

UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE
ÉCOLE DOCTORALE 67

FACULTÉ DE DROIT ET DE SCIENCE POLITIQUE

Centre de droit de la santé – UMR ADÉS 6872

THÈSE PRÉSENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE UNIVERSITAIRE DE DOCTEUR EN DROIT PAR

Marc TABARY

**LA SÉLECTION UNIVERSITAIRE DANS L'ACCÈS AUX
PROFESSIONS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉES SOUS
L'ÉCLAIRAGE DU DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE**

SOUTENUE À AIX-EN-PROVENCE

LE 9 NOVEMBRE 2017 DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

ANTOINE LECA, PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE

BRUNO FOTI, PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE ET PRATICIEN
HOSPITALIER

GENEVIEVE REBECQ, MAITRE DE CONFÉRENCES À L'UNIVERSITÉ DU SUD-
TOULON/VAR

PASCAL RICHARD, MAITRE DE CONFÉRENCES À L'UNIVERSITÉ DU SUD-
TOULON/VAR

A notre fils, Colin...

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Monsieur le Professeur Antoine Leca pour avoir accepté la direction de cette thèse. Qu'il soit remercié pour sa grande disponibilité, son soutien continu et ses conseils avisés tout au long de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des membres du jury de m'avoir fait l'honneur d'évaluer ce travail.

Je remercie Béatrice, Nicolas, Agnès et Sophie pour leurs relectures appréciées et ô combien utiles.

Enfin, je remercie ma femme, Marine, pour le soutien et l'aide inconditionnels qu'elle m'a apportés tout au long de cette aventure.

Abréviations

ACP – *Assistance publique à Paris*

ADSP – *Actualité et dossier en santé publique*

AELE – *Association européenne de libre échange*

AFS – *Attestation de formation spécialisée*

AFSA – *Attestation de formation spécialisée approfondie*

AJDA – *Actualité juridique droit administratif*

AMU – *Aix-Marseille Université*

AN – *Assemblée nationale*

ANEMF – *Association Nationale des Etudiants en Médecine de France*

ANPE – *Agence nationale pour l'emploi*

APVF – *Association des petites villes de France*

ARS – *Agence régionale de santé*

BOMESR – *Bulletin officiel du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche*

CAA – *Cour administrative d'appel*

CAIM – *Contrat type national d'aide à l'installation des médecins*

CCHU – *Comités de coordination hospitalo-universitaires*

CE – *Conseil d'Etat*

CE – *Communauté européenne*

CEDH – *Cour européenne des droits de l'homme*

CEE – *Communauté économique européenne*

CES – *Certificat d'études spécialisées*

CESP – *Contrat d'engagement de service public*

CHU – *Centre hospitalier et universitaire*

CJUE – *Cour de justice de l'Union européenne*

CLESI – *Centre libre d'enseignement supérieur international*

CNG – *Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière*

CNOM – *Conseil national de l'Ordre des médecins*

CNRS – *Centre national de la recherche scientifique*

COSCOM – *Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins*

COTRAM – *Contrat de transition pour les médecins*

CSMF – *Confédération des Syndicats Médicaux Français*

CSP – *Code de la santé publique*

CSTM – *Contrat de solidarité territoriale médecin*

DCEM – *Deuxième cycle des études médicales*

DE – *Diplôme d'Etat*

DES – *Diplôme d'études spécialisées*

DESC – *Diplôme d'études spécialisées complémentaires*

DEUG – *Diplôme d'études universitaires générales*

DFASM – *Diplôme de formation approfondie en sciences médicales*

DFASMA – *Diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques*

DFGSM – *Diplôme de formation générale en sciences médicales*

DGOS – *Direction générale de l'offre de soins*

DGS – *Direction générale de la santé*

DHOS – *Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

DREES – *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*

DUB – *Diplôme universitaire de biologie*

DUT – *Diplôme universitaire de technologie*

ECN – *Epreuves classantes nationales*

ECNi – *Epreuves classantes nationales informatisées*

ECTS – *European Credit Transfert System*

EEE – *Espace économique européen*

EHESP – *École des hautes études en santé publique*

ENIC-NARIC – *European Network of Information Centres - National Academic Recognition Information Centres*

ESEM – *Ecoles supérieures d'études médicales*

FFI – *Faisant fonction d'interne*

FNOF – *Fédération nationale des omnipraticiens de France*

FSDL – *Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux*

GC – *Grande chambre*

HAS – *Haute autorité de santé*

HPST – *Hôpital, Patients, Santé, Territoire*

INAMI – *Institut national d'assurance maladie-invalidité*

INSERM – *Institut national de la santé et de la recherche médicale*

IRDES – *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*

IUT – *Institut universitaire de technologie*

JCP G – *La Semaine juridique - Edition générale*

JDI – *Journal du droit international*

JOAN – *Journal officielle de l'Assemblée nationale*

JORF – *Journal officiel de la République française*

LMD – *Licence, Master, Doctorat*

LPA – *Les Petites Affiches*

MEP – *Mode d'exercice particulier*

MICA – *Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité*

NHS – *National Health Service*

OMS – *Organisation mondiale de la santé*

ONDPS – *Observatoire national de la démographie des professions de santé*

PAC – *Praticien adjoint contractuel*

PACES – *Première année commune aux études de santé*

PADHUE – *Praticien à diplôme hors Union européenne*

PAE – *Procédure d'autorisation d'exercice*

PCB – *Certificat en Physique, Chimie, Biologie*

PCEP – *Premier cycle des études pharmaceutiques*

PCT – *Primary Care Trust*

PCEM – *Premier cycle des études médicales*

PH – *Praticien hospitalier*

PREM – *Plan régional d'effectifs médicaux*

PTMG – *Contrat de praticien territorial de médecine générale*

QCM – *Questionnaire à choix multiples*

RDS – *Revue Droit & Santé*
RDSS – *Revue de droit sanitaire et social*
RFDA – *Revue française de droit administratif*
RGDM – *Revue générale de droit médical*
RMC – *Revue du marché commun*
RMO – *Références médicales opposables*
RTDE – *Revue trimestrielle de droit européen*
SAEM – *Syndicat autonome des enseignants de médecine*
SIDES – *Système Informatisé Distribué d'Évaluation en Santé*
SISA – *Société interprofessionnelle de soins ambulatoires*
SROS – *Schéma Régional d'Organisation des Soins*
STAPS – *Sciences et techniques des activités physiques et sportives*
TCEM – *Troisième cycle des études médicales*
TFUE – *Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne*
TUE – *Traité sur l'Union européenne*
UCCMSF – *Union collégiale des chirurgiens, médecins et spécialistes français*
UA – *Université d'Anger*
UE – *Union européenne*
UE – *Unité d'enseignement*
UFR – *Unité de formation et de recherche*
UFP – *Université Fernando Pessoa*
UNPS – *Union Nationale des Professionnels de Santé*

INTRODUCTION

Lorsque l'on aborde la question de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales, il faut faire face aux nombreuses idées reçues que le sujet appelle. Celles-ci gangrènent le travail de recherche, échauffent les esprits de certains professionnels concernés et empêchent aujourd'hui d'avoir une réponse efficace à l'un des grands problèmes sociologique et sanitaire auquel est confronté le pays : une pénurie grandissante de personnels soignants. Les qualificatifs désignant cette sélection universitaire foisonnent et jouent le jeu de la surenchère ; tantôt « absurde et injuste », laissant voir une « difficulté inégalée dans l'enseignement supérieur français », cette sélection n'est finalement que « stressante et concurrentielle ».

La sélection universitaire dans l'accès aux professions médicale ; source de phantasmes et d'idées reçues

La formation universitaire aux professions médicales constitue-t-elle à ce jour l'une des formations les plus difficiles à suivre ? Nous nous interrogerons sur le fait de savoir si, alors que seulement 25% des étudiants de première année sont en moyenne amenés à poursuivre leurs études médicales après le concours de la Première année commune aux études de santé (PACES), cette sélection est plus forte que celle rencontrée par les étudiants de première année universitaire . Certes, la limite à deux inscriptions par étudiant est un élément sélectif non négligeable, puisque dans toutes les autres formations universitaires, l'étudiant peut repasser sa première année autant de fois qu'il le souhaite. Mais, la difficulté de cette formation n'est-elle pas sujette à certaines exagérations dans l'inconscient collectif ?

Cette première idée reçue aurait sans doute un impact indirect mais conséquent, car pourquoi certains étudiants tenteraient de s'inscrire dans des filières de contournement du *numerus clausus*, sans même passer par le concours de première année, s'ils n'étaient persuadés de ne pouvoir franchir cette sélection ? La principale conséquence de ce type de comportement serait bien entendu le développement de ces filières d'évitement du *numerus clausus*, qui ne sont pas toutes pérennes à l'heure actuelle. L'essor de la « filière roumaine » n'est aujourd'hui plus à prouver et l'initiative de Monsieur Bruno Ravaz, anciennement baptisée Fernando Pessoa, puis le CLESI et aujourd'hui l'ENSM, tend à se régulariser pour sa formation d'odontologie. Dès lors, ces formations, ainsi que certaines initiatives, comme la « Prépa

Médecine Orléans Zagreb », présentent-elles les garanties nécessaires pour les étudiants, en dépit d'un coût souvent exorbitant ?

Une seconde idée reçue, particulièrement tenace, réside dans le supposé « remplacement » de la filière de formation médicale universitaire, classique, par ces filières d'évitement. Aussi peut-on considérer que ces formations médicales alternatives tendent à prendre la place de la formation médicale traditionnelle ? Ainsi, on peut régulièrement lire que « depuis que cette formation universitaire latérale est connue, on estime que le nombre des jeunes français qui iront se former en Roumanie, en Hongrie, en Belgique, au Maroc, en Tunisie ou en Andorre finira par atteindre 40% des diplômés ». Les chiffres de l'Observatoire national de démographie des professions de santé (ONDPS), chargé de recenser les flux et les effectifs des principales professions médicales – à savoir, la médecine, l'odontologie, la maïeutique et la pharmacie – semblent pourtant formels et assez loin de ces estimations. Selon l'Observatoire, le nombre de praticiens exerçant dans l'hexagone avec un diplôme étranger représente 9,7% pour les médecins, 6,1% pour les odontologistes, 5,8% pour les sages-femmes et 1,5% pour les pharmaciens. Mais, ces chiffres concernent l'ensemble des praticiens et ne tiennent pas compte du pays d'origine du diplômé. La plupart du temps, il ne s'agit que d'une simple migration d'un praticien étranger vers la France, indépendamment de toute velléité de contourner la Paces et la sélection universitaire française dans l'accès aux professions médicales. La « filière roumaine » de contournement du *numerus clausus*, constitue à ce jour la principale « formation universitaire latérale », depuis que la formation belge est tombée en désuétude. Si l'on se rapporte aux chiffres avancés par l'ONDPS, les diplômés roumains représentent 19,6% des praticiens exerçant en France avec un diplôme étranger, mais seulement 2,6% de ce contingent est d'origine française. In fine, le contournement de la formation universitaire médicale classique, par les étudiants français soucieux d'éviter le concours de la Paces, ne représentera à ce jour que 1,2% des nouveaux diplômés, un chiffre qui a tendance, certes, à progresser, mais qui semblerait encore très loin des 40% annoncés.

La prolifération de ces voies d'évitement suscite également de la part des professions médicales règlementées concernées une vive inquiétude, celle-ci est-elle justifiée ? Il est souvent reproché, à la formation roumaine notamment, d'être lacunaire et inadaptée au fonctionnement spécifique du système de soin français. Si la réalité de cette appréciation est difficilement vérifiable, n'est-elle pas tempérée par le système des ECN, remplaçant le concours de l'internat ? Les épreuves nationales classantes, deuxième étape de la sélection universitaire dans l'accès à la profession médicale, nous donne des informations contradictoires. Ce système

très sélectif et compétitif a toutefois le mérite de garantir à chacun des candidats un poste d'interne, qui lui permettra, à terme, d'exercer sa profession sur le territoire national. L'aspect « concours » de ce dispositif réside cette fois dans la faculté de l'étudiant à obtenir la spécialité visée, accessible ou non en fonction du classement de l'étudiant. Ainsi, seuls les premiers auront accès aux spécialités les plus sélectives ; les derniers devant se contenter des postes restants.

Dès lors, quand certains praticiens dénoncent le faible niveau de leurs internes en ciblant systématiquement la formation roumaine, ne nous faut-il pas apporter un tempérament ? Le système des ECN, en garantissant à chacun des candidats une place en internat provoque le phénomène suivant : « l'étudiant qui a rendu copie blanche, [...] sera bon dernier mais sera interne et aura une place dans un hôpital ». De là pouvons-nous affirmer que les moins bons étudiants sont ceux issus des filières de contournement du *numerus clausus* ? Certes, les chiffres semblent nous montrer que les étudiants ayant fait leur formation en Roumanie sont généralement moins bien classés que ceux ayant fait leur formation en France, mais cela ne nous permet-il de généraliser sur la qualité de la formation dispensée à Cluj ?

Il convient d'abord de revenir sur le profil même des étudiants qui sont appelés à emprunter ce type de contournement. Il s'agit, pour la plupart, d'étudiants ayant échoué aux examens de la Paces. Nous le verrons, l'examen de première année se fonde sur des critères qui ne peuvent présager de la qualité et de la compétence du médecin que deviendra l'étudiant reçu. Il semble en revanche sélectionner les candidats les plus travailleurs. Compte tenu de la charge de travail considérable que représente la préparation de l'internat et donc des épreuves nationales classantes en France, n'est-il finalement pas logique que les étudiants revenant de Roumanie figurent le plus souvent en bas du classement des ECN ? Aussi, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que les étudiants les moins travailleurs, et ce indépendamment de la formation suivie, finissent aux dernière places des ECN ?

Le second élément qui pourrait tempérer la supposée faiblesse de la formation roumaine résiderait, encore une fois, dans la méfiance des professions réglementées à son égard. Si la préparation des ECN se fait essentiellement dans les manuels spécialisés, une partie non-négligeable est constituée de tutorats et d'examens blancs. Or, les enseignants et entités responsables de l'enseignement voient généralement d'un mauvais œil la prolifération des filières de contournement du *numerus clausus*. Les outils de préparation aux ECN sont ainsi logiquement réservés aux étudiants inscrits dans les universités françaises, délaissant les étudiants partis en Roumanie pour poursuivre leur formation à leur propre sort. Or, si ces étudiants n'ont pas accès aux mêmes outils de préparation, n'est-il pas logique que leurs

résultats soient de moindre qualité ? Nous pouvons toutefois ajouter que la formation roumaine n'empêche pas certains étudiants de très bien réussir leurs épreuves nationales classantes.

Enfin, une des plus importantes interrogations entourant le sujet de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales, est son impact sur l'offre de soin dans l'hexagone et ses conséquences sur la pénurie de médecins dans le pays. A force de limiter le nombre d'étudiants pouvant accéder aux formations médicales, ne s'est-on pas privé du personnel soignant nécessaire au bon fonctionnement de notre système de soins pour de basses raisons matérielles ?

Telle est la dernière interrogation que nous évoque la sélection draconienne mise en place par les pouvoirs publics dans l'accès aux formations médicales.

Les conséquences de cette sélection sur l'offre de soin dans l'hexagone

Cette sélection, qui existe maintenant depuis près d'un demi-siècle, avait au départ été mise en place pour lutter contre l'engorgement rencontré par ce type de formation au début des années soixante-dix. Parce qu'alors on ne disposait pas de suffisamment de places de stage pour accueillir tous les étudiants, il a été décidé de limiter le nombre de candidats admis à poursuivre une deuxième année universitaire. Ce nombre s'est ainsi réduit à un effectif déterminé au préalable et annuellement par le gouvernement, appelé *numerus clausus*. Cette locution latine, qui signifie « nombre fermé », est aujourd'hui tombée dans le langage courant et symbolise à elle seule le principal écueil qu'il faut franchir pour espérer obtenir un diplôme médical.

Dans le souci récurrent de freiner les dépenses de santé, les pouvoirs publics se sont rapidement intéressés à cette mesure, puisqu'elle permettait de limiter le nombre de nouveaux praticiens formés et donc à terme de restreindre les prescriptions. Ces dernières étant à la source de toutes les dépenses de santé, elles ont toujours fait figure, pour les gouvernements successifs, de bouc-émissaire idéal. Pourtant, certains courants économiques proposent de ne pas assimiler les dépenses de santé à un déficit traditionnel mais préfèrent les envisager comme un investissement fait sur la population. Un patient qui guérit est une force de production qui vient s'ajouter aux autres ressources en personnel du pays.

Toujours est-il que, rapidement, le *numerus clausus* devient l'arme favorite des gouvernements en mal de liquidités, qui militeront chaque année pour sa réduction. Le résultat sera symptomatique, puisqu'en 1992 le *numerus clausus* atteint le niveau dangereusement bas de 3 500 admis en deuxième année, contre 8 000 admis en 1971. Cet abaissement systématique

du *numerus clausus* a des conséquences directes sur l'offre de soin que l'on commence à ressentir dès le début des années 2010, avec la formation de déserts médicaux dans certaines régions sous-dotées. Si ce dispositif est d'abord uniquement réservé à la médecine, il s'est rapidement étendu à toutes les formations aux professions médicales, si bien qu'aujourd'hui la maïeutique et l'odontologie sont également touchées par une pénurie en personnels de plus en plus importante.

Bien qu'il en constitue le principal instrument, le *numerus clausus* n'est pas le seul outil de la sélection universitaire dans l'accès aux formations médicales. Les épreuves nationales classantes, qui surviennent en 6ème année de médecine, soumettent également les étudiants à des restrictions importantes. Si les candidats sont certains d'obtenir un poste, et cela quel que soit le classement qu'ils obtiennent à cette épreuve, ils ne pourront choisir la spécialité qu'ils exerceront qu'en fonction des places restantes. Le premier classé se positionnant en premier, il dispose d'un large choix ; mais les derniers se cantonnent systématiquement aux mêmes postes dans les mêmes régions.

Est-il alors normal que les mêmes régions bénéficient quasi systématiquement des moins bons candidats ? N'y a-t-il pas ici une rupture d'égalité dans l'accès à des soins de qualité ? Ces nombreuses interrogations doivent ici être posées pour envisager les conséquences de ces dispositifs dans leur globalité.

Face à une sélection, devenue de plus en plus importante au fil des années, les étudiants limités par leurs résultats de première année commune aux études de santé (PACES), ont su profiter de l'harmonisation prônée par l'Union européenne. La reconnaissance mutuelle des diplômes et des formations, consacrée par la directive de 2005 et avant par les directives sectorielles des années soixante-dix pour les professions médicales, assurent en effet aux étudiants qui partent se former à l'étranger et qui profitent de l'occasion pour contourner la sélection universitaire française, une formation reconnue dans toute l'Union. Ils peuvent ainsi, une fois leur diplôme acquis, rentrer en France pour y exercer la profession médicale qu'ils ont choisie sans jamais être inquiétés par le processus de sélection traditionnel. Ces voies d'évitement, qui se développent de plus en plus dans des pays émergents comme la Roumanie, sont protégées par les grands principes inhérents à la sauvegarde du marché intérieur, comme la libre circulation des travailleurs ou la libre prestation de services. Ainsi protégées par le droit de l'Union, les voies d'évitement semblent consacrer l'obsolescence de la formation médicale française et de son système hyper-sélectif.

Une sélection qui impacte les « professions médicales »

Les professions médicales françaises soumises à cette sélection universitaire pendant des décennies subissent de plein fouet les conséquences de ce dispositif et accusent aujourd'hui des carences qui ne peuvent être compensées que par l'arrivée de médecins étrangers. Mais qu'appelle-t-on ici « professions médicales » ? Et quelles sont-elles ?

Les professions médicales sont un sous-ensemble compris dans ce que l'on appelle communément les professions de santé. C'est un terme juridique consacré par la loi et le Code de la santé publique. L'article L.4111-1 du Code de la santé publique nous indique que sont comprises dans cette catégorie juridique, les professions de sages-femmes, d'odontologie et de médecine, et renvoie à d'autres dispositions législatives pour les définir précisément.

Ainsi, l'article L.4131-1 du Code de santé publique délimite les diplômes et les conditions nécessaires à l'exercice de la médecine ; l'article L.4141-3-1 fait de même pour la profession d'odontologie, communément appelée profession de chirurgie dentaire, et l'article L.4151-5 délimite la profession de sage-femme, aussi appelée maïeutique, en référence à la maïeutique de Socrate qui visait à « l'accouchement intellectuel » du philosophe.

Ces professions s'opposent aux formations paramédicales qui, bien que ce soit le cas pour certaines, ne disposent pas toutes d'un Ordre, chargé de réguler leur discipline. Les professions médicales, les professions paramédicales et la pharmacie constituent, ensemble, les professions de santé, qui sont elles aussi déterminées par le Code de santé publique à l'article L.4011-1.

Aussi, nous choisirons d'étudier plus en détail les professions médicales, c'est-à-dire l'odontologie, la médecine et la maïeutique et le système sélectif mis en place dans leur formation. L'étude de la pharmacie et de sa formation tout aussi sélective revêt un certain intérêt, mais n'étant pas concernée par la liberté d'installation dans les mêmes conditions que les autres professions médicales, les conséquences de la sélection universitaire se font peut être moins ressentir ; nous choisirons donc de ne l'aborder que rapidement. Si la sélection tend à faire son apparition dans la formation aux professions paramédicales, notamment depuis l'intégration de la formation de kinésithérapeute à la Paces, cette particularité est encore trop résiduelle pour permettre de nourrir notre étude.

Parmi ces professions médicales, nous reviendrons plus abondamment sur la médecine, qui constitue à ce jour la discipline la plus touchée par les conséquences de ce système

universitaire hyper-sélectif. Cette formation présente également la particularité de subir deux épreuves de sélection, puisqu'en plus de celle imposée par le *numerus clausus*, les étudiants de médecine sont soumis aux ECN, qui restreignent davantage l'accès à la discipline.

L'odontologie présente également un intérêt particulier car une initiative portugaise, qui fut un temps emmenée par la faculté de Porto, Fernando Pessoa (UFP), a tenté de s'implanter près de Toulon pour dispenser cette formation. L'UFP présentait la particularité de délivrer des diplômes portugais sur le sol français sans subir la sélection inhérente à cette formation. Elle constituait en cela une voie d'évitement que nous qualifierons « d'interne », ce qui était alors une première. Ainsi, l'intérêt que nous portons à cette discipline est essentiellement contextuel, car les pouvoirs publics, réfractaires à cette initiative, ont fini par y mettre un terme, offrant de nombreux contentieux juridiques à l'étude.

La maïeutique, dernière arrivée au sein de ce dispositif de sélection, présente elle moins d'intérêt car nous n'avons pas aujourd'hui suffisamment de recul pour évaluer les conséquences de ce procédé sur la démographie médicale liée à cette profession.

L'Etat garant d'une protection sanitaire de qualité

La protection de la santé de la population ressort de la compétence de l'Etat. Aussi, par l'Etat français est responsable de l'offre de soins présente sur le territoire national. La pénurie constatée dans certaines régions de France, qui résulte probablement de notre système universitaire trop sélectif, est un problème de santé publique et revêt en cela un intérêt particulier.

La première prise en main effective de la santé publique par l'Etat remonte à 1906, lorsque Georges Clemenceau était alors président du Conseil. Ce dernier crée un secrétariat d'Etat exclusivement consacré à l'hygiène publique. Ce dispositif, véritable ancêtre de notre ministère de la santé, marque la volonté qu'avaient les pouvoirs publics d'assurer une certaine qualité de soins à travers tout le pays. Le pas est finalement franchi avec la Constitution de 1946, qui consacre définitivement, dans son alinéa 11, une protection de la santé. Ce dernier dispose que « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, au travailleur et à la mère, la protection de la santé, le droit au repos et aux loisirs ».

La Constitution de 1958 ne reprend pas ce droit fondamental, mais cela n'a que peu d'incidence sur la réalité effective de la chose puisque rapidement, le Préambule de la Constitution de 1946 va être rattaché au bloc de constitutionnalité. Avec la décision du Conseil

Constitutionnel IVG de 1975, ce texte acquiert une valeur constitutionnelle ; un égal accès aux soins doit être garanti par l'Etat à tous les citoyens.

Ce rappel historique nous intéresse tout particulièrement en cette période de pénurie grandissante, où l'offre de soins ne peut plus être garantie de manière homogène dans tout le pays. Si la sélection universitaire est sans aucun doute la principale responsable de cette situation préoccupante, elle pourrait, si les pouvoirs publics décidaient de la manier avec dextérité, en devenir la solution. Nous essaierons d'envisager les possibles réformes à entreprendre, en s'inspirant de nos voisins européens pour se réapproprier un dispositif qui a complètement échappé à son maître. En attendant, les pouvoirs publics, contraints par leur obligation constitutionnelle, sont aujourd'hui obligés de faire appel à des praticiens étrangers pour répondre à une demande qu'ils ne peuvent plus assumer.

L'Etat garant d'une formation universitaire pérenne

Mais la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales n'est pas qu'un problème de santé publique. Pour preuve, le *numerus clausus* n'est pas déterminé chaque année uniquement par le ministère de la santé. L'arrêté ministériel déterminant le nombre d'étudiants inscrits à la Paces qui seront autorisés à poursuivre leur formation, est établi conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Aussi, le sujet nous appelle à réfléchir également sur le pendant universitaire de la formation médicale. Cette fois le monopole étatique est total.

En effet, l'enseignement destiné à la formation médicale est en France presque exclusivement public. Il existe à ce jour une seule initiative privée, l'Institut catholique de Lille, qui propose de dispenser des formations d'odontologie, de médecine et de maïeutique. Cependant, cet établissement s'est intégré au dispositif public puisqu'il partage comme les autres universités françaises le même *numerus clausus*. Si le terme « université » est un titre réservé aux établissements qui dispensent un enseignement public, reconnu par l'Etat, la formation médicale n'est pourtant pas réservée à ce type de structure. L'article L.731-1 du Code de l'éducation précise en effet que la France ne peut s'opposer à l'ouverture d'un établissement privé, car cela contreviendrait à la liberté de l'enseignement supérieur privé, consacrée dans ce même article. Nous avons ici l'une des principales difficultés qu'ont rencontrées les pouvoirs publics quand ils ont tenté de mettre un terme à l'initiative portugaise de Fernando Pessoa. Ils s'étaient alors retranchés sur le détournement du titre « université », pour faire vaciller l'édifice.

Toutefois, les établissements privés ne peuvent échapper aux dispositifs de sélection propres aux universités de médecine française. Aussi, si l'Etat ne dispose pas d'un monopole dans l'enseignement des formations médicales, la sélection reste applicable, quelle que soit la structure choisie pour ces formations. Cet obstacle qui se met sur la route de milliers d'étudiants chaque année, puisqu'on estime que la Paces présente un taux de réussite de 25%, n'est pourtant pas toujours très pertinent dans sa réalisation. Parce qu'il se cantonne à des matières scientifiques et délaisse des matières plus littéraires comme l'éthique ou l'histoire de la médecine, le *numerus clausus* sélectionne un type de candidat qui n'a pas forcément le profil que l'on attend d'un praticien. Le développement considérable que connaît aujourd'hui le droit de la santé appelle les médecins à faire face à de nouveaux défis auxquels leurs études ne les préparent pas. La réforme de 2009, à l'origine de la Paces, n'est pas allée jusqu'au bout de ses ambitions et il subsiste aujourd'hui dans ces formations, des lacunes préoccupantes.

Une sélection universitaire française dans un marché européen

Dans ce monopole étatique des soins et de l'enseignement supérieur, il ne faut cependant pas oublier la place qu'a aujourd'hui prise l'Union européenne. Depuis le début des années 2000, l'Union encourage l'harmonisation complète des systèmes universitaires parmi les Etats membres. Ainsi le système Licence, Master, Doctorat, (LMD) a été intégré à toutes les formations européennes et les professions médicales ne font pas exception. En France, ce système n'a été transposé qu'avec la réforme de 2009 qui a créé la Paces. Il existe désormais, dans l'enseignement supérieur, une « Licence santé ». Cette harmonisation permet ainsi à n'importe quel étudiant européen de faire valoir ses aptitudes et son niveau scolaire dans tous les Etats membres et de poursuivre ses études dans n'importe quel Etat membre.

Mais, la reconnaissance mutuelle des formations n'est pas le principal avantage qu'octroie l'Europe à ses étudiants. Une directive de 2005 consacre désormais une reconnaissance mutuelle des diplômes à travers tout le territoire européen. Ce dispositif permet ainsi à un médecin anglais d'être reconnu comme tel sur le sol portugais, ce qui lui permet d'y exercer sa profession. Loin d'être une nouveauté pour les professions médicales, cette directive est venue généraliser une pratique déjà courante pour les diplômes de santé. Toutefois, certaines interrogations demeurent. Cette reconnaissance mutuelle des diplômes est avant tout un outil politique de l'Union qui lui permet d'assurer l'intégration plus effective de ses membres les plus récents. Aussi, cette reconnaissance mutuelle n'est-elle pas attribuée à certaines formations de manière trop systématique ? Les vérifications nécessaires à la reconnaissance de cette équivalence n'ont-elles pas été parfois délaissées au profit d'intérêts politiques ?

Toutes ces questions devront être débattues pour comprendre la méfiance persistante que semble vouloir opposer les pouvoirs publics français aux praticiens qui se sont formés ailleurs dans l'Union européenne.

Malgré tout, pour tous les étudiants déçus par leur classement de première année, cette reconnaissance mutuelle des diplômes et des formations est une véritable aubaine. Elle leur permet en effet de contourner la sélection française en allant se former dans un autre pays de l'Union. Si certains Etats sont las d'accueillir chaque année des centaines de français en mal de formation médicale, d'autres ont profité de cette opportunité pour développer un véritable commerce aux retombées plus que lucratives. La Roumanie, au premier rang de ceux-ci, accueille chaque année de plus en plus d'étudiants français au sein de structures mises en place spécialement pour eux. Cette pratique se démocratise de plus en plus, au point de constituer aujourd'hui un véritable circuit parallèle de formation aux professions médicales ; le système hyper-sélectif mis en place par la France ne pouvant rien face au droit de l'Union européenne et aux grands principes qui consacrent le marché intérieur.

Aussi on a pu un temps s'interroger pour savoir si la sélection universitaire française dans l'accès aux professions médicales était toujours pertinente dans un contexte d'harmonisation prôné par l'Union européenne.

Dans le cadre d'une précédente étude, nous avons alors décidé d'aborder le sujet sous deux angles distinct, afin de le traiter dans sa globalité. Le premier consistait à considérer la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales comme un obstacle trop difficile à franchir pour les étudiants qui, de toute façon, pouvaient aujourd'hui se tourner vers l'Europe pour le contourner. Si cet angle d'approche est très souvent mis en avant par une doctrine et une profession médicale de plus en plus défavorable au *numerus clausus*, il est généralement fondé sur des statistiques qui, comme nous le verrons, ne peuvent suffire pour refléter l'exactitude de la situation. Aussi, nous avons dû relativiser cette apparente difficulté que semble contenir la sélection imposée par le *numerus clausus*. Car si les 80% d'échec inhérent à la première année commune aux études de santé semblent présager d'une difficulté considérable, nous avons vu qu'en réalité l'échec à cet examen tenait plus au baccalauréat qui n'exerçait plus son rôle de filtre qu'aux capacités réelles exigées des candidats. Régulièrement considérée comme l'une des formations les plus difficiles à intégrer, nous avons tenté d'abattre les faux-semblants dans lesquels beaucoup se réfugient, pour expliquer concrètement à quoi ressemble une première année d'odontologie ou de médecine.

Toutefois, il est vrai que les étudiants qui partent se former à l'étranger, pour contourner le *numerus clausus* ne le font pas dans le but de pallier les carences ressenties dans l'hexagone en matière d'effectifs de soignants, mais bien pour des raisons personnelles directement liées à leur échec au cours de leur deux Paces. Aussi, cette approche était alors constamment présente dans notre travail pour expliquer certains comportements.

La seconde approche, qui avait concentré la majeure partie de notre travail, concernait l'impact de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales sur l'offre de soins disponible dans notre pays. Parce qu'il restreint le nombre d'étudiants qui accèdent à la formation de médecin ou de dentiste, le *numerus clausus* a fait, au fil du temps, fortement chuter les effectifs de soignants dans l'hexagone et contribue en cela à l'émergence d'un véritable problème de santé publique. Nous l'avons vu, l'égal accès aux soins est un principe constitutionnel protégé par notre bloc de constitutionnalité. L'apparition grandissante de déserts médicaux dans de nombreuses régions françaises doit donc être résorbée.

La question de l'obsolescence supposée du système de sélection universitaire des formations aux professions médicales doit être replacée dans le contexte qui était le sien alors. En 2012 quand nous avons entamé ce travail dans le cadre d'un mémoire de fin d'études, plusieurs éléments abondaient dans le sens d'une probable révolution dans le domaine. Après cinq années d'activité effective, les filières roumaines étaient sur le point de livrer leurs premiers résultats aux ECN français, en rapatriant dans l'hexagone son premier contingent d'étudiants partis contourner le *numerus clausus* à Cluj. La Belgique tentait de limiter l'accès aux étudiants français à ses formations médicales mais semblait alors se confronter aux grands principes de l'Union ; elle parvenait finalement à mettre en place ce que beaucoup ont appelé la « roulette belge », un système de tirage au sort qui venait filtrer 30% des étudiants français désireux de poursuivre leurs études en Wallonie. A l'intérieur de ses frontières, la France et sa formation médicale n'étaient pas en reste. Si le *numerus clausus* s'était stabilisé, aucun indice ne semblait annoncer sa réévaluation pourtant rendue nécessaires par la formation grandissante des déserts médicaux. L'initiative Fernando Pessoa semblait alors également amorcer un changement inéluctable dans le domaine de la formation médicale, avec la délocalisation de diplômés étrangers en France, amenant aux étudiants français le contournement du *numerus clausus* jusqu'à chez eux sans qu'ils n'aient besoin de partir à l'autre bout de l'Union européenne. La confiance affichée par Bruno Ravaz, que nous avons rencontré à l'époque, semblait témoigner de la pérennité de l'initiative, en dépit de la grogne importante des pouvoirs

publics et des professions concernées. Il nous semblait bien que ce type d'initiatives n'en était qu'à ses débuts.

Cinq années d'évolution

En cinq ans pourtant, le contexte entourant la sélection universitaire française dans l'accès aux professions médicales a considérablement changé. Sans doute relancé par les initiatives privées du type « Fernando Pessoa », les pouvoirs publics ont finalement choisi d'augmenter le *numerus clausus* ces dernières années. Si cette hausse n'a, dans l'immédiat, que peu d'impact sur les déserts médicaux, et ce malgré la régionalisation du concours, un message fort est envoyé aux étudiants désireux de se lancer dans la Paces avec la promesse d'une difficulté sans doute revue à la baisse. Toujours concernant la formation française à proprement parler, le système LMD, imposé en 2009, commence à produire ses effets sur les formations médicales. Celles-ci ne sont plus esseulées comme elles pouvaient l'être du temps des PCEM1 et autre DCEM1 et font désormais corps dans un système universitaire harmonisé. Les conséquences sont doubles ; d'abord, les étudiants disposent de véritables voies de réorientation s'ils sont confrontés à l'échec du concours de la Paces. Bien que souvent assez éloignées de leurs ambitions originelles, ces filières ont le mérite d'exister et encouragent certains à ne pas se lancer dans l'une des voies de contournement.

Cette réorientation, maintenant rodée et effective, permet également à certains étudiants d'effectuer le cheminement inverse. Ils peuvent s'inscrire en licence scientifique et demander, au bout d'une ou deux années, si leurs résultats le leur permettent, une équivalence en 2ème ou 3ème année de médecine ou d'odontologie. Si cette équivalence n'a rien de systématique, elle tend à s'étendre et de plus en plus d'étudiants s'inscrivent dans des filières comme la biologie pour prétendre à la formation de médecin et ou d'odontologie sans avoir à passer par la Paces et son *numerus clausus*.

Les pouvoirs publics, qui semblent avoir repris la main, notamment du fait du problème de la pénurie de médecins, sont finalement parvenus à éteindre les velléités privées et internes de contournement du *numerus clausus*. L'université Fernando Pessoa, devenue entre-temps le CLESI et aujourd'hui l'ESEM, n'est plus autorisée à dispenser une formation en odontologie sur le territoire français. Résultat d'une longue procédure entre l'établissement et les principaux syndicats de dentiste, cette fermeture est surtout le fait de la loi dite « Fioraso », qui est venue en 2013, contraindre les initiatives privées souhaitant proposer une formation médicale à l'obtention d'un agrément ministériel. La mesure ayant été prise pour satisfaire une profession

mécontente, ni le CLESI, ni l'école préparatoire Médecine Orléans Zagreb, nouvellement arrivée sur le marché, ne sont parvenus à obtenir le dit agrément. L'ESEM s'est finalement rapproché du mode de fonctionnement des filières roumaines, puisqu'elle propose toujours une formation en odontologie mais celle-ci est désormais délivrée en Irlande, en français, puis au Portugal, en anglais et en portugais.

Concernant nos voisins les plus proches, la Belgique n'est aujourd'hui plus du tout ciblée par les étudiants désireux de contourner la sélection imposée par la Paces. Si l'instauration de la « roulette belge » et de son tirage au sort garantissait la pérennité de ce contournement pour les étudiants français, la récente mise en place d'un *numerus clausus*, en fin de première année pour les universités wallonnes, sonne définitivement le glas de cette filière d'évitement. Certes, le tirage au sort limitait l'accès des étudiants français aux formations médicales wallonnes, mais il avait le mérite de garantir la pérennité de ce contournement aux étudiants qui avait la chance d'être choisis. L'instauration d'un concours en fin de première année avec *numerus clausus* est venue définitivement éteindre toute possibilité française de contournement. L'abandon est tel, que pour la première fois depuis des décennies, les universités wallonnes ne complètent pas leurs effectifs dans les formations médicales pour la rentrée de 2017. Nous le verrons, la Belgique étant la seule alternative francophone envisageable dans l'Union ; la fermeture de la « filière Wallonne » n'est pas sans conséquence sur les effectifs d'étudiants qui chaque année contournent le *numerus clausus*. Si leur nombre tendaient à légèrement augmenter chaque année, pour la première fois cette année, il semble régresser.

La « filière roumaine » est finalement la seule voie d'évitement qui n'a pas réellement connue d'évolution au cours de ces cinq années. Les premiers résultats aux ECN sont maintenant connus et même si cela ne présage pas nécessairement de la bonne ou mauvaise qualité de la formation, ces résultats sont dans l'ensemble plutôt décevants. Les étudiants des universités roumaines doivent en effet généralement se contenter des dernières places aux épreuves nationales classantes et n'ont donc que rarement accès à toutes les spécialités médicales. Néanmoins, un étudiant qui sort de deux échecs en Paces, qui n'a donc plus aucun recours pour poursuivre une formation médicale dans l'hexagone, sait désormais avec certitude, qu'en partant à Cluj et moyennant un financement conséquent, il pourra poursuivre ses ambitions, devenir médecin ou dentiste et exercer en France. Certes s'il est peu probable qu'il ait accès à des formations comme celle de radiologue et de chirurgien, il obtiendra sans problème un diplôme en médecine générale quelque part dans le pays. La méfiance de la profession à

l'encontre de cette formation, appuyée par une presse souvent mal informée et peu encline à changer d'approche tant le tapage que provoque chaque article sur le sujet leur est profitable, sont autant d'éléments qui se mettront toutefois au travers du parcours de l'étudiant qui sera régulièrement confronté à certaines discriminations trop souvent injustifiées.

Aussi en cinq années d'évolution, l'obsolescence annoncée de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales ne semble plus tellement d'actualité. Les pouvoirs publics ont finalement repris en main le *numerus clausus* et sérieusement limité toute voie d'évitement interne avec la mise en place d'une nécessaire procédure d'agrément. La reconnaissance mutuelle des diplômes et formations, garantie par le droit de l'Union sur tout son territoire, prend parfois des allures d'utopie, tant certaines contraintes matérielles comme la langue ou le coût du voyage semblent limiter son effectivité. Ne reste à ce jour que la voie d'évitement proposée par les « filières roumaines », qui demeurent pérennes et viables, mais avec ses 400 étudiants formés chaque année, tous ne souhaitant pas nécessairement rentrer en France, nous sommes aujourd'hui bien loin de la formation classique française et des 8 000 médecins qu'elle produit chaque année. Avec l'augmentation du *numerus clausus* dans les années qui viennent en France et les limites structurelles qui semblent atteintes en Roumanie, cet écart ne devrait pas changer et la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales françaises semble promise à un avenir durable.

Si l'obsolescence de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales n'est plus d'actualité, il convient de revoir l'impact de l'Union européenne sur les formations médicales françaises. Force est de constater qu'en dépit des éléments qui les composent, les grands principes de l'Union ne parviennent pas à proposer une alternative à la formation française et parviennent tout au plus à proposer un complément. Le marché européen ne propose pas encore aux étudiants limités par la Paces et son *numerus clausus*, un choix libre et franc ; en témoigne l'infime nombre d'étudiants partis contourner la première année de formation médicale sans avoir au préalable tenté et épuisé leurs chances dans l'hexagone.

Mais, les conséquences du système français de sélection dans l'accès aux professions médicales sur l'offre de soin et sur la formation des déserts médicaux continuent d'exister, en dépit de l'augmentation conséquente du *numerus clausus*. Rappelons qu'une augmentation du *numerus clausus* n'impacte que la première année de l'étudiant et que les conséquences de ces fluctuations ne seront visibles qu'après sa sixième année, quand il pourra enfin s'établir et combler les lacunes laissées par des praticiens qui partent à la retraite aujourd'hui. Maintenant qu'il semble établi que les formations « latérales » qui reposent sur les principes de l'Union ne

pourront jamais remplacer la formation médicale française, ne peut-on pas considérer qu'elles participent tout de même à l'amélioration de l'offre de soin dans l'hexagone, et cela pour un coût modique, puisque ne relevant pas de l'Etat ? Le principe de libre circulation des travailleurs avancé par l'Union européenne peut-il participer à la résolution des problèmes conséquents, laissés par une formation médicale française limitée par son système de sélection ?

Il conviendra ainsi d'aborder les rapports particuliers qu'entretiennent les professions médicales avec les pouvoirs publics et l'Etat. A l'instar des nombreuses études supérieures, les études médicales représentent un coût important pour les pouvoirs publics et justifient le contrôle et la mainmise de leur part. Une seconde justification à l'intervention de l'Etat, cette fois-ci spécifique à cette formation, découle de son rôle essentiel dans la gestion de l'offre de soins dans le pays. Aussi, face à ces deux tenants, nous verrons que ce système de sélection dans l'accès aux professions médicales a été mis en place par la nécessité de réguler l'accès à ce type d'études. En effet, il est aisé de mesurer l'importance des professions médicales pour une nation ; l'Etat témoigne donc logiquement d'une forte volonté de garantir une certaine qualité et une bonne efficacité du diplôme. Pour illustrer la dualité de compétence qui s'oppose, il convient de revenir sur l'état d'esprit dans lequel le législateur s'est finalement penché sur la réforme des études de santé de 1979 ; deux aspects essentiels devaient alors retenir l'attention du législateur : « celui de la démographie médicale et celui de l'organisation des études de médecine ». Ainsi, le maintien de la qualité du diplôme exigeait alors une diminution du nombre de médecins, quand la garantie de l'efficacité du diplôme devait permettre la formation d'excellents médecins ; « ces deux aspects de la question ont constitué la principale justification de cette réforme, en dehors des questions réglementaires européennes ».

Nous analyserons ensuite les conséquences du système de sélection dans l'accès aux professions médicales sur l'offre de soins dans le pays. Ainsi, nous établirons une corrélation directe entre le *numerus clausus* et la formation des déserts médicaux dans l'hexagone, qui de fait enclenche un phénomène qu'une simple augmentation de ce nombre ne suffit plus à limiter. Le processus de sélection, pour les professions médicales et particulièrement pour celle de médecin, est la source d'une ramification particulièrement complexe qui aboutit à une forme de « maillage géographique » avec les épreuves nationales classantes qu'il est difficile de pondérer. Il faut ajouter aux tentatives étatiques de réforme de la formation aux professions médicales, l'influence, ici encore, de l'Union européenne, qui tente d'harmoniser toutes les formations dispensées sur son territoire au sein d'un bloc universitaire homogène et qui vient limiter d'autant toute velléités étatiques.

Ces éléments, mis côte à côte, plongent les pouvoirs publics dans une forme d'immobilisme qui n'aide alors pas à répondre efficacement aux problèmes que provoque la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales, et c'est naturellement vers nos voisins européens qu'une solution pourrait être envisagée.

C'est grâce à deux grands principes fondateurs de l'Union européenne que semble naître un embryon de solution qu'il conviendra d'envisager. Le principe de libre circulation des travailleurs, reposant conjointement sur le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes et sur le principe de non-discrimination, permet en effet aux étudiants français de poursuivre une formation médicale dans un autre Etat membre de l'Union pour ensuite la faire reconnaître en France et ainsi prétendre à l'équivalence d'un diplôme français sans avoir à subir les affres de son système sélectif. Si dans les années soixante-dix, à l'aube de l'élaboration des premières « directives médecin », certains observateurs espéraient l'élaboration d'une « Europe blanche » avec l'avènement de professions et de formations médicales parfaitement harmonisées, c'est finalement un tout autre choix qui fut fait. Privilégiant l'effectivité des principes à leur application pleine et entière, le législateur européen opte finalement pour une équivalence des diplômes minimale mais redoutablement efficace et automatique. Si l'effectivité des grands principes est alors préservée, ce choix est à l'origine de la méfiance grandissante des professions médicales entre elles, selon qu'elles dépendent d'un Etat ou d'un autre, en dépit du supposé respect du principe de non-discrimination.

Nous achèverons notre étude sur les différents dispositifs mis en place pour les étudiants français, leur permettant de contourner la sélection dans l'accès aux professions médicales. Qu'ils s'agisse de solutions externes, comme la « filière roumaine », ou internes, comme l'initiative Fernando Pessoa, nous les rassemblerons au profit de deux sous-ensembles de diplômes : les « diplômes à vocation française », qui concernent tous les dispositifs français ou étrangers offrant à nos étudiants les infrastructures leur permettant de contourner le *numerus clausus* et les « diplômes à vocation européenne », qui rassemblent les autres diplômes pouvant ou non avoir un impact sur l'offre de soins en France et en Europe.

Dès lors, deux volets seront abordés dans le cadre de notre démonstration. L'aspect interne d'abord, propre à la France et les justifications qui se cachent derrière l'instauration de ce type de sélection, ses conséquences sur l'offre de soins et les tentatives étatiques mises en place pour y remédier (Partie 1). L'aspect externe ensuite, fondé sur le droit de l'Union et ses grands principes, tels que la libre circulation des travailleurs, la reconnaissance mutuelle des diplômes et son pendant supplétif, le principe de non-discrimination, pour établir la manière

dont l'étudiant français peut poursuivre sa formation à l'étranger en contournant la Paces et son *numerus clausus* (Partie 2).

PARTIE I - La sélection universitaire française ou la restriction de l'accès à la profession médicale

Au centre de bien des phantasmes et des polémiques, la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales agite de nombreux débats depuis son durcissement à la fin des années soixante-dix en France.

Tant par leurs justifications, que nous pouvons qualifier de « fluctuantes », que par leurs conséquences sur l'offre de soins dans le pays, le *numerus clausus* et les épreuves nationales classantes (ECN) alimentent les déceptions, les craintes et dernièrement les dispositifs de contournement, qui nous poussent à nous interroger sur leur bienfondé.

C'est pourtant sur de simples exigences structurelles que ce système de sélection a vu le jour. Les pouvoirs publics ont ainsi d'abord été contraints de limiter le nombre d'étudiant appelé à devenir médecin car le pays ne disposait pas des places en stages nécessaires à leur formation. Mais rapidement cette limitation par le *numerus clausus* est venue susciter des convoitises et de l'intérêt pour d'autres raisons bien éloignées de celles qui l'ont fait naître. Les gouvernements successifs, soucieux de limiter les dépenses de santé ont vu dans le dispositif sélectif dans l'accès aux professions médicales, un bon moyen de réduire le nombre de praticien, et donc le nombre de prescriptions, ainsi contrôler les dépenses liées à la sécurité sociale. Ce raisonnement dangereux a trouvé un écho très favorable auprès des praticiens libéral qui craignant la pléthore de médecin, y voyais un moyen efficace de limité la concurrence.

S'ensuivent alors quarante années de baisse systématique du *numerus clausus*, qui aboutiront bientôt à la formation de déserts médicaux et à une pénurie grandissante de personnel soignant dans le pays.

Aussi il convient d'opposer les raisons qui contraignent encore aujourd'hui l'Etat français à maintenir ce dispositif sélectif dans l'accès aux professions médicales (Titre 1), pour ensuite comprendre comment l'Union européenne et les difficultés sanitaires que rencontre notre pays, imposent aujourd'hui sa remise en question (Titre 2).

TITRE 1 : L'intérêt de l'Etat pour la sélection et la formation médicales

La formation aux professions médicales, est considérée en France comme l'une des formations universitaires les plus sélectives. La mise en place, dès la première année, d'un *numerus clausus*, ainsi que l'élaboration des épreuves nationales classantes, contribuent à alimenter les déceptions, les aigreurs et parfois même les fantasmes d'un grand nombre d'étudiants.

Si les conséquences, aujourd'hui largement contestées, du *numerus clausus* sont au cœur du débat relatif aux carences en personnel soignant sur le territoire national, sa mise en place relève d'une longue réflexion de la profession, qu'il serait hasardeux de négliger. Parallèlement, ce système sélectif, qui n'a pas cours partout sur le territoire de l'Union, doit respecter et intégrer les principes de non-discrimination et de reconnaissance mutuelle des diplômes. La question se pose alors de savoir si le respect de ces principes ne conduit pas à amenuiser considérablement la portée de cette sélection, par le biais de contournements interétatiques.

Aussi que reste-t-il aujourd'hui de la sélection universitaire dans l'accès à la profession médicale, et particulièrement de son *numerus clausus* ? Les motivations des pouvoirs publics et de la profession lors de sa mise en place sont-elles toujours d'actualité face à l'expansion grandissante des déserts médicaux et aux contournements mis en place par l'harmonisation européenne ?

La profession, comme les pouvoirs publics, répondent par l'affirmative et maintiennent la nécessaire régulation de l'accès aux études médicales (Chapitre I), l'Etat restant le seul dépositaire et le seul garant de ce dispositif sélectif dans l'accès aux professions médicales (Chapitre 2)

CHAPITRE 1 : La nécessité de réguler l'accès aux études médicales

Fondée sur une pratique ancestrale, la réglementation des professions médicales et particulièrement, celle de la profession de médecin a connu une évolution majeure au milieu des années soixante-dix. La mise en place d'un concours classant limité par un *numerus clausus*, cristallise aujourd'hui l'écueil principal auquel chaque étudiant, désireux d'entreprendre une carrière dans le domaine, est confronté. Si cette sélection drastique, est aujourd'hui au centre d'un débat important, elle est parfois portée par de nombreux fantasmes et mythes qui accentuent la supposée difficulté de ces études¹ et viennent parfois scléroser le débat. Les raisons qui ont poussé la formation médicale à se doter de ce type de sélection sont multiples.

Elles sont multiples d'abord par leurs sources. Réclamée par les pouvoirs publics, comme par la profession elle-même, cette sélection n'est pas justifiée pour les mêmes raisons et n'a pas toujours les mêmes conséquences. Elles sont également multiples par leurs formes. Il existe aujourd'hui deux types de sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales. La première, caractérisée par le *numerus clausus*, est commune à la plupart des formations médicales, qu'il s'agisse de la médecine, de l'odontologie, de la kinésithérapie et de la maïeutique. Ces disciplines sont toutes contraintes à une même première année qui vient limiter l'accès des étudiants à ces formations. S'agissant d'une première année commune, les effets du *numerus clausus* sont moins conséquents pour la maïeutique, discipline souvent délaissée par les étudiants, que pour la médecine. Les premières places sont généralement toujours prises par des étudiants souhaitant se former à la médecine, parfois à l'odontologie, mais jamais par des étudiants souhaitant devenir sage-femme.

