamais été mise en œuvre.

Tout cela étant posé, supprimer le *numerus clausus* devrait impliquer, à règles inchangées, **soit une baisse du revenu disponible des nouveaux médecins** si on souhaite que le volume des dépenses n'augmente pas ou pas trop, **soit une augmentation des dépenses** allouées aux médecins et, plus largement, à la santé car un médecin prescrit et induit des dépenses pour d'autres professions. Il conviendrait donc, si la seconde option était retenue, de s'assurer que les citoyens soient prêts à augmenter leurs prélèvements obligatoires pour la santé.

Quelle que soit l'option choisie, elle ne suffira pas pour bâtir la médecine du XXI^e siècle. **L'ambition voudrait que l'on fasse évoluer fondamentalement notre système de santé.** La pandémie actuelle ne change-t-elle la donne de nos perceptions et n'orientera-t-elle pas différemment nos politiques ? Certes, il est toujours dangereux de risquer de telles idées dans une actualité chaude où tout peut faire scandale et conduire à des jugements téméraires mais le bon sens ne doit-il pas présider à nos projets ?

L'arrivée des femmes en médecine a en effet généré une remise en cause de la répartition sexuelle des professions et pousse à repenser la division du travail dans les catégories sociales supérieures. Plusieurs indices le prouvent. Le choix entre vie de famille et vie professionnelle n'a plus le même sens qu'auparavant, pas plus que les stéréotypes du genre « les femmes médecins sont plus douces, plus dans le compromis ». L'image du médecin mâle d'antan, Jupiter descendu sur terre pour rendre la vie, n'est plus de mise : au nœud de papillon masculin a été substituée une tenue moins sexuée. Le temps partiel et le salariat commencent à être privilégiés ainsi qu'une baisse des horaires de travail : les femmes travaillent en moyenne six heures de moins que les hommes, ce qui a donné envie à ces derniers de les imiter, une évolution confirmée par la Direction générale de la santé pour qui le temps de travail des médecins devrait progressivement diminuer d'environ 5% dans les vingt prochaines années. En outre, sur les « congés de maternité », un des points essentiels qui a longtemps fait barrage aux femmes en médecine, le sens pratique de ces dernières a fait prévaloir un prévisionnel qui permet de ne pas perturber le service en cas d'absence prolongé dans la mesure où les congés de maternité ne sont pas remplacés à l'hôpital. D'où un sens plus acéré de la planification, de l'anticipation a émergé dans la profession. A cela s'ajoute une prise de conscience plus aiguë des compétences complémentaires des deux sexes. Outre une meilleure gestion du temps, les femmes sont, sans doute par éducation et culture, plus sensibles au

contexte social de leurs patients, plus attentives et plus empathiques que les hommes, habitués dès l'enfance à cacher leurs émotions. Cela étant, devant les cas graves, les deux sexes développent les mêmes réactions, répondent à l'urgence avec la même énergie et obtiennent des résultats équivalents. Ces éléments entraînent une plus grande disponibilité des soignants mais aussi un tournant dans les mentalités en milieu médical. Les blocages patriarcaux ne peuvent résister longtemps à ces évidences et nul doute que l'avenir de la médecine établira entre les sexes un équilibre pleinement justifié.

Tout ce faisceau d'évolutions qui vont dans le bon sens devrait avoir des effets bénéfiques sur le financement du système. Il conforte l'idée que demain ne sera pas comme hier.

Certes les effets de la suppression du *numerus clausus* sont différés mais, ce qui nous donne de l'espoir, c'est que les terribles effets de la pandémie actuelle ont abouti à une prise de conscience et un consensus national qui oblige aussi bien l'Etat, la collectivité que les individus à se garder de faire l'autruche, une fois la crise passée. Reste à espérer – et à œuvrer en ce sens – que l'innovation, l'audace et la lucidité soient, à tous niveaux et immédiatement, au rendez-vous afin de pérenniser et de financer les soins auxquels les Français sont attachés.

En conséquence, ce moment historique de pandémie dépassé, il faut espérer que cette crise amènera une réorganisation globale du système de santé, une véritable continuité entre médecine de ville, cliniques et hôpitaux où tous les soignants qu'ils soient libéraux ou fonctionnaires adhèrent à un système de santé financé par l'argent public. Chaque agent de ce système ne doit-il pas être rémunéré en fonction de son utilité pour la collectivité ?

Olivier CAZENAVE