Les épreuves classantes nationales (ECN) constituent la seconde sélection universitaire mise en place, et elle est cette fois spécifique à la médecine. A la différence du *numerus clausus*, qui heureusement intervient tôt dans la formation universitaire, les ECN ne constituent pas une fin de non-recevoir pour les étudiants de 7^{ème} année, puisque ces derniers sont tous assurés de disposer d'une place et d'une spécialisation dans un centre hospitalier universitaire du territoire français. La sélection s'opère cette fois sur les choix et la liberté qu'a l'étudiant de choisir le lieu et la spécialité qu'il souhaite exercer. Les premiers classés disposent d'un choix libre et

¹ On estime aujourd'hui, que la réussite au concours de P1 est de l'ordre de 25%, c'est assez faible nous en conviendrons mais pas très éloigné de ce qui est observable dans d'autres filières comme le droit, qui ne dispose pas de *numerus clausus*.

large sur le métier, quand les derniers doivent se satisfaire de disciplines souvent délaissées par la profession.

Bien que très souvent incomprises par l'étudiant désabusé, les raisons qui ont contraint à la mise en place de cette sélection sont nombreuses mais diffèrent en fonction de l'acteur qui l'a entreprise. Cette sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales est ainsi le résultat de deux volontés qui se sont rencontrées : celle de la profession d'abord, souhaitant une régulation du nombre d'étudiants afin de garantir la qualité de la formation médicale (Section 1) ; celle des pouvoirs publics ensuite, désireux de cette régulation pour garantir cette fois-ci une efficacité économique au diplôme de médecin (Section 2).

Section 1 : Une régulation nécessaire pour garantir la qualité de la formation médicale

Depuis les prémices d'une organisation de la profession médicale, la crainte de la concurrence, de la pléthore de médecins, est une dimension essentielle de ce corps de métier. Si l'on peut y voir la manifestation d'un sentiment corporatiste et élitiste, cette dynamique de dénonciation régulière du trop grand nombre de médecins, ou d'étudiants en médecine, a également un fondement rationnel lié à la nécessité d'offrir à chaque futur médecin les moyens d'une éducation médicale de qualité, qui bénéficiera évidemment, à terme, aux malades. Il est difficile de faire la part des choses entre élan protectionniste et nécessité de protéger une profession essentielle à la bonne santé d'une population. Cependant, la réalité des mesures régulièrement prises en vue de protéger l'accès au métier de médecin témoigne tout de même d'une réelle volonté de garantir la meilleure formation possible aux médecins. Et cette quête de qualité se fait d'abord par la réduction du nombre d'étudiants admis dans les études médicales, à travers le *numerus clausus* (Paragraphe 1), puis par la généralisation de l'accès à une formation pratique hospitalière, à travers le passage d'un concours élitiste de l'internat à l'instauration d'examens classants obligatoires (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Moins d'étudiants pour une meilleure formation : l'intérêt du *numerus clausus*

Régulièrement, des revendications du corps médical ont émergé en faveur de l'instauration d'un concours au début des études médicales. Un premier mouvement en ce sens a vu le jour dans les années 1920-1930, à un moment où le concours de l'externat devient plus sélectif, puis de nouveau au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Il semble que les situations exceptionnelles mobilisant fortement la communauté médicale, favorisent l'émergence de revendications, de la part des médecins, pour une formation plus sélective. C'est finalement dans les années 1960-1970, à la suite des événements de mai 1968, que la mobilisation de certains médecins pour un grand concours de sélection finit par payer. Deux arguments sont alors mis en avant : la nécessité de limiter le nombre d'étudiants inscrits (A), et l'utilité de maintenir le prestige de la profession médicale (B).

A) La nécessaire limitation du nombre d'étudiants inscrits en médecine

Avant que ne soit mis en place le *numerus clausus*, la sélection entre les étudiants en médecine se faisait autrement et dans deux domaines différents. Une « sélection » universitaire existait de fait à travers les examens, classiques, de fin d'année, qui permettaient un passage au

niveau supérieur. Mais, une autre sélection s'effectuait : une sélection hospitalière cette fois-ci. En effet, un premier concours, celui de l'externat, offrait aux lauréats la possibilité d'apprendre au contact des malades et des médecins en activité à l'hôpital. Ce premier concours ouvrait la voie à un second, l'internat, que seuls quelques chanceux réussissaient afin de devenir praticien hospitalier. Une double sélection, universitaire et hospitalière, existait donc. Toutefois, l'externat a fini par devenir obsolète et est finalement supprimé face aux revendications étudiantes pour une plus grande égalité d'accès, correspondant davantage au modèle républicain.

1. L'explosion progressive de la demande par rapport à l'offre : les échecs de l'externat

Avant 1968 et depuis un décret de 1802², seul un concours d'externat permet d'opérer une première sélection entre les étudiants en médecine. Ce concours est accessible à partir de la deuxième année d'études et se compose initialement d'un oral et un écrit, jusqu'à ce que seul l'oral subsiste après une première vague de changement dans les années 1920-1930. Aucun programme des épreuves n'est prévu, mais les mêmes questions revenant souvent, les annales permettent aux étudiants de se préparer au mieux, chaque année. Dans l'histoire de l'externat, deux périodes sont à distinguer lorsque l'on souhaite comprendre les événements qui ont amené à sa remise en question en 1968.

Ainsi, avant la Première Guerre mondiale, et donc pendant plus d'un siècle, le concours est relativement simple, la sélection est faible, voire inexistante, tant le nombre de candidat peine parfois à dépasser le nombre de postes disponibles³. Le rôle des externes reste toutefois limité et se traduit souvent par un simple travail d'observation, tant les gestes techniques qui leur sont réservés sont peu nombreux – pansements, saignées, autopsies. Les externes sont placés sous la surveillance de leurs aînés internes, et doivent respecter une discipline stricte. Leur principal privilège est d'avoir le droit, et même l'obligation, de se présenter au concours de l'internat. L'internat est alors un concours présentant une difficulté certaine puisque seulement 10 à 15% des candidats sont reçus. Or, les enjeux sont importants puisqu'il s'agit pour l'interne de se voir confier, pendant quatre années, des responsabilités hospitalières, encadrées, afin de bénéficier d'une formation de qualité, dont il pourra se prévaloir par la suite. Par ailleurs, le titre d'interne est un véritable « sésame » pour espérer une carrière hospitalière⁴.

² Le décret du 4 Ventôse an X (23 février 1802) institue à la fois l'externat et l'internat.

³ POIRIER J., « Fonctions et privilèges des externes des hôpitaux de Paris (1802-1968) », *La revue du praticien*, janvier 2014, vol.64, p.142-145

⁴ *Id.*

Les femmes obtiennent le droit de se présenter à l'externat en 1882 et à l'internat en 1885⁵. En dehors de l'accession à l'internat, le statut d'externe ne présente que peu d'attraits ; les externes ne sont pas rémunérés et leur position sociale manque cruellement de prestige.

Un premier changement s'opère ensuite dans les années 1920-1930, au sortir de la Première Guerre mondiale, lorsque la sélection entre les étudiants se durcit. De plus en plus contesté, car sujet au favoritisme, le concours de l'externat est modifié pour ne plus comporter que des épreuves écrites et anonymes, dont le programme est publié pour la première fois. Le rôle de l'externe, lui, n'a pas particulièrement évolué puisqu'il s'agit toujours d'un travail d'observation, pour l'essentiel. Toutefois, avec le développement de la technique et des thérapies, les externes sont de plus en plus souvent amenés à réaliser des gestes médicaux spécifiques – « ponctions, prises de sang, injections intraveineuses, perfusions, insufflations de pneumothorax, sondages urinaires, réalisation d'électrocardiogrammes, etc...⁶ ». En parallèle, le prestige attaché à la fonction d'externe grandit au cours du XXe siècle. Si le concours de l'externat représente toujours la première marche permettant d'accéder à une carrière hospitalière, il permet désormais, à lui seul, de s'installer en tant que médecin libéral, jouissant du statut d'*ancien externe des hôpitaux*. Dans l'ordre des représentations, il est légitime d'avancer qu'au cours du XXe siècle, le stagiaire bénéficie de la stature des anciens externes du XIXe siècle. En outre, alors que jusque-là, la fonction d'externe semblait se suffire à elle-même, à partir de 1920, les externes perçoivent une indemnité journalière, modeste mais évolutive.

Toutefois, il faut noter que durant cette période, le taux d'admis au concours de l'externat tend progressivement à rejoindre celui de l'internat et finit par se stabiliser autour de 20% au milieu du XXe siècle. Les postes se faisant de plus en plus rares, le concours devient beaucoup plus sélectif et donc plus prestigieux. En parallèle, le nombre d'étudiants inscrits en études de médecine, qui était plutôt stable jusqu'aux années 1950, subit une forte hausse dans les années 1960 : « de 35 300 en 1963-1964, leur effectif est passé à 59 800 en 1967-1968, soit une hausse de 69 % en quatre ans⁷ ». Suivant cette même dynamique, les étudiants inscrits en année préparatoire de médecine et en première année de médecine ont, eux, augmenté encore plus rapidement. On note un accroissement respectif de l'ordre de 144 % et 94 %, sur une même

⁵ *Id.*

⁶ POIRIER J., « Fonctions et privilèges des externes des hôpitaux de Paris (1802-1968) », *art. cit.*

⁷ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1/2009 (N° 2), p.79-100

période⁸. Or, « le problème posé par l'afflux des étudiants en médecine est celui de l'adaptation des effectifs à celui des postes de médecins nécessaires à l'encadrement sanitaire de notre population⁹ », car en effet, avant 1968, on peut estimer, qu'en moyenne, la moitié des étudiants en médecine réussissait le concours de l'externat. La demande en formation médicale dépassant l'offre de postes de médecins, la situation devient de plus en plus délicate. De ces phénomènes naissent des revendications étudiantes, en faveur d'une ouverture de l'externat.

2. La suppression de l'externat et les revendications étudiantes

Un décret du 7 mars 1964 entend répondre à la mobilisation étudiante, en supprimant le concours de l'externat et en instaurant un recrutement basé sur les notes de la deuxième année de médecine¹⁰. Seuls les mieux notés sont nommés externes. Toutefois, cette réforme est considérée comme insuffisante par les étudiants car le recrutement fondé sur les notes revient en réalité à conserver une sélection aussi drastique que celle précédemment en place avec le concours de l'externat. Depuis le début du XIXe siècle, les revendications pour un « externat pour tous » étaient récurrentes. Les étudiants en médecine réclamaient le droit pour tous d'accéder à une formation pratique, accompagnée de responsabilités hospitalières. Et l'on comprend que, plus la fonction d'externe gagne en prestige et en avantages, plus la mobilisation en faveur d'un « externat pour tous » se fait pressante.

Ce sont finalement les événements de mai 1968 qui vont précipiter les réformes dans le domaine. Ainsi, dès la fin du mois d'août, les pouvoirs publics annoncent la suppression de l'externat, ce qui conduit à octroyer des responsabilités hospitalières à l'ensemble des étudiants en médecine, et ce dès la quatrième année d'études, et non plus aux seuls externes¹¹. Deux décrets, des 18 février 1969 et 8 octobre 1970¹², mettent ainsi fin à l'externat et créent le statut d'étudiant hospitalier. Depuis 1970, le statut d'externe a officiellement disparu. Pourtant, encore aujourd'hui, il est habituel de se référer à l'étudiant hospitalier en tant qu' « externe des hôpitaux ». Une explication à cet abus de langage semble se trouver dans le prestige toujours attaché au statut d'externe, au regard de la difficulté du concours d'antan. La suppression de

⁸ *Id.*

⁹ Archives du directeur de cabinet du secrétaire d'Etat au Budget de 1969 à 1973, 1A-128, art. 1

¹⁰ Décret n°64-207 du 7 mars 1964 relatif aux conditions de recrutement et au statut des externes et des internes en médecine des centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un CHU, JORF du 8 mars 1964, p.2224

¹¹ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 », *art. cit.*

¹² Décrets n°69-175 du 18 février 1969, JORF du 21 février 1969, p.1934, et n°70-931 du 8 octobre 1970, JORF du 10 octobre 1970, p.9405, relatifs aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine.

l'externat met ainsi un terme à près de « deux cents ans d'élitisme médical¹³ ». Tous les étudiants en médecine, atteignant la quatrième année du cursus universitaire, sont désormais amenés à entrer dans la pratique hospitalière. Il est alors évident que l'écueil principal de l'externat pour tous réside dans la capacité, pour l'institution hospitalière, de pouvoir fournir suffisamment de postes à tous les étudiants hospitaliers.

En effet, le gouvernement s'inquiète du nombre de place de stages disponibles au sein des C.H.U. et craint de se trouver rapidement pris à défaut. Le nouveau cursus universitaire prévoit désormais que les étudiants de 4ème, 5ème et 6ème année fassent un stage pratique au sein des structures hospitalières. Mais, l'État ne dispose pour cela que de 23 000 places, ce qui suppose des promotions d'à peu près 8 000 étudiants¹⁴. Or, avec la suppression de l'externat, c'est près de 25 000 étudiants qui s'inscrivent chaque année en médecine. Bientôt, la crainte de devoir délivrer 25 000 diplômes de médecin par an effraie et la nécessité d'une sélection, qui ne doit pas dire son nom, réapparaît¹⁵. Ce sera chose faite lors de l'instauration du *numerus clausus* en 1971.

Mais, au-delà des seuls effectifs et de la crainte d'une surpopulation de médecins, le fait de ne pas maîtriser la quantité d'étudiants accédant au grade de médecin donne également l'impression d'une profession accessible à tous, ce qui contribue à nuire au prestige jusque-là attaché au corps médical.

B) La volonté de maintenir le prestige d'une profession

Il s'agit là surtout d'une crainte exprimée par les médecins eux-mêmes, les praticiens en exercice. Après avoir été contraints de dépasser les obstacles que constituent les examens universitaires et les concours hospitaliers, les praticiens hospitaliers notamment, voient d'un mauvais œil la multiplication du nombre d'étudiants accédant au statut d'étudiant hospitalier, rendant ce parcours apparemment moins difficile qu'autrefois. C'est cette volonté de maintenir le prestige attaché aux professions médicales qui pousse les médecins à revendiquer une meilleure protection de la profession, allant jusqu'à réclamer l'instauration du *numerus clausus*.

¹³ POIRIER J., « Fonctions et privilèges des externes des hôpitaux de Paris (1802-1968) », *art. cit.*

¹⁴ WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, Paris, Springer Verlag France, 2011, p. 22

¹⁵ *Id.*, p.19

1. Les revendications des médecins en vue de protéger la profession

La crainte d'une remise en question du rang et de la fonction sociales tenus par les médecins, du fait de la multiplication des candidats, n'est pas nouvelle et n'apparaît pas dans le tourment de mai 1968. A la fin des années 1940 déjà, une telle inquiétude était manifestée par un Ordre des médecins, à peine constitué. Ainsi, on pouvait lire dans un Bulletin de l'Ordre de 1947 que : « Du fait de leur nombre, le niveau acquis par les étudiants se dégrade et surtout "il n'est plus à prouver que l'encombrement d'une profession abaisse son niveau moral... Dans les régions où la densité est la plus forte, la profession est la moins respectée...¹⁶ ». Un trop grand nombre d'étudiants en médecine est donc associé, très tôt, à une perte de prestige de la profession, du fait d'un appauvrissement du niveau des élèves et d'une banalisation de la position sociale du médecin.

En plein tourbillon provoqué par les événements de mai 1968, alors que les étudiants réclament un égal accès pour tous aux études supérieures et la garantie d'un système excluant le favoritisme, le Syndicat autonome des enseignants de médecine (SAEM), composé de médecins hospitalo-universitaires parisiens, fait de nouveau entendre sa voix. Il incarne alors la réponse adressée aux mobilisations étudiantes, au sein du corps médical, à travers sa volonté de « restaurer l'ordre dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux universitaires et [de] maintenir intacts la réputation et le prestige de leur profession¹⁷ ». La réforme entraînant la suppression de l'externat va concentrer toute la colère des médecins hospitalo-universitaires, du fait de la nécessité qui est maintenant celle d'offrir à chaque étudiant en quatrième année de médecine, un poste d'étudiant hospitalier. Or, la multiplication du nombre d'« élus » pouvant accéder à une formation hospitalière pratique tend, selon eux, à nuire au prestige jusque-là attaché à ce qui était encore largement perçu comme un privilège. Faute de pouvoir obtenir la suppression de cette réforme, le SAEM se mobilise finalement pour l'instauration d'un concours au début des études médicales.

Dès lors, d'autres organisations viennent au soutien de l'action du Syndicat, comme l'Ordre des médecins ou la Fédération des médecins de France (FMF), estimant que seule la mise en place d'un concours très sélectif, au début des études médicales, permettrait à la profession médicale de conserver le prestige qui est le sien. L'objectif de ce mouvement est, selon le SAEM, d'éviter qu'une « armée de médecins aux pieds nus » ne finisse par accepter

¹⁶ Bulletin de l'Ordre des médecins, année 47-48, n° 1, novembre 1947, 2 mars 1948

¹⁷ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 », *art. cit.*

« une étatisation de la médecine »¹⁸, la crainte de la « fonctionnarisation » de la médecine étant par ailleurs très développée à l'époque. A terme, la Fédération hospitalière de France (FHF) et le Syndicat national des médecins, chirurgiens et biologistes des hôpitaux publics finissent de remplir les rangs du mouvement des médecins pour l'instauration d'une sélection stricte en première année de médecine.

Toutefois, il faut bien remarquer que les arguments du SAEM ou de l'Ordre mettant en avant l'ordre social et la défense du rang de la profession médicale ont rapidement dû être écartés, car jugés trop politiques et corporatistes. Ainsi, au-delà du seul prestige, la défense d'un tel concours d'entrée réside dans la volonté de favoriser la qualité de l'enseignement, mais également potentiellement la qualité des soins prodigués aux malades. Ces objectifs doivent être atteints en évitant la présence d'un trop grand nombre d'étudiants dans les établissements hospitalo-universitaires. Le discours des dirigeants du Syndicat va donc muer vers une logique de service public, plus facilement défendable sur le plan politique. Sont alors mis en avant la nécessité d'un accès à des soins de qualité, pour tous les malades. Mais, surtout, l'argumentaire des médecins met désormais en avant la difficulté des études médicales, qui en fait leur spécificité. La médecine est présentée comme « un métier aux exigences exceptionnelles¹⁹ », entraînant « des responsabilités exceptionnelles²⁰ » pour les praticiens. En effet, l'une des craintes des représentants des hôpitaux est que l'invasion d'un grand nombre d'étudiants à l'hôpital, ne fasse finalement fuir la patientèle qui, à terme, privilégierait les établissements privés, au détriment des établissements publics. L'instauration d'un concours d'entrée dès les débuts des études de médecine devient alors un enjeu majeur pour les dirigeants du SAEM²¹. Et, à force de jeux de pouvoir et d'influence, le Président de la République lui-même, en juin 1970, finit par se saisir du problème de la sélection médicale et va se prononcer en faveur de l'instauration d'un *numerus clausus*.

2. L'instauration du *numerus clausus* comme solution

Sans entrer dans le détail de l'institution en soi, d'un *numerus clausus*, qui sera développé ultérieurement, au regard des questions de compétences ministérielles attachées au sujet, on s'intéresse ici au fonctionnement concret d'un tel processus de sélection. Le *numerus*

¹⁸ SAEM, *Médecine Enseignement Recherche : positions et propositions*, mai 1969, p.56 et p.17

¹⁹ *Id.*, p.4

²⁰ MILHAUD G. (chef de service à l'hôpital Saint-Antoine, membre fondateur du SAEM), « Jusqu'où cette grève ira-t-elle ? », *La Nation*, 7-8 novembre 1969

²¹ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2015, p.94-106

clausus a provoqué un réel bouleversement de l'appréhension et de la réalité pratique des études médicales. Ainsi, « avant 1971, on entrait en médecine sans concours, on travaillait dur pour passer les examens des six années effectives d'études, dont une année de science, puis un stage interné conduisait vers l'installation comme médecin généraliste ou une autre activité, et trois années supplémentaires d'études conduisaient vers une installation comme médecin spécialiste. La moitié des médecins avait bénéficié d'une très bonne formation pratique par l'externat, et un petit pourcentage, moins de 10%, s'engageait avec l'internat vers une médecine hospitalière de haut niveau²² ». Or, la première question – qui reste pourtant sans réponse – que pose l'instauration du *numerus clausus* est de savoir s'il s'agit ou non d'un concours.

Au-delà de ce premier aspect de définition, la mise en place effective du *numerus clausus* est intéressante en ce qu'elle se fait de manière graduelle. C'est-à-dire que, lorsque le premier arrêté fixant « le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers », du 21 octobre 1971, établit ce nombre à 25 764 étudiants pour l'année 1974-1975, l'Etat prévoit en réalité des promotions annuelles d'environ 8 600 étudiants. Or, il s'agit là des effectifs observables les années précédentes. Donc, au départ, plutôt qu'une diminution du nombre d'étudiants, le *numerus clausus* visait en fait à stabiliser ce nombre. Jusqu'en 1977, ce nombre ne sera pas réduit, afin de faire accepter ce nouveau procédé de sélection, en évitant toute accusation de malthusianisme, dont le gouvernement avait fait l'objet au moment de l'annonce de sa mise en place. En outre, l'application des premiers arrêtés fixant un *numerus clausus* est restée très souple puisqu'en réalité, ce sont environ 11 200 étudiants qui ont été autorisés à s'inscrire en seconde année de premier cycle pour les années 1972-1973 et 1973-1974²³.

Cette mise en œuvre progressive du *numerus clausus*, s'étalant sur plusieurs années, a permis une meilleure acceptation de la mesure par les étudiants, directement touchés, tout en ne remettant pas en cause la satisfaction des médecins ayant encouragé la mesure, puisque la tolérance dont ont pu faire preuve les pouvoirs publics envers les quotas fixés, n'avait pas pour but de faire l'objet d'une publicité quelconque. Ainsi, malgré tout, « les revendications des reçus-collés et de leurs familles sont [...] systématiquement rejetées, d'autant plus qu'elles sont exprimées bruyamment dans les médias²⁴ ». L'objectif assumé par le gouvernement, est de faire

²² WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, op. cit., p.8

²³ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.141-142

²⁴ *Id.*, p.147

accepter publiquement la mesure du *numerus clausus*, afin d'éviter tout débordement, tout en assumant son effectivité, afin de satisfaire les médecins. Cette logique a effectivement permis une diminution progressive des mouvements étudiants, au fur et à mesure des *numerus clausus* imposés chaque année.

Il paraît donc évident, au terme de cette présentation du *numerus clausus* et notamment de ses racines, qu'un tel mécanisme a permis de rassurer le corps médical quant à la qualité de sa formation. La limitation du nombre d'étudiants admis à poursuivre un cursus médical, permet d'abord d'éviter une explosion des candidats pour lesquels l'accès à une formation pratique ne pourrait être garanti du fait du nombre limité de places, et ensuite de répondre aux praticiens inquiets d'une dégradation du prestige attaché à leur fonction qu'entraînerait une banalisation du métier. Mais, la suppression de l'externat et la nécessité d'offrir à tous les étudiants un accès à une formation pratique remet bientôt en cause le fonctionnement de l'internat, qui doit alors évoluer à son tour.

Paragraphe 2 : De l'internat à l'instauration d'un examen classant : la généralisation d'un enseignement pratique de qualité

Loin de n'être que le volet pratique de la formation médicale, l'internat est constitutif de l'histoire des études médicales et donc de la profession en son entier. En effet, le concours de l'internat puise ses racines aussi loin que les balbutiements d'une organisation de la profession médicale et marque par la suite chaque étape de la construction du métier. Issu du personnage historique du chirurgien-barbier, l'interne reconnu statutairement en 1803, reste l'élève attentif et soucieux d'apprendre la profession de chirurgien auprès de son maître. Progressivement, la distinction entre médecin et chirurgien s'estompe pour laisser sa place à celle, plus actuelle, existant entre omnipraticien et spécialiste. L'internat a beaucoup évolué depuis sa création et, s'il a officiellement disparu au profit d'un examen, l'expression demeure tant elle reste attachée au prestige d'antan. Malgré tout, le statut d'interne reste empreint de nombreuses particularités, du fait notamment de sa position spécifique entre formation théorique et formation pratique (A), et de son attachement historique à l'idée de spécialisation de la médecine (B).

A) Les particularités du statut d'interne, entre formation théorique universitaire et formation pratique hospitalière

Si, historiquement, la figure de l'interne est datée et assimilée à celle de l'ancien compagnon chirurgien-barbier, de nombreuses années ont été nécessaires afin de faire évoluer cette image

d'un artisan exécutant des tâches viles et manipulant les corps, à celle d'un médecin en formation, véritable technicien de la médecine spécialisée.

1. L'élève-interne inspiré de l'ancien compagnon chirurgien

Jusqu'à la Révolution, deux corps distincts existaient en matière de pratique de la médecine : les médecins à proprement parler étaient essentiellement des théoriciens de la médecine, qui pouvaient, sous réserve de l'obtention d'un doctorat, enseigner la médecine ; les chirurgiens et barbiers, à la formation pratique, étaient eux réellement au contact des corps et étaient en charge de la dispensation des soins. C'est la suppression des corporations, au moment de la Révolution, qui a initié le regroupement de ces deux corps au sein d'un cursus d'études commun, associant pour la première fois les facultés de médecine et les hôpitaux²⁵. Toutefois, il a rapidement été décidé que regroupement ne signifiait pas nécessairement uniformisation du corps des médecins. Ainsi, en 1803, est instituée la thèse de doctorat en médecine, longtemps nécessaire et suffisante, pour l'exercice de la profession de médecin²⁶. Dès lors, la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) institue une hiérarchie entre les docteurs en médecine et en chirurgie, les sages-femmes et enfin, les officiers de santé²⁷. Les officiers de santé sont relégués au rang de subalternes des médecins et sont contraints à une « double entrave, géographique et professionnelle²⁸ », puisqu'ils ne peuvent exercer que dans le département où leur certificat d'officier leur a été remis, toujours sous la surveillance d'un docteur en médecine. Cette position explique à la fois le mépris et le désintérêt progressif dont pâtit l'officiat, faiseur de « médecins au "petit pied", créés par l'État, [et] immédiatement rejetés par les docteurs en médecine. Ils sont perçus comme une concurrence déloyale, de piètre compétence et portant atteinte au prestige de la profession médicale²⁹ ». Les officiers de santé disparaissent finalement par une loi du 30 novembre 1892. L'obtention d'un diplôme de docteur en médecine devient la

²⁵ SOURNIA J-C., « Les fondements du décret du 14 frimaire an II (4 décembre 1794) (instituant pour la première fois une coopération entre l'hôpital et la faculté de médecine) », *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, n°78, 2/1995, p.47-50

²⁶ HARDY-DUBERNET A-C., ARLAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », Recherche réalisée dans le cadre du programme INSERM/CNRS/MIRE 98 : Processus de décision et changements des systèmes de santé, 2001, p.11

²⁷ RABIER C., « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, 2010/359, p.141-159

²⁸ Article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, cité dans LEONARD J. , *Les Médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, thèse de doctorat, Université Paris IV, 1976 (impr. 1978), vol. 1, p.278.

²⁹ TABUTEAU D., « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 1/2010, n°26, p.103-121

seule voie permettant la pratique de l'art médical. Cette date marque l'origine du monopole d'exercice de la médecine pour les médecins³⁰.

Une fois l'uniformisation du diplôme acquise, la question de la spécialisation s'est rapidement posée. Les revendications pour une reconnaissance des spécialités médicales ont, logiquement et principalement, été le fait des chirurgiens, mus par une dynamique que l'on peut qualifier de revanche, en réponse au mépris dont ils ont pu être victimes dans l'Ancien Régime, de la part des médecins. En effet, alors que le médecin est un théoricien reconnu, érudit et capable de transmettre son savoir via un enseignement autorisé dans les facultés, le chirurgien se distingue mal du barbier et n'est souvent perçu que comme un artisan effectuant les viles besognes touchant au corps. Si, globalement, les différentes associations de médecins étaient d'accord pour considérer que seule leur profession était compétente pour reconnaître et donc qualifier un spécialiste – chirurgien, radiologue ou encore oculiste – la question d'une éventuelle hiérarchisation entre les omnipraticiens et les spécialistes demeurait conflictuelle. Or, cette logique spécifique aux études médicales accompagne également l'histoire de l'internat. En effet, avant même que ce dernier ne naisse véritablement, en tant qu'institution, en 1802, on considère que les anciens « compagnons chirurgiens, chargés des pansements et des actes de petite chirurgie à l'Hôtel Dieu, à Paris, durant les XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles³¹ », étaient les premiers internes. L'interne est en réalité un élève poursuivant une formation pratique, après avoir suivi une formation théorique, intellectuelle, sur le modèle du compagnonnage des anciens chirurgiens-barbiers : « les vrais prédécesseurs de l'Internat sont donc des chirurgiens et seulement des chirurgiens³² ».

2. La création d'un véritable statut de l'interne

Il a fallu attendre plus d'un siècle et demi avant que l'interne ne passe d'une simple existence en tant qu'élève à la reconnaissance d'un véritable statut légal. Une longue évolution a été nécessaire pour appréhender la place que devait occuper ces étudiants particuliers, détenteurs de responsabilités concrètes auprès des patients des hôpitaux universitaires. Malgré une nette amélioration de leurs conditions, les internes bénéficient encore aujourd'hui d'une position sociale ambiguë, entre étudiant et praticien.

³⁰ HERNI B., « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des sciences médicales*, 1998/1, p.63-67

³¹ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.15

³² DURAND-FARDEL R., *L'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris - centenaire de l'internat 1802-1902*, Paris, Steinheil, 1902, p.8

a) *Evolution des conditions et du statut de l'interne depuis 1802*

Le statut d'interne est officiellement créé par le Règlement général du Service de Santé du 4 ventôse an X (23 février 1802), concernant les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce sont essentiellement les dispositions ayant participé à la constitution du corps des compagnons chirurgiens-barbiers qui sont reprises et adaptées pour aboutir à la création de ce statut d'interne. L'Internat a alors vocation à constituer un « véritable état-major assurant la marche régulière des services hospitaliers, [une] école supérieure d'instruction pratique, où s'est recrutée [...] la presque totalité des maîtres de la Médecine et de la Chirurgie françaises³³ ». Le choix du mode de recrutement des élèves internes se porte sur le concours, ce qui permet de répondre à deux types d'exigences : « recruter un corps d'agents du service public hospitalier et assurer la légitimité de cette élite³⁴ ». S'il était établi, dès le départ que « l'examen pour les élèves internes en médecine ou en chirurgie [avait] pour but de constater qu'ils sont en état de profiter de l'instruction pratique que l'on acquiert dans les hôpitaux³⁵ », les modalités d'organisation de ce concours n'étaient pas spécialement marquées par la rigueur. Aucun programme n'était préalablement déterminé, aucune épreuve écrite n'existait avant 1810 et l'anonymat du concours ne fut acquis qu'en 1921. Ces éléments, que l'on retrouvait alors en grande partie dans l'élaboration du concours de l'externat, participent à conférer une image inégalitaire et impartiale aux concours hospitaliers. C'est principalement l'épreuve orale, qui n'est supprimée qu'en 1969, afin de garantir davantage l'anonymat, ainsi que la gestion locale du concours – organisé par les CHU jusqu'en 1982 – qui concourent à cette image négative.

En réalité, les conditions de vie et de reconnaissance des internes ont largement évolué depuis la création de l'Internat. A la création de ce dernier, les élèves-internes étaient logés et nourris au sein de l'hôpital et ne recevaient donc, en contrepartie de leur service, qu'une petite indemnisation. Le statut d'interne était largement marqué par la notion de dévouement, ce qui a permis d'accentuer le sentiment élitiste attaché à la fonction. En effet, toutes les difficultés attachées à ce travail, effectué quasiment gratuitement, contre une faible reconnaissance, avait en réalité pour seul objectif l'acquisition d'une formation pratique et théorique de qualité, dont le futur médecin pourrait ensuite se prévaloir. Petit à petit, les indemnités perçues par les internes finissent par tenir compte de l'ancienneté de l'interne, de ses lieux d'affectation et donc

³³ *Id.*, p.19

³⁴ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.15

³⁵ Article 22 du Règlement général du Service de Santé, cité par DURAND-FARDEL R., *L'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris - centenaire de l'internat 1802-1902*, *op. cit.*, p.24

des risques professionnels encourus³⁶. C'est à partir de 1920 que la situation des internes commence réellement à s'améliorer : les indemnités accordées augmentent, la situation familiale de l'interne commence à être prise en considération et sa couverture sociale devient une véritable préoccupation. En effet, la propagation du risque tuberculeux entraîne la mise en place d'une protection sociale de l'interne fondée sur le risque professionnel³⁷. En 1930, ce sont les congés payés que les élèves-internes acquièrent et la possibilité de vivre en dehors de l'hôpital pour ceux qui auraient une vie de famille.

Mais, la première fois qu'un véritable statut de l'interne est mis en place correspond à l'adoption de la loi hospitalière du 21 décembre 1941³⁸. Cette consécration légale permet aux internes d'être intégrés dans la hiérarchie hospitalière, entre les externes et tous les médecins, chirurgiens, spécialistes et autres assistants anesthésistes. Finalement, après avoir obtenu leur immatriculation à la Sécurité sociale en 1953, un décret de 1964 prévoit que « les internes en médecine sont réputés salariés au regard de la législation sur la Sécurité Sociale³⁹ », complétant ainsi l'intégration totale des internes au fonctionnement de l'hôpital.

Toutefois, cette intégration des internes à la hiérarchie hospitalière ne suffit pas à régler toutes les difficultés liées à leur statut. La question de la responsabilité de l'interne reste un sujet délicat, encore aujourd'hui : les internes « sont-ils des étudiants placés sous le contrôle direct d'un praticien hospitalier ou sont-ils des médecins à part entière, responsables de leurs actes ?⁴⁰ ». Or, cette question acquiert une véritable importance à partir du moment où un vrai statut légal et réglementaire est octroyé aux praticiens hospitaliers. Les réformes successives, des études médicales notamment, qui s'en sont suivies, ont entraîné une augmentation progressive des compétences et donc des responsabilités des internes, ainsi que de leur nombre au sein des établissements hospitaliers universitaires. Ainsi, à partir de la loi du 23 décembre 1982, réformant les études médicales et notamment le statut des internes, de nombreuses tentatives de définition des compétences et responsabilités précises des internes ont été faites. La question devient incontournable : alors que les actions en justice contre les internes étaient quasiment inexistantes pendant plus de 150 ans d'existence de ce statut particulier, aujourd'hui,

³⁶ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.17

³⁷ *Id.*

³⁸ Loi du 21 décembre 1941 de réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF du 30 décembre 1941, p.5574

³⁹ Article 39 du décret n°64-207 du 7 mars 1964 relatif aux conditions de recrutement et au statut des externes et des internes en médecine des centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un CHU, JORF du 8 mars 1964, p.2224

⁴⁰ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.18

on compte « une inculpation d'interne sur 70 000 gardes et une condamnation sur 350 000⁴¹ ». Si le problème du statut de l'interne n'est toujours pas réglé aujourd'hui, c'est que ce dernier est fait d'ambiguïtés, apparemment indépassables : « l'interne se voit imposer les devoirs et les obligations d'un médecin au titre de la déontologie médicale et on le considère alors comme un professionnel. Mais, au regard de son statut matériel et de sa protection sociale, il est considéré comme un étudiant, non qualifié⁴² ».

b) Une formation pratique de qualité

Issu directement de la formation historique des chirurgiens, l'internat est nettement marqué par la dimension pratique d'un apprentissage de maître à élève, reposant sur une prise de responsabilités augmentant progressivement au cours des ans, que le système des gardes favorise grandement. Alors qu'il existait, jusqu'en 1982, plusieurs systèmes de qualification des médecins, la réforme de l'internat va tenter une uniformisation de cette qualification.

Avant 1982, on trouvait essentiellement trois modes de qualification des médecins : une qualification universitaire, accessible par voie de diplômes à partir de la réussite du concours de l'internat ; une qualification de « spécialiste » octroyée par le Conseil de l'Ordre pour des motifs de compétence démontrée par le médecin en question ; l'obtention de Certificats d'Etudes Spécialisées (CES), créés en 1932, permise par l'expérience en dehors de l'internat. Ce sont ces CES qui se sont imposés comme une troisième voie d'accès à la formation de médecin, à côté de l'internat et de l'exercice de la médecine générale pour ceux ayant échoué au concours de l'internat ou se destinant tout simplement à une carrière de médecin libéral. En effet, toute spécialité médicale devant nécessairement être le résultat d'une inscription dans un certificat d'études spéciales, les universités ont développé des dérogations aux épreuves théoriques, pour que les étudiants, ayant pu acquérir, en dehors de l'internat, une compétence pratique à l'occasion de stages, puissent tout de même se prévaloir d'une spécialité. Ce système aboutissait à la constitution d'un corps de médecins disposant d'un diplôme d'une même spécialité, mais ne justifiant ni d'une même formation théorique, ni d'une même formation pratique. En outre, l'acquisition d'un diplôme de spécialiste par la voie des CES, était conditionnée à une validation par des praticiens hospitaliers en charge de la formation de l'étudiant et ne répondait donc à aucune règle collective, ni aucune exigence de neutralité⁴³.

⁴¹ *Id.*

⁴² *Id.*

⁴³ *Id.*, p.16

Ainsi, l'institution de ces CES provoque les mêmes inégalités de formation que celles dénoncées pour l'externat avant 1968. Les élèves inscrits dans les CES n'étaient considérés que comme des stagiaires, qui n'étaient donc pas rémunérés, à moins d'obtenir une place de « faisant fonction d'interne ». Enfin, les CES ne garantissaient pas nécessairement l'accès à une formation pratique puisque cela dépendait des places de stage disponibles. Ainsi, seules quelques spécialités, délaissées par les internes – comme l'anesthésie-réanimation par exemple – permettaient réellement aux étudiants inscrits dans les CES de bénéficier d'une véritable formation pratique⁴⁴. Or, la question de la spécialisation médicale est évidemment centrale concernant l'internat, sans lequel les médecins formés ne peuvent prétendre qu'au titre de médecin généraliste.

En effet, avant cela, le parcours des étudiants en médecine était composé, jusqu'en 1982, de trois cycles distincts. Le premier est composé des première et deuxième années d'études (PCEM1 et PCEM2), durant lesquelles la sélection du *numerus clausus* était évidemment effectuée à la fin de la première année, à partir de 1971. Ce premier cycle est essentiellement théorique et vise l'acquisition des notions fondamentales de la médecine. Il se compose d'un volet principal d'enseignement scientifique, ainsi que, depuis plus récemment, de notions en sciences humaines et sociales. La deuxième année du cycle, ainsi que la première du cycle suivant, entrent plus spécifiquement dans le vif des matières strictement médicales – biologie, anatomie, cytologie⁴⁵, sémiologie⁴⁶, physiologie⁴⁷.

Le deuxième cycle, s'étalant sur quatre ans, permet aux étudiants de réaliser leurs premiers stages hospitaliers, durant lesquels ils sont placés en position d'observateurs. Les trois dernières années de ce cycle (DCEM 2, 3 et 4) sont ainsi consacrées aux volets clinique et thérapeutique. A partir du DCEM 3, les étudiants partagent équitablement leur temps entre pratique et théorie et commencent à toucher une rémunération pour leur temps de stage. Ces années correspondent à ce que les étudiants nomment « l'externat », bien qu'aucun concours ne soit ici nécessaire.

Enfin, le troisième cycle (TCEM) s'étale simplement sur la septième année, qui se découpe en deux stages de six mois chacun, à l'hôpital ou bien auprès d'un praticien – on parle de « stage interné » – durant lesquels les étudiants occupent en réalité une fonction d'interne,

⁴⁴ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.16

⁴⁵ Étude des cellules isolées.

⁴⁶ Étude des signes des maladies.

⁴⁷ Étude du fonctionnement des appareils.

sans le titre⁴⁸. Cette année est conclue par trois épreuves dites « cliniques », au chevet du malade, en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, dont la réussite, couplée à la validation des stages, ouvrent le droit à l'inscription en thèse⁴⁹. La septième année clôt ainsi la formation de médecin généraliste.

Alors seulement les étudiants peuvent prétendre devenir internes, après avoir réussi le concours. Avant 1982, l'internat permet seulement de devenir médecin spécialiste, laissant ainsi le bénéfice d'une formation pratique complète qu'aux étudiants ayant choisi cette voie et délaissant donc la formation des généralistes.

B) La spécialisation, une dimension essentielle de l'internat

Historiquement, l'internat vise essentiellement l'obtention d'une spécialisation médicale, marquant ainsi une véritable distinction entre les médecins spécialistes ayant réussi le concours de l'internat et les médecins généralistes, ou omnipraticiens, ayant fait le choix de ne pas passer le concours ou bien ayant échoué. Mais, une distinction doit tout de même être opérée entre deux périodes, marquant clairement une rupture dans l'histoire de l'internat. De sa création en 1803 à 1982, l'internat permet à la fois de créer des médecins spécialistes et des praticiens hospitalo-universitaires, alors qu'à partir de 1982, il devient un véritable instrument de sélection entre les étudiants. La substitution du concours pour la mise en place d'épreuves classantes va modifier en profondeur la logique attachée à l'internat depuis 1803.

1. L'internat avant 1982

Avant que la réforme de l'internat ne devienne nécessaire du fait notamment de la mise en œuvre du *numerus clausus* et de la suppression du concours de l'externat, cette formation pratique spécifique aux études de médecine n'était accessible qu'après avoir réussi un concours, jugé difficile et élitiste, qui ouvrait alors différentes voies, vers la spécialisation et la possibilité d'une carrière universitaire. Mais, la crainte d'une hyperspécialisation de la médecine et d'un manque d'omnipraticiens va peu à peu provoquer la remise en question du système établi.

a) Un concours aux finalités diverses

Si le concours de l'internat visait essentiellement à former des médecins spécialistes, il était également un instrument d'orientation de l'exercice des futurs diplômés. En effet, les

⁴⁸ *Id.*, p.25

⁴⁹ Rapidement, ces épreuves cliniques deviennent théoriques et pèsent de moins en moins dans la validation des études médicales.

internes pouvaient préparer, par le biais de leur formation, une carrière hospitalière ou bien hospitalo-universitaire, à travers l'existence de trois concours distincts. Un premier concours, plus difficile et prestigieux que les deux autres, était directement organisé par les CHU, suivant le nombre de places disponibles dont ils disposaient. Ce concours se préparait dès la troisième ou quatrième année, par le biais de conférences données par des internes en fonction. Une limite de trois présentations au concours pour chaque étudiant ayant validé ses enseignements de deuxième cycle était fixée. Cela signifie que l'internat pouvait être cumulé avec un troisième cycle d'études médicales. Le service d'affectation du lauréat était déterminé par son rang de classement. Ce concours a particulièrement marqué la fameuse distinction établie entre les facultés parisiennes et de province puisque Paris s'est rapidement imposée comme le lieu privilégié de la médecine spécialisée.

Un deuxième concours, dit « internat secondaire », était organisé par les régions sanitaires elles-mêmes, en fonction des besoins et des postes à pourvoir dans des hôpitaux non universitaires. Ce concours était réputé plus simple et donc moins prestigieux. Enfin, un concours spécifique d'internat en psychiatrie⁵⁰, cohabitait avec les deux précédents⁵¹.

Au-delà de la seule question de la spécialisation, ces concours de l'internat permettaient aux étudiants en fin de cursus général, d'orienter la poursuite de leur formation suivant leur attrait pour le statut de praticien hospitalier ou bien de praticien hospitalo-universitaire. Il n'en reste pas moins que l'objectif de spécialisation restait primordial pour tout étudiant parvenu jusqu'à la septième année de formation. En effet, jusqu'en 1982, la spécialisation est un complément à la formation de base concernant tous les étudiants en médecine – qui doivent toujours valider une thèse de doctorat pour prétendre exercer la profession de médecin – accessible par les trois voies d'accès préalablement exposées dans ce chapitre.

Avant 1982, l'organisation des études médicales reposait donc sur un principe de formation commune à l'ensemble des étudiants, visant l'obtention d'un statut de médecin généraliste. Ce statut était largement mis en avant, en référence aux vieilles traditions françaises élevant l'omnipraticien au rang de véritable médecin, maître de son art, au mépris parfois du spécialiste encore rattaché à l'image d'antan du chirurgien-barbier. Toutefois, la spécialisation finit par gagner ses lettres de noblesse, à travers notamment l'orientation prise par les universités

⁵⁰ De là est apparu le nom de « neuropsychiatre », qui distingue le psychiatre passé par l'internat en CHU et celui passé par l'internat spécifique de psychiatrie.

⁵¹ HARDY-DUBERNET A-C., ARLAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.25-26

parisiennes, mettant largement en avant l'internat. L'élitisme progressivement acquis par l'internat⁵², participe à l'émergence de craintes d'une spécialisation trop forte de la profession médicale, qui finirait par nuire à l'exercice de la médecine générale⁵³.

b) L'émergence de craintes liées au risque d'une hyperspécialisation

Plusieurs phénomènes concourent à la crainte de plus en plus criante dans les années 1970, d'une hyperspécialisation de la médecine, qui nuirait à la médecine générale et donc à l'accès aux soins primaires. Mais, ce phénomène de spécialisation des médecins est en réalité simplement né du mouvement de spécialisation des services hospitaliers eux-mêmes et du développement flagrant de l'internat, en tant que formation privilégiée des futurs spécialistes. Si l'on ajoute à cela la voie de spécialisation issue de l'obtention des CES, il peut alors paraître évident que le nombre de spécialistes n'a pu qu'augmenter durant une grande partie du XXe siècle. Pourtant, il semble que cette impression d'explosion de la part de la spécialisation dans les choix d'orientation des médecins, soit à relativiser. En effet, le nombre de spécialistes augmente bien dans le courant des années 1970, au regard de l'évolution constatée jusque-là, mais cette augmentation est à mettre en regard avec celle plus globale, du nombre total de médecins formés. Ainsi, « en chiffres absolus, le nombre de spécialistes sortants des études médicales a augmenté de 60 % entre 1969 et 1975 mais, dans le même temps, l'accroissement des nouveaux omnipraticiens était de 197 %⁵⁴. A cela s'ajoute le fait qu'à partir de 1975, une nouvelle tendance émerge chez les étudiants qui choisissent massivement l'omnipraticien. Il semble que « la concurrence forte qui s'est établie entre spécialistes, l'effet de saturation des possibilités d'installation dans les grandes villes, ainsi que la sélectivité importante de l'accès aux spécialités par la voie de l'internat et de certains examens probatoires d'entrée en CES, aient contribué à ramener bon nombre d'étudiants vers l'omnipraticien⁵⁵ ».

La réalité de la pratique contredit donc l'opinion et les craintes exprimées dans le sens d'une hyperspécialisation de la médecine. En réalité, c'est sans doute l'instabilité de la démographie médicale qui a majoritairement participé à cette impression générale, du fait notamment de la multiplicité des voies d'accès à une qualification de spécialiste. Cette diversité des voies d'accès concourt à limiter les possibilités d'anticipation du nombre réel de spécialistes

⁵² Témoigne notamment de cet élitisme la création d'une « spécialité » très prestigieuse dite de « Médecin interniste omnipraticien », passé par l'internat.

⁵³ *Id.*, p.26

⁵⁴ BRANCIARD A., *Démographie médicale : étude de synthèse 1958-1985*, rapport préparatoire pour la MIRE, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, CNRS, mai 1987, p.56

⁵⁵ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.22

sur le territoire. En outre, le fait que les études médicales favorisent une spécialisation précoce des futurs médecins, par la voie du choix des diplômes universitaires et de l'internat, n'empêche pas les médecins d'acquérir des qualifications plus tardives, par le biais des réorientations, perturbant ainsi encore un peu les prévisions réalisées sur le fondement des diplômes acquis en fin de cursus, par les universités.

La crainte d'un déséquilibre démographique de l'offre de soins, couplée à celle d'une hyperspécialisation de la médecine, sur fond d'explosion numérique des étudiants inscrits en médecine, ont concouru à l'adoption de la réforme de 1982.

2. L'internat après 1982

La réforme de 1982 était nécessaire car la France devait alors se conformer aux directives européennes impliquant une mutation du troisième cycle des études médicales tel qu'il existait jusque-là. Pourtant, la nécessité d'une modification de la sélection et de la formation des études médicales se faisait sentir depuis déjà quelques années et était en progression depuis la loi de 1971 instaurant le *numerus clausus*. Mais, on le sait, la manière dont a été mis en œuvre ce système de sélection, dont la responsabilité avait été confiée aux universités, ne permettait pas de répondre aux inégalités d'ores et déjà constatées en matière d'orientation des futurs médecins : certaines filières étaient pléthoriques alors que d'autres étaient menacées de pénurie. Une nouvelle réforme doit donc permettre de couvrir les besoins en santé de la population. Cet objectif primordial, couplé à celui d'une adéquation de la formation française des médecins généralistes aux nouvelles exigences européennes, ont abouti à la loi du 23 décembre 1982 portant réforme de l'internat⁵⁶. En réalité, cette loi suit essentiellement la logique de celle adoptée le 6 juillet 1979, confiant la responsabilité aux ministères de l'Éducation et de la Santé le soin de prévoir les besoins en santé de la population et d'en déduire le nombre de places disponibles dans les différentes facultés de médecine⁵⁷. La réalité des besoins en matière de spécialistes était donc logiquement déjà prise en compte dans l'organisation des études médicales.

Mais, la nouveauté de la loi de 1982 réside surtout dans l'instauration d'un nouvel examen, validant et classant, obligatoire, à l'issue de la sixième année d'études – l'EVCO – ainsi que dans l'instauration d'un concours unique permettant l'accès au troisième cycle spécialisé,

⁵⁶ Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 26 décembre 1982, p.3861

⁵⁷ Loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 7 juillet 1979, p.1644

assorti d'une formation par l'internat pour tous. Si la première mesure vise à s'assurer du niveau des étudiants, la seconde est essentiellement dirigée vers les généralistes, dans une volonté de les mettre au même niveau que les spécialistes. Or, on comprend bien que ces nouvelles mesures ont rapidement provoqué de vives réactions dans la communauté estudiantine, touchée par l'application directe et immédiate de la réforme, qui remet alors en question leur cursus. Le mouvement de grève étudiante ainsi que la mobilisation des professionnels de santé pendant plusieurs mois, auront finalement raison de la plupart des mesures introduites par la loi : l'examen de fin de sixième année est supprimé et remplacé par un certificat de synthèse clinique et de thérapeutique moins exigeant et l'examen classant et validant est suspendu jusqu'en 1987 pour éviter un changement de traitement des étudiants en cours de formation.

En définitive, la réforme de 1982 introduit essentiellement deux changements majeurs : l'uniformisation des études médicales à travers la mise en place de seulement deux filières à partir du troisième cycle et l'obligation de présenter un certificat de qualification professionnelle en plus de la thèse de doctorat pour obtenir le droit d'exercer la médecine. Ainsi, le troisième cycle des études médicales est découpé entre le résidanat, préparant les futurs médecins généralistes, et l'internat, désormais seule préparation à la médecine spécialisée. En outre, l'internat n'a plus pour vocation de former uniquement les futurs praticiens hospitalo-universitaires, puisqu'un médecin spécialiste pratiquant la médecine libérale doit tout de même passer par l'internat. Enfin, avec l'instauration du certificat de qualification, l'obtention du doctorat n'est plus une condition « nécessaire et suffisante » pour l'exercice de la médecine⁵⁸.

L'objectif de régulation du phénomène de spécialisation de la médecine est en partie atteint avec l'examen instauré en 1982 puisque désormais, une meilleure maîtrise du nombre de spécialistes sur l'ensemble du territoire est permise. Toutefois, loin d'avoir opéré un rééquilibrage de la position des généralistes par rapport à leurs confrères spécialistes, le concours dit de « l'internat » a provoqué un « effet de barrage qui excluait les généralistes, rapidement stigmatisés par la "sélection par l'échec"⁵⁹ ». La « dualisation⁶⁰ » du corps médical, déjà observable, n'en ressort que renforcée.

Du point de vue strict de la formation universitaire des médecins, la réforme de l'internat a provoqué un véritable bouleversement puisque, étant national, le concours a obligé les facultés

⁵⁸ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.33

⁵⁹ DUBERNET A-C., « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ? », *ADSP*, n° 32, septembre 2000, p.26

⁶⁰ *Id.*

à adapter leur programme pour mieux préparer leurs étudiants. Or, la difficulté du concours crée, chez les étudiants, la certitude que la spécialisation n'est réservée qu'aux meilleurs d'entre eux, entraînant par là même une dévalorisation croissante de l'omnipratique. Ainsi, alors qu'avant la réforme, des éléments jugés bons voire excellents pouvaient, par goût et sans difficulté, choisir de s'orienter vers la médecine générale, le nouveau concours de l'internat favorise une concentration d'étudiants performants se lançant à l'assaut de la difficulté, quel que soit par ailleurs leur attrait pour la spécialité en question. Sans le vouloir, la réforme aboutit à la mise en place de « systèmes de formation dont le résultat est un inéluctable classement, où les non sélectionnés et les mal placés deviennent les mal formés ⁶¹ ».

Les réformes ne sont donc jamais vraiment de l'ordre du passé en matière de sélection et de formation aux études médicales puisque les considérations humaines et économiques les motivant restent toujours d'actualité. Et ce goût de la réforme permanente s'explique en grande partie par la quête inlassable d'une formation de la meilleure qualité possible. Or, une sélection par *numerus clausus* ou une généralisation de la formation pratique pour tous, visent à remplir cet objectif. Le *numerus clausus* ambitionne de ne sélectionner que les éléments les plus motivés et leur garantit une place pour ensuite poursuivre une formation pratique en CHU ; l'internat, puis examen classant, se donne pour objectif de promouvoir la formation pratique chez tous les futurs médecins, qu'ils deviennent praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers et enseignant à l'université, généralistes ou spécialistes. Mais, au-delà de leur aspect qualitatif, la sélection et la formation universitaires françaises, concentrent également l'attention du fait de leur impact sur la situation sanitaire futur du pays et donc sur le rôle social essentiel du médecin en France.

⁶¹ *Id.*

Section 2 : Une régulation nécessaire pour garantir une efficacité au diplôme de médecin

L'ensemble des réformes émergeant à la fin des années 1960 n'a pas eu pour seul objectif de limiter le nombre de places accessibles dans les études médicales, par soucis de garantir à chaque étudiant un accès à la formation pratique et aux médecins en exercice, une préservation du prestige attaché à leur profession. L'instauration du *numerus clausus* et la réforme de l'internat ont également eu pour but d'offrir au gouvernement des instruments de maîtrise des dépenses de santé. Cette préoccupation émerge nettement dans le contexte de la fin des années 1960 et devient un motif évident de l'action publique dans le domaine des études et de la profession médicales. Mais, s'agissant d'une approche controversée – car l'intérêt social d'une réforme est toujours plus simple à porter que l'intérêt économique – les gouvernements successifs ont tardé à mettre en avant l'objectif de maîtrise des dépenses de santé et ont toujours privilégié l'idée de protéger le diplôme de médecin. Toujours est-il que le *numerus clausus* constitue un véritable outil de régulation des dépenses de santé (Paragraphe 1), et que les ECN ont plutôt joué le rôle d'outil de répartition de l'offre de soins sur le territoire (Paragraphe 2), notamment entre généralistes et spécialistes.

Paragraphe 1 : Le *numerus clausus* comme outil de régulation des dépenses de santé

L'instauration d'un *numerus clausus* n'a pas d'impact que sur les étudiants et leur formation. S'agissant de former les futurs médecins d'une nation, il est évident que toute mesure touchant l'accès et le cursus des études médicales, influe sur l'état de santé d'une population, ne serait-ce qu'au travers des moyens financiers alloués à cette dimension de la vie sociale. En effet, l'une des motivations principales des ministres en charge de la question des études médicales dans les années 1960-1970 et suivantes, est de parvenir à maîtriser les dépenses de santé qui, du fait de l'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population, ont radicalement augmenté. Or, ici, le *numerus clausus*, permet une meilleure analyse des effectifs à venir de médecins, et donc de l'offre et de la demande de soins. Même si cet aspect, on le verra, n'a pas toujours été mis en avant au moment de la mise en place du *numerus clausus*, afin de ne pas provoquer de réactions trop vives chez les étudiants, la limitation du nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en deuxième année de médecine, permet une maîtrise des dépenses de santé à la fois à travers la maîtrise de l'offre de soins (A), et à travers une anticipation des besoins réels en santé de la population (B).

A) *Maîtriser les dépenses de santé en maîtrisant l'offre de soins*

La peur du nombre et de l'explosion démographique du corps médical est récurrente chez les médecins, et ce depuis les débuts du XIXe siècle. Mais, les arguments objectifs d'une telle crainte ont pourtant souvent manqué lorsqu'il s'agissait de faire entendre les revendications de médecins, à la fois soucieux de perdre leur position sociale et poussés par une volonté de maintenir un certain prestige à la profession. Toutefois, avec la généralisation de l'assurance maladie et la fin des Trente Glorieuses qui se profile, l'augmentation des dépenses de santé fournit un nouvel argument, empreint d'une grande objectivité, aux médecins. Ainsi, la maîtrise des dépenses de santé devient un objectif défendable et plus ou moins aisément défendu par le gouvernement au moment de la mise en place du *numerus clausus*. La régulation de l'offre de soins, en vue de maîtriser les dépenses de santé devient donc nécessaire dès la consécration d'un externat pour tous, exigeant une place de stage pour chaque étudiant de quatrième année. Et, le *numerus clausus* est un moyen efficace de maîtriser ces dépenses puisque, les médecins étant des acteurs à l'origine de la création d'une demande de soins, la réduction de leur nombre doit mathématiquement contribuer à la réduction des dépenses.

1. Les conséquences démographiques de l'externat pour tous

Comme vu précédemment, le décret de 1964 supprimant le concours de l'externat, et instituant en réalité l'« externat pour tous », a permis à chaque étudiant atteignant la quatrième année de médecine, d'accéder à une formation pratique, au sein d'un établissement hospitalo-universitaire. Il va donc de soi que cet élargissement de l'accès à l'hôpital entraîne un surcoût pour l'Etat, entièrement alloué à la formation des futurs médecins. Or, l'augmentation concomitante du nombre d'étudiants inscrits dans un cursus médical, accroît encore le coût de la formation. Très tôt, le ministère du Budget a entendu se saisir de la question, en exprimant ses inquiétudes dans une note destinée à la préparation du comité interministériel de décembre 1969, consacré justement à la réforme des études médicales : « Le problème posé par l'afflux des étudiants en médecine est celui de l'adaptation des effectifs à celui des postes de médecins nécessaires à l'encadrement sanitaire de notre population. Tant que ce problème n'aura pas été résolu de manière objective et autant que possible accepté par les intéressés, nos études médicales soulèveront donc des difficultés renouvelées et le risque qui pèsera sur les finances publiques serait considérable⁶² ». Il s'agit, pour le gouvernement, d'évaluer le coût de la formation désormais proposée aux étudiants en médecine.

⁶² DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », *art. cit.*

Le *numerus clausus* apparaît donc comme une solution idéale à la situation délicate dans laquelle se trouve la formation médicale. En effet, le rétablissement de l'ordre budgétaire dans le domaine de la santé peut se faire par différents biais, dont la plupart risquent de rencontrer de nombreux obstacles, politiques notamment. Réduire les dépenses de santé par un blocage des honoraires, ou bien par un système de rémunération à l'acte des médecins, ou encore à travers un remaniement plus strict du conventionnement auprès des caisses d'assurance maladie, risque fortement de provoquer un lever de boucliers de la part des syndicats de médecins, en particulier de médecins libéraux, très attachés à leur liberté d'exercice. Or, tenter d'endiguer la hausse des dépenses de santé par l'instauration d'un *numerus clausus*, qui serait seul capable de limiter le nombre d'étudiants et donc, à terme, de protéger la profession elle-même, semble tout à coup être une mesure parfaitement adaptée à la situation. Ainsi, à la fin des années 1960, le *numerus clausus* emporte une large adhésion de la profession.

En réalité, il faut bien noter que la crainte de la pléthore de médecins est une plainte récurrente de la part de la profession médicale. Et ce, même lorsque les effectifs étaient en fait bien faibles. Déjà, au début du XIXe siècle, des médecins s'estimant trop peu rémunérés pour leur service, craignaient l'arrivée de nouveaux confrères, venus leur faire concurrence. Un chapitre entier de l'ouvrage de Jacques Léonard, consacré au *médecin de province au XIXe siècle*, met ainsi en lumière « la crise de l'encombrement médical⁶³ ». Si les effectifs de médecins étaient pourtant faibles, en réalité la concurrence se jouait autour des malades solvables. En effet, à cette époque, de nombreux malades n'étaient pas en mesure de rémunérer le médecin pour son service et les soins étaient donc gratuits, ou presque. Aussi, toute augmentation du nombre de médecins entraînait nécessairement un éclatement de la clientèle solvable et donc une baisse du niveau de vie des médecins, au niveau individuel. Il faut encore ajouter à ce phénomène, celui du nombre importants de rebouteux, guérisseurs et autres praticiens d'une médecine parallèle et non officielle, qui accentuait encore la dispersion des malades. Ainsi, le « sentiment de surnombre prenait ses racines essentiellement dans la situation économique et financière des seuls médecins⁶⁴ ». Puis, malgré un revenu toujours considéré comme trop bas jusqu'à la fin du XIXe siècle, le nombre d'étudiants va doubler entre 1900 et 1935, ajoutant encore à la pléthore déjà dénoncée⁶⁵. En 1910, un article de presse exposait la situation d'alors : « Nous sommes habitués à considérer qu'un jeune homme ayant obtenu un

⁶³ LEONARD J., *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*, Paris, Hachette, 1977, 285p

⁶⁴ BUNGENER M., « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, Vol.2, n°1, 1984, p.77-110

⁶⁵ *Id.*

diplôme de docteur est délivré de tout souci matériel. Les bonnes gens disent qu'il est tiré d'affaire. La vérité est autre. La pléthore est un fait. Il y a en France trop de médecins⁶⁶ ».

Il est difficile de déceler la part de réalité dans les revendications successives des médecins dénonçant une explosion de la démographie médicale. S'il existe effectivement un phénomène de surpopulation médicale, parfois de longue date, dans certaines zones – comme la Côte d'Azur – la proportion de médecins généralistes et surtout spécialistes, au regard de la population générale française, reste globalement insuffisante pendant toute la première moitié du XXe siècle. Pourtant, les revendications des médecins pour une limitation de la démographie médicale ne cessent pas et ouvrent même la voie aux différentes réformes engagées dans les années 1960-1970.

A cette période, la limitation de la démographie médicale devient l'argument principal défendu par les porteurs du projet d'instauration du *numerus clausus*, que sont les ministères de l'Education, de la Santé et du Budget. Un véritable travail d'harmonisation des discours et des enjeux à défendre est opéré dans le cadre d'un comité interministériel afin de trouver le moyen d'instaurer une sélection qui, à la fois, ne porterait pas son nom et permettrait d'éviter une mobilisation digne de 1968. On retiendra ainsi que l'objectif principal du *numerus clausus* était « la limitation de l'accroissement démographique du corps médical et par là, la "maîtrise" des dépenses de santé⁶⁷ ». Les revendications des médecins pour une meilleure protection de leur profession, et notamment de leur pouvoir d'achat et du prestige attaché à leur fonction, ainsi que la nécessité pratique de limiter l'accessibilité à l'université pour les quantités d'étudiants mues par une vocation médicale, sont largement écartées au profit d'arguments beaucoup plus pragmatiques et consensuels. Or, ici, l'un des arguments développés en faveur d'une maîtrise plus grande des dépenses de santé, est directement lié à l'activité médicale elle-même. En effet, le médecin, par son pouvoir de prescription et donc d'engagement des dépenses publiques de santé, est considéré comme créateur de la demande de soins. Limiter le nombre de médecins devrait donc immédiatement impacter l'ampleur des dépenses de santé.

2. Le médecin créateur de demande de santé

Les années 1970 voient apparaître pour la première fois un discours de plus en plus alarmant quant aux dépenses publiques, et notamment au regard des dépenses de l'assurance

⁶⁶ *Le médecin de France*, n° 202, 9 mai 1980, reproduction du « Touche à tout », n°7, juillet 1910

⁶⁷ ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », Paris, FNORS, 2016/08, p.7

maladie. En effet, c'est à cette époque que le déficit de la Sécurité sociale devient une préoccupation majeure du gouvernement. Le contexte de la crise économique qui éclate en 1973, favorise donc un discours particulièrement sensible aux dépenses publiques et à la nécessité d'endiguer tout phénomène de déficit.

Or, si l'on veut réduire les dépenses de santé, encore faut-il en déterminer la source. Et il apparaît que les médecins détiennent un véritable pouvoir, de fait, d'engagement des dépenses de santé. Toute dépense engagée par l'assurance maladie est initiée par une demande exprimée par un médecin, à travers par exemple la prescription d'un soin ou d'un médicament, ultérieurement remboursé. Cet état de fait résulte, selon le ministère du Budget, du phénomène de généralisation de l'assurance maladie, devenue obligatoire depuis 1945, qui permet une prise en charge d'une grande partie des dépenses de santé⁶⁸. Il faut donc bien remarquer « la position particulière qu'occupent les médecins dans le système de soins [qui] en fait le groupe professionnel dont les effectifs et l'activité ont l'impact le plus déterminant sur les dépenses publiques de santé⁶⁹ ». Le cumul du système de conventionnement et du pouvoir de prescription du médecin, qui souffrent de peu de contrôle, participent au développement de dépenses de santé échappant au pouvoir de contrôle des pouvoirs publics.

Sans remettre en question la pertinence des prescriptions médicales et donc la légitimité de l'engagement des finances publiques en matière de santé, les économistes ont développé une théorie dite de « la création de la demande par le médecin (en anglais, PID, *physician-induced demand*)⁷⁰ ». Selon cette théorie, c'est le médecin lui-même qui induirait la consommation de soins chez les malades. Or, toujours suivant cette théorie, il semblerait que ce phénomène puisse être éradiqué si le médecin était « l'agent parfait de son patient », c'est-à-dire si « ses conseils [conduisaient] le patient à choisir les mêmes examens et traitements que celui-ci choisirait s'il disposait des mêmes informations que confère au médecin sa formation »⁷¹. Cette théorie n'implique pas que de manière générale les médecins ne se comportent pas comme des agents parfaits, mais elle signale simplement qu'une généralisation de ce comportement, une augmentation de la confiance réciproque entre le praticien et son patient, permettrait de réduire nettement la demande de soin – c'est-à-dire par exemple la demande d'examens

⁶⁸ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », *art. cit*

⁶⁹ *Id.*

⁷⁰ MARCHAND M., PESTIEAU P., « Le *numerus clausus* en médecine : pourquoi et comment ? », *Reflets et perspectives de la vie économiques*, 1/2003, p.59-70

⁷¹ *Id.*

complémentaires ou d'avis supplémentaires – nécessairement prise en charge par l'assurance maladie.

Aussi, puisque les études médicales ont la particularité de créer des professionnels disposant d'un véritable pouvoir financier autonome concernant l'engagement des dépenses de santé de l'Etat, il apparaît judicieux aux décideurs politiques de limiter l'accès aux études à un nombre restreint d'étudiants, à travers donc l'instauration d'un *numerus clausus*. Même s'il n'est, semble-t-il, pas question d'imposer une évolution spécifique des dépenses dans un sens restrictif, à travers la limitation des effectifs, une orientation en ce sens paraît largement souhaitable au ministère du Budget en 1970. Selon ce dernier, « il serait irrationnel et [...] intolérable que l'addition de vocations individuelles pour l'exercice de la médecine commande aux autorités responsables, de manière indirecte mais irréversible, la place qui devra, pendant de longues années, être assignée aux dépenses de santé parmi les autres dépenses de la Nation⁷² ».

Réguler la démographie médicale apparaît donc, dès 1970, comme un moyen efficace de limiter les dépenses publiques liées à la santé. En ce sens, l'instauration du *numerus clausus* est largement justifiée, ne serait-ce que pour des considérations strictement économiques de grande échelle. Un autre pendant de la justification économique du *numerus clausus* réside dans l'adéquation du nombre de médecin aux besoins réels de la société. Il s'agit cette fois-ci pour les pouvoirs publics de maîtriser les dépenses en tentant d'anticiper les besoins.

B) Maîtriser les dépenses en anticipant les besoins

Un moyen apparemment efficace de justifier la limitation du nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales en vue de devenir médecin, réside dans la nécessité de faire coïncider le nombre de médecins en exercice aux besoins en santé réellement exprimés par la population. Le choix a donc été fait, par les gouvernants, d'anticiper les besoins en personnel médical afin de justifier le *numerus clausus*. Toutefois, un tel calcul doit logiquement reposer sur une anticipation des besoins en santé, nettement plus délicate à réaliser.

1) Le choix politique d'une anticipation des besoins en personnel médical

Dès 1946, et directement en lien avec la fameuse crainte de la pléthore de médecins, l'Ordre réalise une enquête afin d'appréhender les besoins en médecins, sur le territoire. Un

⁷² Archives du directeur de cabinet du secrétaire d'Etat au Budget de 1969 à 1973, 1A-128, art. 1, citées par DEPLAUDE M.-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », *art. cit.*

questionnaire est envoyé à chaque conseil départemental et les résultats font finalement l'objet d'un rapport, publié en 1947 par le CNOM et intitulé, sans ambiguïté, « La pléthore médicale »⁷³. Un an plus tard, la ministre de la Santé, Germaine Poinso-Chapuis – première femme ministre de plein exercice en France – crée une Commission de démographie médicale afin d'établir une cartographie des 20 000 généralistes et 8 000 spécialistes recensés en 1948 sur le territoire national. Une nouvelle enquête est alors commandée. Elle aboutit à des résultats similaires à la précédente : certaines zones apparaissent médicalement surpeuplées, mais aucune ne manque de médecins. A l'occasion de ces travaux, des prévisions sont établies et l'on estime notamment que la France comptera 40 000 praticiens en 1955, 50 000 en 1960 et 60 000 en 1965. C'est donc une évolution régulière, constante et nettement supérieure aux besoins estimés de la population qui est attendue.

Pourtant, en 1951, l'OMS fixe les besoins en santé des populations à 1 médecin pour 1 500 habitants et 1 spécialiste pour 3 000 habitants⁷⁴, alors que la France compte, en 1948, seulement 1 omnipraticien pour 2 000 habitants et 1 spécialiste pour 7 800 habitants. Les chiffres établissent donc clairement un manque d'effectif, alors que les rapports successifs des institutions françaises ne cessent de dénoncer la pléthore de médecins. C'est qu'il est difficile, en matière de détermination des besoins en personnels, de se détacher des impressions et craintes des acteurs concernés, c'est-à-dire des médecins, qui craignent majoritairement, et traditionnellement, une dévaluation de leur profession du fait d'une trop grande concurrence.

En 1956, le Commissaire au Plan en charge de la santé commande au Conseil de l'Ordre une nouvelle étude sur l'évolution de l'emploi dans le secteur médical. L'étude qui en ressort laisse apparaître une nette surévaluation des effectifs de médecins par les rapports précédents, et relève au contraire une réelle sous-estimation de l'accroissement de la population sur le même temps. Cette étude permet néanmoins d'observer la réalité nouvelle de la profession médicale, en ce milieu de siècle. Ainsi, on s'aperçoit que le corps médical a rajeuni, avec un âge moyen de 39 ans, et qu'il est réparti sur le territoire de manière inégale : « près du quart des médecins (11 179) réside dans le département de la Seine, ainsi disponible pour seulement 12% de la population⁷⁵ ». Globalement, la densité médicale s'est améliorée sur l'ensemble du territoire, mais les écarts entre les départements se font de plus en plus importants. Au-delà d'une vision

⁷³ BUNGENER M., « Une éternelle pléthore médicale ? », *art. cit.*

⁷⁴ Bulletin de l'Ordre des médecins, année 50-51, n° 4, décembre 1951

⁷⁵ BUNGENER M., « Une éternelle pléthore médicale ? », *art. cit.*

instantanée de la situation médicale en France, le gouvernement commence à percevoir l'intérêt d'évaluer les besoins précis de la population, en termes de personnels médicaux spécialisés.

Une enquête, par discipline, est alors diligentée et fait apparaître un manque global de spécialistes. Si l'on estime que 40 à 50 spécialistes doivent couvrir les besoins en santé de 100 000 personnes, la France devrait compter entre 18 000 et 22 500 spécialistes. Or, le recensement effectué n'en dénombre que 15 000. Certaines spécialités semblent plus particulièrement à l'abri de la pénurie à l'époque, comme la pneumologie ou la cardiologie⁷⁶. Dès lors, les travaux, études, rapports de recensement ne font que se succéder afin d'établir, au plus près, le besoin français en personnel médical, tant en matière d'omnipraticiens que de spécialistes. En 1965, un nouveau projet de recensement est lancé par le ministère de la Santé, en même temps qu'est créée la Société de démographie médicale, témoignant du grand intérêt alors porté à la problématique, dans une période où les difficultés liées à la formation médicale s'accroissent. Dans le cadre de ce nouveau projet de recensement, la Commission de démographie de l'Ordre des médecins réalise un rapport sur la démographie médicale, en 1966, qui servira de fondement à de nombreuses autres études jusque dans les années 1980.

Toutes ces enquêtes montrent bien qu'il est très délicat d'établir, *a priori*, la quantité de médecins dont la France aura besoin des années plus tard. L'obtention d'une image précise de la situation médicale permet, certes, d'éclairer la réalité concrète, à un moment donné, et donne des indications sur les éventuelles tendances futures, mais de nombreux facteurs restent inaccessibles à l'appréhension des démographes. En outre, le respect indéfectible des gouvernements successifs envers le principe de liberté d'installation, si chère aux médecins libéraux, empêche toute anticipation de la répartition de l'offre de soins sur le territoire et donc de la densité médicale dans son ensemble. Si l'on ajoute à cela la durée des études médicales, qui empêche de toute façon, de répondre aux besoins en personnel médical de manière opportune et immédiate, il apparaît que cet outil de maîtrise des dépenses de santé ne peut suffire à justifier l'instauration d'un *numerus clausus*. Finalement, il semble que « la détermination du nombre de médecins à former doit être fonction des arbitrages politiques effectués sur l'organisation du système de soins (ou, au contraire, du refus, tout aussi politique, de la modifier)⁷⁷ ».

⁷⁶ *Id.*

⁷⁷ *Id.*

2) La volonté illusoire d'anticiper les besoins en santé de la population

Il paraît évident que la détermination des besoins en personnel médical ne peut se faire sans une estimation préalable des besoins en santé de la population. Et cette estimation des besoins en santé, si elle peut en réalité reposer sur différentes méthodes de calcul, peut par la suite servir de justification à la mise en place d'un *numerus clausus* et devenir un véritable outil politique.

a) Différentes techniques d'évaluation des besoins en santé

Quatre méthodes peuvent généralement être utilisées pour évaluer de tels besoins :

- « procéder à des comparaisons, historiques, internationales ou interrégionales [...] de manière à pouvoir définir des densités médicales de référence » ;
- « définir les "besoins" en professionnels de santé en fonction des consommations de soins constatées et de leur "pentes" supposée » – cette méthode manque cependant d'une réelle capacité de projection ;
- « évaluer les besoins de formation en professionnels de santé en fonction du nombre de postes officiellement vacants dans les établissements de soins » ;
- « définir les besoins sanitaires de la population et corrélativement les besoins en professionnels de santé en fonction [...] des zones géographiques plus ou bien pourvues en professionnels de santé », en fonction de critères comme la proximité entre patients et médecins dispensant des soins primaires, la prise en charge rapide des urgences ou encore l'égalité d'accès aux soins⁷⁸.

Ces différentes méthodes présentent toutes des biais et des avantages, même si les experts s'accordent généralement pour reconnaître l'impossibilité de déterminer de manière objective les besoins de santé d'une population. De même, l'idée que l'on pourrait déduire d'une telle estimation, les besoins d'une population en médecins, est régulièrement démentie par les chiffres. Ainsi, dès le rapport de 1966 établi par la Commission de démographie de l'Ordre des médecins, un changement de discours apparaît chez les experts. Il devient plus malaisé de déduire d'un grand nombre de médecins présents sur le territoire, une pleine satisfaction des besoins sanitaires de la population. Les difficultés liées à l'appréhension et l'appréciation réelles de ces besoins sont plus facilement mises en évidence. Il est alors possible de lire dans le Bulletin de l'Ordre en 1967, que « rien n'est plus malaisé que de chiffrer les

⁷⁸ DEPLAUDE M-O., « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », in GILBERT C., HENRY E., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, « Recherches/Territoires du politique », 2009, p.255-272

besoins en médecins aussi bien pour l'immédiat que pour l'avenir. [...] On confond volontiers besoin et demande. Il n'est pas exclu que la demande devienne exorbitante⁷⁹ ».

Ainsi, une densité médicale jugée suffisante quelques années auparavant, peut devenir insuffisante, du fait notamment de la croissance, imprévisible, de la consommation médicale, à laquelle est confrontée la France. L'évolution de la demande en santé dépend donc de facteurs comme l'accroissement de la population, les modifications de sa structure, en termes d'âge notamment, le développement de certaines maladies, la disparition d'autres ou encore les progrès de la technique médicale⁸⁰. Et, quand bien même, une évaluation relativement fiable serait faite de ces besoins en santé, elle ne permettrait d'y corrélérer l'évolution des besoins en personnels médicaux qu'en prenant en considération certains facteurs, échappant généralement à l'analyse, comme la féminisation de la profession ou la réduction du temps de travail avec l'âge. Une telle corrélation supposerait enfin une capacité à programmer les « flux annuels de nouveaux entrants pour réaliser une évolution requise du stock des médecins en tenant compte des départs prévisibles – et donc de l'évolution anticipée de l'âge de la cessation d'activité des médecins »⁸¹.

Apparaît alors progressivement l'idée, chez les gouvernants, que quantifier les besoins de santé n'a rien d'évident et nécessite plus que des calculs techniques ; il s'agit de véritables choix politiques et philosophiques. L'instauration du *numerus clausus* est l'un de ces choix.

b) *Justifier le numerus clausus par les besoins réels en santé ?*

L'instauration délicate du *numerus clausus*, dans le contexte tendu des années 1968 à 1970, démontre précisément les difficultés qui peuvent être celles d'un gouvernement souhaitant utiliser le motif des besoins de santé de la population, à l'appui de choix strictement politiques. En effet, à la fin de l'année 1969, et dans le but de rejoindre le front commun d'ores et déjà constitué par l'Ordre des médecins, le Syndicat autonome des enseignants de médecine, ainsi que la Direction du Budget, le ministère de la Santé entend défendre la nécessité de limiter le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine au motif d'une nécessaire adéquation du nombre de médecins aux besoins de santé. Selon le ministère, « l'accent [doit être] mis sur l'évaluation des besoins et les possibilités pédagogiques plus que sur la capacité d'accueil des hôpitaux⁸² ». L'objectif d'une telle position réside alors dans la volonté de laisser

⁷⁹ Bulletin de l'Ordre des médecins, n°1, mars 1967

⁸⁰ MARCHAND M., PESTIEAU P., « Le *numerus clausus* en médecine : pourquoi et comment ? », *art. cit.*

⁸¹ *Id.*

⁸² DEPLAUDE M.-O. « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », *art. cit.*

la plus grande latitude possible au gouvernement dans la fixation du nombre d'étudiants autorisé à passer de la première à la deuxième année de médecine. C'est le ministre de l'Education nationale qui s'oppose finalement à une telle position, jugée trop dangereuse au regard des risques réels de mobilisations étudiantes⁸³.

Ce refus d'utiliser le motif des besoins en santé de la population dans la loi du 30 juin 1970, fait du *numerus clausus* un outil rigide pour les pouvoirs publics. En effet, ces derniers ne peuvent que difficilement justifier une diminution drastique du nombre de postes en matière de formation hospitalière, alors que les CHU sont en pleine expansion, que le nombre d'enseignants est en augmentation et que, d'après la loi, il revient aux comités de coordination hospitalo-universitaires de déterminer les chiffres du *numerus clausus*⁸⁴. De ce fait, certaines filières étaient effectivement pléthoriques, alors que d'autres ne suffisaient pas à couvrir l'ensemble des besoins⁸⁵.

Un nouveau projet est alors élaboré dans le but de transférer le pouvoir de fixer les effectifs du *numerus clausus* aux ministères concernés et, de fait, notamment au ministère de la Santé. Ici, l'argument est clairement mentionné ; il s'agit de « construire un système de soins cohérent et géographiquement équitable au regard du souci de *couvrir les besoins de la population*, dont elle (*la réforme*) estime pouvoir opérer une estimation rationnelle⁸⁶ ». Une nouvelle loi voit ainsi le jour en 1979, afin de donner compétences aux ministères de la Santé et de l'Education nationale en matière de fixation annuelle du nombre d'étudiants de première année d'études médicales admis à entrer en deuxième année, après avis des comités de coordination hospitalo-universitaire et « compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des centres hospitaliers régionaux⁸⁷ ».

En somme, le *numerus clausus* a été officiellement adopté afin de répondre aux besoins en formation des étudiants en médecine atteignant la quatrième année d'études, ainsi qu'aux préoccupations des médecins en exercice concernant leur pouvoir d'achat, face à l'augmentation importante du nombre d'étudiants. Aussi, et afin de ne pas risquer de créer le

⁸³ Sur ce point, voir Chapitre 2, Paragraphe 2, A. « La mise en place du *numerus clausus*, le résultat d'un compromis »

⁸⁴ DEPLAUDE M.-O., « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », *art. cit.*

⁸⁵ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*

⁸⁶ *Id.*, les auteurs soulignent.

⁸⁷ Article 3 de la loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 7 juillet 1979, p.1644

chaos, le motif économique a toujours été dissimulé, avec plus ou moins de succès, derrière d'autres arguments, plus nobles, plus consensuels et moins risqués. Les besoins en santé de la population et l'objectif de maîtriser les dépenses de santé n'ont donc pas, en 1971-1972, officiellement motivé le passage à l'acte que constitue l'instauration du *numerus clausus*. C'est en partie pour cette raison que le ministre de l'Education a souvent été laissé seul sur le devant de la scène, bien que les ministres du Budget et de la Santé publique, aient pleinement fait partie du débat⁸⁸. En 1979, la réalité des motivations ayant poussé à la mise en place du *numerus clausus* ne peut plus être dissimulée si le gouvernement souhaite réellement maîtriser les dépenses de santé. Le recours aux besoins en santé de la population, pourtant si délicats à mesurer, sert alors la cause des ministères, afin de justifier les restrictions à opérer.

Paragraphe 2 : Les ECN comme outil de répartition de l'offre de soins

Au-delà de la nécessaire limitation – et non nécessairement diminution – des dépenses de santé, le souci d'une meilleure répartition de l'offre de soins a aussi largement compté dans la mobilisation des outils que sont le *numerus clausus* et les examens classants nationaux – ou internat. Mais, si le *numerus clausus* est apparu comme l'outil idéal pour tenter de maîtriser les dépenses de santé, les ECN sont eux plus à même de permettre une répartition territoriale de l'offre de soins rationalisée. En effet, s'il est possible d'anticiper le nombre de médecins entrant en exercice une dizaine d'années après le passage par la sélection opérée par le *numerus clausus*, il n'est en revanche pas possible, à ce moment-là, de prévoir quelle sera la répartition, par spécialité, voire entre généralistes et spécialistes, avant que les étudiants ne parviennent en septième année d'études. Les ECN constituent donc un outil incontournable pour le maillage géographique de la population médicale. Alors que l'internat a pu être à l'origine d'un déséquilibre de l'offre de soins sur le territoire (A), les ECN doivent *a priori* permettre une meilleure répartition des étudiants entre les différentes orientations médicales possibles, au niveau national (B).

A) L'internat à l'origine d'un déséquilibre de l'offre de soins sur le territoire

L'internat datant de 1803, une époque où la crainte de la pléthore médicale existait déjà malgré une réalité bien plus nuancée, la répartition géographique des médecins, selon les besoins en santé, était loin d'être une préoccupation dans l'esprit des médecins et même des gouvernements. Aussi, dans un premier temps, la densité démographique des médecins pâtit

⁸⁸ Sur ce point, voir Chapitre 2, Paragraphe 2, A. « La mise en place du *numerus clausus*, le résultat d'un compromis »

d'une absence de réflexion du fait de cette fameuse crainte de la pléthore médicale, qui empêche toute analyse d'ensemble. Mais, la mutation inéluctable du corps médical met au grand jour l'inadaptation de l'internat, à l'origine d'un réel déséquilibre de l'offre de soins sur le territoire.

1. Une absence de réflexion préalable due à la crainte de la pléthore médicale

La démographie médicale a pendant longtemps échappé à toute analyse précise et objective du fait du sentiment partagé par la majorité des médecins d'une nécessité absolue de limiter la concurrence, sans véritable motif. La fameuse pléthore depuis toujours dénoncée par les médecins joue finalement en défaveur d'une approche rationnelle et objective de la situation de l'offre médicale sur l'ensemble du territoire. Ce phénomène de dénonciation constante de l'explosion du nombre est cependant assez classique au sein des corporations de tout type⁸⁹.

Or, comme nous l'avons montré, des mesures sont prises dès les années 1970 en vue, si ce n'est de réduire, du moins de maîtriser la quantité de médecins à venir, par le biais de l'instauration du *numerus clausus* de PCEM1. Toutefois, il faut bien remarquer que les revendications autour du nombre « masquent le plus souvent une interrogation quant à la fonction⁹⁰ ». En effet, on peut légitimement considérer que « tant de médecins à tel moment, formés dans telles spécialités et exerçant dans certains endroits, signifie, plus que l'expression quantitative d'une "offre de soins", une place sociale particulière attribuée à l'exercice de la médecine⁹¹ ».

En effet, avant la réforme, une fois nommés, les internes pouvaient choisir leurs stages selon leur ancienneté dans leurs fonctions – c'est-à-dire selon qu'il s'agissait d'un premier stage ou non – et de leur rang de classement au concours. Ainsi, à classement égal, l'interne justifiant d'une plus grande ancienneté obtenait le poste le plus convoité. Ce fonctionnement favorise une formation élitiste, où les meilleurs stages, et donc les spécialités les plus cotées, expérimentées auprès des praticiens les plus reconnus, étaient systématiquement réservés aux meilleurs étudiants. Les étudiants moins bien classés étaient, eux, toujours relégués aux postes les moins enviés⁹². Ce fonctionnement implique que seuls les meilleurs accèdent de façon certaine à la spécialité souhaitée. Ainsi, la répartition des médecins, par spécialité et par localisation, constitue une réelle donnée sociologique, que l'on aurait tort d'ignorer lorsque la réflexion se

⁸⁹ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.19

⁹⁰ BUNGNER M., « Une éternelle pléthore médicale ? », *art. cit.*

⁹¹ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.19

⁹² DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, *op. cit.*, p.194

porte sur la démographie médicale. Or, si la limitation du nombre d'étudiants inscrits en faculté de médecine ne s'est pas immédiatement accompagnée d'une rationalisation plus générale de la formation médicale elle-même, c'est encore plus vrai concernant l'élitisme de l'internat qui continue de fonctionner selon l'ancienneté des internes quelques temps encore après la réforme. Celle-ci intervient entre 1979 et 1982 et entame une modification des études médicales dans le sens d'une meilleure adaptation aux besoins de la population, en matière d'accès aux soins et de spécialisation.

Ainsi, des disparités régionales ont déjà eu le temps de se mettre en place avant que la question du maillage démographique des médecins ne devienne une préoccupation majeure. Il est possible d'observer qu'entre 1968 et 1975, l'augmentation du nombre de médecins sur l'ensemble du territoire a surtout profité aux petites villes et banlieues : « alors que la densité médicale a augmenté de 15 % durant cette période sur Paris, elle a augmenté de 57 % dans les unités urbaines de moins de 5000 habitants⁹³ ». Dans le même temps, la densité médicale a diminué dans les zones rurales. Ces phénomènes s'expliquent aisément par les mouvements de la population générale. La concentration dans les villes ne cesse d'augmenter, ce qui conduit à un développement important de la concurrence entre les médecins, davantage poussés à s'installer en périphérie des grandes villes. A l'inverse, les zones rurales ont tendance à se dépeupler, ce qui ne favorise ni la stabilité des médecins en exercice, ni l'installation des jeunes générations de médecins⁹⁴. Mais, si ces éléments démographiques sont en grande partie expliqués par des mouvements plus généraux de la population française, à un moment donné, d'autres éléments dépendent de facteurs strictement liés à l'activité médicale elle-même.

En effet, un phénomène démographique concernant essentiellement les médecins spécialistes est celui d'un clivage Nord/Sud très important, lié majoritairement au mode de formation de cette catégorie de professionnels de la médecine. L'une des observations à l'origine de la réforme des études médicales de 1982 tient à la sédentarité des spécialistes qui, le plus souvent, choisissent de s'installer dans ou autour de la ville universitaire où leur formation pratique s'est déroulée. Il semble que les jeunes médecins, spécialistes notamment, ne fassent preuve que d'une faible mobilité, une fois diplômés. Cette « sédentarité » s'explique sans doute par l'âge auquel les médecins acquièrent leur titre de spécialiste, qui correspond, pour la plupart d'entre eux, à un moment de leur vie où la construction d'une famille est d'ores

⁹³ BRANCIARD A., *Démographie médicale : étude de synthèse 1958-1985, rap. cit.*, p.81

⁹⁴ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.22

et déjà une réalité. Ces distorsions régionales dans le maillage géographique des médecins étaient donc un paramètre à prendre en compte à la veille de la réforme, qui a vu se développer ce que l'on a appelé « l'internat pour tous ».

2. Les motifs d'une mutation de la démographie médicale

L'impression générale d'explosion démographique, ou au contraire, de pénurie annoncée, du corps médical, doit toujours être nuancée par l'existence de différents facteurs que les analyses géographiques ne prennent pas toujours en considération. Au rang de ces facteurs figurent la féminisation de la profession médicale, l'évolution des lieux et modes d'exercice, la modification du temps de travail... Ainsi, la féminisation du corps médical influe nécessairement sur sa densité puisque, en moyenne, les femmes travaillent 20% de temps en moins que les hommes sur l'ensemble d'une carrière. Ensuite, la durée de travail hebdomadaire des médecins, en relation avec leur âge, évolue suivant une courbe en cloche, marquant un pic d'activité en milieu de carrière⁹⁵. De son côté, l'allongement des études médicales, induite par les différentes réformes, a nécessairement une influence sur la durée réelle d'exercice des médecins qui, de toute évidence, commencent leur activité en tant que médecin diplômé, plus tardivement. Enfin, l'orientation des jeunes médecins vers un poste hospitalier ou au contraire une installation libérale, en ville, contribue encore à modifier le maillage géographique de l'offre de soins⁹⁶.

En même temps que la physionomie de la profession médicale mue vers une augmentation de ses effectifs et une urbanisation croissante de son exercice, petit à petit, l'attention se porte sur la situation des médecins généralistes. Ces derniers rencontrent, dans les années 1970-1980, de nombreuses difficultés alors qu'apparaît « un discours sur les généralistes smicards, sur le chômage des médecins et sur les difficultés d'installation⁹⁷ ». Et les difficultés rencontrées par les généralistes ne se limitent pas à la seule dimension économique. Le développement massif de la spécialisation a conduit à une véritable segmentation de la médecine, provoquant une dévalorisation progressive de la médecine générale⁹⁸. Le fait de réserver l'internat à une partie seulement des étudiants en médecine, ainsi que le

⁹⁵ MARCHAND M., PESTIEAU P., « *Le numerus clausus en médecine : pourquoi et comment ?* », *art. cit.*

⁹⁶ HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *rap. cit.*, p.19

⁹⁷ BRANCIARD A., HUARD P., « Les médecins inscrits à l'Agence Nationale pour l'Emploi en 1987 », Rapport final d'une étude réalisée pour et financée par la Direction Générale de l'ANPE, Aix en Provence, juillet 1988

⁹⁸ Voir sur ce point BASZANGER I., « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, 1983, vol. 25, n°3, p.275-294 ; BLOY G., SCHWEYER F-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Paris, Presses de l'EHESP, 2010, 424p

fonctionnement intrinsèque de cette formation pratique, entraînent une volonté de réforme des études médicales, en vue d'améliorer la répartition géographique de l'offre de soins.

B) Une meilleure répartition des médecins induite par la réorganisation des études médicales

En 1982, « l'objectif [...] était d'atteindre un taux de spécialisation de 40 % d'une génération d'étudiants en médecine⁹⁹ », puisqu'on estimait qu'une trop grande part d'étudiants faisait le choix de la spécialisation, au détriment de la médecine générale. La réforme met donc en place un double cursus, à la fin du deuxième cycle d'études médicales, distinguant un résidanat et un internat, par ailleurs rendu plus exigeant. Or, c'est finalement la suppression de l'internat qui permettra d'adapter le nombre de spécialistes à chaque région sanitaire.

1. Les effets de la suppression de l'internat et de la création des ECN

Alors que l'internat survit à la réforme de 1982, en instituant son pendant pour la médecine générale, à travers le résidanat, l'élitisme attaché à cette formation pratique de prestige, depuis longtemps dénoncé, n'en ressort que renforcé. En effet, la difficulté attachée au concours renvoie, à l'inverse, l'image d'une médecine générale et donc d'un résidanat, de voie secondaire, réservées aux éléments moins bons ou ayant échoué au concours de l'internat. Aussi, loin de contribuer à l'amélioration de la situation des médecins généralistes, cette réforme est finalement remise en question par l'instauration d'épreuves classantes nationales, conduisant à la suppression de l'internat¹⁰⁰. C'est une réforme majeure du troisième cycle des études médicales qui est ainsi mise en œuvre en 2004-2005. Dès 2005, tous les étudiants de DCEM4 ont dû passer l'ECN, qu'ils souhaitent s'orienter vers la médecine générale ou spécialisée. Les mêmes épreuves sont proposées à chaque étudiant et la médecine générale devient par-là une véritable spécialité, faisant l'objet d'un diplôme d'études spécialisées (DES), au même titre que toutes les autres spécialités médicales. Cette réforme entraîne un allongement du temps de formation et la création d'une nouvelle filière universitaire, afin de répondre au nouveau besoin créé par la loi¹⁰¹. Plutôt qu'une suppression de l'internat, l'introduction de l'ECN correspond en réalité à une généralisation de l'internat pour tous.

⁹⁹ HARDY-DUBERNET A-C., FAURE Y., « Le choix d'une vie... étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », Document de travail, série Études, DREES, 2006, p.12

¹⁰⁰ Les ECN sont mises en place par le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, JORF n°15 du 18 janvier 2004, p.1394, traduisant la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002, p.1008, dans ses articles 60 et suivants.

¹⁰¹ Guide de l'interne à l'hôpital public, 2009, p.10-11

Tous les étudiants terminant un deuxième cycle d'études médicales (DCEM) doivent donc, dès 2005, se présenter à ces épreuves s'ils souhaitent accéder à un troisième cycle. Ensuite, suivant le rang de classement obtenu, le nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics et la validation effective du DCEM, l'étudiant choisit un lieu de formation ainsi qu'une discipline¹⁰². On compte 11 disciplines soumises au choix des futurs internes : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales. Les spécialités médicales et chirurgicales sont ensuite subdivisées en diplômes d'études spécialisées (DES), parmi lesquels on compte, entre autres, l'anatomie, la cardiologie, la dermatologie, la médecine nucléaire ou la chirurgie générale, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, etc.

Le changement majeur opéré par la substitution du concours de l'internat par les ECN concerne donc la médecine générale qui, jusque-là pouvait être pratiquée par des étudiants ayant échoué au concours de l'internat. Désormais, tous les étudiants atteignant le troisième cycle ont nécessairement passé l'épreuve classante nationale. Les étudiants choisissant la médecine générale ne sont donc plus contraints de rester dans leur subdivision géographique, mais peuvent, grâce à leur classement, changer de région d'affectation. Le système des ECN permet réellement de faire correspondre une demande de soins, localisée géographiquement, à une offre de postes ouverts spécifiquement pour les internes, par les pouvoirs publics.

Le système précédent ne permettait qu'une anticipation du nombre de postes d'internes nécessaires calculée en fonction du *numerus clausus*, alors fixé cinq années plus tôt. La promotion en son entier était prise en compte dans ce calcul. Or, on le sait, de nombreuses fluctuations viennent bouleverser les chiffres et le nombre d'internes n'est pas égal au nombre d'étudiants accédant à la deuxième année d'études. Avec les ECN, le nombre de postes d'internes attribué à chaque discipline est fixé par arrêté ministériel, pour chaque subdivision géographique, et correspond au nombre d'étudiants inscrits aux ECN. En effet, il ne s'agit plus d'un concours, mais d'un examen classant ; donc tous les étudiants doivent recevoir une affectation¹⁰³. En définitive, le nombre total d'étudiants devant être affecté à l'issue des ECN, par le jeu des redoublements et des possibilités de seconde chance, est toujours supérieur à

¹⁰² BACHELET M., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n°894, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2014, p.3

¹⁰³ Article 4 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

l'effectif total d'une promotion¹⁰⁴. Pour comprendre cet aspect des ECN, il faut bien saisir l'impact du classement sur la future carrière des médecins.

2. L'impact du classement

Chaque étudiant se présentant aux ECN doit être affecté selon son rang de classement. Ce dernier est d'une importance capitale puisqu'il détermine la possibilité pour l'étudiant d'obtenir un poste dans la spécialité qu'il a choisi, ou non. Les étudiants les mieux classés, situés dans la première moitié du classement, peuvent choisir n'importe quelle discipline. Eventuellement, en cas de concurrence avec un autre étudiant aussi bien classé, le choix de la subdivision doit faire l'objet d'un compromis. Les étudiants classés dans les premières places de la deuxième moitié du classement ont encore de larges possibilités et des chances de pouvoir obtenir la discipline visée. En revanche, pour les autres étudiants, les choix se réduisent au fur et à mesure que leur classement se rapproche de la fin.

Il faut ici prendre en considération le fait que certaines disciplines offrent par ailleurs peu de postes et sont donc l'objet d'une concurrence rude. Ainsi, en 2014, c'est la gynécologie-obstétrique qui est la première discipline à remplir tous ses effectifs vacants. Suivent l'anesthésie-réanimation et la gynécologie médicale ; « les étudiants ayant choisi ces trois disciplines font partie des 54 % affectés les premiers¹⁰⁵ ». A l'inverse, certaines disciplines ne pourvoient pas tous leurs postes et restent donc accessibles à tous les étudiants, comme la médecine générale, la médecine du travail et la santé publique. Mais, un facteur est déterminant dans la faculté d'un étudiant d'obtenir ou non une affectation souhaitée : la mobilité. En effet, on considère que la majorité des étudiants peut accéder à la discipline qu'il souhaite s'il accepte de changer de subdivision. Ainsi, en 2014, on estime que 52 % des étudiants ayant passé les ECN pouvaient choisir n'importe quelle discipline, sous réserve parfois de changer de subdivision et 18% d'entre eux n'étaient soumis à aucune contrainte quant à leur choix, tant disciplinaire que géographique. Enfin, seulement 0,5 % n'a eu le choix ni de la discipline, ni de la subdivision¹⁰⁶. Ce chiffre est par ailleurs en constante diminution.

¹⁰⁴ HARDY-DUBERNET A-C., FAURE Y., « Le choix d'une vie... étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », *rap. cit.*, p.14

¹⁰⁵ BACHELET M., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales », *art. cit.*, p.5

¹⁰⁶ *Id.*

CONCLUSION DE CHAPITRE

Les critiques aisément formulées à l'encontre des mécanismes de sélection, jalonnant le cursus médical font souvent oublier les raisons premières qui ont pu justifier leur mise en place. C'est qu'en réalité, ces raisons sont multiples et parfois contradictoires. Lorsque la volonté de limiter l'accès à une profession émane de la profession elle-même, il est aisé de considérer que la seule motivation d'un tel choix réside dans l'existence d'un élan protectionniste. La volonté de conserver ses acquis, sa position sociale, son statut peut justifier la mobilisation d'une profession tout entière. C'est ce qui a pu parfois transparaître de la forte mobilisation des médecins en faveur de la mise en place d'un *numerus clausus*, devant limiter la progression du nombre de médecins en exercice, et donc de la concurrence, entre praticiens libéraux notamment. Pourtant, la volonté de simplement protéger le prestige et la réputation de la profession médicale réside également dans cette mobilisation en faveur du *numerus clausus*. En effet, limiter le nombre d'étudiants pour leur garantir, à tous, l'accès à une formation pratique de qualité, auprès de professionnels qualifiés, est un objectif louable. La difficulté de conceptualisation réside alors sans doute dans l'ambivalence des motivations ayant justifié la défense puis la mise en œuvre de mécanismes tels que le *numerus clausus* ou le concours de l'internat.

Pourtant, lorsque le gouvernement s'empare réellement de la question, ce n'est plus le seul souci de la qualité de la formation qui est revendiqué ; dès lors, la réalité économique de la formation médicale apparaît et la limitation du nombre d'étudiants devient un instrument de la baisse des dépenses de santé, par la baisse du nombre de prescripteurs en exercice. Cette logique comptable, si elle a de quoi déplaire, n'est pour autant pas immédiatement critiquée puisque ses effets contribuent tout de même à la satisfaction des médecins en exercice. Pourtant, c'est bien la généralisation de cette politique, bientôt exclusivement orientée autour de la maîtrise des dépenses de santé, qui va amorcer la remise en question de la compétence étatique en matière de sélection et de formation médicales.

CHAPITRE 2 : Une compétence étatique en matière de sélection et de formation médicales, sous contraintes

Chaque année, c'est un arrêté ministériel qui détermine le nombre d'étudiants de première année qui sera autorisé à poursuivre ses études en deuxième année de médecine. Le chiffre ainsi déterminé est constitué par la somme de tous les admis que pourront recevoir les établissements autorisés à dispenser la formation médicale, c'est-à-dire, en France, les établissements publics, en charge de dispenser des cours universitaires et de délivrer des diplômes de l'enseignement supérieur. Le *numerus clausus* correspond donc exactement au nombre d'étudiants en médecine formés sur le territoire français¹⁰⁷, à tout le moins par ses institutions autorisées¹⁰⁸. Le nombre de nouveaux praticiens échappe donc à tout contrôle de la profession qui doit se résigner à suivre la directive étatique¹⁰⁹.

Mais, si les médecins sont soumis au bon vouloir des pouvoirs publics quant à la détermination annuelle du *numerus clausus*, la figure étatique a ici, au moins, deux visages. L'arrêté ministériel est en effet signé par le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale, à travers son représentant en matière d'Enseignement supérieur. Cette co-signature est nécessaire compte tenu de la spécificité des professions médicales qui, à la fois, constituent et participent à l'exercice d'un service de santé publique, et représentent l'un des rouages universitaires les plus importants du pays. Aussi, la double compétence ministérielle est justifiée, compte tenu de la nécessaire relation entre les universités et les hôpitaux (Section 1).

Malgré tout, cette double compétence, parvenant à concilier des intérêts divergents, ne permet pas aux pouvoirs publics d'éviter tous les écueils, bien au contraire. En effet, souvent la conciliation des intérêts entre Education et Santé se fait, par la force des choses, autour de la question du Budget et des finances publiques. C'est ce que l'on peut observer à travers l'histoire du *numerus clausus*, en France, qui n'a cessé de diminuer pendant vingt ans, dans le but, assumé, de maîtriser les dépenses publiques de santé. Or, à terme, on ne peut que constater l'échec de telles politiques, exclusivement orientées vers la baisse des dépenses (Section 2).

¹⁰⁷ Il faut toutefois soustraire la médecine militaire qui est, elle, exonérée de *numerus clausus*, mais privilégie le passage par un concours d'entrée.

¹⁰⁸ Voir Partie 2, Titre II

¹⁰⁹ Cette affirmation peut évidemment être nuancée par le jeu des lobbys et autres formations de pouvoir susceptibles d'influencer la décision des politiques, mais il s'agit là d'un sujet spécifique que nous n'entendons pas développer.

Section 1 : La mise en place difficile d'une formation médicale cohérente, entre université et hôpital, sous la responsabilité de l'Etat

La particularité des études médicales réside essentiellement dans le caractère hybride qui les caractérise. Rattachées à la fois à l'université et à l'hôpital, les études médicales se déroulent nécessairement, du fait de leur aspect pratique, autour d'un double cursus. Or, il paraît évidemment essentiel que cette dualité se fasse dans les meilleures conditions possibles et donc par le biais d'une coordination entre les deux institutions que sont la faculté de médecine et l'établissement hospitalier en charge de la formation pratique de l'étudiant. Pourtant, cette coordination n'a pas toujours été évidente. Si l'idée d'un rapprochement entre écoles de médecine et hôpital est depuis longtemps admise et mise en pratique, sa réalité n'est pas toujours allée de soi tant les enjeux attachés au fonctionnement de chacun de ces types d'établissements peuvent différer. En effet, alors que l'université a tout intérêt à ce que ses étudiants bénéficient de la meilleure formation théorique possible et aillent le plus loin possible dans leur cursus, les hôpitaux sont eux soumis à des contingences financières et organisationnelles telles, que l'accueil d'étudiants stagiaires peut constituer une difficulté pratique supplémentaire nécessitant un véritable travail d'anticipation en amont. Même si les deux formations, universitaire et hospitalière, sont de la compétence de l'Etat, cette unité de compétence ne présage pas d'une unité des intérêts en jeu. En découle une évolution relativement lente, allant de l'éclatement à la fusion des compétences universitaire et hospitalière (Paragraphe 1), jusqu'à ce que l'instauration du *numerus clausus* ne vienne sceller une conciliation délicate de ces intérêts (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : De l'éclatement à la fusion des compétences universitaire et hospitalière

Une première période de réformes éducatives en médecine, s'étalant de 1794 à 1803, a marqué les esprits avec la création des écoles de santé, premier rapprochement réussi entre université et hôpital¹¹⁰. La réforme Debré de 1958 n'engage alors pas un mouvement révolutionnaire dans le sens de l'union entre le monde plus académique, théorique de l'université et la pratique enseignée à l'hôpital, mais se pose comme une étape majeure dans la détermination actuelle de l'orientation des études de médecine. Il est ainsi intéressant d'analyser la situation française de la formation médicale, avant la réforme Debré de 1958 (A) et après la réforme (B).

¹¹⁰ BROCKLISS L., ROGERS R., « L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation », *Histoire de l'éducation*, n° 42, 1989, p.79-110

A) *La formation médicale avant la réforme Debré de 1958 ou l'absence de politique cohérente des études médicales*

La réforme engagée sous l'impulsion du Pr Robert Debré à partir de 1958, parvient à opérer des changements que plusieurs tentatives de réformes précédentes avaient abandonnés et engage la France dans un modèle éducatif toujours d'actualité aujourd'hui, dans lequel l'exercice hospitalier de la médecine représente la voie la plus prestigieuse.

1. Des tentatives de réformes avortées

La question de la formation des médecins accompagne celle de l'évolution du modèle même de l'hôpital. En effet, le bouleversement majeur opéré par la loi du 21 décembre 1941 modifiant le statut de l'hôpital en l'ouvrant à l'ensemble de la population¹¹¹, induit une mutation profonde de l'établissement hospitalier, qui ne doit plus seulement soigner les indigents, mais petit à petit, toute la population. Les exigences des malades augmentent ainsi à fur et à mesure ; la mise en place de la Sécurité sociale généralisée provoque un afflux supplémentaire de patients vers l'hôpital ; et les progrès de la médecine, à travers l'apparition de nouveaux médicaments, continue de précipiter la nécessité d'une remise en cause profonde de la médecine et de la formation médicale.

Concomitamment à l'adoption de la loi hospitalière de décembre 1941, est créé l'Ordre des médecins, qui se penche rapidement sur la question des spécialités médicales. Dès le début de l'année 1941, le premier Bulletin de l'Ordre publie une « liste des spécialités médicales officiellement reconnues par le Conseil supérieur de l'ordre¹¹² ». C'est la première fois qu'une telle liste est établie et qu'une institution décide d'encadrer formellement la désignation des spécialités médicales reconnues comme telles. Ainsi, neuf « spécialités qualifiées » sont reconnues – obstétrique et gynécologie, chirurgie générale, dermato-vénérologie, électroradiologie et agents physiques, biologie et laboratoires, neuropsychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et stomatologie – et vingt-deux « spécialités libres », considérées comme des orientations de la médecine ou la chirurgie générale, dont l'exercice était interdit aux spécialistes qualifiés.

Déjà en 1944, Robert Debré envisage ce qui sera le futur *numerus clausus* et propose une véritable réforme hospitalo-universitaire, prévoyant la complémentarité des formations

¹¹¹ Loi du 21 décembre 1941 de réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF du 30 décembre 1941, p.5574

¹¹² Bulletin de l'ordre des médecins, 1^{er} avril 1941

théorique – universitaire – et pratique – hospitalière. Son intuition le pousse à envisager un contrôle du nombre de médecins par le biais de la formation : « La limitation du nombre de médecins doit, en effet, être en quelque sorte qualitative et non quantitative en éliminant impitoyablement les paresseux et les médiocres. [...] Il faudra donc opérer la sélection assez tôt. Légère en fin de PCB¹¹³, c'est en fin de première année que se fera l'élimination la plus importante¹¹⁴». Le succès d'une telle réforme, qui envisageait en réalité une refonte totale de la formation médicale et du fonctionnement de l'hôpital, serait assuré, selon Robert Debré, par la création d'un corps spécifique d'enseignement, entièrement dédié aux tâches universitaires et hospitalières. Cette proposition de réforme, on le sait, n'aboutira pas, mais préfigure de manière clairvoyante, les réformes successives que connaîtra la formation médicale française.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, une première tentative de fusion du corps enseignant des facultés de médecine et du corps médical hospitalier voit le jour, à travers la mise en place d'une commission, regroupant les ministères de l'Éducation nationale, de la Santé et du Travail et de la Prévoyance sociale dans le but d'étudier les conditions pratiques d'une telle fusion. Toutefois, au regard des nombreux chantiers auxquels était confrontée la France dans cette période, ce projet fut enterré.

2. La mise en place d'un Comité interministériel pour une formation unifiée

En 1956, un Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale, est créé par décret du 18 septembre¹¹⁵, sous la présidence du Pr. Robert Debré, rappelé quelques années auparavant pour mener à bien la réforme qu'il avait envisagé plus de dix ans plus tôt. Le Comité met en évidence des dysfonctionnements graves à la fois au sein des hôpitaux et dans les facultés de médecine.

D'abord, le Comité note que les hôpitaux ne fonctionnent réellement, au maximum de leurs capacités, que la moitié du temps, les matinées, lorsque les médecins font leurs visites médicales. Le reste du temps, les médecins exercent en cabinet privé, se contentant de jouir du prestige attaché à leur qualité de praticien hospitalier, tout en bénéficiant d'une rémunération bien plus intéressante en clientèle privée. En effet, les honoraires hospitaliers n'étant pas très

¹¹³ C'est ainsi qu'est alors dénommée l'année d'études préalable à l'entrée dans le cursus d'études médicales, qui s'achevait par l'obtention d'un certificat en Physique, Chimie, Biologie (PCB).

¹¹⁴ DEBRE R., « Organisation de la profession médicale et réforme de l'enseignement de la médecine (texte préparé par le Pr. R. Debré au Comité Médical de la Résistance, transmis au Comité Français de Libération Nationale à Alger) », *Médecine, Santé publique, Population*, 1944

¹¹⁵ Décret n°56-944 du 18 septembre 1956 créant un Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale, JORF du 22 septembre 1956, p.8992

élevés et la charge de travail étant tout de même importante, il était intéressant pour un médecin de partager son temps entre exercice public en milieu hospitalier et exercice en clientèle privée afin de profiter à la fois du prestige et de la rémunération.

Il est en effet important de souligner le prestige attaché à la fonction de médecin hospitalier, né de l'exigence des concours de l'externat, puis de l'internat. C'est pour lutter contre le favoritisme, qui influait nettement la nomination ou non en qualité d'externe, que le concours de l'externat a été mis en place dans le cursus médical. Ainsi, au début du XX^{ème} siècle, le concours de l'internat n'est plus accessible qu'aux élèves externes des hospices, qui ont été dès la deuxième année, recrutés par une épreuve de sémiologie. L'externat et l'internat deviennent alors des concours indépendants, mais sont indispensables pour avancer dans la formation universitaire. Les recalés aux examens suivent eux une formation théorique à l'université et ne peuvent fréquenter l'hôpital qu'en tant que stagiaire ; il n'est alors pas rare de rencontrer de jeunes médecins diplômés qui n'ont jamais vu un patient de leur vie. De ce décalage naît le prestige attaché à la qualité de praticien hospitalier, dont témoigne la présence récurrente de la mention « ancien interne des hôpitaux » sur nombre de plaques de médecin.

Au-delà de l'hôpital en lui-même, le Comité interministériel souligne surtout un retard important de la formation universitaire française dans le cadre des études médicales. Ainsi, le Comité observe que pour 100 étudiants, on trouve seulement 3 professeurs à Paris contre 25 à St Thomas – école de médecine londonienne – et plus de 50 à l'université Columbia de New York. Les personnels de l'enseignement médical souffrent, en France, d'un vieillissement de leur effectif ainsi que d'une démobilité universitaire, en faveur d'un exercice important en clientèle privée¹¹⁶. Aussi, le recours à des aides extérieures à l'université se développe et ce sont quelques 20 000 étudiants en médecine qui recourent à des « enseignants bénévoles, médecins hospitaliers, chefs de clinique, internes, qui organisaient à titre privé des conférences de préparation à l'externat et à l'internat¹¹⁷ ». La préparation aux concours pouvait être acharnée tant l'externat et l'internat étaient nécessaires à l'acquisition d'une véritable formation clinique.

La formation des futurs médecins en elle-même commençait à laisser à désirer tant elle devenait obsolète. Ainsi, des maladies quasiment disparues, bien que très fréquentes un siècle plus tôt, étaient toujours étudiées longuement, « le traitement des affections était séparé de la pathologie et restait souvent en suspens, la thérapeutique n'intervenant dans le cursus qu'en fin

¹¹⁶ DHORDAIN A. (Dir.), *Le CHU - L'hôpital de tous les défis*, Toulouse, Privat, 2008, p.30

¹¹⁷ *Id.*

de parcours, c'est-à-dire en dernière année !¹¹⁸ ». Plus grave encore pour un futur médecin de la fin du XXe siècle, aucune notion de psychologie, de sociologie, de statistique, de médecine préventive, de politique de santé publique ou d'impératifs de sécurité sociale n'était alors enseignée.

Enfin, un dernier aspect a fini d'alarmer le Comité interministériel : celui de la recherche médicale. En effet, au regard des carences de la formation universitaire et du manque de moyens déployés, la recherche au sein des facultés de médecine reste nettement accessoire, les médecins ne bénéficiant pas d'une formation scientifique suffisante. Pourtant, des efforts ont été faits en ce sens, à travers notamment la création du CNRS en 1939, de l'Institut national d'hygiène en 1941 puis de l'Association Claude-Bernard pour le développement des recherches biologiques et médicales dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris (ACB)¹¹⁹ en 1953. Malgré tout, les équipes de recherche étrangères conservaient toujours une longueur d'avance sur la recherche française.

B) La formation médicale après la réforme Debré ou la consécration de la fusion hospitalo-universitaire

La « réforme Debré » est composée de trois ordonnances successives, opérant une réorganisation complète de l'hôpital. Ces ordonnances, accompagnée d'un décret, créent les centres hospitaliers universitaires et favorisent la mise en place ultérieure de la fusion des formations universitaire et hospitalière dans le cursus médical. C'est une véritable refonte des études médicales qui s'ensuit.

1. La mise en place de la réforme Debré, vers une unité de la formation médicale

Ce sont donc trois ordonnances prises entre les 11 et 30 décembre 1958 qui opèrent une grande réforme hospitalière. Celle du 11 décembre 1958¹²⁰, accompagnée d'un décret du même jour, crée trois instances nationales dont la mission est de concevoir une nouvelle politique hospitalière et d'en contrôler la mise en œuvre. Ensuite, l'ordonnance du 13 décembre établit une coordination entre les établissements d'hospitalisation et impose une obligation de

¹¹⁸ *Id.*

¹¹⁹ Il s'agissait d'un regroupement de cliniciens dont l'objectif était de favoriser la recherche biomédicale, à travers la création d'unités hospitalières de recherche.

¹²⁰ Ordonnance n°58-1198 et décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, JORF du 12 décembre 1958, p.11169 et 11179

déclaration préfectorale préalable à la création de tout établissement de santé privé¹²¹. Enfin, la grande réforme de 1958 est achevée par une dernière ordonnance du 30 décembre, sur laquelle notre intérêt va particulièrement se porter, puisqu'elle fonde la création des centres hospitaliers universitaires et initie la véritable réforme de l'enseignement médical¹²². L'idée principale du Pr. Debré est alors d'unir par convention, les grands hôpitaux publics et les facultés de médecine, tout en leur garantissant une personnalité morale et une autonomie financière propres¹²³. En réalité, toutes les « nouveautés » contenues dans la réforme Debré, sont le résultat direct des réflexions initiées par Debré lui-même dès 1944, et les textes ont été entièrement rédigés par le Comité interministériel placé sous sa présidence dès 1956. La volonté de fusion entre les univers hospitalier et universitaire dont témoigne la réforme, est par ailleurs marquée par une répartition inédite des dispositions de l'ordonnance du 30 décembre 1958 entre les codes de l'éducation et de la santé publique.

La réforme n'a cependant pas été accueillie avec un même enthousiasme par tous les acteurs concernés. Des syndicats de médecins notamment, craignent la dimension globale de la réforme et ses conséquences sur les particularismes locaux. Un certain conservatisme des médecins seniors trouve ici à s'exprimer. Mais, les jeunes diplômés ne sont pas en reste et la crainte générale d'une main mise de l'Etat sur la profession médicale gagne une bonne partie de la profession. En outre, les facultés de médecine elles-mêmes expriment des réticences quant à la nouvelle organisation souhaitée par la réforme et propose en ses lieux et places, une restructuration des programmes d'enseignement, la suppression de l'externat, la modification de l'internat ou encore une garantie de l'indépendance de la profession médicale¹²⁴. Enfin, les investissements nécessaires à la mise en œuvre effective de la réforme constituent un frein supplémentaire puisque les locaux universitaires, comme hospitaliers, doivent être aménagés et les CHU construits.

Les nouvelles carrières hospitalo-universitaires induites par la réforme posent évidemment des difficultés pratiques puisque les professeurs agrégés sont amenés à devenir automatiquement médecins, chirurgiens ou biologistes, sans passer les anciens concours hospitaliers. La transition n'est pas toujours évidente, notamment dans le cas de spécialités

¹²¹ Ordonnance n°59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, JORF du 12 décembre 1958, p.11170

¹²² Ordonnance n°58-1370 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, JORF du 31 décembre 1958, p.12070

¹²³ DHORDAIN A. (Dir.), *Le CHU - L'hôpital de tous les défis*, op. cit., p.40

¹²⁴ *Id.*, p.46

nécessitant un nombre plus important de praticiens que d'enseignants, comme l'anesthésie ou la radiologie. Des dérogations à la bi-appartenance hospitalo-universitaire des médecins sont donc immédiatement prévues par les textes¹²⁵. Lorsque la question du statut des médecins, fonctionnaires, s'est posée, il a été décidé qu'un rattachement au ministère de l'Éducation nationale était le plus avantageux pour les médecins, malgré leur volonté première d'être logiquement dépendant du ministère de la Santé. Dès lors, l'activité clinique des médecins, considérée comme complémentaire, bien que parfois plus importante que leur activité universitaire, justifie le versement d'une indemnité. Les médecins pouvaient ainsi doubler leur revenu, sans toutefois atteindre le niveau de vie que leur clientèle de ville leur offrait précédemment. Afin de conserver l'attractivité de la médecine hospitalière, la possibilité de poursuivre des consultations privées a été offerte aux médecins hospitaliers. A ce propos, le Général de Gaulle avait averti le Pr. Debré par ces mots : « "Vous voulez forcer tous les médecins à rester toute la journée auprès de leur malade à l'hôpital, vous n'y parviendrez jamais". Et, après un long silence : "Ils tiennent trop à leur clientèle privée"¹²⁶».

Le décret du 24 septembre 1960¹²⁷, complétant l'ordonnance du 30 décembre 1958, parachève la fusion entre les hiérarchies hospitalières et universitaires, à travers la création d'un statut de professeur hospitalo-universitaire plein-temps. Le décret garantit aux personnels hospitalo-universitaires une double-rémunération, au nom de leur double fonction. Alors que jusque-là, il existait une hiérarchie universitaire, composée de docteurs, assistants, agrégés et professeurs, suivant un modèle universitaire classique, ainsi que, en parallèle, une hiérarchie hospitalière, fondée sur le principe d'un enseignement pratique de la médecine, au lit du malade, composée des lauréats des concours hospitaliers placés ensuite, sur nomination préfectorale, à des postes divers – externes, internes, chefs de clinique, chefs de service – désormais, tous les personnels ont vocation à remplir une double fonction.

Avant la réforme Debré, les chefs de service des hôpitaux scindaient leur temps d'exercice de la médecine en deux : le matin, ils consultaient à l'hôpital et l'après-midi, ils exerçaient en ville, la médecine libérale. S'il existait évidemment différentes situations, globalement, le modèle était le suivant : « un chef de service, dirigeant une équipe, impliqué dans des travaux

¹²⁵ En 1984, cette capacité pour un médecin de n'appartenir qu'à la catégorie des praticiens hospitaliers sera étendue à travers la consécration d'un statut à part entière, placé sous la seule compétence du Ministère de la Santé ; celui de praticien hospitalier. Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers, JORF du 25 février 1984, p.691

¹²⁶ DEBRE R., *L'honneur de vivre*, Paris, Librairie Générale Française, 1977, p.355

¹²⁷ Décret n°60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, JORF du 28 septembre 1960, p.8803

de recherche, soignant à l'hôpital une clientèle populaire et qui l'après-midi soignait une clientèle plus "bourgeoise"¹²⁸ ». Avec le décret du 24 septembre 1960, le choix de laisser aux médecins hospitaliers la possibilité d'exercer également en clientèle privée est confirmé. Malgré un exercice hospitalo-universitaire officiel « plein-temps », la possibilité d'une activité privée parallèle a été reconnue afin de permettre aux médecins de maintenir un certain niveau de rémunération, et donc un certain niveau de vie, préalablement acquis.

Cette restructuration de l'activité médicale en milieu hospitalier s'est évidemment accompagnée d'une réforme profonde des études de médecine.

2. La création des CHU et la mise en place d'une véritable réforme des études médicales

En 1958, les CHU n'existaient qu'à travers l'instauration d'une convention constitutive, entre un établissement de santé et une université, établissant les moyens apportés par chaque structure. Les centres hospitaliers et universitaires ont pour vocation de synthétiser l'ensemble des activités médicales : le soin, la recherche et l'enseignement¹²⁹. Dans l'idéal, les CHU auraient dû être des lieux privilégiés où les activités hospitalières et universitaires prenaient place en toute harmonie, où services d'hospitalisation et amphithéâtres coexistaient. En réalité, les efforts d'imagination et d'investissement nécessaires à l'édification de tel campus ont rapidement mis fin à tout espoir en ce sens. Dans les faits, certains hôpitaux ont pu d'eux-mêmes accueillir des enseignements en effectifs réduits, alors que d'autres ont bénéficié d'aides de l'Etat afin d'aménager une partie universitaire. Le plus souvent, il a bien fallu se résoudre à n'opérer qu'une fusion formelle entre la faculté de médecine et un centre hospitalier régional, tout en acceptant une dispersion géographique entre cours magistraux et activités hospitalières.

Tout ce travail d'association entre universités et hôpitaux a mis plusieurs années à se mettre en place et ce n'est qu'en 1965 que les premières conventions constitutives sont finalement signées. En parallèle, la réforme des études médicales a eu le temps de se mettre en place à son tour.

Afin de rendre applicable l'ordonnance du 30 décembre 1958, des sous-commissions sont créés, dont celle sur la réforme des études médicales. Le rapporteur de cette dernière, le Pr. Jean

¹²⁸ WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, op. cit., p.11

¹²⁹ Aujourd'hui, les CHU sont définis par l'article L6142-1 du CSP : « *Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux. Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie* ».

Bernard, souligne le 9 mars 1959, qu'« il existe un consensus sur l'amélioration du PCB, le recul de la date d'arrivée de l'étudiant à l'hôpital, la modification de l'externat, le maintien de l'internat avec obligation beaucoup plus stricte du plein-temps à l'hôpital, le développement de l'enseignement par petits groupes¹³⁰ ». Mais, malgré ce consensus apparent, la réforme des cursus universitaires ne s'est pas faite sans heurts. De nombreuses discussions eurent lieu, au cours de plusieurs années, afin d'établir une réforme des études de médecine¹³¹.

L'objectif de la réforme Debré était donc d'unifier la formation médicale, à travers la mise en place d'enseignements conjoints à l'hôpital et à la faculté. La création des centres hospitaliers universitaires témoigne ainsi de la logique adoptée par le gouvernement et de sa volonté de voir fusionner les enseignements pratiques et théoriques en médecine. Mais, avant de pouvoir envisager le véritable remaniement des études médicales, le gouvernement devait connaître la réalité du besoin en formation, donc les effectifs d'étudiants potentiellement concernés. Ainsi, en 1958, on compte douze facultés de médecine sur le territoire national – la faculté d'Alger comprise – et dix écoles de médecine, rattachées à une faculté. Quant au nombre d'étudiants, il oscille entre 23 et 24 000 entre 1950 et 1960¹³². Il fallait donc assurer un enseignement renouvelé et de qualité à tous ces étudiants.

Les premiers textes réformant les études de médecine voient le jour dès l'été 1960¹³³, et prévoient une réduction du nombre d'années d'études nécessaires à l'obtention du doctorat de 7 à 6 ans, du fait notamment de la suppression du PCB – certificat en physique, chimie et biologie – puisque l'enseignement de ces bases serait désormais intégré à la première année d'études de médecine. Dès lors, formation scientifique et médicale deviennent complémentaires dans le cursus universitaire des études de médecine. L'allongement de l'année universitaire devait permettre ces modifications. Seulement, les doyens des facultés de Paris, Lyon, Marseille et Toulouse choisissent de prendre le temps d'appliquer la réforme et demandent un délai d'un an afin de préparer le changement prévu. Si ces demandes de dérogations ont d'abord été perçues comme des comportements dissidents, les faits ont en réalité donné raison aux doyens. En effet, les facultés ayant tenté d'appliquer immédiatement la réforme se sont vues confrontées à de nombreuses difficultés comme la « multiplication des heures de cours, l'insuffisance des locaux, la surcharge de travail des professeurs, [...] les résultats des examens de première année

¹³⁰ Sous-commission de réforme des études médicales (rapport du Pr. Jean Bernard), 9 mars 1959.

¹³¹ Pour se rendre compte de la multitude de ces débats et de leur étalement dans le temps, voir : PICARD J-F., « Les réformes de l'enseignement de la médecine à travers les archives du Ministère de l'Éducation Nationale (1905-1970) », 2007 (Disponible sur : <http://picardp1.ivry.cnrs.fr/ensmed.html>)

¹³² DHORDAIN A. (Dir.), *Le CHU - L'hôpital de tous les défis*, op. cit., p.56

¹³³ Il s'agit du décret du 28 juillet et de l'arrêté du 2 août 1960.

[...] catastrophiques¹³⁴ ». Des manifestations d'étudiants et de professeurs s'ensuivirent et le gouvernement décida, à terme, de revenir à une formation de 7 ans au mois de mars 1963.

Mais, ces modifications dans le contenu même de la formation médicale, n'ont pas remis en cause l'organisation intrinsèque du cursus : les concours de l'externat et de l'internat continuent d'opérer une réelle sélection entre les futurs médecins. L'internat reste l'objectif ultime à atteindre pour tout étudiant en médecine souhaitant favoriser l'apprentissage de la pratique plutôt que la théorie des bancs universitaires. Or, la réforme Debré a largement contribué à l'essor et la valorisation de la médecine hospitalière. Tant que le concours de l'externat existe, l'accès à cette médecine reste le privilège des lauréats au concours. Les mouvements pour une refonte encore plus profonde et plus égalitaire de la formation médicale ne cessent donc pas avec la réforme Debré et le travail du gouvernement doit continuer jusqu'à aboutir progressivement à la solution du *numerus clausus* instauré en 1971.

Paragraphe 2 : L'instauration du *numerus clausus* : une conciliation délicate des intérêts universitaires et sanitaires

L'adoption de la loi instaurant le *numerus clausus* ne s'est pas faite sans difficultés pour les ministres concernés par la question. La conciliation des divers intérêts en jeu – ceux des étudiants, syndicats, hôpitaux, du gouvernement – a nécessité l'élaboration de divers projets, sous différentes formes. Alors que le ministre de l'Education nationale et les universités en général ont tout intérêt à ce que les étudiants ne se sentent pas trop lésés par l'instauration d'une sélection, le ministre de la Santé, ainsi que celui du Budget, sont plutôt réceptifs aux craintes exprimées par les médecins de voir le nombre de nouveaux médecins diplômés exploser. Or, on observe rapidement que ces intérêts sont diamétralement opposés. Aussi, tout le travail de conciliation des différents ministres en charge de la question des études médicales, s'articule d'abord autour de la quête du meilleur argument possible pouvant justifier la mise en place d'une sélection universitaire (A). Ensuite, la conciliation se fait autour de la quête du meilleur régime possible pour la mise en place effective du *numerus clausus* (B).

A) La quête du meilleur argument possible justifiant la mise en place d'une sélection

Toujours par crainte d'un renouvellement des mouvements étudiants de mai 1968, la mise en place d'une sélection universitaire est un sujet délicat, dont personne ne souhaite

¹³⁴ DHORDAIN A. (Dir.), *Le CHU - L'hôpital de tous les défis*, op. cit., p.57

assumer la responsabilité. Pourtant, depuis que cette éventualité est envisagée, un consensus tend à se former autour de la nécessité, si ce n'est de limiter, du moins de maîtriser les effectifs d'étudiants inscrits en médecine. Mais, pour qu'à la fois les intérêts des étudiants et ceux des acteurs institutionnels soient respectés au mieux, encore fallait-il trouver l'argument idéal, consensuel. En ce sens, face aux réticences du ministère de l'Education nationale face à l'instauration d'un *numerus clausus*, ce sont finalement les spécificités des études médicales qui permettent au gouvernement de justifier la mise en place d'une sélection universitaire.

1. Les réticences du ministre de l'Education nationale à l'encontre du *numerus clausus*

Savoir qui, des ministères concernés par la question, va être amené à endosser la responsabilité politique de la mise en place d'une sélection dans les études médicales, n'est pas un sujet anodin. En effet, l'idée même d'instaurer un *numerus clausus* est « jugée particulièrement risquée sur le plan politique par les politiciens eux-mêmes, qui craignent d'être considérés comme responsables d'éventuels « désordres » dans les universités »¹³⁵. Or, la crainte suscitée par les mouvements étudiants, induit logiquement une grande réticence de la part du tout nouveau ministre de l'Education nationale, Edgar Faure qui, dès sa prise de fonction, s'est clairement opposé à toute forme de sélection à l'entrée des universités. Au nom de l'égalité des chances, défendue par un modèle républicain de valeurs ouvrant l'accès à l'université à chaque titulaire du baccalauréat, toute remise en question, toute tentative de sélection, doit s'attendre à un accueil houleux de la part des étudiants. Ainsi, le ministre Faure préfère la prudence et parvient à faire adopter la loi d'orientation sur l'enseignement supérieur de 1968, maintenant le droit pour tout bachelier de s'inscrire à l'université¹³⁶.

Sur la question du *numerus clausus* en particulier, bien que régulièrement réclamé par une certaine frange du corps médical, le ministère de l'Education nationale exprime clairement ses réticences, directement au Premier Ministre : « La conjoncture n'est pas aussi favorable qu'en juin dernier à l'institution d'une sélection : les effectifs d'étudiants en 1^{ère} année d'études médicales n'ont pas progressé à la rentrée d'octobre dernier »¹³⁷. L'accent est plutôt mis sur « les conditions de recrutement des professeurs du secondaire » ou « le problème des débouchés

¹³⁵ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », *art. cit.*

¹³⁶ Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 dite Edgar Faure, d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF du 13 novembre 1968, p.10579

¹³⁷ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », *art. cit.*, tiré des Archives du Secrétariat général du gouvernement, CAC 19880003, art. 41

en lettres et dans certaines disciplines scientifiques »¹³⁸. Le ministre de l'Éducation nationale est ainsi plus qu'hésitant à l'idée de relancer un débat que l'adoption de la loi d'orientation avait participé à apaiser.

2. La spécificité des études médicales comme justification idéale du *numerus clausus*

Afin d'éviter qu'un éventuel mouvement étudiant ne se généralise, la sélection envisagée pour les études de médecine n'entend répondre qu'à des considérations propres à la discipline. Ainsi, le gouvernement ne peut être soupçonné de vouloir étendre aux études supérieures en général l'idée d'une sélection et le principe d'une égalité d'accès aux études supérieures est maintenu. Sont alors mis en avant, afin de justifier la mise en place du *numerus clausus*, à la fois le manque de places de formation pour l'ensemble des étudiants inscrits et – suivant cette même logique – l'impact de la suppression de l'externat sur l'explosion du nombre de postes d'interne désormais nécessaire.

a) *Le manque de places de formation*

C'est le travail de différentes commissions, réunies par les ministères des Affaires sociales et de l'Éducation nationale, que de déterminer l'orientation que devra prendre la réforme des études médicales, au début de l'année 1969. Très vite, la nécessité de réduire le nombre d'étudiants en médecine apparaît : « le nombre de malades étant limité dans les hôpitaux, il est impossible d'y éduquer de façon satisfaisante un nombre illimité d'étudiants »¹³⁹. Si cette idée d'une limitation du nombre d'étudiants fait consensus parmi les médecins hospitalo-universitaires composant ces commissions, encore faut-il savoir comment procéder à une telle limitation. Ici, il est intéressant de noter que la réflexion s'est portée sur les spécificités des études médicales pouvant justifier une telle mesure. C'est-à-dire que, rapidement, il est apparu aux différentes commissions qu'un moyen efficace de faire passer une telle réforme était de mettre en évidence un argument propre aux études médicales, qui ne pourrait pas remettre en cause le principe général de libre accès aux études supérieures. Ainsi, le groupe de travail consacré au premier cycle des études médicales envisage la mise en place d'un « concours justifié uniquement par des raisons pédagogiques, spécifiques à la médecine¹⁴⁰ ». C'est de cette volonté que naît l'idée d'un concours en fin de première année dont l'objectif ne serait pas de réduire drastiquement le nombre d'étudiants admis en deuxième

¹³⁸ *Id.*

¹³⁹ Rapport du groupe de travail « Éducation nationale - Affaires sociales » sur la réforme des études médicales, *Le concours médical*, vol.91, n°40, octobre 1969, p.7007

¹⁴⁰ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.116

année – puisque les examens de fin d’année remplissaient déjà ce rôle en éliminant près de 70% des inscrits avant la troisième année – mais plutôt de concentrer la sélection en un moment spécifique. Cette concentration de la sélection doit permettre une meilleure vision des besoins ultérieurs en formation pratique.

Toutefois, le rapport remis par les commissions de 1969 n’aboutit pas, du fait des fortes réticences du ministre Faure, clairement opposé à toute forme de sélection allant à l’encontre de la démocratisation de l’accès à l’enseignement supérieur. Le changement de gouvernement, à l’été 1969, marque un net changement dans la politique universitaire des études médicales. L’engagement d’Edgar Faure laisse sa place à la liberté d’action d’Olivier Guichard et le gouvernement Chaban-Delmas intègre par ailleurs un véritable ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, confié à Robert Boulin, globalement favorable à l’institution d’un *numerus clausus*.

Le choix est donc fait de masquer la sélection universitaire opérée, par des arguments difficilement contestables comme la garantie d’une formation clinique offerte à chaque étudiant. La généralisation de l’externat est pour cela un parfait alibi. Ainsi, l’adéquation du nombre de médecins aux besoins de la population – par ailleurs difficile à évaluer – n’est jamais mise en avant, à ce moment-là de l’histoire du *numerus clausus*. L’objectif des dirigeants de l’époque est de mettre en place une sélection dans les facultés de médecine, sans que celle-ci ne puisse jamais servir de tremplin au problème plus général de la sélection à l’université. Cet aspect de l’équation doit être empêché par l’application d’une sélection entre la première et la deuxième année du cursus, et non à l’entrée des études de médecine. La spécificité des études médicales, à mi-chemin entre université et hôpital, offre une justification de choix aux gouvernants.

b) L’impact de la suppression de l’externat

Avant même la réforme de mai 1968, certaines facultés de médecine peinaient à assurer la formation pratique des étudiants ayant réussi le concours de l’externat du fait d’un nombre trop limité de places de stage. La généralisation de cette formation pratique, dès la quatrième année d’études, dans un contexte d’augmentation constante du nombre de bacheliers s’inscrivant dans un cursus médical, constitue logiquement une aggravation de ces difficultés.

En outre, on ne peut négliger l’impact de cette réforme sur la nécessité ultérieure de modifier en profondeur l’organisation du concours de l’internat, qui n’était ouvert, jusque-là, qu’aux lauréats du concours de l’externat. Ce dernier ayant disparu, les modalités d’ouverture

du concours de l'internat s'en trouvent nécessairement bouleversées. Dans un premier temps, le concours de l'internat fut ouvert aux non-externes, sous certaines conditions, dès 1969¹⁴¹.

Cette crainte perdure jusqu'à la veille de l'adoption de la loi instaurant le *numerus clausus*. En effet, en mars 1971, les risques de déstabilisation politique qu'entraînerait l'instauration d'une sélection universitaire au début du cursus médical, sont toujours mis en avant pour justifier l'immobilisme du gouvernement. Au-delà de la seule crainte attachée aux éventuelles manifestations étudiantes, pour lesquelles le fantôme de mai 1968 plane toujours, c'est surtout la peur d'une rupture de la majorité parlementaire, entraînée par la remise en question de la loi d'orientation, qui effraie le ministère de l'Education¹⁴².

Au-delà des réticences de chacun, ce sont également des obstacles techniques, légaux, qui viennent limiter les possibilités d'instaurer facilement un *numerus clausus*. En effet, si les doyens des facultés de médecine réclamaient en majorité la mise en place d'une sélection précoce des étudiants, des juristes consultés par le ministère de l'Education nationale ont estimé qu'il n'existait jusqu'alors aucun fondement juridique susceptible d'appuyer la mise en place d'un tel système de sélection des étudiants¹⁴³. Ainsi, seule une procédure législative pourrait aboutir à la mise en place d'un tel dispositif. En attendant l'adoption d'une telle loi, les doyens des facultés proposent la mise en place d'une mesure réglementaire, forçant ainsi les différents ministères concernés à travailler ensemble, avec l'objectif de mettre en place certains barrages, de rendre les examens plus difficiles et ce à travers une voie plus rapide et moins contraignante que la voie législative. C'est l'arrêté Guichard-Boulin, qui permet d'initier le mouvement vers la mise en place effective du *numerus clausus* en France.

B) *La quête du meilleur régime possible pour la mise en place du numerus clausus*

La mise en place effective du *numerus clausus* s'est faite par le biais de compromis, tant sur la forme que sur le fond. Ainsi, c'est d'abord le fondement juridique sur lequel pouvait reposer un tel système de sélection qui a fait l'objet de débats entre les ministères concernés, puis c'est la fixation du *numerus clausus* en lui-même qui a su évoluer pour répondre, en temps voulu, aux revendications des divers protagonistes.

¹⁴¹ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.110

¹⁴² Archives intermédiaires de la Direction générale de la santé, DGS/96/050, art. 2, DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », art. cit.

¹⁴³ Archives de la Direction générale de la santé, CAC 19780556, art. 1, DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... », art. cit.

1. La recherche d'un fondement juridique à la sélection universitaire dans les études de médecine

Afin d'éviter une nouvelle discussion autour de la sélection universitaire à l'Assemblée nationale, la volonté gouvernementale a longtemps été celle d'une adoption discrète du *numerus clausus*, par la voie réglementaire. Mais, par souci de légalité, les logiques réglementaire et législative vont s'affronter pour que finalement, une loi constitue le fondement juridique idéal au compromis que constitue le *numerus clausus* tel qu'adopté en 1971.

a) *La logique réglementaire face à la logique législative*

Le 26 septembre 1969, un arrêté conjoint des ministres de l'Éducation nationale et de la Santé publique et la Sécurité sociale, dit « Guichard-Boulin », du nom des ministres, va dans le sens du souhait des doyens de facultés de médecine. Cet arrêté durcit considérablement les conditions de passage entre la première et la deuxième année d'étude en instaurant une note éliminatoire et en accordant un coefficient faible au contrôle continu, au regard du poids de l'examen de fin d'année. Cet arrêté, illustration parfaite de la collaboration entre les ministères concernés par les études médicales, est publié au tout début de l'année universitaire. L'idée était donc qu'il passe inaperçu. Pourtant, l'arrêté Guichard-Boulin va susciter de vives réactions de la part des étudiants. Des mouvements de grève sont lancés dans les universités parisiennes et se répandent bientôt en province. La presse se fait l'écho de ces revendications et semble en partie adopter le point de vue des étudiants, face aux mesures jugées trop sélectives, défendues par les ministres¹⁴⁴.

Malgré les circonstances, c'est finalement le Ministre de l'Éducation nationale qui doit assumer publiquement l'arrêté litigieux, face à la presse et la télévision, et reçoit les délégations d'étudiants et de doyens des facultés¹⁴⁵. Plusieurs organisations syndicales finissent par saisir le Conseil d'Etat sur la légalité de l'arrêté au regard de la loi Faure. La multiplication des articles de presse prenant la défense des étudiants et dénonçant le corporatisme de l'Ordre des médecins et du Syndicat autonome accentue encore le rejet exprimé à l'encontre du gouvernement, qui finit par adopter une circulaire pour tenter d'apaiser les esprits. Cette circulaire, publiée le 24 novembre 1969, vise un assouplissement des conditions d'application de l'arrêté. Peu de temps après, par un arrêt du 30 janvier 1970, le Conseil d'Etat annule certaines dispositions de l'arrêté du 26 septembre 1969, jugées contraires à la loi d'orientation de 1968¹⁴⁶. Un arrêté rectificatif

¹⁴⁴ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... » *art. cit.*

¹⁴⁵ *Id.*

¹⁴⁶ CE, Sect., 13 février 1970, n°79162, 79247, 79298, publié au Lebon

est adopté quelques semaines plus tard, réintroduisant des règles moins sévères en matière d'examens.

Ces événements semblent donner le coup de grâce aux tentatives d'instauration d'un *numerus clausus*. Pourtant, le gouvernement ne désespère pas de faire passer cette réforme et entend le faire par la voie réglementaire, toujours afin d'éviter une nouvelle discussion de la loi d'orientation de 1968. Dans ce sens, les ministères de l'Education et de la Santé publique s'accordent sur la nécessité du *numerus clausus* et discutent essentiellement de l'emplacement idéal de cette sélection dans le cursus médical. Ils s'accordent également sur le fondement d'un texte prévoyant une telle sélection : d'après les ministères concernés, le *numerus clausus* envisagé peut être prévu par un texte réglementaire fondé sur l'article 3 de l'ordonnance du 30 décembre 1958, prévoyant que « le régime des études médicales et postuniversitaires ainsi que l'organisation de la recherche sont fixés par décrets pris sur le rapport du ministre de l'Education nationale »¹⁴⁷. Toutefois, le CE, saisi pour avis sur le texte qui en résulte, se prononce sur l'exclusion de toute sélection quantitative à l'accès aux études médicales défendue par la loi, s'opposant ainsi à toute tentative réglementaire de contournement de la loi Faure¹⁴⁸. Toute tentative réglementaire ayant échoué, c'est un texte de loi qui est finalement élaboré afin de mettre en place les premiers jalons d'un véritable *numerus clausus*. Ainsi, sans jamais utiliser des termes comme « sélection », « *numerus clausus* » ou encore « concours », le choix de faire apparaître la « limitation » du nombre d'étudiants en médecine est privilégié. Et cette limitation est immédiatement justifiée par les capacités restreintes des hôpitaux en matière de formation.

Toutes ces tentatives avortées d'instauration d'une sélection au début des études médicales ont pu laisser penser que l'idée d'un *numerus clausus* était enterrée. Pourtant, ce dernier voit bien le jour, notamment parce qu'apparaît de plus en plus la nécessité matérielle de limiter le nombre d'étudiants au regard du nombre de places de stage disponibles. La mise en place d'une sélection stricte entre la première et la deuxième année fait en réalité figure de compromis entre les positions divergentes des différents ministres concernés, des syndicats étudiants et des syndicats de médecins.

¹⁴⁷ Article 3 de l'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, JORF du 31 décembre 1958, p.12070

¹⁴⁸ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.130

b) *La loi instaurant le numerus clausus, le résultat d'un compromis*

Prenant finalement acte de la position, plusieurs fois exprimée, du Conseil d'Etat, les ministères de l'Education et de la Santé travaillent ensemble, dès juillet 1970, à l'élaboration d'un projet de loi instituant une sélection quantitative dans les études de médecine. Le premier avant-projet qui ressort de ce travail émane du Ministère de la Santé en septembre 1970 et prévoit notamment, un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales. Ce dernier serait fixé en fonction de la capacité de formation des hôpitaux et des besoins du pays en médecins. Cette sélection se ferait après une année préparatoire que les facultés de médecine auraient la charge d'organiser. Les candidats se verraient offrir la possibilité de se présenter dans trois facultés différentes et commenceraient alors leurs études de médecine, après la réussite de ce concours¹⁴⁹. Il est aisé de se rendre compte que ce projet est bien celui du ministère de la Santé, en ce qu'il répond parfaitement aux attentes des syndicats de médecins, et notamment du SAEM. L'organisation ainsi proposée par l'avant-projet Boulin rappelle également le fonctionnement des anciennes écoles de médecine, dont on semble avoir gardé à l'esprit l'élitisme et le prestige. Si l'engouement du ministère de la Santé n'emporte pas immédiatement l'adhésion des autres acteurs concernés, le risque de manquer de places de stage pour les promotions d'étudiants à venir, ne fait qu'accentuer la mobilisation du ministre Boulin.

A l'inverse, et face à la forte mobilisation du ministère de la Santé pour l'instauration rapide d'un concours dès le début des études médicales, le ministère de l'Education nationale tente lui de repousser l'échéance. En effet, il serait ici en première ligne en cas de contestations dans les universités. Or, la crainte d'un nouveau mai 1968 plane toujours sur chaque décision du gouvernement en place. En février 1971, le ministère de l'Education adresse finalement au ministère de la Santé, un avant-projet remanié. Le principe d'une sélection en fin de première année est de nouveau mis en avant et emporte cette fois-ci l'adhésion des deux ministères. En revanche, ce nouvel avant-projet révèle de réelles divergences entre les deux ministères sur certains points et notamment sur les modalités de détermination du *numerus clausus*. Toujours dans l'idée d'accentuer au maximum la spécificité des études médicales – et ainsi préserver les grands principes démocratiques d'égal accès aux études supérieures – le ministère de la Santé défend un *numerus clausus* fixé uniquement en fonction des capacités de formation des hôpitaux, excluant donc définitivement toute référence aux besoins en santé de la population, beaucoup plus difficile à défendre publiquement et politiquement, à l'époque. C'est là, « pour le ministre et son entourage, [...] la seule justification publiquement défendable de la

¹⁴⁹ *Id.*, p.130-131

sélection »¹⁵⁰. Enfin, l'avant-projet défendu par le ministère de l'Education supprime l'emploi du terme « concours » et lui préfère celui d'« épreuves », impliquant un classement des candidats¹⁵¹.

A l'issu de ce travail, le critère lié aux besoins en santé de la population est définitivement abandonné car jugé non spécifique à la médecine. Or, la recherche de cette spécificité est la condition essentielle d'une loi instituant une sélection, au début des études médicales, qui n'entraînerait pas avec elle, une remise en question plus globale de l'égalité d'accès aux études supérieures. Le ministre de l'Education nationale continue son travail d'euphémisation en rédigeant un nouvel avant-projet visant à confier l'entière responsabilité de la sélection aux universités, afin d'éviter une remise en question systématique du gouvernement, à chaque publication d'un arrêté fixant le nombre d'étudiants admis de la première à la deuxième année d'études.

2. La fixation du *numerus clausus* ou l'art de concilier des intérêts divergents

Une fois le principe du *numerus clausus* acté, encore faut-il en déterminer les modalités de fixation. Or, toujours dans l'idée de susciter le moins de réactions possibles au sein de la communauté étudiante, ces modalités de fixation vont de nouveau permettre d'illustrer l'art du compromis que manie le gouvernement. Ainsi, des comités de coordination hospitalo-universitaires feront office d'interface entre la situation des étudiants et les décisions des ministères concernés, alors qu'une application graduelle de la règle d'une limitation du nombre d'étudiants, promise par le *numerus clausus*, permettra un ajustement progressif des personnes concernées au nouveau modèle institué.

a) *Les CCHU comme interface entre étudiants et ministères*

Le système prévu autour de la fixation du *numerus clausus* est le suivant : des comités de coordination hospitalo-universitaires régionaux fixent chaque année un nombre d'étudiants à admettre en deuxième année et, si les étudiants ayant validé les examens de première année dépassent ce nombre, il revient aux universités, le cas échéant, d'organiser des épreuves classantes. En définitive, la loi portant réforme hospitalière, en date du 31 décembre 1970, introduit en son article 18¹⁵², la création de ces comités de coordination hospitalo-universitaires (CCHU), composés de médecins hospitalo-universitaires et institués dans chaque région

¹⁵⁰ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.134

¹⁵¹ *Id.*

¹⁵² L'article 18 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971, p.67

sanitaire. Par la suite, reprenant presque textuellement les dispositions envisagées par le gouvernement, le texte instituant le *numerus clausus*, voté le 12 juillet 1971, prévoit que les ministres de l'Education et de la Santé ne fixent pas de manière autonome le nombre de places disponibles en deuxième année, mais qu'ils suivent l'avis de ces comités. L'article 15 de la loi du 12 juillet 1971 prévoit qu'« en vue de permettre aux étudiants qui se destinent aux professions médicales et dentaires de participer effectivement à l'activité hospitalière, un arrêté du ministre de l'Education nationale et du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale fixe pour chaque année le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers » de la région sanitaire concernée. C'est finalement uniquement « sur avis du comité de coordination hospitalo-universitaire [...que] les unités d'enseignement et de recherche médicales et odontologiques doivent fixer en conséquence le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études médicales ou dentaire au-delà de la première année... »¹⁵³.

Le nombre déterminé par l'arrêté ministériel étant valable pour l'ensemble du territoire, il revient en réalité à chaque faculté le soin de déterminer le nombre exact d'étudiants admis à passer de la première à la deuxième année d'études. A terme, chaque faculté doit être en mesure de déterminer à l'avance le nombre d'étudiants se présentant au concours de spécialité, à la fin de quatre années d'études, afin que chacun puisse bénéficier d'un poste en établissement hospitalier. Ici, l'autonomie des universités sert grandement la cause du gouvernement en le dégageant de la responsabilité d'assumer les éventuelles plaintes, qui ne manquent pas d'apparaître dès 1972, du fait notamment de la situation des « reçus-collé ». La mise en place d'un « concours » de fin de première année qui ne dit pas son nom laisse la place à des situations conflictuelles dans lesquelles des étudiants ayant réussi leurs examens de fin de première année, ne peuvent malgré tout pas être admis en deuxième année, faute d'avoir obtenu un rang utile dans le classement général.

En définitive, il apparaît que, conformément à la volonté exprimée par le ministre de l'Education nationale dès 1968, le texte de loi finalement adopté représente bien une « solution qui minimise les risques politiques »¹⁵⁴. L'adoption du *numerus clausus* apparaît bien comme un compromis entre les positions divergentes des ministères de la Santé et du Budget d'un côté et de l'Education nationale de l'autre. Ce dernier craignant la résurgence des mouvements de

¹⁵³ Loi n°71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur, JORF du 13 juillet 1971, p.6908

¹⁵⁴ DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine... » *art. cit.*

mai 1968, parvient à ce que le terme de concours ne soit jamais mentionné, entraînant la consternation des reçus-collés. Cette situation devient d'ailleurs rapidement intenable et entraîne l'aveu du ministre de l'Éducation nationale, en octobre 1973, selon lequel les épreuves de fin de première année « ont inévitablement valeur de concours »¹⁵⁵. À terme, seul le classement des étudiants de fin de première année est pris en compte et non l'obtention de la moyenne aux épreuves.

Toutefois, l'une des raisons principales pour lesquelles le système du *numerus clausus* finit tout de même par être plus ou moins accepté par la communauté à la fois médicale et étudiante, est la mise en place d'une application graduelle de la règle, laissant ainsi le temps aux acteurs concernés de se faire à cette nouvelle réalité des études médicales¹⁵⁶.

b) Une application graduelle de la règle du numerus clausus

Le premier arrêté conjoint des ministères de la Santé et de l'Éducation, fixant « le nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers », date du 21 octobre 1971¹⁵⁷. Ce nombre est fixé à 25 764 pour l'année 1974-1975. C'est-à-dire que les hôpitaux pourront accueillir des promotions d'environ 8 600 étudiants par an. Or, ce nombre est largement supérieur à celui que défendaient à la fois l'Ordre des médecins et le SAEM, d'environ 4 000 nouveaux médecins à former par an. Dans le même sens, le Rapport sur l'organisation des études médicales de mai 1970¹⁵⁸ retenait des chiffres allant de 1600 à 6300 médecins par an.

Le nombre finalement choisi s'appuie en réalité sur les propositions des CCHU, comme prévu par la loi. En effet, les ministres se sont contentés de reprendre exactement le nombre formulé par l'ensemble des CCHU du territoire, qui ont l'avantage d'être suffisamment importants pour accueillir quasiment autant d'étudiants, en deuxième année, qu'avant l'instauration du *numerus clausus*¹⁵⁹. L'effet tout à fait relatif du *numerus clausus* sur le nombre d'étudiants inscrits en deuxième année, dans les premières années d'application, s'explique en réalité facilement ; les CCHU en charge de déterminer le nombre d'étudiants pouvant accéder à une deuxième année, au niveau de chaque région sanitaire, sont en réalité placés en situation

¹⁵⁵ *Le monde*, 27 octobre 1973

¹⁵⁶ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.139

¹⁵⁷ Arrêté du 21 octobre 1971 « fixation pour l'année universitaire 1974-1975 du nombre des étudiants susceptibles d'être accueillis pour leur formation clinique et pratique dans les services hospitaliers relevant tant des centres hospitaliers et universitaires et des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire que des établissements avec lesquels lesdits centres ont passé convention », JORF du 23 octobre 1971, p.10449

¹⁵⁸ Rapport sur l'organisation des études médicales, Paris, *La Documentation française*, 1970, 123p

¹⁵⁹ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.141

de concurrence. En effet, l'obtention de nouveaux postes d'enseignants et de nouveaux crédits d'investissements se joue en fonction du nombre d'étudiants à former. Les CCHU sont ainsi amenés à « vouloir former toujours davantage d'étudiants et à "gonfler" leurs capacités de formation »¹⁶⁰. Ce phénomène explique que, dès l'instauration du *numerus clausus*, une logique de surenchère se soit instaurée entre les CCHU, aboutissant à la détermination de capacités de formation nettement supérieures à toutes les estimations jugées raisonnables par le gouvernement. Or, ce dernier ne peut pas se permettre de remettre en question le jugement des CCHU, puisque cela reviendrait en réalité à passer outre l'avis des médecins hospitalo-universitaires composant ces comités. Le système de *numerus clausus* mis en place en 1971 apparaît donc rapidement trop rigide aux pouvoirs publics¹⁶¹.

Il devient plus aisé pour le gouvernement de revenir sur ce mode de calcul quelques années plus tard, lorsque la situation sociale du pays se dégrade, du fait notamment de l'émergence de la crise économique. Les dénonciations d'une pléthore de jeunes médecins diplômés reviennent sur le devant de la scène syndicale des médecins libéraux et favorisent ainsi une réforme du mode de calcul du *numerus clausus*. En 1976, le secrétariat d'Etat aux Universités exprime sa volonté de voir le *numerus clausus* fixé à la fois en fonction des capacités de formation des hôpitaux mais également des besoins en santé de la population¹⁶². Il faut finalement attendre 1979 pour qu'une « limitation » des effectifs, sur la base des « besoins de la population » soit inscrite dans la loi¹⁶³. Les CCHU continuent d'émettre un avis sur les capacités d'accueil de leurs établissements, mais désormais, cet avis ne lie plus le gouvernement. L'argument attaché aux besoins de santé de la population permet ainsi aux pouvoirs publics de mieux maîtriser la détermination du *numerus clausus* car, en effet, « en raison de son caractère flou, cette notion permet de définir les besoins légitimes de la population en médecins avec une grande souplesse tout en donnant à leurs décisions une apparence de rationalité »¹⁶⁴.

Toutefois, malgré cette incursion des besoins de santé dans le mode de calcul du *numerus clausus*, on ne peut que se rendre à l'évidence et constater que l'essentiel des mesures prises par les gouvernements successifs en matière de régulation de l'offre de formation médicale, ne touche quasiment qu'à l'aspect financier du problème. En effet, l'obsession

¹⁶⁰ DEPLAUDE M-O., « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », *art. cit.*

¹⁶¹ *Id.*

¹⁶² *Id.*

¹⁶³ Loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 7 juillet 1979, p.1644

¹⁶⁴ DEPLAUDE M-O., « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », *art. cit.*

gouvernementale et institutionnelle pour la maîtrise des dépenses de santé ressort nettement de l'observation des différentes réformes traitées jusque-là. Or, il semblerait que cette focalisation sur les dépenses et l'aspect financier de la question, ait finalement conduit à l'échec des politiques publiques en matière de sélection et de formation médicales.

Section 2 : Les échecs d'une politique étatique fondée exclusivement sur la maîtrise des dépenses de santé

Depuis les premières mesures adoptées au début des années 1970, jusqu'au milieu des années 2000, il semble que la politique étatique en matière de sélection et de formation médicales se soit essentiellement concentrée sur l'objectif de diminution des dépenses de santé, devenu central, notamment au cœur des années 1980. Ainsi, puisqu'il faut à tout prix réduire les dépenses de santé, il faut agir directement sur le nœud du problème : le nombre de médecins prescripteurs, à l'origine d'une offre médicale trop importante, qui trouve nécessairement une demande réclamant le remboursement de ses soins. Or, différents moyens existent pour réduire le nombre de médecins, et donc influencer sur cette offre médicale pléthorique. La mesure régulièrement privilégiée dans la lutte contre les dépenses de santé est bien évidemment la réduction drastique du *numerus clausus* (Paragraphe 1), qui se poursuit sur de longues années. Mais, cet instrument n'étant pas jugé suffisant et la nécessité de mesures d'effet immédiat se faisant sentir, d'autres idées émergent (Paragraphe 2), toujours dans le but unique de diminuer les dépenses de santé.

Paragraphe 1 : Diminuer les dépenses de santé en réduisant drastiquement le *numerus clausus*

Mesure privilégiée par les différents gouvernements au pouvoir entre les années 1970 et 1990, avec le soutien quasi unanime des acteurs de la santé, car touchant exclusivement aux étudiants, la réduction systématique du *numerus clausus* est considérée comme la mesure la plus simple à mettre en œuvre. En effet, elle devrait permettre une réduction du nombre de médecins, dont on estime alors qu'ils sont à l'origine de l'essentiel de la dépense publique de santé, sans pour autant susciter de trop vives réactions sociales, contrairement à ce que pourraient provoquer des mesures touchant directement les médecins en exercice. Ainsi, c'est à une réduction toujours plus importante du *numerus clausus* que l'on assiste jusqu'au milieu des années 1990 (A), bien que des inquiétudes, liées à cette baisse continue, émergent progressivement et se fassent de plus en plus entendre au fil des années (B).

A) Une réduction toujours plus importante du numerus clausus

Alors qu'il s'agissait officiellement de maîtriser les effectifs de futurs médecins, dans le but de contrôler la dépense de santé, en empêchant notamment l'augmentation régulière du nombre d'étudiants s'inscrivant dans la filière, le *numerus clausus* devient rapidement un instrument, non plus de maîtrise, mais de réduction drastique, du nombre d'étudiants. La crainte de la

pléthore, couplée à la crise des finances publiques, justifie, dès l'année 1978, la mise en œuvre d'une politique de réduction des effectifs d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales. Or, c'est une baisse drastique du *numerus clausus* que la France va opérer en quelques années, sans véritablement parvenir à l'établissement d'un juste équilibre à même de satisfaire l'ensemble des acteurs concernés.

1. Une baisse constante et vertigineuse du *numerus clausus* en vingt ans d'existence

Alors que la première année d'application du *numerus clausus*, c'est-à-dire l'année 1971-1972 voit le nombre d'admis en deuxième année des études médicales correspondre au nombre d'inscrits en première année, les années suivantes, jusqu'à 1977-1978, accompagnent la stabilisation de ce nombre. Le *numerus clausus* est donc établi autour de 8500 places. Toutefois, une politique grande de tolérance est mise en œuvre par le gouvernement pour les facultés de médecine, qui sont autorisées à dépasser le quota fixé de 5%, puis à exclure de ce quota les étudiants étrangers. Ce n'est qu'en 1976 que ces possibilités sont interdites par le gouvernement qui estime alors avoir laissé suffisamment de temps aux différentes facultés pour se conformer aux nouvelles exigences du *numerus clausus*¹⁶⁵. En revanche, les années qui suivent, voient s'opérer un net changement. Le *numerus clausus* ne va plus cesser de diminuer durant de longues années. L'année 1978 est marquée par la recrudescence de la crainte de la pléthore qui semble menacer plus que jamais les dépenses publiques en matière de santé. Aussi, à partir de cette année, la politique de diminution du *numerus clausus* est entamée et l'objectif affiché est d'atteindre un seuil de 6 000 étudiants par promotion pour les années à venir. Cette décision est prise concomitamment à la réforme de 1979 concernant la formation des spécialistes – suppression des certificats d'études spéciales, création du résidanat – mais aussi et surtout l'adaptation des effectifs d'étudiants en médecine aux besoins en santé de la population. Il a donc fallu estimer au mieux quels étaient les besoins en médecins de la population française. En 1979 on considère ainsi qu'une densité de 250 médecins pour 100 000 habitants est un seuil raisonnable¹⁶⁶. Or, le nombre, considéré comme élevé, d'étudiants admis depuis 1971 en deuxième année de médecine, présage une densité de médecins à venir plus importante que nécessaire. En effet, pour atteindre l'objectif de 250 médecins pour 100 000 habitants, seulement 6 000 nouveaux diplômés devraient être formés chaque année. Les

¹⁶⁵ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.146

¹⁶⁶ HUGUIER M., ROMESTAING P., « Numerus clausus et démographie médicale en France », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2014, 198, n°7, p.1367-1378

spécialistes annoncent donc une « bosse » démographique dans les années 2000, à laquelle le *numerus clausus* à établir pour les années 1990 doit répondre.

C'est ainsi que la baisse du *numerus clausus* progresse d'année en année, afin notamment d'éviter une restriction trop brutale à l'entrée des études de médecine, qui susciterait à coup sûr de vives réactions dans la communauté étudiante. L'année 1984-1985 n'admet plus que 5 000 étudiants en deuxième année d'études médicales. La diminution opérée est drastique, mais ce nombre paraît encore trop important au regard de la situation à laquelle semble confrontée la France. Tous les partis sont désormais d'accord ; la nécessité de la sélection dans les études de médecine est unanimement admise autant par la gauche au pouvoir que par la droite qui la défendait déjà depuis ses débuts. Le *numerus clausus* va ainsi connaître son niveau le plus bas pour l'année 1992-1993 avec seulement 3 500 places de deuxième année, offertes aux étudiants. Mais, à peine ce nombre de 3 500 atteint, le discours commence à changer.

2. Un juste équilibre délicat à trouver

La limitation du *numerus clausus* était traditionnellement encouragée par la médecine libérale dans son ensemble. Se fondant sur les grands principes économiques de l'offre et de la demande, les syndicats de médecins libéraux identifient aisément l'intérêt financier que représente une telle restriction. Plus l'offre de soin se raréfie, plus le prix de la consultation peut augmenter. Une surévaluation du *numerus clausus* risquerait d'appauvrir les praticiens libéraux et pourrait être perçue comme une incitation au fonctionnariat. Mais, au-delà du seul aspect financier, le nombre de praticiens, influençant nécessairement le nombre d'actes réalisés par chacun, a également un fort impact sur la qualité de l'activité des médecins. En effet, il a pu être démontré qu'en dessous d'un certain seuil d'activité, les résultats obtenus par les médecins étaient moins bons¹⁶⁷. Ces données sont notamment valables concernant certaines spécialités comme la chirurgie digestive lourde, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque ou encore pédiatrique, pour lesquelles les complications postopératoires seraient plus nombreuses dès lors que le praticien serait situé en-dessous d'un certain seuil d'activité. Toutefois, et à l'inverse, des inconvénients attachés à un nombre excessif d'actes réalisés par un même praticien sont observables. En effet, il semble que les régions à densité médicale forte, justifiant d'une consommation de soins et de remboursements élevés pour l'Assurance maladie, ne montrent

¹⁶⁷ *Id.*

pas pour autant un état sanitaire amélioré par rapport au reste de la population¹⁶⁸. L'idéal serait donc bien à l'équilibre.

Alors que tous les acteurs concernés – syndicats de médecins, ministères du gouvernement – semblaient défendre à l'unisson la nécessité de poursuivre la politique de restriction du nombre d'étudiants admis à poursuivre un cursus médical, la perspective d'un manque de médecins dans les vingt années à venir se fait jour. C'est que, en 1979, lorsque la baisse du *numerus clausus* est décidée, elle s'accompagne de recommandations fondées sur une véritable politique d'anticipation de la démographie médicale : à la baisse du *numerus clausus* doit succéder une phase d'augmentation, dès la fin des années 1980, afin de toujours conserver une densité médicale raisonnable. Or, cette phase d'augmentation n'est pas mise en œuvre au moment opportun et sa lenteur ajoutera aux difficultés que va rencontrer la France au cœur des années 2000-2010.

Petit à petit, l'idée d'une pénurie prochaine de médecins, et notamment de médecins libéraux prend place. Le *numerus clausus* n'atteindra ainsi plus jamais un niveau aussi bas que celui établi pour 1993 ; il est depuis en constante, bien que lente, augmentation. Si le *numerus clausus* est fixé à 4 100 étudiants pour l'année 2001, la Direction générale de la santé recommande la même année, et selon ses projections quant à la démographie médicale des années à venir, de l'élever rapidement à 7 500 étudiants par an¹⁶⁹. Même l'Ordre des médecins, qui met en cause certaines propositions de la DGS, estime tout de même qu'« un *numerus clausus* à 7 000 pour au moins 5 ans est indispensable »¹⁷⁰. Le rapport Berland de 2002 va plus loin et préconise de relever le *numerus clausus* à 8 000 places pour l'année 2007¹⁷¹. Il faudra finalement attendre l'année 2017 pour que le *numerus clausus* dépasse de nouveau le seuil des 8 000 places, avec un total de 8 124 étudiants admis en deuxième année.

S'il a effectivement fallu attendre que le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine soit au plus bas pour que le discours politique commence à changer et que soit envisagée l'éventualité d'une pénurie prochaine de médecins, d'autres inquiétudes, plus

¹⁶⁸ *Id.*

¹⁶⁹ Direction Générale de la Santé, *Perspectives de la démographie médicale*, Synthèse du rapport de la DGS, juin 2001, 77p

¹⁷⁰ Conseil national de l'Ordre des médecins, « La démographie médicale future », 14 décembre 2001, p.16

¹⁷¹ BERLAND Y., GAUSSERON T., « Mission "démographie des professions de santé" », Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2002, 114p (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>)

immédiates, n'avaient pas manqué d'être exprimées dès les premières années de baisse significative du *numerus clausus*.

B) Les inquiétudes suscitées par la baisse constante du numerus clausus

De 1977 à 1983, c'est-à-dire durant les premières années de réduction du *numerus clausus*, les différents ministères en charge de la question de la formation médicale travaillent en harmonie quant à la question des quotas. C'est à partir de 1984, sous l'impulsion de la Conférence des doyens, que le ministère de l'Education nationale se place pour la première fois en opposition à la poursuite de la politique de diminution du *numerus clausus*. Le Ministre défend une stabilisation du *numerus clausus* autour de 5 000 étudiants, alors que l'objectif du ministère des Affaires sociales est de parvenir à terme à un nombre de 4 000. La baisse du nombre d'étudiants poursuivant un cursus dans les études médicales, qui passe de 148 500 en 1978-1979 à 113 700 en 1988-1989, est une véritable menace pour les petites facultés de province, dont la fermeture est sérieusement envisagée par le secrétariat d'Etat à l'Enseignement supérieur¹⁷². Par ailleurs, une diminution du nombre d'étudiants justifie logiquement une baisse du nombre de création de postes d'enseignants universitaires. Cette situation de fait engendre des conflits entre les différentes universités réparties sur le territoire, suivant notamment le poids économique de chacune, et conduit les doyens à rejeter majoritairement la dynamique gouvernementale de réduction continue du *numerus clausus*.

En outre, la baisse du *numerus clausus* a logiquement entraîné une forte diminution des effectifs d'internes, et notamment des internes se formant à une spécialité, comme le souhaitait le gouvernement pour qui l'accent devait être mis sur l'augmentation du nombre de médecins généralistes. Or, si les internes en médecine générale, dits « résidents » à partir de 1987, sont effectivement de plus en plus représentés, ils ne peuvent pas pour autant remplacer les internes spécialistes. Dans le même sens, les étudiants hospitaliers – stagiaires n'ayant pas encore passé l'internat – se voient confier de plus en plus de responsabilités et gagnent ainsi en importance auprès des médecins hospitaliers, mais ne peuvent être placés au même rang que les internes. C'est ainsi le fonctionnement même des petits centres hospitaliers accueillant des internes par convention, et celui des CHU qui est mis à mal.

¹⁷² DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.235

Alors que jusque-là ils étaient plutôt favorables à la mesure¹⁷³, en mars 1988, les étudiants en médecine – à travers l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) – commencent à s'inquiéter du renforcement continu du *numerus clausus*. Outre le durcissement des conditions de travail des étudiants stagiaires ou internes en établissement hospitalier, c'est la crainte du développement de stratégies de contournement qui semble effrayer cette association. En effet, des médecins étrangers, européens ou non, pourraient vouloir faire valoir leurs diplômes¹⁷⁴, obtenus après des études ne nécessitant pas le passage d'un *numerus clausus*, en France et ainsi profiter des conditions d'exercice offertes par un Etat comportant peu de médecins¹⁷⁵. La crainte d'un contournement par le biais de flux sortants est également exprimée ; on craint que des français aillent étudier à l'étranger pour ensuite revenir en France et faire valoir leur diplôme étranger¹⁷⁶.

La grande difficulté éprouvée par les spécialistes en charge de l'établissement du *numerus clausus* chaque année, est évidemment de prévoir, d'anticiper l'évolution démographique des médecins. En effet, puisque les étudiants de première année ne seront médecins qu'en moyenne dix ans plus tard, et qu'entre-temps la société a largement le temps d'évoluer, il est très difficile d'établir un chiffre qui restera valable pour une durée aussi longue. Ainsi, l'évolution démographique de la population, la féminisation, la transformation des modes de travail ou encore le vieillissement de la population et donc des médecins en activité sont autant de facteurs à prendre en compte lors de l'établissement des quotas de futurs médecins. Mais, bien que la baisse du nombre de prescripteurs par la réduction du nombre d'élus chez les étudiants en médecine soit considérée comme la mesure la plus efficace, elle semble tout de même insuffisante aux décideurs politiques, confrontés aux phénomènes de pléthore et d'explosion des dépenses de santé dans les années 1980. Aussi, à l'époque, d'autres mesures sont envisagées, concernant cette fois-ci directement les médecins en activité.

Paragraphe 2 : Diminuer les dépenses de santé en réduisant l'offre de soins : le besoin de mesures d'effet immédiat

En complément d'une politique de diminution régulière du *numerus clausus*, différentes mesures sont envisagées afin de toujours réduire la masse de médecins prescripteurs, encore

¹⁷³ En effet, une fois passée l'épreuve du passage de la première à la deuxième année, les étudiants en médecine sont majoritairement favorables au *numerus clausus* qui permet une valorisation certaine de leur parcours et réserve la profession à quelques élus.

¹⁷⁴ Sur les conditions d'équivalence ou non des diplômes étrangers, voir le Titre I de la Partie II.

¹⁷⁵ WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, op. cit., p.67

¹⁷⁶ Id.

perçus par le gouvernement comme les principaux responsables des dépenses de santé. Certaines mesures ont plus de succès que d'autres, bien que l'ensemble reste globalement inefficace. Les pouvoirs publics misent à la fois sur un objectif de réduction du nombre d'actes pris en charge par les assurances maladies (A), et sur des opérations de réduction du nombre de médecins (B).

A) Réduire le nombre d'actes

Puisque l'offre semble dicter la demande – du moins suivant l'analyse des acteurs de santé de l'époque – la baisse des dépenses de santé à travers la mise en œuvre de mesures devant réduire la quantité d'actes prescrits et donc remboursés par l'Assurance maladie, paraît être un mécanisme tout à fait adapté au but recherché. Après qu'une réflexion globale des décideurs publics a pu conduire à l'élaboration d'une enveloppe globale des dépenses, c'est finalement la mise en place de deux secteurs de conventionnement différents qui emporte le plus de suffrage dans la communauté médicale.

1. Une réflexion globale pour réduire le nombre de prescriptions : l'idée d'une « enveloppe globale » des dépenses

Trois outils sont généralement offerts aux décideurs publics afin de réduire le nombre de médecins prescripteurs, dans le but de maîtriser et diminuer les dépenses publiques¹⁷⁷. L'outil principal est évidemment celui du *numerus clausus*, situé à l'entrée des études et limitant donc à terme le nombre de futurs médecins. Un deuxième outil consiste à favoriser les départs anticipés à la retraite des médecins en exercice, à partir d'un certain âge. Il s'agit ici d'intervenir à la fin de la vie professionnelle des médecins. Un dernier outil enfin, permet une intervention en cours de vie professionnelle, à travers la réorientation, voire la reconversion des médecins en exercice. La réorientation implique qu'un médecin prescripteur libéral devienne salarié non prescripteur, tandis que la reconversion, plus radicale, implique que le médecin change de profession.

En 1979, toujours dans la dynamique de réguler les dépenses de santé, le gouvernement propose un mécanisme dit de « l'enveloppe globale », censé répondre à l'accroissement attendu des demandes de remboursement de soins, lié à l'accroissement prévu du nombre de médecins en exercice¹⁷⁸. L'idée est toujours que plus il y a de médecins, plus il y a de prescripteurs, et donc plus il y a de dépenses de santé. La théorie de l'offre suscitant la demande de santé est

¹⁷⁷ WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, op. cit., p.68-69

¹⁷⁸ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.212

toujours d'actualité dans les années 1980. Comme son nom l'indique, le mécanisme envisagé entend réguler les dépenses en prévoyant un coût de la santé *a priori*. A charge pour les professionnels de contrôler leur activité pour respecter cette enveloppe.

2. Le consensus autour de la création de deux secteurs de conventionnement

La réaction des syndicats face à cette proposition d'enveloppe globale n'a évidemment pas eu à se faire attendre et ce sont finalement les caisses d'Assurance maladie qui, à l'occasion de la signature de la troisième convention médicale, le 29 mai 1980, en proposant la création de deux secteurs distincts de conventionnement, en remplacement du mécanisme de l'enveloppe globale, parviennent à apaiser les tensions. Coexisteront désormais un secteur 1, dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels fixés et un secteur 2, composé de médecins souhaitant fixer librement leurs honoraires, mais perdant alors le bénéfice de certains avantages sociaux. Ce système permet aux caisses de mener une politique de réduction des tarifs de base, qui se poursuit plusieurs années. La création du secteur 2 connaît un vif succès, allant même jusqu'à devenir problématique car provoquant un véritable désamour du secteur 1 chez les médecins. En 1990, il est décidé un gel du secteur 2, qui à son tour devient problématique car vécu comme injuste par des médecins s'estimant condamnés à demeurer en secteur 1. Le secteur 2 est finalement de nouveau ouvert en 2011, sous certaines conditions.

Mais, le principe du double secteur ne permet pas pour autant d'améliorer la situation des médecins généralistes, premiers touchés par la baisse de leur niveau de vie lié à l'augmentation de la concurrence. En effet, si les médecins spécialistes peuvent sans difficulté s'approprier et tirer un bénéfice de leur rattachement à un secteur 2, à honoraires libres, les médecins généralistes, eux, sont moins enclins, du fait de leur pratique quotidienne, à facturer des actes techniques, qui justifieraient un dépassement d'honoraires. Ainsi, en 1990, seulement 22% des généralistes pratiquaient des dépassements d'honoraires, contre 42% des praticiens spécialistes. Par ailleurs, la grande majorité des généralistes pratiquant des dépassements d'honoraires ne se contentent en réalité pas d'exercer la médecine générale, mais revendiquent généralement une activité complémentaire, attachée à l'exercice d'une médecine dite parallèle – sophrologue, acupuncteur, homéopathe – ou à un diplôme d'Etat quelconque – médecine du sport, allergologue¹⁷⁹.

¹⁷⁹ *Id.*

Toutefois, si l'on s'attache uniquement à l'objectif du gouvernement de parvenir à une diminution des dépenses de santé, la création d'un secteur 2 reste une mesure plutôt positive, bien qu'insuffisante si l'on en croit les tentatives de diminution des dépenses publiques à travers par le biais d'une diminution du nombre de médecins en exercice.

B) Réduire le nombre de médecins

Les mesures visant directement la baisse du nombre de médecins en exercice s'avèrent plus délicates à mettre en œuvre, tant la nécessité de laisser le libre choix aux médecins de leurs modalités d'exercice reste une donnée impérative, contraignant la marge de manœuvre des pouvoirs publics. Aussi, l'ensemble de ces mesures reste relativement inefficace, s'agissant des retraites anticipées, voire d'application marginale, si l'on pense aux réorientations et reconversions¹⁸⁰.

1. Favoriser les départs anticipés à la retraite des médecins

C'est sur la base d'une enquête de la Fédération nationale des omnipraticiens de France (FNOF), d'octobre 1980, estimant que sur 310 généralistes, âgés de plus de 55 ans, plus de 70% d'entre eux seraient prêts à prendre une retraite anticipée, que l'idée émerge. Se fondant sur cette enquête, le gouvernement estime que non seulement une telle mesure permettrait de réelles économies, mais que ce serait, en outre, plus de 5 000 jeunes qui pourraient s'installer en remplacement de ces départs anticipés à la retraite, sur l'ensemble du territoire. Toutefois, on s'apercevra rapidement qu'une telle extrapolation, éventuellement valable dans le cas où les médecins souhaitant prendre leur retraite anticipée seraient majoritairement considérés comme de gros prescripteurs, est plus qu'hasardeuse¹⁸¹.

Ce mécanisme d'incitation au départ anticipé à la retraite n'est pas adopté tout de suite. C'est en 1987-1988 que l'idée ressurgit, lorsque la fameuse crainte de la pléthore de médecins est quasi unanimement dénoncée par les acteurs du secteur médical. Des mesures sont ainsi adoptées à l'Assemblée fin décembre 1987, pour que le MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) soit finalement instauré en 1988, pour une durée de deux ans¹⁸². Il est ensuite prorogé par un décret en 1992¹⁸³, puis sera finalement abrogé en 2003. Le MICA

¹⁸⁰ WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, op. cit., p.69

¹⁸¹ *Id.*, p.49

¹⁸² Loi n°88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, JORF du 6 janvier 1988, p.224

¹⁸³ Décret n°92-640 du 9 juillet 1992 prorogeant le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins institué par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 modifiée relative à la sécurité sociale, JORF du 11 juillet 1992, p.9358

consiste en réalité à verser aux médecins libéraux conventionnés acceptant de cesser leur activité entre 60 et 65 ans, puis dès 57 ans à partir de 1996, une allocation de remplacement de revenus, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite – qui était alors de 65 ans – puis à leur verser une retraite à taux plein à partir de 65 ans¹⁸⁴. Le mécanisme va même plus loin à partir de 1991, puisque les bénéficiaires du MICA peuvent, sous certaines conditions, exercer une activité médicale salariée sans pour autant perdre le bénéfice de l'allocation de remplacement.

Toutefois, ce sont finalement peu de médecins qui demandent à bénéficier du MICA. Par ailleurs, très peu de demande de retraite anticipée ont été formulées durant ces années d'application ; la grande majorité des médecins adhérents au MICA, ont en réalité pris leur retraite l'année de leur 65e anniversaire. Bien que la moyenne d'âge de départ en retraite, chez les médecins libéraux, ait effectivement subi une inflexion du fait de cette mesure, l'écart observé n'est pas des plus probants. Un premier bilan du MICA, au moment de sa réforme, en 1996, montre que l'on est passé d'un âge moyen de départ en retraite des médecins libéraux de 64,8 ans avec le MICA, à 65,2 sans le MICA¹⁸⁵. Ainsi, seuls 4 000 médecins ont bénéficié de ce mécanisme entre 1988 et 1996, soit environ 500 médecins par an¹⁸⁶. Cette mesure, par ailleurs coûteuse, n'a *a priori* pas constitué « une incitation forte à prendre une retraite anticipée pour un grand nombre de praticiens »¹⁸⁷.

Parallèlement à l'incitation au départ anticipé à la retraite, ce sont les réorientations et reconversions de médecins en exercice que les pouvoirs publics tentent d'encourager, sans plus de succès.

2. Encourager les reconversions de médecins

Dès 1988, le Syndicat des médecins libéraux fait tout ce qui est en son pouvoir pour inciter les médecins les plus jeunes à s'orienter vers un exercice de la médecine salarié et les détourner de l'exercice libéral. Un an plus tard, la Confédération des syndicats médicaux français défend à son tour cette idée et estime que ce sont près de 20 000 médecins libéraux qui pourraient – voire devraient – se réorienter, voire se reconvertir sur une période de cinq ans, afin d'améliorer la situation de la médecine libérale¹⁸⁸. L'idée est donc d'inciter les jeunes médecins à s'orienter plutôt vers la médecine salariée pour laquelle de nombreux postes ne sont

¹⁸⁴ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.222

¹⁸⁵ BILLAUT A., « Les cessations d'activités des médecins », *Etudes et résultats*, DREES, n°484, avril 2006

¹⁸⁶ *Le médecin de France*, n°802, 29 février 1996

¹⁸⁷ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.222

¹⁸⁸ *Id.*, p.222-223

pas pourvus¹⁸⁹, voire à se reconvertir dans d'autres professions. L'objectif défendu est ici double : réduire le nombre de médecins prescripteurs et encourager les médecins libéraux restant à opérer davantage de missions de prévention, par définition non prescriptives¹⁹⁰.

Ces idées n'aboutissent finalement pas, par manque de mesures. Les pouvoirs publics ont régulièrement tenté d'encourager les réorientations vers la médecine salariée – un concours spécifique a par exemple été ouvert en 1991, concernant la médecine du travail, pour les praticiens en exercice, avec un programme allégé – mais aucune mesure n'a semblé suffire à susciter de nouvelles vocations¹⁹¹. Par ailleurs, dans l'optique de favoriser les réorientations, le directeur de l'INSERM, en 1990, propose, dans un rapport sur la médecine ambulatoire¹⁹², l'instauration d'un « mi-temps de santé publique », devant répondre à un réel besoin de « médecins à vocation collective et préventive »¹⁹³. L'idée est de créer des postes (80 000) de médecins non-prescripteurs à temps partiel. Cette mesure ne voit pas le jour en raison des réticences qu'elle provoque, attachées notamment à la fameuse crainte de la fonctionnarisation de la médecine, qui ne manque pas de ressurgir régulièrement dans les débats.

En 1990, un numéro du *Quotidien du médecin* s'est intéressé cette fois-ci aux reconversions possibles chez les médecins, en s'adressant directement à eux, à travers une rubrique intitulée, « ces métiers qui peuvent vous séduire »¹⁹⁴. L'article évoque ainsi des professions dans l'information, l'enseignement, le marketing. Des associations consacrées à la reconversion des médecins sont également signalées par la revue, alors que l'Ordre recense environ 20 000 médecins sans emploi et que la CSMF compte près de 10 000 médecins précaires. Mais, rien ne semble y faire. Sans doute les sacrifices et les difficultés attachés aux études de médecine sont trop grands pour qu'un médecin, une fois diplômé, puisse imaginer renoncer à ce statut si difficilement acquis. Par ailleurs, l'exercice de la médecine est un art particulier qui implique une formation et une remise à niveau constantes de la part des praticiens, tant les avancées scientifiques et techniques sont rapides en la matière.

Le bilan de ces mesures reste nettement mitigé et il semble qu'un *numerus clausus* établi à un faible niveau reste la mesure emportant le plus de suffrages auprès des décideurs.

¹⁸⁹ On pense ici à la médecine scolaire, la médecine du travail ou à l'exercice au sein des hôpitaux généraux.

¹⁹⁰ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.222-223

¹⁹¹ *Id.*

¹⁹² LAZAR P., « 12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale », Rapport d'étape à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et à Monsieur le Ministre Délégué chargé de la Santé, octobre 1990

¹⁹³ WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, op. cit., p.73

¹⁹⁴ *Le Quotidien du médecin*, n°4482, 8 mars 1990

Toutefois, on l'a vu, même cette mesure finit par susciter des doutes, puis une remise en question.

CONCLUSION DE CHAPITRE

S'il revient bien à l'Etat de déterminer la politique publique en matière de formation médicale, cette compétence est en réalité particulièrement difficile à assumer puisqu'elle implique la défense d'intérêts divergents entre politique éducative et politique hospitalière. En effet, s'agissant d'un parcours universitaire professionnalisant, les études de médecine fonctionnent autour d'une dualité du cursus entre formation théorique, assurée par l'université et formation pratique, prise en main par l'hôpital. Or, il va de soi que ces entités ne défendent ni les mêmes intérêts, ni les mêmes objectifs. Les réformes ont été longues et difficiles avant d'aboutir à une situation de compromis, incarnée par la mise en place du *numerus clausus* de 1971. En effet, il semble bien que ce soit l'instauration de cet outil de sélection qui ait permis une convergence des intérêts éducatifs et hospitaliers, grâce à la simple réduction des effectifs. Mais, si le *numerus clausus* apparaît comme une mesure capable de lier les intérêts des ministères de l'Education et de la Santé, c'est en réalité le Ministre du Budget, et donc l'objectif de maîtrise des dépenses publiques, qui est le grand gagnant dans la mise en place d'un tel mécanisme.

En effet, une fois le principe du *numerus clausus* admis par l'essentiel de la profession et de la communauté étudiante, il n'est plus besoin de dissimuler l'objectif principal de la mesure : la maîtrise des dépenses de santé à travers la diminution du nombre de médecins et donc du nombre de prescriptions remboursées par la Sécurité sociale. Dès lors, un ensemble de mesures, visant toutes la seule maîtrise des dépenses, voient le jour afin de favoriser la baisse du nombre d'actes médicaux, puis le nombre total de médecins en exercice. Finalement, l'ensemble de ces mesures, en ne répondant qu'à l'aspect financier du problème de la démographie médicale, semble inadapté à la situation française.

CONCLUSION DE TITRE

Le principe même de la sélection dans l'accès aux études médicales peut être justifié par de multiples raisons. Les difficultés apparaissent lorsque le mécanisme de sélection choisi favorise l'émergence d'une situation problématique qui ne supporte plus la moindre remise en cause. Le *numerus clausus*, parce qu'il avait pour but, à terme, de diminuer le nombre de médecins en exercice, a poursuivi une logique de réduction, renouvelée d'année en année, qui n'a semblé faire apparaître ses limites que bien tardivement. Tant qu'il s'agit à la fois de

protéger la profession d'une concurrence trop rude et la population d'une diminution de la qualité des médecins en exercice, les mécanismes de sélection paraissent légitimes. Mais, lorsque ne transparaît plus que l'objectif de maîtrise des dépenses, alors même que la situation de la France au regard de la répartition de l'offre de soins n'a plus rien en commun avec celle qui avait pu justifier la création du *numerus clausus*, il est possible de conclure à l'échec de la politique publique.

Bientôt, en effet, ce n'est plus la pléthore, mais bien la pénurie de médecins qui guette la France et la faute des gouvernements successifs, « aveugles face à cette évolution et focalisés sur l'idée de faire baisser les dépenses de santé »¹⁹⁵, ne manquera pas d'être soulignée. La réduction drastique du *numerus clausus*, qui a été plus que divisé par deux en l'espace de vingt ans, est désormais unanimement considérée comme une erreur et un manque d'anticipation de la part des acteurs de santé concernés. Passé ainsi de 8 588 étudiants en 1971 à 7 120 en 1980, mais surtout à seulement 3 500 en 1992, le *numerus clausus* a en réalité tardé à montrer ses effets sur la démographie médicale. En effet, durant les premières années de diminution, les effectifs médicaux n'ont pas cessé pour autant d'augmenter. Ce phénomène est évidemment dû à la durée des études de médecine. Or, aujourd'hui, du fait du vieillissement de la population et donc de la profession, le nombre de médecins partant à la retraite est supérieur à celui des entrants, nouvellement diplômés¹⁹⁶. Désormais, la dénonciation des fameux déserts médicaux est de mise chez tous les acteurs concernés, qu'il s'agisse des médecins hospitalo-universitaires, libéraux, des internes ou des différents gouvernements se succédant. Une solution doit être trouvée, non pas pour simplement augmenter les effectifs de médecins, mais bien pour améliorer leur répartition sur l'ensemble du territoire.

¹⁹⁵ LECA A., « Le *numerus clausus* médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes », *RGDM*, n°51, juin 2014, p.187-194

¹⁹⁶ Bulletin de l'Ordre des médecins, janvier-février 2012, p.9.

TITRE 2 : La sélection dans l'accès à la profession médicale : d'une pénurie organisée à l'intégration de mécanismes européens

La situation sanitaire française n'est plus celle des années soixante-dix, qui ont vu se développer les craintes liées à la pléthore de médecins et naître le *numerus clausus*. La population a vieilli et réclame une offre de soins en conséquence ; les petites structures de santé ont quasiment toutes disparues, remplacées par des centres hospitaliers issus de fusions et d'agglomérations de plusieurs structures. Si ces phénomènes conduisent à une diminution de l'offre de soins dans le pays, la baisse chronique du nombre de professionnels de santé en France, constitue l'un des facteurs les plus importants liés à l'apparition du phénomène des déserts médicaux.

Cette pénurie peut sembler résulter de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales qui, par le biais du *numerus clausus*, limite chaque année le nombre d'étudiants appelés à devenir médecins. Nous pouvons donc nous interroger sur le caractère organisé d'une telle pénurie ; les acteurs à l'origine de l'instauration du *numerus clausus* ont-ils causé leur propre turpitude ?

Le système de sélection dans l'accès aux professions médicales se trouve au centre de nombreuses préoccupations, que celles-ci soient européennes, à travers la volonté de l'Union d'uniformiser les systèmes universitaires afin de faciliter l'effectivité de ses principes fondateurs, comme la libre circulation des travailleurs, ou qu'elles soient purement nationales – les pouvoirs publics étant contraints de trouver une solution efficace pour endiguer les déserts médicaux.

Il conviendra donc d'établir avec exactitude quels sont les impacts de la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales sur l'offre de soins dans l'Hexagone et la formation des déserts médicaux ; peut-on réellement imputer ces derniers à la seule rigidité de la sélection universitaire française (Chapitre 1) ? Sans doute faut-il alors envisager un assouplissement nécessaire du système sélectif français, à travers des mesures internes comme européennes (Chapitre 2).

CHAPITRE 1 : La rigidité de la sélection universitaire française à l'origine du phénomène infernal des déserts médicaux ?

Il convient d'établir que la dynamique sur laquelle se sont développés les systèmes sélectifs dans l'accès aux professions médicales a aujourd'hui évoluée. Les dispositifs de sélection trouvaient essentiellement leurs justifications dans des raisons économiques et structurelles, de nombreux praticiens craignant alors le risque d'une pléthore de médecins ; l'apparition du *numerus clausus* avait été accueillie avec soulagement. Pourtant, après quarante années de baisses successives, ce n'est plus une pléthore qui est redoutée mais bien une pénurie de personnel soignant se traduisant par l'émergence de déserts médicaux partout dans l'Hexagone.

Si les raisons de ce phénomène sont nombreuses et parfois confuses (Section 1), c'est en s'inspirant de ce que proposent ses voisins étrangers que la France tente d'y faire face, bien que limitée par ses propres principes (Section 2).

Section 1 : Un phénomène confus, aux causes multiples

Dès la fin des années 1990 – alors que le *numerus clausus* aurait dû subir une forte hausse depuis déjà une dizaine d’années pour espérer faire face au basculement de la pyramide des âges des médecins en exercice – le discours, pourtant bien ancré dans la tradition médicale, dénonçant la pléthore, laisse volontiers sa place au problème du manque de médecins. L’ensemble des mesures précédemment mises en œuvre est désormais considéré comme une menace pour l’état sanitaire de la France. Il n’est plus question d’encourager des départs anticipés à la retraite ou des reconversions de médecins libéraux. Les prévisions à court et moyen termes ne sont pas bonnes et la crainte s’étend bien au-delà du seul corps médical, puisque les médias commencent à se faire l’écho des troubles prochains de la démographie médicale. Petit à petit, l’idée d’un véritable problème de santé publique, lié à une probable pénurie de médecins, émerge.

Si le terme couramment admis de « désert médical », pour qualifier les zones dites sous-dotées en matière d’offre de santé, ne recouvre aucune définition officielle, c’est qu’il s’agit avant tout d’une expression médiatique, que les pouvoirs publics peinent véritablement à s’approprier. En effet, on ne saurait réduire le problème de la démographie médicale à son seul aspect quantitatif, tant plusieurs dimensions constituent la réalité du problème. Dès lors, les déserts médicaux, qui sont globalement des zones, souvent rurales ou périurbaines, souffrant d’un manque flagrant de médecins, recouvrent en réalité plusieurs situations selon la population concernée, la densité médicale, les spécialités médicales représentées ou non, ou encore le coût du service médical observé dans la région concernée.

En réalité, dès le début des années 1990, des projections démographiques sont d’ores et déjà en mesure d’estimer l’évolution de la démographie médicale et, parmi les experts, la sonnette d’alarme est rapidement tirée. Alors que, jusque-là, les projections permettaient d’anticiper une possible pénurie de médecins dans certaines spécialités et dans certaines zones géographiques dans les années 2010, le travail effectué durant la décennie 1990 voit de nouvelles projections toujours moins optimistes apparaître. Désormais, on craint une pénurie dans certains secteurs dès les années 2000¹⁹⁷. Les décideurs politiques doivent donc agir rapidement. Or, avant d’envisager une quelconque action, encore faut-il être en mesure de déterminer clairement les tenants et les aboutissants du problème. C’est alors un net manque de contrôle de la répartition démographique des professions médicales qui est mis au jour

¹⁹⁷ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.263-264

(Paragraphe 1), auquel une multitude de mesures, censées combattre les déserts médicaux, est opposée (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Un net manque de contrôle de la démographie médicale

Les études et articles consacrés à la démographie médicale, sont en réalité, en France, attachés particulièrement à l'analyse de la densité médicale, c'est-à-dire au rapport entre les effectifs de médecins et la population d'un territoire donné. Les déserts médicaux seraient alors des zones dans lesquelles le nombre de médecins – tant omnipraticiens que spécialistes – est jugé insuffisant au regard de la population. Il s'agit donc principalement d'étudier la répartition territoriale des médecins sur l'ensemble du pays afin de déterminer les lieux fortement, ou au contraire faiblement, dotés en médecins. Mais, une fois ce constat réalisé, il apparaît rapidement que le phénomène des déserts médicaux, dénoncé depuis maintenant plus de dix ans, a en réalité de multiples causes (A) et effets, au regard des secteurs particulièrement touchés (B).

A) Un phénomène aux multiples causes

En règle générale, les déserts médicaux sont immédiatement réduits à un simple manque de médecins, lui-même assimilé aux conséquences fâcheuses de la politique étatique de diminution du *numerus clausus* menée pendant de – trop – longues années. Or, on sait que le nombre de médecins en exercice n'a jamais été aussi élevé et que, sur le plan national, le nombre de praticiens rapportés au nombre total d'habitants, ne peut, aujourd'hui, être considéré comme particulièrement inquiétant. Aussi, les difficultés françaises résidant surtout dans la mauvaise répartition territoriale de l'offre de soins, il est possible de voir dans le système mis en place autour des ECN, un facteur d'inégalités dans l'accès à la santé, en France. Un autre paramètre, souvent négligé, est l'écart toujours plus important entre les règles qui ont, jusque-là, permis de justifier les modalités d'organisation des études médicales, et la société actuelle, qui ne répond plus aux mêmes standards que celle des années 1970-1980.

1. Le système des ECN créateur d'inégalités dans l'accès aux soins

Un rapport de la Direction générale de la santé établit les différents critères intervenant dans le choix des étudiants en matière de spécialité médicale : « ils sont liés au rang de classement, au nombre de postes offerts au choix à l'internat, à la vocation et à la notoriété, aux conditions de travail, aux risques judiciaires et au montant de l'investissement¹⁹⁸ ». Si,

¹⁹⁸ Direction Générale de la Santé, *Perspectives de la démographie médicale*, Synthèse du rapport de la DGS, juin 2001

évidemment, la vocation et le rang de classement sont des critères primordiaux de sélection des étudiants, on ne peut pas pour autant exclure la place que prennent des critères comme la notoriété ou les risques judiciaires attachés à une spécialité. Or, ces données sont fluctuantes et, en tout cas pour la dernière, relativement récentes et de plus en plus prégnantes pour les jeunes générations de médecins. De ces paramètres découle un désamour grandissant des jeunes internes pour certaines spécialités, pour lesquelles on assiste à une augmentation du phénomène des vacances de postes, dans certaines zones géographiques du moins. Si les exemples de l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et la psychiatrie étaient déjà connus, il semble que la chirurgie s'y ajoute, du fait notamment des risques attachés à la pratique¹⁹⁹.

Pourtant, en théorie, influencer sur les ECN et donc sur le nombre de postes offerts aux internes ne semble pas avoir un grand impact sur les effectifs de soignants, puisque chaque étudiant qui accède à la sixième année de médecine est assuré de bénéficier d'une place aux ECN. Mais, c'est la possibilité qui est offerte à chaque étudiant de redoubler, qui vient changer la donne. La sévérité sélective qu'imposent les ECN pousse, chaque année, de nombreux étudiants à profiter de cette opportunité pour augmenter leurs chances d'obtenir ce qu'ils souhaitent. Avant que des réformes ne soient entreprises dans les années 2010, les trois possibilités offertes aux étudiants déçus, lorsque les résultats aux examens classants étaient connus et jugés décevants, favorisaient le creusement des inégalités dans la répartition des internes en matière de spécialités et de zones géographiques d'exercice.

D'abord, l'étudiant pouvait souhaiter redoubler la quatrième année de deuxième cycle (DCEM 4), afin de retenter sa chance et espérer alors obtenir la spécialité voulue. Mais, pour cela, il devait en réalité échouer en DCEM4 donc invalider son stage d'été – dernier stage validant cette année universitaire. A partir de 2011, la validation du deuxième cycle des études médicales intervient avant le déroulement des ECN ; cette possibilité disparaît donc. Toutefois, certains étudiants ont trouvé la parade en négociant directement avec le doyen afin que ce dernier invalide le dernier stage, faisant ainsi automatiquement redoubler les étudiants concernés. Si cette possibilité semble contraignante, en pratique elle est relativement fréquente. Il va s'en dire que cette opportunité n'est laissée qu'une seule fois à l'étudiant ; la décision étant à chaque fois subjective, le candidat ne peut redoubler chaque année jusqu'à obtenir le choix qu'il souhaite.

¹⁹⁹ *Id.*

Ensuite, l'étudiant déçu peut décider de passer dans l'année suivante, donc d'accepter un poste d'interne, tout en choisissant de repasser les ECN à la fin de la première année du troisième cycle. Le premier classement est alors annulé et le candidat conserve le bénéfice des stages déjà effectués à la condition qu'ils entrent dans la maquette pédagogique de son nouveau choix. Si, en revanche, l'étudiant est moins bien classé que lors de sa première tentative, il perd le bénéfice du rang de classement précédemment obtenu. Quelles que soient les circonstances, les résultats de la deuxième tentative se substituent à ceux de la première. Malgré de fortes réticences exprimées par les syndicats étudiants à l'encontre de cette mesure, un décret la valide²⁰⁰. Toutefois, devant l'incertitude qui pèse sur les résultats des ECN, ce second choix est suffisamment risqué pour que bon nombre d'étudiants préfèrent tenter de négocier un redoublement.

Enfin, l'étudiant qui regretterait le choix qu'il aurait effectué dans l'amphithéâtre de garnison²⁰¹, a quatre semestres pour revenir sur sa décision et prendre, sans changer de ville, une autre spécialité à laquelle son classement lui permettait d'avoir accès. Comme pour la solution précédente, le « droit au remords », permet à l'étudiant de conserver le bénéfice de ses stages à condition toujours qu'ils entrent dans la maquette pédagogique de son nouveau choix.

Ces différentes opportunités, laissées à l'étudiant, rendent difficile l'évaluation effective du nombre de nouveaux soignants et retardent chaque année l'éclosion de nouveaux médecins, alors que le phénomène des déserts médicaux gagne toujours un peu plus de terrain. En 2013, l'Association nationale des étudiants en médecine de France estimait que, chaque année, « près de 800 postes d'internes, sur les 8 000 proposés, restaient vacants du fait des redoublements des étudiants en D4²⁰² ». On parle ici du « taux d'inadéquation », qui oscille ainsi autour de 10%, que les différents gouvernements s'évertuent à estomper depuis plusieurs années. Ainsi, entre les étudiants qui ne s'inscrivent pas aux ECN et ceux qui choisissent de redoubler, chaque année des centaines de postes ne sont pas pourvus, notamment dans certaines filières, comme la médecine générale. Le creusement des écarts démographiques ne peut donc qu'être accentué, alors même que les nouveaux modes d'exercice de la médecine constituent également un

²⁰⁰ Décret n°2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, JORF n°186 du 12 août 2011, p.13860

²⁰¹ Nom donné au type de sélection par lequel, au sein d'un amphithéâtre, chacun des lauréats, ou sortants, doit choisir son affectation, en précisant le poste de son choix, suivant son rang de classement.

²⁰² ANEMF, « Validation de la D4 : point étape avant les ECN », 11 mai 2012 (mise à jour : 9 septembre 2013) ; <http://www.anemf.org/1373-validation-de-la-d4-point-etape-avant-les-ecn.html>

paramètre important et insuffisamment pris en compte, justifiant l'inadéquation de l'offre de soins à la demande.

2. De nouvelles modalités d'exercice de la médecine non prises en compte par le système de sélection

A priori, le phénomène des déserts médicaux a mis du temps à devenir une véritable préoccupation des pouvoirs publics, notamment parce que la baisse progressive du *numerus clausus* n'a pas empêché pour autant l'augmentation, même lente, des effectifs de médecins. En effet, si l'on comptait environ 65 000 médecins en 1970, ils sont 196 000 en 2001 puis pas loin de 213 000 en 2006. La densité médicale est donc passée de un pour 1 000 habitants en 1960 à 3,4 en 2007. Si l'on se contente de ces chiffres, aucun phénomène de désert médical ne peut évidemment transparaître. Toutefois, sans doute est-il possible de reprocher aux pouvoirs publics leur manque d'anticipation et de vigilance face à un phénomène complexe, aux multiples causes, reposant en grande partie sur « la métamorphose de la démographie et de l'activité médicales »²⁰³. En effet, si dans les années 1960, les médecins en activité étaient majoritairement des hommes, travaillant 60 heures par semaines et 48 semaines par an, désormais, les femmes constituent près de la moitié des effectifs et ont un temps de travail moindre – autour de 35 heures par semaine et 44 semaines par an²⁰⁴. Si la féminisation de la profession est l'un des marqueurs les plus importants de la transformation de l'exercice médical, elle accompagne également de nombreux autres changements en la matière.

a) *La féminisation de la profession médicale*

Si dans les années quatre-vingt-dix, les femmes représentaient déjà 70 % des effectifs médicaux en Russie, 50 % en Finlande, 40 % en Suède, 35 % au Danemark, la situation était bien différente en Grande-Bretagne, en France, en Suisse ou encore aux Etats-Unis, où elles ne représentaient que 30% des médecins²⁰⁵. Il serait trop caricatural de considérer, qu'en France, la profession était entièrement réservée aux hommes ; quelques rares femmes exerçaient la médecine dès la fin du XIX^e siècle. Toutefois, le processus de féminisation²⁰⁶ ne s'est

²⁰³ LECA A., « Le *numerus clausus* médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes », *art. cit.*

²⁰⁴ WALLACH D., « A-t-on besoin d'un *numerus clausus* ? », *Le Monde*, 8 février 2011

²⁰⁵ LAPEYRE N., LE FEUVRE N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2005, p.59-81

²⁰⁶ Sur la question de la féminisation de la profession médicale, voir : BESSIERE S., « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *RFAS*, 2005, p.19-33 ; BOYOD-GHIDOSI C., *La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité*. Thèse Médecine, Grenoble, 2011 ; DUCLOUX M, COHEN BF, « Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise », Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre, *Ordre National des Médecins*, 2003 ; KAHN-BENSAUDE I, *La féminisation : une chance à saisir*. Rapport du Conseil National de l'ordre des

véritablement amorcé qu'à partir des années 1970, à partir du moment où les femmes ont de plus en plus souvent, et facilement, pu accéder aux études supérieures et qu'en parallèle, la démographie médicale a explosé. Ainsi, on considère qu'« entre 1960 et 2000, le taux de féminisation des professions libérales a doublé, passant de 20 % à presque 40 %²⁰⁷». En 2016, sur 88 886 médecins généralistes en activité régulière, libéraux ou non, inscrits au tableau de l'Ordre, 54% sont des hommes et donc 46% des femmes. La féminisation de la profession est encore plus flagrante concernant les médecins spécialistes. La même année, sur 85 064 médecins spécialistes inscrits au tableau, en activité régulière et quel que soit le mode d'exercice, 50% sont des hommes et donc 50% des femmes. D'après les dernières estimations, « peu après 2020, les femmes [devraient être] plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en activité, et [devraient représenter] 52 % des médecins en activité en 2025 »²⁰⁸. Il existe donc désormais une parité quasi parfaite entre hommes et femmes en matière d'exercice de la médecine, tant générale que spécialisée, bien que cette évolution doive être tempérée concernant les spécialités chirurgicales, pour lesquelles 71% des médecins sont des hommes, contre 29% de femmes²⁰⁹. C'est qu'en réalité, l'augmentation de la part des femmes au sein des professions médicales, s'est accompagnée de bouleversements dans les modalités mêmes d'exercice de la médecine, suivant les choix privilégiés par les femmes.

En effet, la féminisation de la profession médicale a poussé les différentes instances impliquées en matière de santé, à entamer une réflexion sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle chez les médecins. Force est alors de constater que l'exercice médical s'est progressivement assoupli et diversifié, puisqu'il semblerait que les femmes exercent la médecine différemment des hommes²¹⁰. Dès lors, le chiffre retenu, de 8 000 nouveaux médecins nécessaires par an, déterminé à la fin des années 1990, ne peut être valable dans l'optique d'un renouvellement de la démographie médicale, tant le mode d'exercice a changé. Cette estimation conservait du sens lorsque le médecin était un homme, disposant d'une

médecins, 2005 ; MATHIEU P, MORTAS D., *Le médecin généraliste dans la société : place de la femme médecin. Etude qualitative de sept focus groups de patients du bassin vizillois (Isère)*, Thèse Méd., Univ. Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble, 2011 etc.

²⁰⁷ LAPEYRE N., LE FEUVRE N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *art. cit.*

²⁰⁸ BESSIÈRE S., BREUILGENIER P., DARRINÉ S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Etudes et résultats*, DREES, n° 352, novembre 2004 ; V. aussi BACHELET M., ANGUIS M., « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1011, mai 2017

²⁰⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1er janvier 2016, p.43-51

²¹⁰ LOISELET-DOULCET B., *La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995*, Thèse Médecine, Université de Bretagne occidentale, 2008, p.49

grande capacité de travail – car aidé bénévolement par sa femme, tant sur le plan personnel que professionnel. Aujourd’hui, les femmes travaillent, sont médecins et n’ont pas d’aide de leur mari, du moins dans l’exercice de leur profession. Le temps de travail s’en est donc logiquement vu nettement diminué²¹¹.

Ainsi, en moyenne, les femmes sont moins disponibles que les hommes pour leur travail, elles font moins de visites à domicile, travaillent plus souvent à temps-partiel²¹², mais elles assurent des consultations plus longues²¹³. Il semble également que les femmes soient « surreprésentées » dans les spécialités dites « relationnelles » – comme la dermatologie, la gynécologie médicale ou la pédiatrie – alors que les spécialités dites « techniques » – comme la cardiologie ou la chirurgie – leur sont encore difficilement accessibles²¹⁴. Par ailleurs, les femmes médecins sont plus enclines au travail en groupe ou même salarié et sont plus nombreuses à se tourner vers des modes d’exercice particuliers comme l’acupuncture, l’homéopathie ou l’ostéopathie²¹⁵.

En définitive, la féminisation, ainsi que la réduction légale du temps de travail, ont assurément contribué au bouleversement récent des habitudes de travail des médecins, hommes ou femmes.

b) Les modifications induites dans les modes d’exercice de la médecine moderne

Deux phénomènes, dépassant la seule féminisation de la démographie médicale, ont induit une modification du mode d’exercice de la médecine ces dernières années.

D’abord, le temps de travail des médecins s’est vu nettement diminuer en l’espace de quelques années. Deux raisons expliquent cette baisse. D’abord, on l’a vu, l’augmentation de la part des femmes dans les effectifs médicaux tend à accompagner une baisse du temps de travail car, désormais, hommes et femmes doivent se répartir les tâches de la vie quotidienne de façon équitable puisque les deux travaillent. Ainsi, la féminisation de la médecine est évidemment une cause de diminution du temps global de travail dans ce secteur d’activité. Mais, ensuite, d’autres facteurs accentuent ce phénomène, comme la réduction légale du temps de

²¹¹ WALLACH D., « A-t-on besoin d’un *numerus clausus* ? », *art. cit.*

²¹² DEPLAUDE M., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, *op. cit.*, p.267

²¹³ LOISELET-DOULCET B., *La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995*, *op. cit.*, p.49

²¹⁴ LAPEYRE N., LE FEUVRE N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *art. cit.*

²¹⁵ LOISELET-DOULCET B., *La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995*, *op. cit.*, p.49

travail, laquelle a accompagné une nouvelle définition de ce dernier au sein des établissements hospitaliers, intégrant les temps de garde dans le temps de travail²¹⁶.

Ensuite, un autre phénomène d'importance, impliqué dans la mutation de l'exercice contemporain de la médecine, réside dans l'essor de l'activité salariée. Cette tendance en accompagne une autre, plus globale, dans la société actuelle qui, globalement, privilégie le salariat et la protection sociale qui y est attachée, à l'exercice libéral ou indépendant. Les médecins n'échappent pas à cette évolution, qui concerne tant les femmes que les hommes, ce qui participe à la réduction des écarts observables en matière de temps d'activité entre les deux sexes²¹⁷. Ainsi, en 2012, 66% des médecins nouvellement inscrits au Conseil de l'Ordre ont choisi un exercice salarié. Par ailleurs, seul 10% de ces médecins avaient choisi un exercice exclusivement libéral. Ce mode d'exercice est passé de 65% en 1996 à seulement 20% en 2006²¹⁸.

Or, le développement des déserts médicaux montrent l'inadéquation du système de sélection et de formation des médecins d'aujourd'hui, à la réalité des nouvelles modalités d'exercice. En effet, alors que les pouvoirs publics prennent lentement conscience de ces nouveaux modes d'exercice, la population française évolue, et avec elle la population malade ou en demande de soins. Par exemple, alors qu'une nette reprise de la natalité s'est opérée à partir de 1994, ni l'augmentation du *numerus clausus*, ni celle du nombre de postes d'internat en pédiatrie n'ont semblé suivre cette évolution. En parallèle, le vieillissement de la population n'est plus une surprise pour personne et l'on sait depuis plusieurs années que l'augmentation nette du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans nécessite une prise en charge spécialisée et importante. La consommation de soins de ces deux catégories de patients est importante et l'on se rend rapidement compte de l'inadéquation totale du chiffre jusque-là admis de 8 000 nouveaux médecins nécessaires, chaque année, au maintien de l'offre de soins sur le territoire ; la situation actuelle n'a plus rien à voir avec celle observable au moment de l'élaboration de ces prévisions²¹⁹. En outre, il est évident que le vieillissement de la population n'épargne pas la population des médecins. La pyramide des âges de la profession médicale montre une importante augmentation du nombre de retraités²²⁰, qui n'est pour l'instant pas compensée par

²¹⁶ Direction Générale de la Santé, *Perspectives de la démographie médicale*, Synthèse du rapport de la Direction Générale de la Santé, juin 2001

²¹⁷ HUGUIER M., ROMESTAING P., « *Numerus clausus* et démographie médicale en France », *art. cit.*

²¹⁸ *Id.*

²¹⁹ *Id.*

²²⁰ En effet, les médecins, même retraités, peuvent continuer d'être inscrits au tableau de l'Ordre, moyennant une cotisation minorée, s'ils veulent conserver leur droit de prescription, notamment à destination de leur famille, sous

le nombre de nouveaux médecins entrant dans la profession. Ainsi, au 1er janvier 2016, alors que la moyenne d'âge des médecins inscrits au tableau est de 51,3 ans, les tranches d'âge les plus représentées sont les 55-59 et 60-64 ans : « les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,1% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 18,6% des effectifs »²²¹. L'inquiétude quant au vieillissement de la profession médicale est par ailleurs loin de s'estomper au regard des derniers chiffres concernant le rapport entre médecins en activité et médecins retraités ; ainsi « sur la période 2007/2016, si le nombre de médecins en activité régulière reste stable (-0,4%), le nombre de médecins retraités est en forte augmentation (+87,7%) »²²².

La combinaison de ces différents facteurs explique les difficultés rencontrées par les gouvernements successifs, au pouvoir depuis une dizaine d'années, pour tenter de remédier au phénomène des déserts médicaux. En même temps que se font sentir les effets d'un manque cruel d'anticipation en matière de politique d'accès et de formation aux études médicales, la population subissait d'importantes mutations pour lesquelles les médecins allaient nécessairement être sollicités. Cependant, cette multitude de bouleversements sociaux touche évidemment les différents secteurs médicaux de façon inégale, ce qui rend plus délicate encore l'appréhension globale de la situation démographique de la médecine en France.

B) Des secteurs touchés de façon inégale

Les difficultés attachées tant à la détermination qu'à la gestion des déserts médicaux, résident surtout dans la multitude de configurations que l'on peut rencontrer sur l'ensemble du territoire. En effet, peuvent être qualifiés de déserts médicaux, à la fois des villages dépourvus de médecin généraliste, et des départements ne comportant qu'un nombre limité de praticiens dans certaines spécialités données. Malgré ces disparités, des tendances sont observables au niveau national ; globalement, la médecine libérale est nettement affectée par les changements de modes d'exercice des nouvelles générations de praticiens et la médecine générale peine toujours à susciter des vocations chez les jeunes médecins.

la forme d'actes gratuits. Dès lors, le nombre total de médecins inscrits au tableau comprend toujours une part de médecins retraités, dont une partie seulement est en situation de cumul retraite/activité libérale.

²²¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1er janvier 2016, p.41

²²² *Id.*, p.4

1. Des carences dans certains secteurs de la médecine libérale

Il est désormais couramment admis que le secteur le plus touché par la désertification médicale, depuis déjà une dizaine d'années, est la médecine libérale, dite médecine de ville²²³. S'il existe aujourd'hui peu de territoires en difficultés pour accéder aux soins de premiers recours, certaines spécialités en revanche ne sont presque plus accessibles ailleurs qu'à l'hôpital. La pédiatrie et l'ophtalmologie sont les disciplines qui souffrent des carences les plus significatives ; les praticiens partant à la retraite ne sont plus remplacés, faute de repreneur dans des régions comme la Bourgogne Franche-Comté ou les Hauts de France. La pénurie médicale localisée est en outre exacerbée par celle des effectifs infirmiers. Si le nombre d'infirmiers croît en moyenne chaque année de 3%, seuls 12% d'entre eux choisissent une carrière libérale²²⁴. C'est donc une refonte complète de l'organisation de la médecine de ville qu'il faudrait amorcer. En effet, l'odontologie, qui revêt les aspects de la médecine de ville puisque 90% de la profession exerce en libéral²²⁵, n'est pas en reste et subit également de plein fouet les conséquences des évolutions de la démographie médicale. L'ordre des chirurgiens-dentistes craint, pour les années à venir une baisse significative des effectifs, avec une diminution de 13% prévue pour 2025. Concernant maintenant les seuls médecins, parmi les nouveaux inscrits au tableau en 2015, 67% ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié et 11,7% ont privilégié la médecine libérale et mixte. L'activité exclusivement libérale est donc largement minoritaire dans la population des médecins entrants dans la profession, et la tendance est loin d'être à la hausse. On peut toutefois tempérer cet état de fait car les études réalisées par l'Ordre tendent à montrer que, cinq ans plus tard, les médecins sont beaucoup plus nombreux à exercer en secteur libéral²²⁶. C'est donc l'attractivité de l'activité libérale qui semble poser problème plutôt que le mode d'exercice en soi.

Il convient désormais, dans l'idée de comprendre comment les déserts médicaux impactent la médecine libérale, d'établir les critères selon lesquels un secteur de l'activité libérale peut être considéré en situation de pénurie. Trois indices permettent généralement d'établir l'existence d'un désert médical dans un secteur donné : le temps de trajet nécessaire

²²³ BARNAY T., « Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2007, p.109-126

²²⁴ BARLET M., CAVILLON M., *La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*, Document de travail, DREES, n°101, novembre 2010

²²⁵ COLLET M., SICARD D., « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°594, septembre 2007

²²⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1er janvier 2016, p.82

pour accéder au soin, le temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous et enfin le coût d'accès au service.

a) La distance à parcourir pour accéder à un médecin libéral

C'est la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales et de la Santé qui a consacré une étude aux distances et temps d'accès aux soins en juin 2011²²⁷. Cette étude a pu montrer que pour 95% de la population, un trajet de moins de quinze minutes suffisait pour accéder à des soins de proximité délivrés par des médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou chirurgiens-dentistes libéraux. En revanche, pour les autres spécialités médicales, si un quart de la population des villes françaises dispose d'un praticien au sein même de sa commune, un autre quart doit parcourir de 10 à 23 km pour accéder à un spécialiste²²⁸. Par exemple, si l'on s'intéresse à la cardiologie – alors que la prévalence des maladies cardio-vasculaires est importante en France – on remarque qu'un dixième de la population française doit parcourir plus de 20km, soit au moins 27 minutes de trajet, pour consulter un cardiologue. Parmi ces individus, les plus éloignés devront même parcourir jusqu'à 90km et près de deux heures de route pour se rendre à un rendez-vous chez un cardiologue libéral²²⁹. Or, il s'agit là de l'une des spécialités médicales dite « courante ». Si l'on observe la situation concernant l'urologie, qui est une spécialité plus rare en secteur libéral, on s'aperçoit que les trois-quarts de la population doivent effectuer un trajet d'environ 20km pour se rendre chez un tel spécialiste, sachant que 5% de la population se trouve à une distance comprise entre 49 et 140 km du premier urologue libéral²³⁰.

b) Le temps d'accès à un médecin libéral

Un deuxième critère important dans la détermination d'un désert médical réside dans le temps d'attente imposé à un patient avant de pouvoir réellement accéder au praticien. En effet, la rareté d'un praticien libéral dans un secteur donné, implique un carnet de rendez-vous rempli et donc des délais d'attente plus ou moins longs avant de pouvoir espérer obtenir un rendez-vous. Ainsi, en 2012, sur l'ensemble du territoire de la France métropolitaine et selon une enquête réalisée par l'association UFC Que Choisir, il fallait compter en moyenne, pour obtenir

²²⁷ COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V., MARCOUX L., *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*, Document de travail, DREES-IRDES, n°22, juin 2011

²²⁸ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », Rapport d'information n°335 (2012-2013) de M. Hervé MAUREY, fait au nom de la commission du développement durable, p.17

²²⁹ COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V., MARCOUX L., *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*, rap. cit., p.56

²³⁰ *Id.*, p.58

un rendez-vous signalé comme non urgent, 18 jours pour voir un pédiatre, 40 jours pour voir un gynécologue, 133 jours pour un rendez-vous avec un ophtalmologiste. Par ailleurs, l'étude montre que les délais d'attente peuvent largement dépasser ces moyennes ; dans 10% des cas, une attente de 9 mois était nécessaire pour voir un ophtalmologiste et plus de trois mois pour un gynécologue²³¹. Dans son rapport, l'association met en évidence l'exemple extrême de la ville de Châteauroux, pour laquelle deux des sept ophtalmologistes de l'époque, exerçant en secteur 1, avaient d'ores et déjà, au mois d'octobre 2012, rempli leur carnet de rendez-vous pour toute l'année 2013 et n'étaient alors plus disponibles que pour des demandes à partir de février ou avril 2014²³². Enfin, le coût d'accès à un médecin libéral constitue le dernier critère pris en compte dans la détermination d'un désert médical.

c) Le coût d'accès à un médecin libéral

L'accès des patients aux soins peut en effet être entravé par son coût, alors même qu'une zone ne serait *a priori* pas considérée comme sous-médicalisée. C'est le cas d'un secteur géographique dans lequel l'essentiel des praticiens libéraux exercent en secteur 2, voire parfois l'intégralité des praticiens d'une spécialité. Ainsi, si l'on s'appuie sur la situation des gynécologues et des ophtalmologistes, la prise en considération de ce critère, et donc les conséquences attachées au phénomène des dépassements d'honoraires, font basculer la proportion de français vivant dans un désert médical en la multipliant par quatre²³³. En effet, ces spécialités sont majoritairement exercées par des praticiens libéraux inscrits en secteur 2 – seuls 46% exercent en secteur 1. En ajoutant ce critère d'analyse aux précédents, on passe d'un total de 9 millions de personnes vivant dans un désert médical pour l'accès à un gynécologue à 34,2 millions, soit plus de la moitié de la population française²³⁴.

La désertification médicale touche donc prioritairement la médecine libérale, dans des proportions bien différentes selon les zones concernées et les critères retenus. S'il est généralement convenu que les zones géographiques les plus concernées par le phénomène sont les espaces ruraux, certaines villes moyennes et zones périurbaines, le critère financier fait basculer certaines grandes villes dans une situation de désert médical. En revanche, ce dernier

²³¹ UFC Que Choisir, « Accès aux soins », Direction des études, octobre 2012 (http://image.quechoisir.org/var/ezflow_site/storage/original/application/6503e07916a52ed82d1a08f1d41fd4c1.pdf - consulté en mai 2016)

²³² UFC Que Choisir, « Accès aux soins », *rap. cit.* ; SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.19

²³³ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.20

²³⁴ *Id.*

aspect ne semble pas pertinent concernant l'accès à un médecin généraliste, plus souvent inscrit en secteur 1, mais plus directement concerné par le manque d'attractivité de la profession.

2. Une défaillance de la médecine générale

Il est évident que les difficultés rencontrées dans le secteur de la médecine générale recourent celles précédemment énoncées autour de la médecine libérale, puisqu'une grande part des médecins généralistes exerce en libéral. Toutefois, l'une des spécificités de la médecine générale réside dans son manque d'attractivité chez les jeunes générations de médecins. En effet, au moment de la répartition des lauréats aux ECN, la spécialité de médecine générale est quasiment la seule à conserver des postes vacants à l'issue des prises de postes. Cette situation n'est par ailleurs pas exceptionnelle puisque chaque année, ce sont environ 20% des postes proposés qui ne sont pas pourvus. Or, comme nous avons pu l'observer précédemment, le nombre de postes proposés correspondant exactement au nombre d'étudiants susceptibles de passer de la cinquième à la sixième année d'études de médecine, l'écart n'est dû qu'aux choix opérés par les étudiants. Ces derniers préfèrent souvent redoubler et tenter une nouvelle fois leur chance, l'année suivante, plutôt que renoncer à la spécialité convoitée, notamment lorsque les postes restants sont en médecine générale. Ce phénomène n'est pas observable que dans cette discipline puisque la santé publique et la médecine du travail sont également concernées²³⁵. Mais, le phénomène est prégnant dans la médecine générale, qui séduit de moins en moins.

C'est en grande partie l'image du médecin généraliste qui handicape son développement. Renvoyant au médecin de famille, solitaire et accessible de jour comme de nuit, le médecin généraliste ne fait plus rêver les jeunes générations, qui valorisent davantage leur vie familiale et se tournent de plus en plus vers un exercice en commun de la médecine. Ainsi, même les jeunes médecins choisissant de s'orienter vers la médecine générale, ont une pratique qui s'éloigne nettement de celles de leurs aînés. Aujourd'hui, un peu moins de la moitié des nouveaux diplômés de médecine générale choisissent de compléter leur diplôme avec une spécialisation. Ils sont donc à peine un peu plus de 50% à pratiquer exclusivement la médecine de premier recours, comme le faisait leurs prédécesseurs. Désormais, il n'est plus rare de trouver des médecins généralistes ayant, en parallèle de leur pratique d'une médecine familiale traditionnelle, un mode d'exercice particulier. Ces MEP correspondent à des spécialités non

²³⁵ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.52

reconnues par la Sécurité sociale, comme l'acupuncture ou l'homéopathie²³⁶. Par ailleurs, des passerelles existent au sein de certaines universités pour que les diplômés de médecine générale puissent exercer des spécialités comme la médecine du sport ou de l'urgence²³⁷.

Outre le manque d'attractivité de la discipline, la médecine générale souffre également des répercussions des politiques publiques mises en œuvre au début des années 2000. En effet, alors que la menace d'un déséquilibre de la démographie médicale se fait de plus en plus sentir, des priorités doivent être établies par les experts en charge de la politique publique. Face à la gronde des chirurgiens et aux dangers avérés d'un manque de psychiatres, la priorité n'est pas donnée à l'augmentation des effectifs de généralistes, car les risques attachés à un manque de chirurgiens sont évidemment vitaux. Ainsi, un agent de la Direction générale de la santé pouvait affirmer en 2004 : « quand vous avez une enveloppe de 3 700 étudiants à l'internat, et même de 3 500 [...], on ne peut pas à la fois faire beaucoup de chirurgiens, d'anesthésistes et de généralistes ! Il faut bien faire un choix ! »²³⁸. La combinaison de ces différents facteurs conduit logiquement la profession de médecin généraliste vers la pénurie, d'autant que le vieillissement de la population médicale n'épargne évidemment pas cette catégorie de médecins.

Alors qu'un phénomène d'augmentation globale des effectifs est observable concernant les spécialités médicales et chirurgicales, les effectifs de médecins généralistes sont eux massivement touchés par les départs en retraite. Or, la chute des effectifs de généralistes doit se poursuivre, d'après les analyses prospectives réalisées, jusqu'en 2025 et pourrait conduire à la perte d'un médecin sur quatre sur la période 2007-2025²³⁹. Ainsi, depuis 2007, la baisse des effectifs de médecins généralistes est constante, passant de 64 778 en 2007 à 58 104 en 2015, soit une baisse 10,3%. Or, une nouvelle baisse de 6,8% serait à prévoir pour les années 2015-2020²⁴⁰. Si l'on rapporte cette inquiétante tendance au manque d'attractivité de la médecine générale, précédemment dénoncée, il paraît évident que la situation risque de ne pas s'arranger dans les années à venir. En attendant, ce n'est pas de la pénurie de médecins généralistes dont la population française souffre le plus.

²³⁶ AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, SALIBA-SERRE B, VENTELOU B, VERGER P., « L'exercice de la médecine générale libérale », *Etudes et résultats*, DREES, n°610, 2007

²³⁷ BURDILLAT M., « Avons-nous trop de médecins en France ? », *Questions de Santé Publique*, n°9, 2010/06

²³⁸ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.283

²³⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1er janvier 2016, p.4

²⁴⁰ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1er janvier 2015, p.179

En effet, jusque-là, 84 % de la population a accès à au moins un médecin généraliste dans sa commune de résidence. Il y aurait moins de 1 % de la population se trouvant à plus de quinze minutes de trajet d'un médecin généraliste, ce qui représente environ 600 000 personnes²⁴¹. Aussi, les différents rapports existants sur le sujet estiment que la répartition territoriale des médecins généralistes peut être jugée satisfaisante pour 95 % de la population. Ces chiffres rassurants ne nous permettent toutefois pas d'ignorer le fait que les 5% restants, connaissant des difficultés d'accès à la médecine générale, correspondent à plus de trois millions d'habitants²⁴², alors même qu'il est question ici d'accéder à des soins de premier recours.

Face à cette situation, aux causes et effets multiples, de nombreuses solutions ont été envisagées depuis maintenant une vingtaine d'années. Mais, si le diagnostic de la situation réel du pays a été long à opérer, tant les déserts médicaux recouvrent en réalité diverses dimensions, les remèdes envisagés sont eux, au contraire, toujours orientés dans la même direction ; il s'agit pour les pouvoirs publics de tenter d'orienter les futurs et jeunes médecins vers les zones et les spécialités médicales en besoin, à travers des mesures dites incitatives. La lutte contre les déserts médicaux se fait en France par la suggestion et non la contrainte.

Paragraphe 2 : Une multitude de mesures incitatives envisagées contre les déserts médicaux

Puisqu'il s'agit de l'une des obligations constitutionnelles de l'Etat de garantir la protection de la santé de tous²⁴³, la lutte contre les déserts médicaux fait évidemment partie des missions des pouvoirs publics, afin que soit proposée une offre de soins équilibrée sur l'ensemble du territoire. Dans cette optique, en 2012, le gouvernement met en place le « pacte territoire-santé », dont l'objectif affiché est « d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire »²⁴⁴. Cette lutte engagée par les pouvoirs publics contre les déserts médicaux entend se saisir du problème par deux moyens principaux : en intervenant dès la formation des futurs médecins (A) et en favorisant l'accompagnement des jeunes et moins jeunes médecins vers les nouveaux modes d'exercice de la médecine (B).

²⁴¹ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.17

²⁴² *Id.*, p.19

²⁴³ Alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946, dont la valeur constitutionnelle est expressément consacrée par la décision du Conseil constitutionnel n°74-54 DC du 15 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de la grossesse

²⁴⁴ Article L.1434-14 du CSP

A) *Les actions visant directement les étudiants en médecine*

Le premier volet de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins concerne directement les étudiants en médecine, puisqu'il s'agit, selon la loi, de « promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires »²⁴⁵. Or, la promotion d'un lieu ou d'un mode d'exercice spécifique ne peut avoir d'impact que si elle est envisagée justement au moment où se pose la question de l'installation, donc au cours des études de médecine. Plusieurs mesures sont ainsi prises par le gouvernement pour développer la volonté des futurs ou jeunes diplômés de s'installer dans les zones souffrant d'un déficit de l'offre de soins. Certaines touchent directement les épreuves de sélection que rencontrent les étudiants au cours de leur cursus, d'autres sont intégrées dans la formation elle-même.

1. Des mesures d'orientation intégrées aux épreuves de sélection

On considère ici qu'à la fois le *numerus clausus* et les épreuves classantes sont des épreuves de sélection que tout étudiant de médecine doit rencontrer, au moins une fois, dans son cursus. Ainsi, il s'agit d'étudier les mesures adoptées par le gouvernement, dans le but de sensibiliser, voire d'orienter, au plus tôt dans leur parcours, les étudiants vers les spécialités ou localités menacées de pénurie.

a) *Les mesures touchant le numerus clausus*

Outre son augmentation, des modifications du *numerus clausus* sont depuis longtemps réclamées par les acteurs de santé. La principale mesure mise en avant ces dernières années est sa régionalisation, c'est-à-dire son adaptation aux besoins locaux, régionaux. Cette idée est reprise par la ministre chargée de la santé lors de l'élaboration du pacte territoire-santé 2, en 2015. Le pacte prévoit un ajustement du *numerus clausus* en fonction des régions afin de cibler prioritairement les zones dans lesquelles la densité médicale est la plus faible, dès lors que les facultés concernées disposent effectivement des capacités de formation adéquates. Ainsi, dès 2015, le *numerus clausus* de 10 régions a été augmenté, ce qui a représenté une augmentation globale, sur l'ensemble du territoire, de 6,4% du nombre de places ouvertes en deuxième année du premier cycle²⁴⁶. Couplée à une politique d'ouverture de postes d'internes prioritairement en

²⁴⁵ Article 67 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. 67), JORF n°0022 du 27 janvier 2016

²⁴⁶ SÉNAT, question écrite n°16797, 11 juin 2015, « Suppression du *numerus clausus* dans les études de médecine », M. Louis Duvernois - Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; Assemblée nationale, Question écrite n°61374 de M. Pascal Popelin, JOAN du 12 janvier 2016, p.314

zones sous-dotées, « l'objectif est bien de flécher préférentiellement l'installation des nouveaux médecins sur les territoires qui en ont besoin »²⁴⁷ .

Toutefois, la généralisation de la régionalisation découle elle de l'adoption d'un arrêté du 11 janvier 2017²⁴⁸, créant 478 places supplémentaires en deuxième année d'études de médecine. Ces places sont réparties en fonction des besoins estimés en région, mais surtout selon la capacité des facultés à accueillir l'ensemble des étudiants et celle des établissements hospitaliers concernés à proposer le nombre nécessaire de stages. Ainsi, seules 25 facultés sur 42 bénéficient de places supplémentaires. Certaines voient leurs effectifs augmenter de 2%, quand d'autres profitent d'une hausse de 40%. Les choix opérés par l'arrêté résultent d'une concertation du gouvernement avec les doyens, puisque l'obtention de places supplémentaires est soumise au vote du conseil de gestion de chaque faculté²⁴⁹. Cette mesure de sécurité permet de garantir que la hausse des effectifs ne se fera pas au détriment de la qualité de la formation.

Or, cette précaution paraît nécessaire, au regard des difficultés qu'a pu rencontrer la mesure, notamment auprès des syndicats d'internes, qui considèrent qu'elle ne peut pas être efficacement appliquée puisque seules les facultés les plus grandes et les plus riches peuvent se permettre d'augmenter leurs capacités de formation, en recrutant davantage d'enseignants, voire en créant de nouveaux amphithéâtres. Ce phénomène entrainerait, selon le président de l'ISNI (Intersyndicat National des Internes), un dévoiement de la politique gouvernementale, non pas à destination des régions en manque de médecins, mais vers les villes aptes à intégrer de nouveaux flux d'étudiants²⁵⁰. Par ailleurs, l'augmentation, pure et simple, du *numerus clausus* réveille les craintes anciennes du surnombre chez les médecins, alors qu'il semble bien que seule la distribution des postes d'internes détermine réellement le lieu d'installation des jeunes diplômés²⁵¹.

²⁴⁷ *Id.*

²⁴⁸ Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2017-2018 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, JORF n°0009 du 11 janvier 2017

²⁴⁹ *L'étudiant.fr*, 13 décembre 2016, « Numerus clausus en médecine : combien de places supplémentaires dans votre fac en 2017 ? » (<http://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/numerus-clausus-en-Paces-la-repartition-fac-par-fac.html?preview=1481618243>)

²⁵⁰ *L'Etudiant*, 13 décembre 2016, « Exclusif. Numerus clausus en médecine : comment sont réparties les places en plus ? » (<http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/numerus-clausus-en-medecine-comment-s-est-faite-la-repartition-des-places-supplementaires.html>)

²⁵¹ *Id.* Propos rapportés du Professeur Berland qui estime qu'« aucune solution ne pourra être trouvée aux déserts médicaux sans développer une réflexion sur les corps intermédiaires entre infirmiers et médecins ».

Enfin, indirectement lié au *numerus clausus* tel qu'on le connaît en France, une proposition de loi, déposée en 2012, imaginait l'instauration d'un *numerus clausus* à l'installation pour l'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire, de la profession de sage-femme, de celle d'infirmier libéral ou de masseur-kinésithérapeute²⁵². Il s'agissait d'octroyer aux nouveaux diplômés, une autorisation d'installation, délivrée par le représentant de l'État et le directeur général de l'ARS, en fonction de critères de démographie médicale. Les professionnels de santé auraient alors été confrontés au couperet du *numerus clausus* à deux reprises, avant même d'avoir pu commencer à exercer. Si les dispositions envisagées auraient sans doute permis de réguler l'installation de nouveaux praticiens dans des zones d'ores et déjà suffisamment dotées, l'idée d'un nouveau *numerus clausus*, quand on se souvient des difficultés rencontrées par les pouvoirs publics lors de l'instauration du premier, n'a pas été suivie d'effet. En revanche, les efforts ont pu être concentrés sur les épreuves classantes, qui déterminent plus directement le lieu et le mode d'exercice des jeunes diplômés.

b) Les mesures touchant les ECN

La première mesure d'importance touchant aux épreuves classantes nationales date de 2011 et pose une limitation des possibilités de redoublement. En effet, l'une des grandes difficultés rencontrées avant cette date résidait dans la facilité avec laquelle les étudiants, mécontents de leur rang de classement, optaient pour le redoublement de leur sixième année d'étude, afin de se préserver une chance d'obtenir la spécialité voulue. De ce phénomène découlait un nombre important de postes d'internat vacants, notamment dans des spécialités particulières, qui semblaient touchées par une désaffection grandissante – comme la médecine générale, la santé publique ou la médecine du travail, déjà mentionnées. Or, pour réduire le taux d'inadéquation, entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes effectivement pourvus, un décret du 10 août 2011²⁵³ en vient à n'autoriser le redoublement qu'une seule fois et surtout, à limiter le total des redoublements à 3% des effectifs globaux de candidats²⁵⁴. Une nouvelle organisation du calendrier universitaire a également permis, cette année-là, de programmer les ECN après la validation du deuxième cycle des études médicales. Cette mesure devait empêcher la non-validation volontaire du dernier stage de sixième année, qui impliquait automatiquement le redoublement de l'étudiant²⁵⁵. Par ailleurs, le décret prévoit que les candidats ne peuvent se

²⁵² Proposition de loi n°284, visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, déposée par M. Philippe Vigier, enregistrée le 10 octobre 2012 à la présidence de l'Assemblée nationale

²⁵³ Décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, JORF n°0186 du 12 août 2011, p.13860

²⁵⁴ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.52

²⁵⁵ Sur cette question, voir le paragraphe 1 de ce même chapitre.

présenter que deux fois aux ECN : la première fois, l'année de validation du deuxième cycle des études médicales et la seconde, l'année suivante, dans des cas spécifiquement détaillés par les textes²⁵⁶.

En contrepartie de cette dernière possibilité offerte aux étudiants, la réglementation prévoyait que l'interne ait effectivement choisi un poste et ait commencé les stages d'internat, afin de ne pas handicaper le service hospitalier concerné. Si en théorie cette solution semblait équilibrée, dans les faits, plusieurs facultés ont décidé d'accorder des « invalidations de complaisance » des examens de sixième année aux étudiants souhaitant se présenter de nouveau aux ECN, afin d'éviter « que des internes absorbés par la préparation aux ECN ne se retrouvent dans les services hospitaliers », déconcentrés²⁵⁷. A côté de ces possibilités, existe ce que l'on nomme le « droit au remords », qui permet à un étudiant de troisième cycle d'opérer une réorientation alors même qu'il a commencé son internat. Des conditions strictes sont posées autour de cette possibilité, que les derniers textes en vigueur ont pu réaffirmer²⁵⁸.

En effet, tant le décret du 25 novembre 2016, que l'arrêté du 12 avril 2017, poursuivent une politique d'encadrement strict des ECN et de la formation de troisième cycle afin de répondre au mieux aux besoins en santé. La délimitation du droit au remords participe à cet élan, bien que le cap de la régionalisation des ECN n'ait toujours pas été franchi. En effet, depuis plusieurs années maintenant, cette volonté de régionalisation se fait entendre. Une proposition de loi, « pour l'avenir de notre système de soins », en date du 3 mai 2016, prévoit ainsi une modulation régionale des ECN, à travers une « répartition par subdivision territoriale » du nombre de postes offerts²⁵⁹. L'idée est ici de prévoir des examens classants inter-régionaux, censés répondre aux besoins de chaque région. Ainsi, l'objectif serait de faire en sorte qu'un bachelier reste dans sa ville ou région pour y passer l'épreuve du *numerus clausus*, puis plus tard celle des ECN, afin de favoriser au maximum l'installation de jeunes diplômés dans une région voulue. Cette volonté viendrait répondre directement au phénomène jusque-là observable de la grande propension des médecins à s'installer dans la région dans laquelle ils ont fait leurs études²⁶⁰. Un amendement à cet article a cependant rapidement été

²⁵⁶ Article 1 du décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, JORF n°0186 du 12 août 2011, p.13860

²⁵⁷ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.281

²⁵⁸ Article 1 du Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation, JORF n°0276 du 27 novembre 2016 ; article 7 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, JORF n°0089 du 14 avril 2017.

²⁵⁹ Article 8, proposition de loi pour l'avenir de notre système de soins, n°3710, enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 3 mai 2016

²⁶⁰ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », rap. cit., p.52

opposé afin de réclamer sa suppression, au regard des difficultés d'organisation impliquées par un tel dispositif²⁶¹. Si la régionalisation des ECN n'est toujours pas un fait dans notre pays, l'idée de mettre en place, dans chaque région, un « quota de postes qui soit en adéquation, tant dans son effectif global que dans sa répartition entre les différentes spécialités, avec les particularités de la région en termes de démographie médicale »²⁶², n'a pas fini de séduire. Malgré tout, il semblerait que les mesures intégrées directement à la formation initiale des médecins soient, jusque-là, considérées comme les plus efficaces.

2. Des mesures intégrées à la formation initiale

Au-delà des mesures appliquées aux moments charnières des études médicales, c'est-à-dire au moment du *numerus clausus* et des ECN, plusieurs mécanismes d'incitation sont mis en œuvre tout au long de la formation pratique des étudiants en médecine, afin de tenter d'influencer leur choix au moment de l'internat, ou du moins de les sensibiliser à la réalité démographique de la France. Parmi ces mesures, on peut ici citer la mise en place de stages obligatoires dans les disciplines touchées tout particulièrement par le phénomène des déserts médicaux et la création d'un contrat d'engagement de service public.

a) *La réalisation de stages obligatoires dans les disciplines touchées par les déserts médicaux*

La première mesure, présentée dans le Pacte territoire-Santé en 2012 et directement intégrée dans la formation initiale des étudiants de médecine est l'obligation d'effectuer un stage en médecine générale, dont l'objectif est qu'il concerne, à terme, 100% des étudiants. Un arrêté du 4 mars 1997 prévoyait déjà un stage obligatoire chez un médecin généraliste²⁶³, au cours de la deuxième partie du deuxième cycle, mais cette obligation était loin d'être respectée. Suite à l'adoption du pacte, en 2013, la Ministre de la Santé estimait qu'environ 60% des internes avaient réalisé ce stage en médecine générale²⁶⁴. Malgré son caractère obligatoire, seules 7 des 22 régions françaises remplissaient l'objectif fixé de 100% des effectifs étudiants ayant réalisé un stage en médecine générale sur l'année 2011-2012. En 2013-2014 en revanche, ce sont 15 des 22 régions que comptait encore la France qui répondaient favorablement à

²⁶¹ Amendement n°8, à la proposition de loi n°3710, pour l'avenir de notre système de soins, AN, 9 juin 2016

²⁶² SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.52

²⁶³ Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JORF n°72 du 26 mars 1997, p.4684

²⁶⁴ *Le Figaro.fr*, publié le 3 avril 2014, « Internes: 60% de stage en médecine générale » (<http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2014/04/03/97001-20140403FILWWW00221-internes-60-ont-fait-un-stage-en-medicine-generale.php>) ; *Le Parisien*, 3 avril 2014, « 60% des internes ont fait un stage en médecine générale en 2013 »

l'obligation posée²⁶⁵. Si l'application effective de la mesure prend du temps c'est que le nombre de médecins généralistes agréés en tant que maître de stage, et donc habilités à évaluer valablement les étudiants, était très limité. Il est passé de 2 197 en 2011 à 4 657 en 2014, ce qui permet d'espérer, à terme, une application effective de cette mesure.

En 2015, le « pacte territoire-santé 2 », souhaite poursuivre cette démarche de sensibilisation des étudiants à l'exercice de la médecine de ville, en incluant des spécialités délaissées au mécanisme déjà en place. Ainsi, si l'objectif précédemment fixé, d'aboutir à un taux de 100% d'internes ayant réalisé un stage en médecine générale est toujours défendu, depuis 2015, d'autres actions sont menées. Les étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} cycle peuvent désormais réaliser des stages en cabinet de ville ou maison de santé, dans plusieurs spécialités, comme la gynécologie médicale, l'ophtalmologie, la pédiatrie ou la dermatologie²⁶⁶. Ces spécialités sont évidemment celles souffrant le plus du phénomène des déserts médicaux et de l'augmentation du taux de postes vacants lors de la répartition des étudiants à l'issue des ECN. La difficulté principale à laquelle se heurte cette mesure est bien sûr le nombre limité de places de stage et donc de praticiens agréés maîtres de stage. La capacité d'accueillir et de former, dans de bonnes conditions, de jeunes étudiants en médecine, n'est pas donnée à tous les praticiens.

Outre ces stages, le pacte territoire-santé 2 souhaite également permettre aux internes de participer à la permanence des soins, afin que le plus d'étudiants possible soient sensibilisés à l'ensemble de l'exercice libéral²⁶⁷. L'objectif est d'attirer les jeunes vers ce mode d'exercice qui, rappelons-le, n'est pas le choix fait par la plupart des jeunes diplômés lors de leur première installation, bien que cinq ans après, les chiffres tendent à montrer un renversement de la tendance. On le voit, le maître-mot du gouvernement, concernant ces mesures, est bien la sensibilisation. Il s'agit de permettre aux futurs médecins de connaître l'état sanitaire de la France et de rendre de nouveau attractifs, certains modes d'exercice et certaines spécialités, de plus en plus délaissés. Mais, la simple sensibilisation a ses limites et l'incitation financière fait partie des autres mesures mises en œuvre par le gouvernement, notamment à travers la création du contrat d'engagement.

²⁶⁵ Pacte territoire santé², Dossier de presse, 26 novembre 2015, p.5
(http://www.paps.sante.fr/uploads/media/Dossier_de_presse-Pacte_territoire_sante_2_261115.pdf)

²⁶⁶ *Id.*, p.4

²⁶⁷ *Id.*

b) *Le contrat d'engagement de service public*

En 2009, la loi dite HPST, crée le contrat d'engagement de service public (CESP)²⁶⁸, à destination des étudiants à partir de la deuxième année du premier cycle²⁶⁹. Il s'agit, comme son nom l'indique, d'un contrat, ouvrant droit, en complément des rémunérations habituelles des étudiants et internes en stage, à une allocation mensuelle, d'un montant de 1 200 euros, versée jusqu'à la fin de la durée des études médicales. En contrepartie, les étudiants s'engagent à s'installer, à la fin de leur cursus, dans des zones où l'offre de soins est jugée insuffisante ou l'accès aux soins difficile, qu'il s'agisse d'une installation à titre libéral ou salarié. La durée de l'engagement du jeune médecin correspond à la période pendant laquelle l'allocation lui a été versée, mais elle ne peut être inférieure à deux ans²⁷⁰. Cette mesure repose donc sur la notion consacrée en 2009 par la Ministre de l'époque, Mme Roselyne Bachelot, de « territoire de santé »²⁷¹.

En 2012, seuls 351 contrats avaient été signés, sur les 800 proposés²⁷², alors que l'objectif du gouvernement était d'atteindre 1 500 signatures pour 2017. Si l'opération semblait mal engagée, ces dernières années ont vu la situation aller dans le sens des pouvoirs publics puisqu'en 2015, on dénombrait déjà 1 325 CESP. Cela représente plus de 80 jeunes médecins d'ores et déjà installés dans les zones sous-dotées. Fort de ce succès, le gouvernement a décidé de revoir ses objectifs à la hausse et de fixer un nombre de 1 700 CESP pour 2017. Or, fin 2016, ce sont déjà 1 795 contrats qui ont pu être signés, confortant ainsi le gouvernement dans son élan. Un nouvel objectif de 2 550 CESP à l'horizon 2018 est désormais en vigueur. Si les commentateurs émettaient volontiers des réticences face à ce dispositif peu probant dans ses premières années de vie²⁷³, il s'agit aujourd'hui d'un véritable outil pour remédier aux déséquilibres du maillage médical français. Les réticences passées s'expliquent notamment par la crainte d'une redondance entre le CESP et la possibilité, confiée aux collectivités territoriales d'accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de

²⁶⁸ MANDIN F., « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le CESP », *RDSS*, 2013, p.591

²⁶⁹ Article 46 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184

²⁷⁰ Article L.632-6 du Code de l'éducation

²⁷¹ Les ARS en auraient dénombré 108 (*Le Moniteur des Pharmacies*, 12 mars 2011, p.13)

²⁷² LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.35-53

²⁷³ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *RDSS*, 2012, p.404 ; LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.35-53

médecine générale qui effectuent leurs stages dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins²⁷⁴. L'article L.1511-8 du CSP prévoit également le versement d'une indemnité d'étude et de projet professionnel, pouvant être attribuée par les collectivités territoriales à tout étudiant en médecine, à partir de la première année d'internat, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années dans une zone déficitaire. Un contrat est alors signé entre l'étudiant et la collectivité attribuant l'aide.

Mais, loin d'établir une concurrence contreproductive, ces mesures s'avèrent en réalité être les plus efficaces, si l'on en croit une étude réalisée par l'IRDES. En effet, il apparaît que les expériences étrangères emportant le plus de réussite sont celles directement intégrées à la formation initiale²⁷⁵. A tout le moins, les mesures financières incitant les étudiants à s'installer dans les zones déficitaires sont jugées efficaces sur le court et moyen terme, puisque, une fois la période d'engagement du médecin échue, rien ne peut plus l'empêcher de s'installer ailleurs sur le territoire national.

Toutefois, quelle que soit l'efficacité des mesures prises dans le cadre des études médicales, il faut bien noter que celles-ci ne constituent qu'une partie infime de la politique globale menée par les gouvernements successifs depuis une vingtaine d'années afin de favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones sous-dotées²⁷⁶. Au-delà des seuls étudiants, un certain nombre de mesures visant les médecins diplômés d'ores et déjà installés ou en cours d'installation, a été mis en place.

B) Les actions visant les médecins en exercice

Même si ces mesures sont généralement plus simples à mettre en place car elles concernent uniquement les étudiants et non l'ensemble des acteurs de santé, la lutte contre les déserts médicaux ne peut pas se contenter d'agir sur les futurs médecins. Les médecins diplômés, installés ou sur le point de s'installer pour la première fois sont également touchés par les mesures gouvernementales, à travers notamment différents outils favorisant l'exercice groupé de la médecine ou la multiplication des incitations financières.

²⁷⁴ Article L.1511-8 du CSP

²⁷⁵ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », IRDES, 2006, p.17

²⁷⁶ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.*

1. Miser sur l'exercice groupé de la médecine, nouvel outil de la politique publique en matière d'offre de soins

Si l'on se réfère au deuxième point essentiel défendu par le pacte territoire-santé, apparaît la volonté du gouvernement « d'accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé » vers des formes plus contemporaines de travail collaboratif²⁷⁷. En effet, comme on a pu l'observer précédemment, l'exercice de la médecine n'est plus le même aujourd'hui que dans les années 1960-1970. Alors qu'à l'époque l'exercice libéral semblait être la panacée et le maintien d'une concurrence équilibrée la préoccupation principale des médecins, désormais, le salariat se développe et les jeunes médecins rechignent à travailler seul, de longues journées. La qualité des conditions de travail devenant de plus en plus importante pour les jeunes générations, le gouvernement s'est vu contraint d'orienter sa politique dans le sens des évolutions de la société.

Dès les premières années de prise de conscience d'une menace en matière de démographie médicale, la réflexion s'est portée sur les modes d'exercice. D'abord, de nouveaux outils sont mis en place afin de mieux appréhender la situation réelle de la densité médicale puisque, selon les recommandations de la mission « Démographie des professions de santé » de 2002²⁷⁸, l'ONDPS – Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé – est créé dès l'année suivante. Cet Observatoire permet de mettre rapidement en évidence les besoins et les souhaits des professionnels de santé quant à leur mode d'exercice puisqu'une collaboration est mise en place. Dès lors, l'ONDPS se donne pour mission d'analyser les conditions d'exercice et l'évolution des métiers de la santé et envisage rapidement la création de nouveaux métiers, voire de passerelles entre les professions. Cette initiative donne naissance, en 2003, à la mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »²⁷⁹. Par ailleurs, la mission « Démographie des professions de santé » souhaite également la mise en œuvre de mesures incitatives au regroupement des professionnels de santé²⁸⁰.

²⁷⁷ Article L.1434-14 du CSP, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. 67), JORF n°0022 du 27 janvier 2016

²⁷⁸ BERLAND Y., GAUSSERON T., Mission "démographie des professions de santé", *rap. cit.*

²⁷⁹ BERLAND Y., « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », rapport d'étape, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003, p.58, (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>)

²⁸⁰ BERLAND Y., « La démographie des professions de santé : constat, analyse et solutions envisageables », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.11-34

Les années suivantes confirment la dynamique d'ouverture des professions médicales à de nouveaux modes d'exercice, tournés vers la coopération. Par exemple, en 2004, le SÉNAT amende le projet de loi relatif à la politique de santé publique²⁸¹, permettant ainsi la réalisation d'expérimentations « relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé »²⁸². Sur ce fondement légal, est adopté un arrêté du 13 décembre 2004, relatif à la coopération entre professionnels de santé²⁸³, qui donne naissance à plusieurs expérimentations²⁸⁴. Il s'agit alors essentiellement de coopérations entre médecins et infirmiers, qui ont eu le mérite d'ouvrir la voie et de rassurer les différents acteurs concernés sur la faisabilité de tels projets. Par la suite, en 2008, une collaboration entre l'ONDPS et la Haute Autorité de Santé (HAS) donne naissance à une recommandation de cette dernière, intitulée « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? »²⁸⁵. Le principe de ces coopérations est finalement consacré par la loi HPST²⁸⁶. Cette dernière permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de santé, de transferts d'actes ou d'activités de soins²⁸⁷. Bien que ce mécanisme soit jugé utile et efficace pour certaines pratiques, la HAS considère qu'il s'agit malgré tout d'un dispositif lourd et chronophage, qui gagnerait à être allégé²⁸⁸.

Dans ce sens, une loi du 10 août 2011 a permis une nette amélioration du cadre juridique des coopérations prévues par la loi, à travers la création de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)²⁸⁹. Il s'agit pour ces structures de remplir quatre objectifs, grâce à une seule et même structure : « rassembler des professionnels distincts ; percevoir des financements publics [...pouvant être répartis entre les membres de la SISA] ; facturer à

²⁸¹ Amendement du SÉNAT du 7 janvier 2004, n°19.138 présenté par le gouvernement

²⁸² Article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004, p.14277

²⁸³ Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé, JORF n°10 du 13 janvier 2005, p.557

²⁸⁴ BERLAND Y., « La démographie des professions de santé : constat, analyse et solutions envisageables », *art. cit.*,

²⁸⁵ HAS, « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? » - Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008, 61p (https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_654891/fr/delegation-transferts-nouveaux-metiers-comment-favoriser-des-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-recommandation)

²⁸⁶ Article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184

²⁸⁷ HAS, « Coopération entre professionnels de santé » - Mode d'emploi, avril 2012 (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf)

²⁸⁸ HAS, « Les protocoles de coopération art. 51 » - Bilan du dispositif, Évaluation 2014, novembre 2015, 147p

²⁸⁹ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185 du 11 août 2011, p.13754

l'assurance maladie certains des actes réalisés ; organiser un cadre fiscal sécurisé tout en ménageant une souplesse d'accès et une sortie facile du dispositif aux professionnels de santé qui en sont membres ou souhaitent le devenir »²⁹⁰. Cette initiative constitue un véritable mode d'exercice groupé de la médecine, au même titre que les maisons de santé pluridisciplinaires, créées en 2007²⁹¹. Il s'agit de structures pluridisciplinaires, dotées de la personnalité morale, constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. En 2015, parmi les engagements du pacte territoire-santé 2 figure le fait de « favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains », ce que traduit l'objectif de 1 000 maisons de santé en fonctionnement d'ici 2017²⁹². Dans les faits, il existerait aujourd'hui environ 1 200 maisons de santé sur l'ensemble du territoire²⁹³, alors que le nouveau Président de la République avait annoncé, dans son programme, vouloir doubler leur nombre d'ici 2022.

La coopération entre professionnels est globalement plutôt appréciée des acteurs concernés, bien que d'autres pistes soient toujours étudiées dans le but de lutter au mieux contre les déserts médicaux, comme le fait de « rémunérer différemment les médecins ; favoriser l'allongement de la durée d'activité des médecins ; développer des formes de médecine salariée ; développer la télémédecine »²⁹⁴. Cette dernière s'inscrit d'ailleurs parfaitement dans l'idée générale d'une évolution des modes d'exercice chez les jeunes générations de médecins. Il s'agit en effet de pratiquer la médecine différemment, à l'aide des nouvelles technologies de l'information et de la communication. La télémédecine²⁹⁵ est définie, dans son principe, à l'article L.6316-1 du Code de la santé publique. Elle permet une mise en rapport d'un patient avec un ou plusieurs professionnels de santé, voire simplement de professionnels entre eux. Cette technique permet « d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients »²⁹⁶. Dès lors, la télémédecine peut constituer une réponse potentielle au déséquilibre territorial, en présentant des avantages

²⁹⁰ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.56

²⁹¹ Article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, JORF n°0296 du 21 décembre 2007, p.20603

²⁹² Pacte territoire santé², Dossier de presse, 26 novembre 2015, p.10

²⁹³ *Le Figaro*, 20 mars 2017, « Les maisons de santé pour lutter contre les "déserts médicaux" »

²⁹⁴ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*

²⁹⁵ Elle est consacrée par l'article 78 de la loi HPST

²⁹⁶ Article L.6316-1 du Code de la santé publique

pour les patients isolés, mais également pour les professionnels de santé, dont les conditions de travail s'améliorent²⁹⁷.

Mais, outre l'exercice groupé, qui répond à de réelles préoccupations des professionnels de santé, d'autres mesures de lutte contre les déserts médicaux empruntent directement la voie de l'incitation financière à l'installation, outil plus traditionnel des politiques publiques de répartition de l'offre de soins.

2. Miser sur l'incitation financière, outil traditionnel de la politique publique en matière d'offre de soins

L'idée d'inciter les médecins à s'installer dans des zones sous-dotées ou en difficulté au regard de la densité médicale par le biais de contreparties financières ou de simples avantages financiers est relativement classique et peut prendre différentes formes.

D'abord, une manière indirecte d'influer sur le lieu d'installation des médecins à l'aide de mesures financières est d'utiliser l'outil du conventionnement. Contrairement à certains Etats, la France n'érige pas le conventionnement en droit du médecin. Il s'agit plutôt d'une possibilité, offerte aux professionnels, libres de choisir, *in fine*, leur mode d'exercice et de rémunération. Or, l'idée de « réserver le conventionnement » aux médecins acceptant de s'installer dans des zones en difficultés du point de vue de la densité médicale, apparaît pour la première fois outre-mer, « où le "pouvoir médical" est moins assuré : en Nouvelle-Calédonie et ensuite en Polynésie, où s'appliquent des textes dérogatoires, du fait du principe de spécialité législative »²⁹⁸. Ainsi, c'est d'abord un gel du conventionnement qui a été décidé par la Nouvelle-Calédonie entre 1994 et 1996, puis sa réintroduction s'est accompagnée d'exigences particulières, devant assurer une meilleure répartition géographique de l'offre de soins. Trois critères ont dès lors dû être pris en compte au moment de l'octroi du conventionnement d'un praticien : « les besoins de santé des habitants des communes hors du Grand Nouméa, l'équilibre financier géographique de l'organisme de protection sociale et la nécessité d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins locale. Le but est de décourager les conventionnements dans le Grand Nouméa, surmédicalisé, et de pousser les arrivants à s'installer [... dans les zones] encore sous-médicalisées, notamment dans le Nord »²⁹⁹.

²⁹⁷ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.*

²⁹⁸ LECA A., AGRESTI J., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.35-53

²⁹⁹ *Id.*

Cette première expérience française a par la suite donné naissance à d'autres initiatives, pour la profession d'infirmier en 2008, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes en 2011, ou encore les orthophonistes en 2012, mais jusque-là, jamais les médecins. En revanche, pour les professions mentionnées, l'accès au conventionnement est désormais conditionné au nombre de professionnels d'ores et déjà installés dans la zone visée. Ainsi, entre 2008 et 2011, on estime que le nombre d'infirmiers en zones jugées déficitaires a pu progresser d'un tiers pendant que dans les zones « sur-dotées », il a reculé d'environ 3%³⁰⁰. Malgré tout, puisque « porter atteinte à la liberté d'installation reste un tabou³⁰¹ » pour les médecins, seuls des procédés strictement incitatifs³⁰² sont mis en œuvre. Dans ce sens, l'avenant n°20 à la convention nationale médicale du 12 janvier 2005 crée une « option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires », par laquelle les médecins exerçant dans ces zones, au sein de cabinets de groupe, peuvent majorer leurs honoraires de 20 %³⁰³. Cette mesure a cependant été rapidement abandonnée car elle aurait « coûté 20 millions d'euros, pour 773 bénéficiaires en 2010, [mais ne se serait] traduite que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007 »³⁰⁴.

Une autre mesure incitative a consisté, à travers une loi du 23 février 2005, à autoriser les collectivités locales à attribuer des aides aux professionnels de santé, afin de favoriser leur installation ou leur maintien dans des zones de faible densité de soins³⁰⁵. Ainsi, un décret d'application permet aux collectivités de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'activité de soins, de mettre à disposition des professionnels de santé des locaux ou un logement, ou encore de leur verser une prime d'installation ou d'exercice forfaitaire³⁰⁶. Par la suite, ce dispositif a été complété par la convention médicale du 26 juillet 2011, à travers la

³⁰⁰ *Le Moniteur Pharmaceutique*, n°2929, 14 avril 2012, p.11

³⁰¹ SÉNAT, *débat sur la désertification médicale*, 13 janvier 2011 : <https://www.senat.fr/seances/s201101/s20110112/s20110112.pdf>

³⁰² Voir MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.* ; BADEL M., « La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », *RDSS*, mai-juin 2012, p.528

³⁰³ Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°74 du 28 mars 2007, p.5797

³⁰⁴ LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

³⁰⁵ Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, JORF n°0046 du 24 février 2005, p.3073

³⁰⁶ Article 1 du décret n° 2005-1724 du 30 décembre 2005 pris pour l'application du I de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones où l'offre des soins est déficitaire, JORF n°304 du 31 décembre 2005, p.20741

création de deux options ouvertes aux médecins³⁰⁷. Suivant la première option « Démographie », le praticien doit exercer au sein d'un groupe, quelle qu'en soit la forme, et s'engager à maintenir son activité, dans le même lieu d'exercice, pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion. En contrepartie, le médecin bénéficie d'une aide à l'investissement et d'une aide à l'activité. Ces incitations peuvent aller de 2 500 à 5 000 euros suivant le mode d'exercice choisi³⁰⁸. La seconde option « Santé solidarité territoriale » mise sur l'incitation des médecins libéraux des zones sur-dotées, exerçant en secteur 1 ou 2 – mais appliquant exclusivement des tarifs opposables dans la zone déficitaire – à aider leurs confrères en zones déficitaires de proximité. Les modalités d'adhésion et les incitations sont comparables à celles prévues pour l'option démographie³⁰⁹. Cette mesure n'a cependant pas rencontré un succès flagrant puisqu'au 30 juin 2013, seuls 23 volontaires avaient adhéré à l'option santé solidarité territoriale³¹⁰.

La création du contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), en août 2013, constitue une autre mesure fondée sur l'incitation financière à l'installation en zones sous-dotées³¹¹. Ce contrat permet d'assurer au médecin un revenu complémentaire brut mensuel de 6 867 euros – soit un net mensuel de 3 640 euros – pendant deux ans, en contrepartie d'une installation dans l'un des territoires « caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins »³¹². Ce complément de revenu est conditionné à la réalisation de plus de 165 actes par mois, soit l'équivalent de 69 consultations hebdomadaires. La particularité de ce dispositif est évidemment sa proximité avec le salariat³¹³, qui dénote dans un univers habituellement féroce attaché aux règles de l'exercice libéral.

Dans le même sens, les aides accordées à la création des maisons de santé, s'inscrivent dans les politiques démographiques. Si toutes les maisons de santé peuvent prétendre au bénéfice d'aides financières, certaines sources de financement sont exclusivement liées au lieu

³⁰⁷ Article 1.1 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée le 26 juillet 2011

³⁰⁸ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale. », *RGDM*, n°43, juin 2012, p.289

³⁰⁹ BADEI M., « La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », *art. cit.*

³¹⁰ *Le Monde*, 30 août 2013, p.7 ; LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

³¹¹ Arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R.1435-9-6 du Code de la santé publique, JORF n°0189 du 15 août 2013, p.13971

³¹² Article 1, alinéa 1^{er} de l'arrêté du 14 août 2013

³¹³ LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

d'implantation des maisons de santé, puisque leur développement est fortement encouragé dans les zones jugées déficitaires³¹⁴.

Au terme de cette présentation succincte des différentes mesures incitatives pouvant exister dans le but de lutter contre la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire national, il convient d'observer que, dans l'ensemble, ces procédés, purement incitatifs, sont jugés, notamment par la Cour des comptes, « sans portée réelle »³¹⁵. En effet, on considère que les incitations financières ne produisent pas les résultats escomptés quant à la répartition des médecins libéraux, sans que la raison en soit clairement établie. Certains auteurs considèrent que les niveaux de revenus observables dans la profession étant d'ores et déjà particulièrement élevés par rapport au reste de la population française, les praticiens ne trouvent que peu d'intérêt à s'établir dans une zone déficitaire en contrepartie d'une augmentation dérisoire de leur niveau de rémunération. Cet écart de revenu ne suffirait par ailleurs pas à compenser la « dureté des conditions de travail et de vie » à laquelle ces zones peuvent exposer le médecin³¹⁶.

Malgré cet état de fait, on ne peut qu'observer, qu'en France, l'essentiel des mesures appliquées au niveau national « jouent principalement sur les leviers financiers, mobilisables par différents types d'acteurs à différents niveaux d'action »³¹⁷. En 2017 encore, suite à l'adoption de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, l'essentiel des mesures défendues emprunte la voie exclusive de l'incitation, et ce notamment du fait de l'impossibilité d'envisager la mise en œuvre de mesures coercitives à destination des médecins³¹⁸.

³¹⁴ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.*

³¹⁵ Cour des comptes, « La Sécurité sociale », septembre 2011, p.162

³¹⁶ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.*

³¹⁷ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », IRDES, 2006, p.49

³¹⁸ MARIÉ R., « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », *RDSS*, 2017, p.71

Section 2 : La France face aux déserts médicaux : entre obstacles indépassables et inspirations venues de l'étranger

Face au phénomène des déserts médicaux, la France tente depuis maintenant plus d'une vingtaine d'années de proposer des solutions qui peinent parfois à convaincre. S'agissant d'un phénomène complexe, il est en effet difficile de considérer qu'une solution évidente permettrait, à coup sûr, de résoudre un problème enraciné depuis plusieurs décennies. Une constante est néanmoins observable dans le cas de la France ; celle du rejet systématique des mesures visant à contraindre les médecins dans leurs modalités d'exercice. La tradition des libertés médicales a, en France, une place si importante qu'il semble impossible d'y revenir, quand bien même il en irait de l'intérêt du plus grand nombre. C'est notamment la liberté d'installation du médecin qui apparaît comme la plus incontestable et qui constitue le plus gros obstacle à l'imposition de mesures coercitives, visant à obliger les médecins à choisir un lieu d'exercice jusque-là délaissé. Pourtant, s'il semble que la conciliation entre la liberté d'accès aux soins et la liberté d'installation soit impossible (Paragraphe 1), des solutions peuvent peut-être être trouvées chez nos voisins, eux-mêmes confrontés au phénomène des déserts médicaux. Si certains Etats étrangers n'ont aucune difficulté à instaurer des mesures coercitives, d'autres en revanche prônent un principe de liberté d'installation des médecins, mais qui n'est pas sans contreparties. Ainsi, en observant la réponse offerte par d'autres Etats aux déserts médicaux (Paragraphe 2), il est possible de trouver de nouvelles stratégies de lutte allant au-delà de la traditionnelle opposition entre restriction et incitation.

Paragraphe 1 : La conciliation apparemment impossible entre liberté d'accès aux soins et liberté d'installation

A plusieurs reprises dans l'histoire de la politique publique en matière de santé, et particulièrement de l'offre de soins, la solution proposée face aux inégalités territoriales a pu être de contraindre l'installation des médecins. Or, la profession médicale est particulièrement attachée à sa liberté d'exercice, déclinée en plusieurs principes aujourd'hui consacrés par les textes. Dès lors, le respect des libertés médicales semblent constituer une limite indépassable (A) au profit des médecins, dans la lutte contre les déserts médicaux, qui se manifeste par le rejet systématique des mesures coercitives (B), envisagées par les différents gouvernements au pouvoir.

A) *Le respect des libertés médicales, une limite indépassable ?*

Alors que du droit constitutionnel à la protection de la santé découle le droit d'accéder à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, pour chaque citoyen, l'accessibilité territoriale effective des soins est parfois remise en cause par la réalité de la démographie médicale française et sa difficile régulation³¹⁹. En effet, comme nous avons pu le constater durant nos précédents développements, la régulation de la démographie médicale s'avère particulièrement difficile, au regard des résultats plus que limités des différentes actions gouvernementales entreprises. Or, la principale explication à cette difficulté se trouve dans la grande liberté attachée à l'exercice libéral de la médecine, et notamment la liberté d'installation, dont l'importance semble capitale pour la profession. Dès lors, on peut s'interroger : « quelle cohérence possible entre le principe de liberté structurant la médecine libérale et le principe d'égalité auquel se réfèrent les politiques de santé publique ? »³²⁰

Si les libertés médicales recouvrent une réalité juridique et déontologique et sont donc clairement identifiées, il est tout de même possible d'étendre la réflexion à l'idée globale de liberté, confrontée à la profession médicale en elle-même. Ainsi, on s'aperçoit que la profession de médecin n'est au départ pas une profession libre, dans le sens où n'importe qui ne peut pas pratiquer la médecine ou s'auto-déclarer médecin. Il s'agit d'une profession réglementée, réservée, du moins autorisée par l'octroi d'un diplôme et l'inscription à un Ordre professionnel. La première des libertés médicales serait donc tout simplement celle de pouvoir pratiquer la médecine³²¹. Or, nous avons pu le constater, cette liberté n'est pas offerte à tous, et a même parfois été réservée à un nombre infime d'élus, fluctuant avec les évolutions du *numerus clausus*. Mais, même ces élus, autorisés à accéder aux études médicales, ont pu par la suite voir leur liberté de choisir concrètement leur métier, c'est-à-dire leur spécialité, restreinte par les pouvoirs publics³²². Ainsi, il est possible de considérer, qu'après avoir enduré ces contraintes, c'est finalement à l'issue de l'internat que « les futurs médecins se trouvent devant un nouvel espace de liberté : celui de choisir où et comment ils exerceront leur métier »³²³. On comprend donc l'importance revêtue par les libertés médicales pour les médecins en exercice.

³¹⁹ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit.*

³²⁰ HARDY A-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *RDSS*, 2013, p.631

³²¹ *Id.*

³²² Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, *JORF* du 26 décembre 1982, p.3861, mettant en place l'internat qualifiant et donc réservant chaque spécialité à un nombre restreint d'étudiants.

³²³ HARDY A-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *art. cit.*

Les libertés médicales consacrées par le Code de déontologie dès 1947, émanent de la « charte médicale » adoptée par les syndicats médicaux le 30 novembre 1927. Il s'agit d'abord de la liberté d'installation, à laquelle on ajoute la liberté de choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin et l'entente directe entre malade et médecin quant aux honoraires pratiqués. Ce dernier principe inclut le droit du praticien d'être rémunéré à l'acte et le paiement direct par le patient³²⁴. Ces règles traditionnelles, encadrant l'exercice de la médecine libérale, sont finalement consacrées par la loi en 1971³²⁵, et inscrites dans le Code de la Sécurité sociale³²⁶.

Quant à la liberté d'installation en elle-même, qui nous intéresse plus particulièrement lorsqu'on s'intéresse au phénomène des déserts médicaux, c'est d'abord la jurisprudence administrative qui la consacre et lui offre ses contours. La fameuse jurisprudence *Casanova*, de 1901, affirme alors que l'autorité publique « ne peut intervenir pour procurer des soins médicaux aux habitants que dans des circonstances exceptionnelles »³²⁷. Le monopole du soin est donc laissé au médecin, qui peut, pour l'exercer, s'installer où bon lui semble³²⁸. Un demi-siècle plus tard, le Conseil d'Etat s'exprime de nouveau sur la question et précise, dans une décision *Ville de Nanterre*, que pour justifier cette intervention, il suffit que « la satisfaction du besoin public soit seulement mal ou insuffisamment réalisée par l'initiative privée »³²⁹. C'est donc bien la carence de l'initiative privée, donc de l'offre médicale, qui peut, seule, autoriser les pouvoirs publics à intervenir. Ici, la délivrance de soins est considérée comme une activité du commerce et de l'industrie. C'est ce fort attachement aux libertés médicales qui a sans aucun doute justifié, depuis toujours, le net rejet de la fonctionnarisation de la médecine. Il s'agit là d'un vieux projet que le Comité de mendicité de l'Assemblée constituante de 1789 envisageait déjà, à travers la nomination de praticiens qui seraient rémunérés par les collectivités locales³³⁰. Cette idée ressurgit régulièrement et trouve parfois à s'appliquer, dans le prolongement de la jurisprudence *Casanova*. En effet, certaines communes tentent ainsi d'attirer des praticiens, à travers la création de centres municipaux de santé, qui recrutent directement des médecins

³²⁴ LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

³²⁵ Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux, JORF du 6 juillet 1971, p.6571

³²⁶ Article L.162-2 du Code de la sécurité sociale

³²⁷ CE, 29 mars 1901, *Casanova*, req. n°94580, rec. p.333

³²⁸ Réserve évidemment faite des règles déontologiques applicables en la matière.

³²⁹ CE, Sect., 20 novembre 1964, *Ville de Nanterre*, req. n°57435, rec. p. 562

³³⁰ LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

salariés et répondent ainsi à une demande de soins réelle, à laquelle la liberté d'installation n'avait, elle, pas permis d'apporter de solution³³¹.

Au-delà des limites induites par la liberté d'installation, il existe également des restrictions à cette liberté, certes limitatives, mais liées au respect d'autres principes déontologiques. Ce sont d'ailleurs les seules véritables limites opposables aux libertés médicales. Elles interviennent, par le biais du Code de déontologie médicale, lorsqu'une situation risque de créer une concurrence importante entre praticiens et une confusion chez le patient. Cela peut se traduire par l'interdiction d'installer son cabinet dans le même immeuble qu'un confrère exerçant la même spécialité ou précédemment remplacé par exemple, à moins que le Conseil de l'Ordre ou le confrère en question ne donne son accord³³². Ainsi, la défense de la dignité de la profession ou le maintien de relations de bonne confraternité³³³ peuvent justifier une restriction à la liberté d'installation. Ces exigences peuvent par exemple interdire à un médecin de s'installer à proximité d'un confrère, dès lors que cette installation serait susceptible de créer une situation de concurrence déloyale et ainsi de nuire au confrère en question. La liberté d'installation a pour vocation de garantir aux médecins leur liberté d'exercice et « l'indépendance professionnelle et morale nécessaire à l'exercice de leur activité »³³⁴. Toutefois, le Conseil constitutionnel ne s'est jamais prononcé sur la valeur constitutionnelle ou non du principe de liberté d'installation. Au contraire, des dérogations aux principes déontologiques fondamentaux précédemment énumérés ont été, par le passé, admises au nom d'autres principes, soit constitutionnels, soit justifiés par l'intérêt général³³⁵, bien que ces restrictions soient toujours restées marginales³³⁶.

Mais, si la liberté d'installation, bien qu'hardiment défendue, est également souvent décriée, c'est qu'elle est accusée d'être l'une des causes des déséquilibres démographiques auxquels la France est aujourd'hui confrontée³³⁷. Ainsi, en 2005, le Conseil national de l'Ordre

³³¹ *Le Moniteur des Pharmacies*, n°2897, 17 septembre 2011, p.14, cité par LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

³³² LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

³³³ Article 56 du Code de déontologie médicale - article R.4127-56 du Code de la santé publique

³³⁴ NOVAK K., « Le juge administratif et le principe de liberté d'installation des médecins », *RDS*, n° 46, 2012, p.277-279

³³⁵ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit.*

³³⁶ ROUSSET G., « La lutte contre les "déserts médicaux" depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », *RDSS*, 2012, p.1061

³³⁷ HARDY A-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *art. cit.*

a encouragé une modification de l'article 85 du Code de déontologie médicale³³⁸, traitant des lieux d'exercice, afin « d'apporter plus de souplesse dans la pratique des médecins et de rendre un meilleur service aux patients dans les zones souffrant un déficit démographique »³³⁹. Désormais, un médecin n'est plus contraint d'avoir un seul cabinet ou lieu d'exercice, mais peut exercer sur plusieurs sites « dans l'intérêt de la population, [...] lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins »³⁴⁰. La réponse offerte aux problèmes démographiques suscités par la liberté d'installation est donc d'élargir encore cette liberté. Dans ce contexte, on comprend qu'il soit difficile pour les institutions concernées d'imaginer restreindre les libertés médicales, sans provoquer l'ire des médecins.

Pourtant, nous avons pu l'observer, on assiste, ces dernières années, à une véritable évolution du profil de la médecine libérale. Alors qu'auparavant la liberté était synonyme de disponibilité totale, elle renvoie aujourd'hui à la capacité à se regrouper et donc à partager cette liberté d'exercice. Alors que la crainte historique du fonctionnariat ne cessait d'être au cœur des revendications de leurs aînés, les médecins privilégient aujourd'hui ce mode d'exercice pour la protection sociale qu'il offre. Désormais, c'est la coopération et la pluridisciplinarité qui définissent davantage l'exercice de la médecine, plutôt qu'un attachement sans concession aux libertés médicales traditionnelles. Il semblerait même que « les médecins d'aujourd'hui ne trouvent pas indécent de se penser destinataires d'une mission de service public »³⁴¹. Malgré cela, la mise en place de mesures coercitives visant la régulation de l'offre de soins sur le territoire ne semble toujours pas être une option dans notre pays.

B) Le rejet systématique des mesures coercitives

De nombreuses mesures ont, depuis une vingtaine d'années, tenté de contraindre l'installation ou les habitudes de prescription des médecins. Mais, s'il faut leur trouver un point commun, c'est bien celui de leur échec qui saute aux yeux. Toutes les mesures coercitives à destination des médecins libéraux se sont soldées soit par un retrait, soit par une inapplication, de fait, des sanctions censées les accompagner.

³³⁸ Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°172 du 26 juillet 2005, p.12113

³³⁹ NOVAK K., « Le juge administratif et le principe de liberté d'installation des médecins », *art. cit.*

³⁴⁰ Article R.4127-85 CSP, modifié par le décret du 20 juillet 2005

³⁴¹ HARDY A-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *art. cit.*

1. Le rejet des mesures touchant à la liberté d'installation des médecins libéraux

Le déséquilibre territorial de l'offre de soins n'est pas un fait nouveau en France, puisque déjà dans les années 1970, des écarts de densité médicale plus ou moins similaires étaient observables, témoignant ainsi de « l'absence d'une politique active en matière d'installation »³⁴². Nous avons pu le constater, l'essentiel de la politique publique en matière d'orientation de l'offre médicale dans les zones sous-dotées, est dirigée vers la formation initiale des étudiants, l'exercice groupé de la médecine ou les incitations financières à l'installation³⁴³. En revanche, la coercition à l'installation est une pratique que peu, voire aucune instance, ne semble défendre ouvertement, à l'exception du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, qui accepte lui, de « s'interroger sur le bien-fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé libéraux »³⁴⁴.

Dès 1991³⁴⁵, la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation des Soins, dont l'objectif est de réduire les inégalités d'accès aux soins et ainsi d'améliorer l'état de santé de la population, à travers une évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins au niveau de la région, implique une politique touchant tant les établissements de santé, que la médecine de proximité. Cette médecine ambulatoire concernant évidemment, pour l'essentiel, des praticiens libéraux, il semblait logique que les médecins exerçant en clientèle privée se voient opposer cette mesure. Pourtant, en 2011, et alors que la planification régionale est une réalité depuis vingt ans, la loi vient soustraire les médecins libéraux à cette obligation. Dès lors, le SROS doit être mis en œuvre « dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé », et ses dispositions « ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux »³⁴⁶.

La loi HPST avait, elle, imaginé un contrat santé solidarité qui, dans les zones où l'offre de soins était particulièrement élevée, obligeait les professionnels à exercer quelques jours par mois en zones sous-médicalisées, sans quoi les praticiens devaient s'acquitter du paiement d'une sorte de pénalité annuelle d'environ 3 000 euros. Finalement, c'est un mécanisme bien moins contraignant qui est mis en place : l'obligation faite aux professionnels est levée et seule demeure la possibilité, pour le directeur de l'ARS, de proposer l'adhésion à un tel contrat aux

³⁴² Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, 24 mai 2007, p.3

³⁴³ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit.*

³⁴⁴ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, rapport annuel, 23 janvier 2004, p.23

³⁴⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255

³⁴⁶ Article 4 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185 du 11 août 2011, p.13754

praticiens des zones concernées³⁴⁷. Malgré cet allègement conséquent du dispositif, il n'aura fallu qu'une année pour que le gouvernement ne revienne définitivement sur cette mesure en abandonnant l'élaboration et la publication des décrets d'application nécessaires³⁴⁸. La loi Fourcade, du 10 août 2011 finit d'achever le dispositif en supprimant l'alinéa relatif au versement de la contribution forfaitaire³⁴⁹.

En définitive, il est possible de résumer la situation en disant que « l'histoire des rapports entre les médecins, d'une part, et l'État ou l'assurance maladie, d'autre part, est jalonnée de dispositions contraignantes qui, une fois adoptées, n'ont finalement jamais vu le jour »³⁵⁰. On peut citer, à titre d'exemples, la volonté d'un syndicat minoritaire, l'UCCMSF, d'instituer, en 2007, des « charges médicales », au même titre que les charges notariales ou celles des chauffeurs de taxi³⁵¹. Elles permettraient de réguler les implantations suivant les besoins des différentes zones géographiques³⁵². Une proposition moins radicale émane de l'Association des petites villes de France (APVF), qui défend l'idée, en 2016, d'un système d'autorisation d'installation, inspiré du maillage pharmaceutique³⁵³ existant déjà en France³⁵⁴. On pense encore à la suggestion du président de la Fédération hospitalière de France, Frédéric Valletoux, de créer de nouveaux statuts de praticiens hospitaliers, plus souples, leur permettant de « faire des visites médicales dans les déserts médicaux »³⁵⁵. D'autres idées, plus loufoques, ont pu être défendues, comme la proposition de l'adjointe au maire de Dijon chargée de la santé, de recourir aux vétérinaires pour contrer la pénurie de médecins dans les déserts médicaux³⁵⁶.

³⁴⁷ Article L.1434-8 CSP

³⁴⁸ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit.*

³⁴⁹ Article 3 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011

³⁵⁰ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.*

³⁵¹ *Le Figaro.fr*, 15 octobre 2007, « La France s'attaque enfin au risque de "déserts médicaux" »

³⁵² LECA A., AGRESTI J.-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *art. cit.*

³⁵³ Sur les règles applicables à la profession pharmaceutique, v. LECA A., *Droit pharmaceutique*, Bordeaux, LEH, 2012, 456p

³⁵⁴ *Le Moniteur des Pharmacies*, 10 février 2016, « Installation des médecins : les petites villes en faveur de la coercition » : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/160210-installation-des-medecins-les-petites-villes-en-faveur-de-la-coercition.html#>

³⁵⁵ *Acteurs publics*, 8 février 2017, « Frédéric Valletoux : "Il faut donner plus de souplesse aux managers hospitaliers" » : <https://www.acteurspublics.com/2017/02/10/frederic-valletoux-il-faut-donner-plus-de-souplesse-aux-managers-hospitaliers>

³⁵⁶ *Le Quotidien du médecin*, 16 décembre 2011, « Remplacer les médecins ruraux par des vétérinaires : l'idée provoque un tollé » : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2011/12/16/remplacer-les-medecins-ruraux-par-des-veterinaires-lidee-provoque-un-tolle_584451

Malgré tout, la liberté d'installation est préservée, bien qu'elle ne soit pas la seule liberté médicale sur laquelle ont tenté de jouer les pouvoirs publics.

2. Le rejet des mesures touchant à la liberté de prescription des médecins libéraux

Sur le même modèle que celui défendu à la fin des années 1970 autour de la création d'une « enveloppe globale » devant permettre une meilleure maîtrise des dépenses de santé³⁵⁷, le plan Juppé imagine la mise en place d'un mécanisme de responsabilisation des médecins, dans leur tâche de prescription, assorti d'une sanction, en cas de non-respect des objectifs fixés. Ainsi, un article est inséré dans le Code de la Sécurité sociale, mettant en place un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales – qui prend en compte les dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription – qui, s'il est dépassé, enclenche un reversement, exigible de l'ensemble des médecins conventionnés³⁵⁸. Si le principe du reversement a pu être validé par la justice, en revanche, le système de sanction a suscité tant de difficultés qu'il a finalement été abandonné³⁵⁹. Ce type de mécanisme, induisant une contribution obligatoire en cas de dépassement, implique, pour être légal, une prise en compte du comportement individuel du praticien, puisqu'il s'agit d'une décision administrative individuelle. Or, ce paramètre rend extrêmement difficile la mise en œuvre de telles mesures³⁶⁰.

Le second outil dont a entendu se servir l'ordonnance Juppé de 1996 est le développement des références médicales opposables (RMO), consacrées par la loi en 1993³⁶¹. Il s'agit d'outil d'aide à la décision à destination des médecins, afin d'éviter les choix diagnostiques ou thérapeutiques jugés dangereux ou inutiles. Outre l'amélioration des pratiques et la protection de la santé de la population, les RMO remplissent donc également un rôle de maîtrise des dépenses de santé. Toutefois, pour que ces références constituent réellement un outil efficace, leur non-respect doit logiquement entraîner une sanction. L'ordonnance du 24 avril 1996 assortit les RMO de recommandations de bonne pratique, devant préciser davantage les « obligations de ne pas-faire » des praticiens, qui en découlent³⁶². Mais, les sanctions

³⁵⁷ Voir *supra*, Chapitre 2 du Titre I

³⁵⁸ Articles L.162-5-2 et L.162-5-3, issus de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98 du 25 avril 1996, p.6311

³⁵⁹ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit*

³⁶⁰ TABUTEAU D., *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, Ophrys, 2006, p.203

³⁶¹ Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, JORF n°3 du 4 janvier 1993, p.251

³⁶² VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit*

accompagnant le non-respect de ces références et des bonnes pratiques qui les accompagnent, restent marginales et leur caractère opposable relève donc plus d'un effet de langage que d'une réalité juridique. En effet, dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale de 1997, la Cour des comptes constate que sur 23 254 médecins contrôlés – soit 20,6% du nombre total de médecins à l'époque – 462 avaient dépassé le seuil d'opposabilité et ont ainsi pu être soumis aux commissions médicales paritaires locales, habilitées à prononcer des sanctions. Parmi ces médecins, la proportion de ceux « ayant fait l'objet de sanctions financières sans sursis est [...] de 0,59 % »³⁶³. Plusieurs explications ont pu être trouvées afin de justifier l'inefficacité, liée à un problème de contrôlabilité, des références³⁶⁴, sans pour autant remettre en cause leur existence, bien que l'on parle désormais de recommandations de bonne pratique. En définitive, les RMO ont, à terme, disparu du fait à la fois de la lourdeur juridique attachée à leur mise en œuvre et de leur rejet par le Conseil d'Etat et les représentants de la profession, lié à leur opposabilité et donc à la possibilité de sanctions³⁶⁵. Finalement, cette modalité de l'action publique est progressivement délaissée au profit de l'outil contractuel³⁶⁶, fondé plus directement sur le principe de volonté que sur celui d'une responsabilité-sanction.

En définitive, il semble qu'aujourd'hui l'idée de mesures coercitives soit abandonnée, du moins en attendant de connaître la position du nouveau gouvernement. La dernière convention médicale en date du 25 août 2016 poursuit la logique précédente en défendant le développement de mesures incitatives à destination des médecins, à travers notamment la création de quatre nouveaux contrats, censés aider à l'installation pérenne des médecins en zones sous-dotées. On trouve d'abord le contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM), qui doit encourager les médecins à s'installer dans les zones sous-dotées, en contrepartie du versement d'une somme allant jusqu'à 50 000 euros. Mais, pour atteindre cette somme, les médecins doivent également accepter de travailler en commun, au moins quatre jours par semaine, et de participer à la permanence des soins ambulatoires, donc éventuellement des gardes. Est ensuite créé le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM), qui concerne lui, des praticiens déjà installés dans les déserts médicaux, quel que soit leur âge, s'ils travaillent en groupe. Ils perçoivent alors une aide de 5 000 euros par an, pour

³⁶³ Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, Paris, Les Éditions du Journal officiel, 1997, p.201

³⁶⁴ OGIEN A., « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2001, p.51-57

³⁶⁵ ROLLAND C., SICOT F., « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n°3, 2012, p.53-75

³⁶⁶ VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale », *art. cit.*

une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction. Alors que ces contrats ne semblent concerner que les médecins généralistes, le contrat de transition pour les médecins (COTRAM), vise à aider tous praticiens de plus de 60 ans, installés dans une zone sous-dotée, qui souhaitent prendre leur retraite, à accompagner un confrère de moins de 50 ans ayant vocation à s'installer dans leur cabinet. Cette aide est prévue pour une durée de trois ans, renouvelable une fois, pour un maximum de 20 000 euros annuel. Enfin, le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) met l'accent sur la solidarité entre confrères. Son but est d'encourager les praticiens installés dans des zones non tendues, à prendre des consultations dans les zones en difficulté. Ils pourraient alors percevoir, à leur demande, une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires perçus dans la zone sous-dotée où ils exerceraient, dans la limite de 20 000 euros par an³⁶⁷. Ces mesures s'inscrivent directement dans la volonté de l'ancienne ministre en charge de la Santé, Marisol Touraine, de « donner l'envie » aux médecins de s'installer dans certaines zones, étant « convaincue que la coercition ne fonctionne pas »³⁶⁸.

Jusque-là, les mesures mises en œuvre par les gouvernements successifs sont fondées exclusivement, à la fois sur la contractualisation et sur l'incitation à l'installation et non pas sur la coercition, préservant ainsi entièrement les libertés médicales, chères aux praticiens libéraux. Il est dès lors intéressant de se pencher désormais sur les solutions envisagées par d'autres Etats pour lutter contre les déserts médicaux, qui ne touchent évidemment pas que la France.

Paragraphe 2 : La réponse d'autres Etats aux déserts médicaux

D'après une enquête de l'IRDES datant de 2006, « tous les pays développés sont confrontés au problème des inégalités de répartition géographique des professionnels de santé »³⁶⁹. Des travaux réalisés en France³⁷⁰ ont permis de montrer « que la mobilité interrégionale, postérieure à une première installation, est faible et que l'installation se fait très majoritairement dans la région où les médecins se sont formés »³⁷¹. De cet état de fait, les Etats

³⁶⁷ Ordre National des Médecins, *Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie - Note d'analyse*, Séance plénière du 23 septembre 2016

³⁶⁸ *La Gazette des communes*, 1^{er} février 2016, « Accroître la présence médicale en zone désertée : gros plan sur la "V2" du Pacte territoire santé » (<http://www.lagazettedescommunes.com/427653/accroitre-la-presence-medicale-en-zone-desertee-gros-plan-sur-la-v2-du-pacte-territoire-sante/>)

³⁶⁹ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *rap. cit.*, p.16

³⁷⁰ BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *rap. cit.* ; NIEL X., « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2001, 41(2), p.141-172

³⁷¹ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *rap. cit.*, p.16

confrontés au problème des inégalités de répartition géographique de l'offre de soins, font découler différentes solutions. L'essentiel des mesures vise alors trois périodes spécifiques, que sont la formation initiale, l'installation et le maintien dans une zone donnée, à travers des mesures restrictives (A), ou bien au contraire incitatives (B).

A) *Les mesures restrictives*

Plusieurs Etats, européens ou non, qui ne justifient pas toujours des mêmes principes traditionnels que la France en matière d'encadrement de la profession médicale, prennent le parti d'une lutte contre le déséquilibre territorial de l'offre de soins, fondée sur des restrictions imposées à l'accès aux études médicales, comme c'est le cas en France. Cette mesure, censée offrir une meilleure vision de l'offre globale de soins sur un territoire donnée, est cependant souvent accompagnée de restrictions posées à l'installation, plus à même de limiter ou au contraire encourager l'implantation des médecins.

1. Les restrictions à l'accès aux études de médecine

La plupart des pays européens, ou connaissant un système de santé relativement comparable au notre, proposent un accès aux études médicales contingenté, par un *numerus clausus* ou d'autres systèmes limitant le nombre de places disponibles. C'est que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, les politiques d'augmentation globale des effectifs médicaux, visant à lutter contre les phénomènes de déserts de l'offre de soins, ne permettent pas de résoudre le problème de la mauvaise répartition des médecins sur un territoire donné. Ce type de politique a été mené dans les pays anglo-saxons, comme le Canada, les Etats-Unis ou le Royaume-Uni³⁷², sans que l'augmentation significative de la densité médicale observée pendant une trentaine d'années ne parvienne pour autant à corriger les écarts démographiques de l'offre de soins³⁷³. Ainsi, comme en France, l'augmentation du *numerus clausus* ne constitue pas une réponse suffisante à l'amélioration de la démographie médicale. C'est sans doute pour cette raison que de nombreux Etats maintiennent un système de *numerus clausus*, car on ne peut nier que la plupart des Etats développés connaissent également le phénomène des déserts médicaux, bien que tous n'y apportent pas les mêmes réponses. En ce sens, une étude menée par le Sénat

³⁷² Entre 1970 et 2000 la densité médicale a augmenté de 20% au Royaume-Uni, 60% aux Etats-Unis et 40% au Canada. Eco-Santé OCDE, 2005.

³⁷³ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *rap. cit.*, p.17

en 2008 révèle que « le *numerus clausus* qui limite l'accès aux études de médecine dans tous les pays étudiés n'est pas nécessairement déterminé en fonction des besoins futurs »³⁷⁴.

L'Allemagne propose ainsi un accès contingenté aux études médicales, mais les *Länders*, responsables de la politique de l'enseignement, limitent le nombre d'étudiants selon le nombre de places disponibles dans les facultés de leur secteur. Ce ne sont donc pas ici les besoins en santé qui dictent la politique régionale en matière d'accès aux cursus médicaux. Cette position a par ailleurs une assise constitutionnelle, car s'il existe bien un principe constitutionnel de libre choix de la profession et de l'établissement d'enseignement, une décision de la Cour constitutionnelle fédérale de 1972³⁷⁵, établit que l'accès à certaines filières d'enseignement peut être limité lorsque le nombre de demandes excède la capacité d'accueil des établissements. Les études de médecine sont évidemment concernées par cette décision³⁷⁶. Dans le même sens, l'Autriche n'a pas de *numerus clausus* au sens où l'entend la France. En effet, le nombre d'étudiants admis à suivre un parcours médical est limité mais uniquement pour un motif budgétaire, attaché à la capacité d'accueil des trois facultés de médecine que compte le pays. De la même manière, c'est l'offre de stages des hôpitaux qui régulent le nombre de postes de spécialistes ouverts. On ne peut donc pas voir dans le système autrichien, une quelconque politique de régulation de l'offre de soins à l'entrée des études médicales. Enfin, la Belgique ne fixe, elle, aucun nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études médicales, mais intervient plus tard en régulant le nombre de médecins conventionnés.

En revanche, certains Etats ont un fonctionnement plus proche de celui de la France. Par exemple, en Espagne, depuis 1978, un *numerus clausus* est mis en place au niveau national – et non à celui des communautés autonomes – afin d'accéder aux études médicales. Dans cet Etat, le nombre d'inscrits dépend à la fois des besoins en santé de la population et du nombre de places que les universités peuvent offrir. De même, le nombre de places ouvertes dans chaque spécialité dépend à la fois des besoins et des capacités de formation et il est arrêté au niveau national³⁷⁷. Ensuite, le système néerlandais est lui aussi assez proche du système français en matière d'accès aux études médicales. Un *numerus clausus*, fixé par le ministère de l'Education, établit le nombre de places disponibles en première année, alors que le nombre de spécialistes à former est lui fixé par le ministère de la Santé. La Suisse connaît également un contingentement de ses effectifs en médecins découlant d'une sélection opérée à l'entrée des

³⁷⁴ SÉNAT, « La démographie médicale », Étude de législation comparée n° 185, mai 2008, p.7

³⁷⁵ Décision Cour constitutionnelle allemande, *Numerus clausus I*, 1972 (BVerfGE, 33, p.303).

³⁷⁶ SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.12

³⁷⁷ *Ibid.*, p.29-30

études médicales en Suisse alémanique et en fin de première année pour la Suisse romane. En Angleterre, le contingentement de l'accès aux études médicales est le fait du ministre chargé de la Santé, qui fixe chaque année le nombre de places ouvertes aux étudiants de première année. Ce nombre est déterminé suivant les recommandations d'un comité d'experts, le *Medical Workforce Standing Advisory Committee* (MWSAC), en accord avec les politiques de planification du *National Health Service*³⁷⁸. Au regard de la situation du pays, des préconisations visant l'augmentation du nombre de places dans les universités ont été faites et suivies d'effet. Enfin, comme la France, le Québec connaît un système de *numerus clausus*, qui est toutefois instauré à l'entrée des études de médecine, ainsi qu'une limitation du nombre de postes postdoctoraux ouverts. Le Québec souffre, comme la France, d'un réel déséquilibre de l'offre de soins, que la répartition des postes de spécialistes vise à corriger³⁷⁹.

On le voit donc, le *numerus clausus* n'a rien de spécifique à la France et constitue même une réalité pour la quasi-totalité des Etats développés. Tous opèrent des restrictions à l'accès aux études médicales alors que tous sont confrontés, plus ou moins sévèrement, aux mêmes difficultés démographiques que la France. La solution aux déserts médicaux ne semble donc pas se trouver dans la seule régulation du *numerus clausus*.

2. Les restrictions à l'installation

Les mesures restreignant l'installation des médecins sont courantes et concernent, selon l'étude du Sénat, autant « l'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse et le Québec [qui] restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés », que « la Belgique [qui] limite le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés »³⁸⁰. Les stratégies peuvent donc diverger, mais elles convergent toutes vers un même objectif : réguler, voire interdire les nouvelles installations dans les territoires d'ores et déjà sur-dotés. Alors que certains Etats privilégient la liberté d'installation coûte que coûte, d'autres mettent en application des mesures touchant exclusivement les médecins conventionnés.

On peut citer deux Etats pour lesquels aucune restriction à l'installation n'est mise en œuvre. D'abord l'Espagne, qui ne connaît aucun mécanisme restreignant l'installation, ni même corrigeant les déséquilibres de la démographie médicale. La répartition de l'offre de soins est

³⁷⁸ NICOLAS G., « Les déserts médicaux sous l'éclairage du droit comparé : l'exemple anglais », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.179-190

³⁷⁹ SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.40

³⁸⁰ *Ibid.*, p.7

purement factuelle et fondée sur un critère économique, puisque ce sont les communautés autonomes qui fixent la rémunération des médecins conventionnés. De ce fait, c'est l'attractivité de la région qui justifie le nombre de médecins installés, au détriment des régions les plus pauvres ou les moins attractives. Il n'y a donc, en Espagne, aucune mesure proprement restrictive à l'installation des médecins dans les zones qui seraient déjà suffisamment, voire trop, pourvues en médecins. Dans le même sens, aux Pays-Bas, si jusqu'en 1992, une autorisation de la ville était nécessaire pour tout médecin souhaitant s'installer, depuis lors, c'est la liberté d'installation qui prévaut. Il faut toutefois souligner que le pays ne semble pas connaître une situation similaire à celle de la France ou d'autres Etats au regard des déserts médicaux³⁸¹.

En revanche, plusieurs Etats érigent en principe la liberté d'installation mais y opposent des limites, notamment pour les médecins conventionnés. En Allemagne, l'installation de ces derniers, lorsqu'ils pratiquent la médecine de ville, n'est plus libre depuis une loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé. Les médecins doivent obtenir une autorisation d'exercice de la commission paritaire du Land dans lequel ils souhaitent s'installer. Ces commissions, composées à la fois de médecins et de représentants des caisses de sécurité sociale, suivent les directives fédérales établissant la liste des spécialités soumises à restriction. Dès lors, un quota est établi et l'installation de nouveaux médecins reste possible tant que le nombre total de praticiens pour une spécialité ne dépasse pas 110% du quota dans la circonscription concernée³⁸². De la même manière, en Autriche – et bien qu'une loi de 1998 consacre le principe de la liberté d'installation des médecins – seuls les médecins non conventionnés peuvent s'installer librement. *A contrario*, des règles strictes encadrent l'installation des médecins conventionnés, par le biais de contrats, conclus entre les caisses d'assurance maladie et les ordres des médecins régionaux, qui « fixent le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire compte tenu des données locales »³⁸³. Le conventionnement, tel qu'il est envisagé par l'Autriche, s'obtient à l'issue d'une réelle procédure de recrutement. La logique de « ressources humaines » poursuivie doit aboutir à ce que chaque patient, pour une durée de trajet donnée, ait le choix

³⁸¹ ONDPS, « Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », vol.1, mars 2015, p.5

³⁸² SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap.cit.*, p.116

³⁸³ SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.22-23 ; SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.115

entre au moins deux praticiens conventionnés³⁸⁴. La planification sanitaire autrichienne repose donc bien sur une évaluation des besoins de la population en santé.

La Suisse connaît une organisation relativement similaire puisque seuls les médecins conventionnés sont concernés par les mesures restrictives à l'installation et c'est une « clause du besoin », qui permet aux autorités de maintenir le niveau de l'offre médicale. Cette clause permet le gel des nouvelles installations en clientèle privée, dont la pratique est prise en charge par l'assurance-maladie. Elle est mise en œuvre, pour la première fois en 2002³⁸⁵, pour une durée de trois ans, puis régulièrement prorogée. Une nouvelle clause est actuellement en vigueur jusqu'en 2019³⁸⁶. Ainsi, comme son nom l'indique, l'autorisation de s'installer pour pratiquer en clientèle privée, à la charge de l'assurance-maladie, n'est donnée par les cantons que suivant les besoins de la population concernée, en application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance maladie. Ce dernier dispose, que « le Conseil fédéral peut [...] faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins »³⁸⁷.

La province du Québec met également en place des mesures restrictives à l'installation à destination des médecins conventionnés, mais uniquement des généralistes. Ainsi, ces derniers doivent, pour pouvoir s'installer, obtenir un avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM), de l'une des dix-huit régions socio-sanitaires de la province. A défaut de cet avis de conformité, leur rémunération peut être réduite de 30 % pour chaque trimestre d'activité dans ces conditions³⁸⁸. En revanche, les médecins spécialistes sont entièrement libres de s'installer en clientèle privée, sans avis de conformité.

L'Angleterre constitue un cas particulier puisque l'essentiel de la médecine est exercée par des praticiens travaillant pour le *National Health Service*, alors que les médecins du secteur privé sont très rares, mais jouissent d'une liberté d'installation totale. A l'inverse donc, la quasi-totalité des médecins du NHS, est conventionnée et partie à un contrat de prestations, conclu avec un *Clinical Commissioning Group* - ancien *Primary Care Trust* (PCT) – chargé de la fourniture, la coordination et la gestion des prestations de santé courante, dans une zone donnée. La signature de ces contrats repose sur l'évaluation préalable de l'offre de soins et des

³⁸⁴ SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.22-23

³⁸⁵ Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, 3 juillet 2002, RO 832-103

³⁸⁶ *Le temps*, 27 avril 2016, « Le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux réanimé » : <https://www.letemps.ch/suisse/2016/04/27/moratoire-ouverture-cabinets-medicaux-reanime>

³⁸⁷ Loi fédérale sur l'assurance-maladie, 18 mars 1994, RO 832-10

³⁸⁸ SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.41

besoins futurs de la zone concernée, de l'évolution démographique, ainsi que du nombre de patients par praticien. Il s'agit d'une véritable gestion comptable, reposant sur une politique de planification des ressources humaines, souvent en désaccord avec les exigences budgétaires³⁸⁹, ce qui a provoqué de nombreuses plaintes et l'adoption de réformes depuis 2010.

La Belgique a également choisi un mode de régulation de l'offre de soins original puisque ce ne sont pas les étudiants belges qui subissent les mesures de restriction mais les médecins conventionnés, dont le nombre est limité. Ce choix s'explique par la répartition des compétences que connaît le pays ; alors que la politique de santé relève de la compétence de la fédération, l'enseignement fait partie des compétences communautaires³⁹⁰. Ainsi, un système de quota existe bien, mais il s'applique à la sortie des études médicales, à travers l'obtention d'un numéro INAMI – pour Institut national d'assurance maladie-invalidité – permettant l'exercice conventionné de la médecine. Du fait de cette réduction induite du nombre de médecins, les communautés ont réduit le nombre de places disponibles dans les facultés de médecine. Par ailleurs, une fois le conventionnement obtenu, aucune restriction à la liberté d'installation n'est plus opposée au médecin. Comme dans de nombreux autres Etats, les médecins non conventionnés peuvent jouir d'une totale liberté d'installation.

In fine, on remarque que de nombreux Etats ont fait le choix d'adopter des « politiques de coercition administrative à l'installation », afin de réguler le nombre de nouveaux médecins s'installant dans des zones d'ores et déjà sur-dotées. Pourtant, il semble que ces politiques n'aient pas les effets escomptés et ne permettent pas de mettre fin aux inégalités de répartition géographique. Tout au plus, ces mesures ont conduit à une réduction du nombre total de médecins en formation, « ces derniers anticipant le fait de ne pouvoir s'installer dans la zone de leur choix, mais n'ont pas permis de rendre les zones mal desservies plus attractives »³⁹¹. C'est là tout l'intérêt de la mise en œuvre, exclusive ou en complément, des mesures incitatives à l'installation dans les territoires dits sous-dotés.

B) Les mesures incitatives

Comme la France, certains Etats font le choix de concentrer leur action sur des mesures incitatives à l'installation, afin de préserver un principe de liberté, cher aux médecins, tout en

³⁸⁹ *Id.*, p.19

³⁹⁰ *Id.*, p.25

³⁹¹ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *rap. cit.*, p.17

œuvrant pour une meilleure répartition de l'offre de soins. Nombreux sont les Etats ayant fait le choix d'une telle politique d'action publique, bien que, en définitive, le bilan de telles mesures reste mitigé. Toutefois, des mesures novatrices sont envisagées depuis quelques années, censées mieux s'adapter à la réalité de l'exercice de la médecine aujourd'hui.

1. Les incitations à l'installation

Alors que certains Etats choisissent de ne miser que sur des mesures restrictives et n'ont donc aucune politique incitative à l'installation, comme l'Autriche, l'Espagne ou encore la Suisse, dont les mesures restrictives préviennent une explosion de l'offre de soins dans certains cantons, d'autres pays prennent le parti de favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones facilement délaissées.

Ainsi, en Angleterre, depuis le 1er avril 2005, un plan de développement des soins primaires vise à faciliter le recrutement, par le NHS, de médecins généralistes dans les zones sous-médicalisées. Le recrutement est également plus axé sur les spécialités. Au-delà d'une simple orientation de la politique sanitaire, des Etats utilisent des outils financiers pour attirer les médecins dans les zones sous-dotées, comme la Belgique, où les médecins qui décident de s'installer dans un quartier ou une zone à faible densité médicale, peuvent recevoir une prime à hauteur de 20 000 €. Cette mesure s'adresse tant aux nouveaux médecins, qu'à ceux qui décident de changer de lieu d'exercice³⁹². Ainsi, alors que le pays applique un principe de totale liberté d'installation, dès lors que le médecin est conventionné, les mesures incitatives constituent les seuls outils à disposition des autorités sanitaires pour espérer corriger les éventuels déséquilibres de la démographie médicale, qui ne manquent pas d'apparaître³⁹³.

Un dernier exemple est celui du Québec, qui a multiplié les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées³⁹⁴. En effet, le Québec est très impliqué dans la lutte contre les déserts médicaux. Une classification des territoires est opérée afin de déterminer les territoires dits "éloignés", c'est-à-dire situés loin des grands centres urbains et ceux dits "isolés", c'est-à-dire difficilement accessibles du fait de l'insuffisance des voies de communication. Ces territoires font l'objet de mesures incitatives, parmi lesquelles, concernant les médecins généralistes, on trouve une majoration de la rémunération, le versement d'une prime à l'installation ou au maintien ou encore l'existence d'un congé de formation. Les médecins

³⁹² SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.27

³⁹³ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.115

³⁹⁴ SÉNAT, « La démographie médicale », *rap. cit.*, p.7

généralistes se situant en territoires isolés peuvent en outre bénéficier d'une prime annuelle d'éloignement et du remboursement de certains frais, liés au transport ou à l'alimentation par exemple³⁹⁵. Les avantages octroyés aux médecins spécialistes désireux de s'installer en territoire éloigné ou isolé sont à peu près similaires. D'importants efforts ont été concédés par les autorités québécoises afin d'endiguer le phénomène des déserts médicaux, sans que tous n'emportent pour autant les effets escomptés. Mais, il s'agit là d'une remarque que l'on pourrait appliquer à la quasi-totalité des Etats mentionnés jusque-là tant il est délicat de remédier aux déséquilibres de l'offre de soins, puisqu'il s'agit de phénomènes complexes, aux multiples tenants et aboutissants. Ainsi, les mesures d'incitation, alliant majoration de la rémunération lorsque l'exercice se fait en zones rurales ou défavorisées, et la diminution ou le plafonnement de la rémunération lorsque l'exercice est réalisé dans des zones à densité médicale élevée, ont été adoptées par de nombreux Etats, comme l'Australie, le Royaume-Uni, les Etats-Unis ou encore la province du Québec. Pourtant, ces politiques n'ont qu'une faible influence à court terme, et très faible à long terme. Elles présentent cependant des coûts élevés, tout en ne permettant pas de rendre les zones déficitaires plus attractives³⁹⁶. De ce bilan mitigé découlent des mesures novatrices, mises en œuvre par certains Etats.

2. Entre bilan mitigé et mesures novatrices

Différentes mesures, sortant du clivage habituel incitations/restrictions, ont d'ores et déjà été tentées par certains Etats, dont la France finit par s'inspirer. Il s'agit d'abord de mesures touchant la période sensible de la formation initiale des futurs médecins. Ces mesures, dont l'objectif est principalement de réformer la formation initiale, ont d'abord été développées dans les pays anglo-saxons, que sont l'Australie, le Canada, les Etats-Unis et le Royaume-Uni. Il peut s'agir d'axer la politique de recrutement sur les étudiants originaires des zones les moins bien dotées, considérés comme les plus à même d'exercer, plus tard, dans ces territoires spécifiques. Les mesures touchant à la formation initiale peuvent également se traduire par une réforme des cursus, plus appropriés aux modes d'exercice propres aux zones rurales ou périurbaines. Il peut également s'agir d'implanter les lieux de formation directement dans ces zones. L'étude de l'IRDES révèle alors que le fait de favoriser le recrutement d'étudiants issus des déserts médicaux semble prometteur car « les étudiants originaires de zones rurales ou

³⁹⁵ *Id.*, p.42-43

³⁹⁶ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *rap. cit.*, p.18

défavorisées sont les plus à même d'exercer plus tard dans ces zones »³⁹⁷. Ainsi, au Québec, des places sont réservées, dès la première inscription en faculté de médecine, aux étudiants originaires des territoires éloignés ou isolés. Ce petit nombre d'étudiants bénéficie de points de bonification au moment de la sélection et peut prétendre à l'obtention d'une bourse, en contrepartie d'un engagement à exercer la médecine à temps plein, dans sa région d'origine. La durée de cet engagement dépend alors du nombre d'années pendant lesquelles la bourse a été perçue.

D'autres mesures, financières cette fois, sont orientées autour de la formation initiale, et prennent la forme de bourses d'études ou de prêts étudiants, offrant des conditions préférentielles, voire de rachat de prêt dans les pays où les études sont payantes. Ces mesures financières, comme celles destinées aux médecins diplômés, semblent avoir un impact positif à court terme, mais leurs effets s'estompent à moyen et long termes. En effet, on assiste à la mise en œuvre de stratégies de rachat de bourses ou, comme pour les médecins en exercice, à des départs après l'obligation de service. En outre, ces mesures nécessitent des investissements financiers importants, qui ne s'avèrent donc pas toujours rentables³⁹⁸.

Une dernière mesure plus originale que les traditionnelles incitations/restrictions, consiste à favoriser le développement de nouvelles formes de travail, fondées sur la collaboration ou la coordination entre professionnels de santé. Ces formes d'exercice recouvrent le regroupement, la télémédecine ou encore la mise en réseau, que pratiquent par ailleurs la France. Or, il semblerait que ces mesures, qui répondent directement aux souhaits des jeunes médecins de pratiquer autrement, trouvent à s'inscrire dans des politiques plus globales d'aménagement du territoire, qui sont, en théorie, « les plus à même d'avoir un impact direct sur les facteurs primordiaux dans le choix du lieu d'installation comme les conditions et les modes de vie, notamment sur l'activité des conjoints, l'éducation des enfants et les services de proximité »³⁹⁹.

Si, finalement, on s'aperçoit qu'il existe autant d'Etats confrontés aux inégalités de la répartition de l'offre de soins que de stratégies déployées pour y remédier, c'est qu'il semble que, jusque-là, aucune solution pérenne n'ait encore été trouvée. En effet, la multitude de causes et effets des déserts médicaux empêche d'en faire un phénomène simple. Ainsi, cette réalité nous force à questionner l'obsession française consistant à sans cesse incriminer le système

³⁹⁷ *Id.*, p.17

³⁹⁸ *Id.*, p.18

³⁹⁹ *Id.*

sélectif d'accès aux études médicales comme seul responsable des déserts médicaux. Sans doute, l'impossibilité d'attenter, même infiniment, aux libertés médicales dans notre pays, restreint les possibilités d'actions offertes aux pouvoirs publics. L'étude des différentes mesures adoptées par les Etats étrangers montre en effet que souvent, c'est la combinaison de différentes mesures, impactant tant les étudiants que les médecins en exercice, qui constitue la meilleure réponse aux déserts médicaux.

CONCLUSION DE CHAPITRE

L'ensemble de ces données, relatives aux stratégies développées par différents Etats en matière de lutte contre les déserts médicaux, permet de mettre en évidence certains points de convergence, recensés par l'étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Cette dernière relève d'abord que « l'augmentation isolée des effectifs globaux de professionnels de santé formés ne constitue pas une solution au problème de mauvaise distribution »⁴⁰⁰. En effet, augmenter le *numerus clausus* ou simplement autoriser tous les étudiants intéressés à poursuivre un cursus médical, en vue d'exercer la médecine, ne permet pas, seul, de corriger les écarts de la démographie médicale. Il ne serait donc pas avisé de se contenter de reprocher au *numerus clausus* l'ensemble des dysfonctionnements observés en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Si la rigidité de la sélection française à l'accès aux études médicales joue sans doute sa part dans l'apparition du phénomène des déserts médicaux, elle ne peut pour autant en être tenue pour la seule responsable.

Ensuite, on observe, avec l'IRDES, que « les incitations financières à l'installation ou à la rétention, notamment avec obligation de service, n'ont qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme »⁴⁰¹. S'agissant des politiques les plus souvent mises en œuvre, on sait aujourd'hui qu'elles ne permettent pas, à coût sûr, de corriger de façon pérenne les inégalités de répartition, alors qu'elles représentent un coût certain pour les finances publiques. En revanche, l'étude montre que « les mesures [...] visant à réformer les modes de sélection et le contenu des formations semblent prometteuses », contrairement aux seules aides financières intervenant au moment de la formation initiale, qui « ont un impact réel à court terme, plus incertain à moyen et long termes du fait des stratégies » développées⁴⁰². Il reste donc à la France des stratégies à adopter en vue d'améliorer la situation sanitaire du territoire. Sans doute est-il possible de voir dans l'intégration de la France au système européen de diplômes de

⁴⁰⁰ *Id.*

⁴⁰¹ *Id.*

⁴⁰² *Id.*

l'enseignement supérieur un premier pas en ce sens. En effet, des efforts de réforme de la formation initiale, dans les études de médecine, ont pu être réalisés à la suite de cette intégration, qui semble par ailleurs avoir suscité un véritable élan réformateur vers un assouplissement du système sélectif français, jusque-là tenu pour le principal gage de qualité de la formation médicale.

CHAPITRE 2 : La nécessité d'assouplir le système sélectif français : l'intégration européenne comme solution ?

Face aux conséquences qu'il provoque, il est régulièrement question de réformer le système sélectif de l'accès universitaire aux professions médicales. Cette nécessité, tantôt justifiée par des contraintes européennes d'harmonisation, tantôt souhaitée par les pouvoirs publics en mal de solution contre la pénurie de l'offre de soins dans le pays, n'aboutit pourtant jamais à une remise en question de l'indépassable *numerus clausus*.

Il existe ainsi une certaine dualité entre les velléités d'harmonisation européenne d'une part et les volontés souverainistes de l'Etat d'autre part. Si certains ont pu penser un moment que le système sélectif dans l'accès aux professions médicales français ne résisterait pas à l'harmonisation exigée par Bruxelles⁴⁰³, force est de constater, qu'en dépit des réformes, la formation médicale évolue tout en maintenant ses dispositifs sélectifs, qu'il s'agisse du *numerus clausus*, ou des épreuves nationales classantes.

Aussi il convient de revenir sur l'impact qu'ont eu les différentes vagues d'harmonisation avancées par l'Union en matière de formation universitaire, appliquée aux études médicales, pour constater que l'appareil sélectif français demeure inchangé (Section 1) ; son existence n'étant pas encore remise en question en dépit de certaines évolutions internes (Section 2).

⁴⁰³ TABARY M., *op. cit.*

Section 1 : Une intégration européenne sans remise en cause du système sélectif français d'accès à la profession médicale

Depuis toujours la formation médicale semble en marge dans le paysage des formations offertes par l'enseignement supérieur. En effet, les éléments qui la définissent, marquent sa spécificité : la présence d'un *numerus clausus* en fin de première année de formation ; un premier cycle ne permettant l'accès qu'à un deuxième cycle des études médicales, lui-même exclusivement orienté vers la pratique hospitalière, quand près de la moitié des médecins exercent en libéral ; les épreuves classantes nationales conditionnant la spécialité exercée par le futur médecin ; un troisième cycle professionnalisant sanctionné par une thèse d'exercice, qui n'est donc pas reconnue comme une thèse de recherche ouvrant l'accès à une carrière universitaire. Ces particularités ont longtemps semblé indépassables aux pouvoirs publics et ont justifié un manque criant d'enthousiasme concernant l'application des réformes européennes, en matière d'enseignement supérieur, aux études médicales. Pourtant, et notamment afin de faciliter la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecins au sein de l'Union, le système LMD est appliqué aux études médicales (Paragraphe 1), même si cet élan réformateur s'est accompagné d'une absence de remise en cause des épreuves de sélection qui font le cursus médical français (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'application du système LMD aux études médicales

Malgré de fortes réticences, l'intégration de la formation médicale, et en réalité de l'ensemble des formations en santé, au sein du système européen Licence-Master-Doctorat, a tout de même su démontrer son intérêt (A). En effet, le fort besoin de réformes dans les études médicales a pu, en partie, être satisfait par ce mécanisme d'intégration (B) qui, pour autant, n'a pas conduit à la disparition de toute spécificité ou sélectivité, attachées aux études de médecine.

A) L'intérêt d'une intégration de la formation médicale au système LMD

Parce qu'elle est intégrée à l'Union européenne, la France se doit d'en appliquer les règles. Or, la mise en œuvre d'un espace européen de l'enseignement supérieur fait partie des objectifs que se sont fixés les Etats et que la France entend respecter. Si l'application du système Licence-Master-Doctorat, découlant de cette idée, semble assez évidente pour l'essentiel des formations universitaires, elle est en revanche rejetée, dans un premier temps, concernant les formations en santé. Pourtant, la nécessité d'une normalisation européenne des études médicales apparaît rapidement et avec elle la possibilité d'une conciliation entre les règles européennes et la sélectivité définissant les études médicales en France.

1. La nécessité d'une normalisation européenne des études médicales

C'est le processus de Bologne, issu de la Déclaration du même nom, des ministres européens de l'éducation, en date du 19 juin 1999, qui organisent la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur, à travers notamment le principe de l'équivalence des diplômes, dont l'objectif est ensuite de faciliter la libre circulation des travailleurs. Ce processus de Bologne met ainsi en place le système LMD, pour Licence-Master-Doctorat, offrant des diplômes équivalents aux étudiants européens, à travers un système de crédits et de semestres d'enseignements. Ce sont ces fameux crédits ECTS⁴⁰⁴ qui permettent l'harmonisation concrète des différentes maquettes pédagogiques, suivant un modèle unique et un découpage référencé dans toute l'Union Européenne. En effet, les crédits sont capitalisables, pour prétendre à l'obtention d'un diplôme – 180 crédits, soit six semestres, pour une licence par exemple – et transférables, entre différents parcours, dès lors que l'équipe pédagogique donne son accord, voire entre différents Etats de l'UE. Ainsi, une intégration de la formation médicale française au système LMD permettrait une reconnaissance mutuelle des diplômes plus efficace et systématique⁴⁰⁵.

Pourtant, les professions de santé, tant en France que dans les autres Etats européens, n'ont d'abord pas souhaité adhérer au cursus LMD, arguant pour l'essentiel de la particularité de ces formations. En effet, s'agissant de formations professionnalisantes, permettant l'accès à des métiers du soin, essentiels à la société, la sélection y est importante. Ainsi, l'existence d'une sélection par concours, à la fin de la première année, puis d'un Examen Classant National, pour accéder à une spécialisation, semblent, de prime abord, incompatibles avec le système LMD⁴⁰⁶. Pourtant, la mise en place de crédits d'enseignements permettrait aux étudiants de mieux s'approprier leur formation, d'y intégrer une certaine personnalisation, voire, par un mécanisme de mutualisation, de présenter plusieurs concours ou de se réorienter plus facilement⁴⁰⁷.

Ainsi, c'est une réflexion confiée au doyen Thuillez qui est initiée dès 2006, autour de l'éventuelle intégration des quatre professions de santé, que sont la médecine, l'odontologie, la maïeutique et la pharmacie, au système LMD, d'ores et déjà en mouvement pour toutes les autres formations. Le rapport issu de cette réflexion sert par la suite de catalyseur à la réforme

⁴⁰⁴ Pour *European Credit Transfert System*, les crédits représentant le temps de travail consacré par l'étudiant pour une matière donnée, travail personnel compris.

⁴⁰⁵ Une directive de 1975 met en effet d'ores et déjà en œuvre l'équivalence des diplômes de médecin au sein de la Communauté européenne. Voir Partie II, Titre I.

⁴⁰⁶ THULLIEZ Christian, *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, rapport, juillet 2006 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/thuillez/rapport.pdf>), p.8

⁴⁰⁷ *Id.*

de 2009, instaurant la première année commune aux études de santé⁴⁰⁸. La question de l'équivalence des diplômes entre les différents systèmes d'enseignement supérieur se pose alors dans tout le pays et l'intégration de la formation médicale au système LMD se fait de plus en plus pressante.

Dès 2006, l'intérêt de mettre en place une formation de base commune et ainsi de faciliter les passerelles et les coopérations entre les professions médicales est mis en avant. Le décloisonnement de ces professions, prôné en partie par le Professeur Berland, est perçu comme une clé essentielle de leur évolution et leur adaptation à la demande de soins actuelle. Un socle d'enseignements communs devrait permettre une réorientation facilitée entre les différentes formations proposées et offrir nécessairement une pluridisciplinarité, ou du moins une transversalité de l'enseignement. Ces possibilités, qu'offrirait l'intégration de la formation médicale au système LMD, font alors craindre un nivellement par le bas de la qualité des études de médecine aux étudiants et aux acteurs de santé. C'est notamment l'inadéquation supposée du système avec les mécanismes sélectifs français, que sont le *numerus clausus* et les ECN, qui est pointée du doigt.

2. Une conciliation nécessaire entre sélectivité des études médicales et système européen de formation

Lors des différents rapports s'intéressant aux modalités d'une applicabilité du système LMD aux études médicales, la question de sa conciliation avec l'existence du concours de fin de première année a suscité de nombreuses interrogations. En réalité, c'est précisément parce qu'existent un *numerus clausus* et, plus tard, les épreuves classantes nationales, que le cursus médical a semblé incompatible avec le modèle européen Licence-Master-Doctorat. Or, nous avons eu le loisir de nous en rendre compte, l'abandon de ces modalités de sélection est jusqu'à présent inenvisageable pour la communauté médicale.

Pour que la sélection opérée par le *numerus clausus* conserve sa pertinence, des adaptations au système LMD ont dû être trouvées. Notamment, l'hypothèse selon laquelle l'obtention d'un nombre de crédits suffisants pour valider une première année de licence puisse entraîner un passage systématique en deuxième année, conduirait inévitablement à anéantir tout l'intérêt du *numerus clausus*. Dès lors, le gouvernement doit prendre en considération le fait

⁴⁰⁸ Loi n°2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, JORF n°0156 du 8 juillet 2009, p.11472

que, concernant les études médicales, « le redoublement au concours est un droit acquis »⁴⁰⁹, offrant une réelle deuxième chance aux étudiants, notamment à ceux ayant validé la première année sans être parvenus à se classer en rang utile pour passer le cap du *numerus clausus*. Toutefois, on ne peut pour autant ignorer le fait que la grande majorité des redoublants ne parvient pas, même à la fin d'une seconde première année, à passer ce cap. L'intégration au système LMD doit donc parvenir à ménager à la fois les intérêts des reçus-collés et autres étudiants particulièrement motivés et capables de franchir l'obstacle du *numerus clausus*, et de ceux pour qui une seconde tentative ne serait qu'une perte de temps. Pendant un temps, l'idée d'un deuxième concours qui, après celui du mois de mai, se déroulerait en septembre, a ainsi pu être défendue face à la nécessité de maintenir le principe d'une deuxième chance. Mais, les réticences étant trop importantes, la possibilité du redoublement a été maintenue, tout en imaginant une note seuil, en-dessous de laquelle le droit au redoublement ne serait plus garanti. Ainsi, les étudiants les plus exposés au risque d'échec ne perdent pas deux années d'études et les universités peuvent espérer voir légèrement diminuer leurs effectifs de L1⁴¹⁰.

Sans jamais remettre en question le principe d'une sélection stricte opérée par la détermination d'un nombre limité de places en deuxième année de médecine, des propositions – qui sont par ailleurs devenues une réalité depuis lors – ont été faites afin d'offrir une issue de secours aux étudiants échouant au concours de fin d'année, tout en validant les deux semestres qui composent la première année d'études médicales. C'est après avoir brièvement réfléchi à l'octroi d'une prime allouée à ces étudiants que, finalement, un autre système de bonification a pu être retenu. Les étudiants acceptant de ne pas redoubler se voient offrir la possibilité de se réorienter dans un autre cursus afin d'y valider une Licence pour, plus tard, réintégrer une filière médicale ou pharmaceutique, au niveau L2, après sélection sur dossier et entretien⁴¹¹. On le voit, l'intégration des études médicales au système LMD ne peut se faire sans une véritable réflexion et une mise en œuvre de réformes, visant une meilleure adaptation de la formation médicale.

B) La réforme des études médicales induite par la réforme LMD

Parce qu'elle est spécifique dans le paysage des formations universitaires françaises, la formation médicale devait inévitablement subir une refonte pour s'intégrer dans le système

⁴⁰⁹ THULLIEZ Christian, *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, rap. cit., p.12

⁴¹⁰ *Id.*

⁴¹¹ La question de la réorientation et des passerelles ouvertes aux étudiants en direction ou au sortir des études médicales sera largement développée plus tard. Voir *infra*, paragraphe 2.

européen de l'enseignement supérieur. Mais, au-delà du seul aspect pratique, une réforme des études médicales était de toute façon souhaitée depuis plusieurs années par les acteurs concernés, afin notamment de tenter d'endiguer le phénomène de gaspillage depuis longtemps observé autour du système de sélection par *numerus clausus*. Ainsi, de l'application de la réforme LMD aux études en santé est née la Paces, elle-même intégrée dans une Licence Santé.

1. L'introduction d'une Première année commune aux études de santé, intégrée à une Licence Santé

Avant que ne soit créée la Première année commune aux études de santé, les quatre filières concernées par la mutualisation étaient accessibles par deux voies distinctes ; l'une réunissait la médecine, l'odontologie et la maïeutique (PCEM1) et l'autre concernait uniquement la pharmacie (PCEP1). La réforme de la Paces a donc entendu souscrire aux exigences des accords de Bologne, tout en favorisant la réorientation des étudiants en situation d'échec au concours du *numerus clausus*⁴¹². C'est la loi HPST qui introduit véritablement la Paces ; le choix est alors fait de tempérer la sélectivité offerte par le *numerus clausus* à travers la mise en place de mécanismes permettant une réorientation facilitée, tout en maintenant le principe de cette sélection, gage de qualité de la formation pour beaucoup d'acteurs concernés.

Les principes retenus autour de l'organisation de cette première année commune émanent, pour l'essentiel, des propositions faites par le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences dans un rapport de 2008⁴¹³, mettant notamment en évidence les échecs du système alors en vigueur. D'après Jean-François Bach, la première année de PCEM1 induit un trop grand nombre d'échecs et favorise un sentiment de gaspillage envers des étudiants capables d'obtenir de très bonnes notes qui, dans n'importe quelle autre filière leur assureraient une poursuite d'études, alors que le *numerus clausus* les contraint au redoublement dans le système des études de santé. Il est alors prévu que, dans le cadre de la Paces, les étudiants soient informés au plus tôt des résultats obtenus à l'issue du premier semestre, afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée quant à l'éventualité d'une réorientation. Ainsi, c'est la semestrialisation de l'enseignement qui permet, en fin de premier semestre, de proposer une évaluation des étudiants sur un programme correspondant aux 2/3 des Unités d'Enseignement Mutualisées. On estime

⁴¹² « La PACES, porte d'entrée 12 des études médicales en France », in BARLET M., MARBOT C. (Dir.), *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*, DREES, « Collection Panoramas de la Drees – Santé », avril 2016, p.89-93

⁴¹³ BACH J-F., *Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme – L1 santé*, Rapport remis au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, février 2008.

ici, qu'une fois informés, les étudiants ont toutes les cartes en mains pour que, en fonction de leurs résultats, ils puissent se réorienter rapidement vers une autre filière susceptible de reconnaître ces Unités d'Enseignement comme pouvant s'intégrer à leur cursus⁴¹⁴. La loi de 2013, relative à l'enseignement supérieur et la recherche pousse le mécanisme encore plus loin en prévoyant une organisation des épreuves au plus tôt huit semaines après le début des enseignements⁴¹⁵. C'est par ailleurs une réorientation obligatoire d'une proportion d'étudiants donnée, jugés insusceptibles d'être classés en rang utile en fin d'année, qui est mise en place par la loi.

Au-delà de l'objectif de réorientation, la Paces entend également permettre une mutualisation des enseignements, à travers la mise en place d'un programme commun, au moins durant le premier semestre. Le second semestre est ensuite l'occasion d'introduire des matières plus spécifiques à l'orientation choisie par l'étudiant, en fonction du concours qu'il entend passer en fin d'année. En effet, en fin de Paces, les étudiants passent un concours donnant lieu à quatre classements distincts, établis selon les résultats obtenus à l'ensemble des unités d'enseignement communes et à l'unité d'enseignement spécifique. De ce classement et du nombre de places disponibles déterminées par arrêté, dépend le passage d'un étudiant en deuxième année dans la filière choisie⁴¹⁶. Dans les faits, il semble toutefois que la mise en place d'une UE de spécialité, en toute fin de cursus de la Paces, rende difficile le passage du concours des quatre filières simultanément, et ce malgré la mutualisation de certaines matières⁴¹⁷. Ainsi, la première année d'application de la Paces, 62 % des candidats avaient passé un seul concours, 26 % en avaient passé deux, alors que seulement 8 % en avaient passé trois et 4 % les quatre concours simultanément⁴¹⁸.

Pour correspondre au modèle de Bologne, fondée sur la distinction Licence-Master-Doctorat, la Paces doit toutefois s'intégrer à une unité plus large : la licence. A alors été créée un Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM), correspondant au grade

⁴¹⁴ THULLIEZ C., *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, rap. cit., p.12

⁴¹⁵ Article 39, loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, JORF n°0169 du 23 juillet 2013, p.12235

⁴¹⁶ ROUSSET G., « Fasc. 5 : PRINCIPES COMMUNS. – Accès à la qualification », *Encyclopédie Droit médical et hospitalier, Litec*, 20 avril 2014

⁴¹⁷ « La PACES, porte d'entrée 12 des études médicales en France », in BARLET Muriel, MARBOT Claire (Dir.), *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*, DREES, art. cit.

⁴¹⁸ ONDPS, « La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants. Le *numerus clausus* des trois professions médicales et des pharmaciens », Rapport 2013-2014, 2014, p.21

Licence, appelé ici « Licence Santé »⁴¹⁹. Il s'agit donc d'un diplôme regroupant six semestres de formation, validés par l'obtention de 180 ECTS, correspondant bien au niveau licence. Les deux semestres de la Paces sont donc inclus dans le DFGSM. Le programme de formation retenu s'inspire largement des propositions faites dans le rapport du secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Jean-François Bach en 2008. Une place importante est donnée aux enseignements théoriques et méthodologiques, puis une spécialisation s'opère pour permettre une véritable expérience pratique, à travers la réalisation de stages. Des principes fondamentaux sont retenus comme devant toujours guider l'enseignement dans les formations médicales : « le rejet de l'exhaustivité, la participation active de l'étudiant, la pluridisciplinarité ou l'ouverture »⁴²⁰.

L'obtention du diplôme de formation générale en sciences médicales conclut le premier cycle des études en santé et donne logiquement accès aux deuxième puis troisième cycles, pouvant, à terme, aboutir à l'obtention du titre de docteur.

2. Les deuxième et troisième cycles des études médicales adaptés au modèle européen

Le DFGSM se poursuit logiquement par le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM), ou externat, sanctionnant lui le deuxième cycle. Ce diplôme, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres filières de l'enseignement supérieur, comprend six semestres de formation, validés par l'obtention de 120 crédits européens et correspond au niveau master. L'objectif du deuxième cycle est de permettre l'acquisition de compétences génériques donnant accès à l'exercice en milieu hospitalier ou ambulatoire, afin de préparer les étudiants au troisième cycle et donc à la spécialisation et l'exercice pratique. Les compétences développées chez l'étudiant durant le deuxième cycle sont celles de « communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique »⁴²¹. Les stages occupent donc une place prépondérante durant ce cycle d'études⁴²², avec au total trente-six mois de stages à valider.

⁴¹⁹ Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales, JORF n°0087 du 13 avril 2011, p.6514, modifié par l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, JORF n°0095 du 23 avril 2013, p.7097

⁴²⁰ ROUSSET Guillaume, « Fasc. 5 : PRINCIPES COMMUNS. – Accès à la qualification », *art. cit.*

⁴²¹ Article 5 de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales

⁴²² CASTELOT P., « Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine : le stage mis au cœur des études médicales. Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de

La validation de ce deuxième cycle est une condition nécessaire, bien qu'insuffisante, à l'accès au troisième cycle d'études médicales (TCEM) qui, jusqu'en 2005, dépendait des résultats de chacun au concours de l'internat. On le sait, désormais, ce sont les ECN qui déterminent l'orientation et la spécialisation de l'étudiant en médecine, en fonction des résultats obtenus et du nombre de postes offerts, par spécialité, dans chaque centre hospitalier universitaire. Sans revenir sur le déroulement de ces ECN, on peut souligner leur importance capitale puisque c'est en fin de troisième cycle que les étudiants se voient délivrer, suite à leur soutenance de thèse, le titre de docteur en médecine⁴²³. Les étudiants de troisième cycle ont le choix du moment de la soutenance, qui peut intervenir au plus tôt au moment de la validation du troisième semestre de formation et au plus tard, trois ans après la validation du troisième cycle, sachant que des dérogations peuvent être accordées lorsque la soutenance a été rendue impossible dans ces délais. C'est la validation complète du troisième cycle qui, avec la soutenance de la thèse, donne droit à la délivrance du diplôme d'Etat de docteur en médecine, avec mention de la spécialité obtenue. Ensuite, le jeune médecin, pour pouvoir exercer, doit remplir les conditions d'exercice de la profession et s'inscrire à l'Ordre⁴²⁴.

Un point particulier mérite toutefois que l'on s'y arrête. La question du statut des étudiants de troisième cycle des études médicales a suscité de nombreux débats et opposé plusieurs décisions de justice entre 2014 et 2016. Nous avons déjà eu l'occasion de le mentionner, l'interne en médecine jouit d'un statut particulier ; il est à la fois étudiant et intégré au personnel hospitalier. Les spécificités attachées à ce statut découlent directement de l'ordonnance Debré de 1958. Aujourd'hui, ces particularités se retrouvent dans le Code de l'Education, aux articles L.631-1 et suivants, qui précisent notamment que les études médicales comportent à la fois un volet théorique et pratique et doivent permettre aux étudiants de « participer effectivement à l'activité hospitalière »⁴²⁵. Or, un article du Code de l'Education définit explicitement le troisième cycle de l'enseignement supérieur, qui commence après cinq ans d'études, comme la « formation à la recherche et par la recherche qui comporte, dans le cadre de formations doctorales, la réalisation individuelle ou collective de travaux scientifiques originaux »⁴²⁶. Les différences apparaissent ici clairement puisque le troisième cycle des études médicales est ouvert aux étudiants ayant validé le deuxième cycle, soit au bout de six ans

réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine : JORF, n°0146 du 26 juin 2013 », *Droit & Santé*, nov. 2013, p.784

⁴²³ Article L.632-4 du Code de l'Education

⁴²⁴ Voir *infra*, Partie II, Titre II, Chapitre 1, Section 1.

⁴²⁵ Article L.632-1 du Code de l'Education

⁴²⁶ Article L.612-7 du Code de l'Education

d'études supérieures, et qu'il n'est en rien exclusivement consacré à la recherche puisque, au contraire, « les internes reçoivent une formation théorique et pratique à temps plein »⁴²⁷.

Pourtant, au sujet de la représentation des internes au sein de la commission de la recherche du conseil académique des universités, le juge administratif a pu, tantôt assimiler les internes aux autres doctorants⁴²⁸, tantôt les exclure de cette catégorie⁴²⁹. Ainsi, certains juges ont établi que « la formation des internes se distingue des autres formations de troisième cycle par son objet comme par ses buts »⁴³⁰, pendant que d'autres estiment que la différence entre le déroulement et l'obtention du doctorat en médecine et dans les autres cursus « n'est pas telle qu'elle justifierait [une] différence de traitement »⁴³¹. C'est donc le Conseil d'Etat qui a été amené à trancher le débat, en s'appuyant notamment sur l'intention du législateur. Le juge administratif conclut alors à l'existence d'une différence de statut entre les doctorants, en opérant une distinction entre les internes en médecine qui préparent leur doctorat et les autres doctorants car, les internes en médecine suivent une formation théorique et pratique et non nécessairement une formation à la recherche par la recherche. En revanche, dès lors qu'ils se trouvent dans cette dernière situation, les internes préparant leur doctorat peuvent tout à fait siéger à la commission de la recherche⁴³².

L'intégration des études de santé au sein d'un système uniformisé de la formation universitaire et, plus généralement, de l'enseignement supérieur, ne peut donc se faire sans le maintien de quelques spécificités, liées à la fois à l'histoire de la formation médicale et à la particularité des métiers préparés. Parmi ces spécificités, si la soutenance d'une thèse d'exercice est toujours une condition essentielle à l'obtention du titre de docteur en médecine, celles qui sont le plus souvent revendiquées par les acteurs concernés, restent la présence d'un *numerus clausus* et celle des ECN, en tant qu'instruments efficaces de sélection entre les étudiants.

⁴²⁷ Article L.632-5 du Code de l'Éducation

⁴²⁸ TA Montreuil, 21 février 2014, n°1312319, *AJDA*, 2014, p.938, conclusions S. ROUSSIER, confirmé par CAA Versailles, 11 juillet 2014, n°14VE00712

⁴²⁹ TA Lille, 11 juin 2014, n°1402464, *AJDA*, 2014, p.1619, conclusions P-O. CAILLE, confirmé par CAA Douai, 14 avril 2015, n°14DA01400, *AJDA*, 2015, p.1451 et CAA Nantes, 12 mars 2015, n°14NT02308 et 14NT02343, *AJDA*, 2015, p.605

⁴³⁰ CAILLE P-O. (rapporteur), « Les internes en médecine ne sont pas des doctorants comme les autres », *AJDA*, 2014, p.1619

⁴³¹ ROUSSIER S. (rapporteur), « Les internes en médecine sont des doctorants comme les autres », *AJDA*, 2014, p.938

⁴³² CE, 10 févr. 2016, req. n°384473 ; CE, 10 févr. 2016, req. n°381709

Paragraphe 2 : L'absence de remise en cause des épreuves de sélection au sein du cursus médical

L'existence du *numerus clausus* en fin de première année de formation médicale, puis celle des ECN pour déterminer la spécialité des étudiants accédant au troisième et dernier cycle des études médicales, ont pu apparaître comme des mécanismes de sélection incompatibles avec le droit de l'Union européenne, au regard notamment des principes de libertés défendus par ce dernier. Pourtant, face aux espoirs de ceux souhaitant la fin du *numerus clausus*, et la crainte de ceux prônant coûte que coûte son maintien, ce mécanisme de sélection a finalement été jugé compatible avec le droit de l'Union par la justice européenne (A). Quant aux ECN, si leur maintien n'a pas semblé poser de question, c'est en revanche la perte de la forte sélectivité qu'ils incarnent qui a pu effrayer les pouvoirs publics, voire les étudiants. Les ECN sont ainsi devenus un instrument de sélection féroce protégé par les acteurs français de la formation médicale (B), face à la concurrence offerte par le droit de l'Union.

A) Le numerus clausus compatible avec le droit européen

L'intégration du cursus médical français au système européen LMD a pu susciter craintes et espoirs quant à la remise en question du *numerus clausus* et de la rigidité de la sélection qu'il opère. A la crainte d'une invasion d'étudiants issus des différents Etats membres de l'Union, s'opposait l'espoir d'une éventuelle incompatibilité de cette épreuve de sélection avec le droit européen. Pourtant, force est de constater qu'aucun recours contre le *numerus clausus* n'est prévu ni par le droit de l'Union, ni par le droit de la Convention européenne des droits de l'homme.

1. Une absence de recours contre le *numerus clausus* dans le droit de l'Union européenne

Peu de moyens de recours existent au profit du justiciable français pour contester le *numerus clausus*. En effet, du point de vue du droit interne, s'agissant d'une mesure prenant la forme d'un arrêté, pris sur le fondement de la loi du 12 juillet 1971, sa constitutionnalité ne peut être interrogée devant le Conseil d'Etat⁴³³. Toutefois, en accord avec la jurisprudence *Nicolo*⁴³⁴, un contrôle de la conventionnalité du *numerus clausus* peut être opéré par les juridictions administratives, alors compétentes pour analyser la compatibilité d'une telle mesure avec le

⁴³³ Il s'agit là d'une simple application de la jurisprudence *Arrighi* (CE, Sect., 6 novembre 1936, *Arrighi*, rec., p.966), dite de l'écran législatif.

⁴³⁴ CE, Ass., *Nicolo*, 20 octobre 1989, n°108243, publié au recueil Lebon

droit de l'Union européenne. C'est notamment ce qu'a été amené à faire le Tribunal administratif de Lyon le 20 octobre 2011, suite à l'action d'un étudiant que l'Université de Saint-Etienne a refusé d'inscrire en deuxième année de médecine alors même qu'il justifiait d'une moyenne supérieure à 12. Ce refus était fondé sur la simple application du *numerus clausus*, prévu par un arrêté ministériel. Le requérant estimait que cette décision administrative de refus était « fondée sur l'application automatique d'un quota fixé arbitrairement en dehors de toute considération d'ordre pédagogique ou d'acquis de connaissances », et en déduisait donc « que l'application du *numerus clausus* [conduisait] à une discrimination interne à l'université et une distorsion contraire aux directives européennes et à l'objectif de reconnaissance des diplômes dans l'Union européenne »⁴³⁵, et notamment à la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles⁴³⁶. Le requérant avançait enfin que cette décision était « contraire aux principes de libre circulation et de liberté d'installation »⁴³⁷, garantis par l'article 21 du TUE.

A ces griefs, le tribunal oppose les articles 165 et 166 du TFUE consacrant la compétence des Etats membres, et non de l'Union, en matière d'organisation du système éducatif et de la formation professionnelle, sous réserve évidente du respecter du droit de l'Union. De ces dispositions, découle la compétence, pour l'Etat, de choisir de mettre en place un système d'enseignement, soit fondé sur un accès libre, soit au contraire, fondé sur un accès régulé, sélectionnant les étudiants. Ainsi, selon le tribunal, l'objectif de la directive n'est pas de garantir à tous l'accès à l'enseignement médical, mais bien de garantir que les étudiants « ont acquis un certain nombre de compétences et de connaissances nécessaires à l'exercice de la profession de médecin », grâce à une « coordination des conditions minimales de la formation médicale de base »⁴³⁸. Or, le juge administratif ajoute que « l'instauration d'un système de régulation par concours est de nature à réaliser cet objectif dès lors qu'il est fondé sur le mérite des étudiants et qu'il est justifié par un but d'intérêt général »⁴³⁹. Ici, le but d'intérêt général poursuivi par la limitation du nombre d'étudiants admis à poursuivre un cursus médical, au-delà de la première année, est directement tiré de la protection de la santé publique. Par ailleurs, le *numerus clausus* n'empêche pas les étudiants, recalés ou non, de poursuivre leurs études dans

⁴³⁵ Tribunal administratif de Lyon, 20 octobre 2011, n°0904978

⁴³⁶ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Voir *infra* pour des développements consacrés au droit de l'UE et notamment au principe de reconnaissance mutuelle (Partie 2).

⁴³⁷ « Le *numerus clausus* des étudiants en médecine est compatible avec le droit de l'Union européenne – Tribunal administratif de Lyon 20 octobre 2011 », *AJDA*, 2012, p.176

⁴³⁸ Tribunal administratif de Lyon, 20 octobre 2011, n°0904978, considérant n°5

⁴³⁹ *Id.*

un autre Etat membre. En définitive, par une décision du 20 octobre 2011, la juridiction administrative affirme que le système de sélection universitaire que la France a instauré dans l'accès aux professions médicales n'est pas incompatible avec le droit de l'Union Européenne⁴⁴⁰.

2. Le principe de la sélection par *numerus clausus* admis par la Cour européenne des droits de l'homme

La Cour européenne des droits de l'homme a également eu à se prononcer sur la légitimité d'une sélection universitaire opérée par le biais d'un *numerus clausus*. La compétence de la Cour en la matière découle notamment de l'article 2 du Protocole additionnel n°1, selon lequel « nul ne peut se voir refuser le droit à l'instruction »⁴⁴¹. Quant à savoir si l'enseignement supérieur relève ou non du droit à l'instruction, c'est la jurisprudence de la Cour qui l'a clairement établi, dans un arrêt de 2005, *Leyla Sahin c. Turquie*, à travers l'affirmation suivante : « nulle cloison étanche ne sépare l'enseignement supérieur du domaine de l'instruction »⁴⁴².

Le droit à l'instruction recouvre donc une large étendue dans la conception de la Cour européenne, allant de l'instruction primaire à l'espace universitaire. Toutefois, cette importante couverture est également accompagnée de certaines variations quant à sa portée. Ainsi, d'après la jurisprudence de la Cour EDH, l'intensité du droit à l'instruction varie suivant le niveau d'éducation concerné : « la marge d'appréciation de l'Etat dans ce domaine s'accroît avec le niveau d'enseignement de manière inversement proportionnelle à l'importance de celui-ci pour les individus concernés et pour la société dans son ensemble »⁴⁴³. Dès lors, plus le niveau d'éducation concerné est considéré comme essentiel, plus le contrôle opéré par la Cour en matière de respect du droit à l'instruction sera important. Les Etats disposent donc d'une marge de manœuvre, en matière de réglementation de l'accès à l'instruction, s'accroissant à mesure que l'enseignement est considéré comme non essentiel – comme peut notamment l'être l'enseignement supérieur, par rapport à l'éducation primaire par exemple.

Ainsi, pour bien comprendre la position de la Cour européenne des droits de l'homme concernant l'existence d'un *numerus clausus* à l'accès aux études médicales, il faut saisir la dialectique qu'elle opère entre respect strict du droit à l'instruction et portée limitée de son

⁴⁴⁰ ROUSSET G., « Fasc. 5 : PRINCIPES COMMUNS. – Accès à la qualification », *art. cit.*

⁴⁴¹ Article 2, Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, Paris, 20 mars 1952

⁴⁴² Cour EDH, G.C., 10 novembre 2005, *Leyla Sahin c. Turquie*, Requête n° 44774/98, §43

⁴⁴³ Cour EDH, 21 juin 2011, *Ponomaryovi c. Bulgarie*, Requête n°5335/05, §56

contrôle en matière universitaire⁴⁴⁴. Dans le cadre d'un contrôle restreint du droit à l'instruction dans le contexte de l'établissement d'un *numerus clausus*, la Cour opère un double contrôle de la prévisibilité de la mesure pour le justiciable et de la légitimité du but qu'elle poursuit. Si la prévisibilité attachée à cette mesure de sélection ne pose guère de question, l'analyse de la Cour nous intéresse tout particulièrement concernant le but légitime poursuivi. Ici, la Cour considère que les restrictions opposées au droit à l'instruction « répondent au but légitime consistant à assurer un haut niveau de compétence professionnelle des praticiens en faisant en sorte que l'enseignement universitaire soit délivré dans de bonnes conditions et atteigne un niveau minimal suffisant, but qui est d'intérêt général »⁴⁴⁵.

Quant à la proportionnalité de la mesure, la Cour met en balance les intérêts individuels des requérants recalés au *numerus clausus*, et l'intérêt de la société, incluant les autres étudiants inscrits dans un parcours universitaire⁴⁴⁶. L'équilibre entre ces deux intérêts doit être observé au regard des critères ayant justifié la mise en place du *numerus clausus*, à savoir, d'une part, des capacités d'accueil et ressources des universités et d'autre part, du besoin de la société pour une profession donnée. Or, la Cour relève, concernant le premier critère « que le droit d'accéder à un enseignement ne vaut que dans la mesure où celui-ci est disponible et dans les limites qui lui sont associées, limites qui dépendent souvent des contingences nécessaires au fonctionnement des établissements, notamment des ressources humaines, matérielles et financières, avec les considérations qu'elles impliquent, notamment quant à leur qualité »⁴⁴⁷. Les ressources disponibles pour la formation universitaire des futurs médecins d'un Etat constituent donc un critère justifiant la mise en place d'un système de *numerus clausus*, visant à limiter le nombre d'étudiants inscrits. Concernant le second critère, la Cour maintient une approche économique de la question en affirmant que l'Etat a un intérêt à éviter une éventuelle « saturation du marché » médical, qui « constituerait une dépense supplémentaire », lourde à porter pour la société⁴⁴⁸. Cette approche est, selon certains commentateurs⁴⁴⁹, dommageable

⁴⁴⁴ HERVIEU N., « Le *numerus clausus* et la sélection universitaire passent avec succès l'épreuve européenne », *Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF*, 8 avril 2013

(<http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/2013/04/09/le-numerus-clausus-et-la-selection-universitaire-passent-avec-succes-lepreuve-europeenne-cedh-2e-sect-2-avril-2013-tarantino-et-a-c-italie>)

⁴⁴⁵ Cour EDH, 2^e Sect. 2 avril 2013, *Tarantino et autres c. Italie*, Requêtes n°25851/09, 29284/09 et 64090/09, §48

⁴⁴⁶ *Id.*, §50

⁴⁴⁷ *Id.*, §51

⁴⁴⁸ *Id.*, §56

⁴⁴⁹ LETTERON R., « Le droit à l'instruction, et la sélection à l'Université », 15 avril 2013 (<http://libertescherries.blogspot.fr/2013/04/le-droit-linstruction-et-la-selection.html>) ; HERVIEU N., « Le *numerus clausus* et la sélection universitaire passent avec succès l'épreuve européenne », *art. cit.*

puisque'elle nuance le droit à l'instruction au nom de considérations économiques, alors même que le droit garanti par la Convention « ne prévoit aucun motif textuel de restriction »⁴⁵⁰.

Il faut donc bien voir le *numerus clausus* pour ce qu'il est, suivant l'approche de la Cour EDH : un moyen de restreindre l'accès à une formation universitaire pour des motifs économiques. Ainsi, si l'existence d'un examen d'entrée, permettant une « évaluation des candidats par le biais de critères pertinents en vue d'identifier les étudiants les plus méritants [...constitue...] « une mesure proportionnée garantissant un niveau d'éducation minimal et suffisant dans les universités », le *numerus clausus*, lui, serait plutôt justifié par « la capacité et le potentiel de ressources des universités et les besoins de la société pour une profession particulière »⁴⁵¹.

Ainsi, même si les fondements diffèrent, le droit européen – de la Convention EDH ou de l'Union – garantit la pérennité du système sélectif français organisé par le *numerus clausus*, sans pour autant lui offrir une légitimité. Si l'on ne peut pas affirmer que le *numerus clausus* trouve une justification dans le droit européen, il n'y trouve pas non plus d'obstacle ; chaque Etat conserve une compétence en matière d'organisation des modalités de sélection appliquées dans la formation médicale. Dans le même sens, le droit européen n'offre ni recours, ni justification à la sélection opérée cette-fois ci par les ECN, auxquels la France semble très attachée.

B) Les ECN, un instrument de sélection féroce protégé par les acteurs français

Par la force des choses, les épreuves classantes ouvrant l'accès au troisième cycle des études médicales ont été intégrées au système européen d'uniformisation des diplômes de l'enseignement supérieur. Mais, cette intégration ne s'est pas faite sans heurts. Après une tentative échouée du gouvernement de réserver ces ECN aux étudiants français ayant préalablement passé avec succès l'épreuve du *numerus clausus* de première année, ce sont des freins au retour en France des étudiants partis faire leurs deux premiers cycles au sein d'un Etat européen tiers qui maintiennent une différence de fait entre les étudiants, selon leur parcours.

⁴⁵⁰ HERVIEU N., « Le *numerus clausus* et la sélection universitaire passent avec succès l'épreuve européenne », *art. cit.*

⁴⁵¹ CEDH, *Guide sur l'article 2 du Protocole n°1 à la Convention européenne des droits de l'homme - Droit à l'instruction*, 30 avril 2017 (mise à jour), p.9

1. La tentative échouée de réserver les ECN aux seuls « vainqueurs » du *numerus clausus*

Par un décret du 10 août 2011⁴⁵², le gouvernement Fillon a imaginé empêcher le contournement du *numerus clausus* et la préservation du système sélectif offert par les épreuves classantes nationales, en interdisant aux étudiants français ayant été formés à l'étranger de s'inscrire à ces épreuves. Il s'agit ainsi pour le gouvernement de réserver l'accès aux ECN aux seuls étudiants victorieux de la sélection instaurée par le *numerus clausus* puisque le décret affirme que « nul ne peut se présenter aux épreuves donnant accès au troisième cycle des études médicales s'il a épuisé les possibilités d'être admis à suivre des études médicales en France en application des I et II de l'article L.631-1 du code de l'éducation », consacrant le principe du *numerus clausus*. Ainsi, cette décision entend remettre en question le parcours de nombreux étudiants, partis étudier la médecine en Roumanie ou ailleurs dans l'Union⁴⁵³, qui semblent bénéficier d'une seconde chance grâce à ces parcours au sein de systèmes moins sélectifs pour les premier et deuxième cycles des études médicales, tout en profitant de la formation pratique française en revenant se présenter aux ECN en fin de deuxième cycle. Ce décret a donc entendu mettre un terme à cette possibilité, en condamnant ces étudiants à ne pouvoir exercer leur spécialité dans l'Hexagone qu'après l'obtention du diplôme de médecin, en jouant sur le principe de reconnaissance des diplômes.

Saisi de la conventionnalité de cette disposition du décret, le Conseil d'État s'est exprimé sur la question dans un arrêt du 23 janvier 2013⁴⁵⁴. Il estime alors qu'« elle introduit une différence de traitement entre les étudiants qui ont accompli la totalité de leur formation dans l'un des États [de l'Union], sans, le cas échéant, de condition limitative en ce qui concerne les possibilités de redoublement, et ceux qui, ayant commencé leur formation en France et ayant épuisé les possibilités d'être admis en deuxième année, ont poursuivi leur formation et l'ont achevée dans l'un de ces États ». Dès lors, ce décret anti-contournement du *numerus clausus*, parce qu'il crée une discrimination entre les différents étudiants français, qu'ils aient ou non poursuivi leur cursus dans un Etat de l'Union Européenne, s'inscrit en opposition directe avec la directive 2005/36/CE qui prône la reconnaissance mutuelle des diplômes et des formations. En effet, la disposition contestée empêche les étudiants ayant commencé leur cursus en France, puis ayant finalement validé leurs deux premiers cycles des études médicales dans un Etat

⁴⁵² Décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, JORF n°0186 du 12 août 2011, p.13860

⁴⁵³ Voir infra, Partie II, Titre II

⁴⁵⁴ CE, 4ème et 5ème sous-sections réunies, 23 janvier 2013, n°353300, mentionné au Recueil Lebon.

membre de l'Union, de l'Espace économique européen, dans la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre, de se présenter aux ECN pour intégrer un troisième cycle en France, alors même qu'ils sont bien titulaires d'un diplôme dont l'équivalence avec le titre français est reconnue en application de cette directive. Ici, la différence de traitement opérée par le décret ne peut être justifiée par une différence de situation établie entre les étudiants ayant validé un deuxième cycle en France et ceux l'ayant validé dans un Etat membre de l'UE, ou assimilé. Aucun motif d'intérêt général, rattaché à la politique de santé publique, ne permet de justifier la différence de situation. Il semble que la seule motivation de cette disposition soit à rechercher dans la volonté de dissuader au maximum les étudiants échouant au *numerus clausus* d'opter pour une poursuite d'études dans un Etat tiers, dans l'idée de revenir en France réaliser leur formation pratique. Le ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche se contente d'ailleurs de soutenir que cette disposition vise à éviter le contournement du *numerus clausus*, sans toutefois rattacher cet objectif à un réel motif d'intérêt général. Aussi, les dispositions du décret du 10 août 2011 visées sont en rupture avec le principe d'égalité⁴⁵⁵.

Cette décision fait écho à une affaire présentée devant la Cour de justice de l'Union, concernant la Belgique et son décret dit « non-résidents »⁴⁵⁶. Il s'agissait pour la Communauté française de Belgique de réguler le nombre d'étudiants étrangers, et notamment français, dans certaines filières universitaires, comme la kinésithérapie ou la médecine vétérinaire. Ce décret entendait répondre à la forte augmentation du nombre d'étudiants français qu'avaient connues ces filières en quelques années seulement, alors même qu'une grande majorité de ces effectifs avait ensuite vocation à retourner exercer en France, créant un réel manque de praticiens pour la Belgique. Dès lors, un quota de non-résidents, admis à s'inscrire dans ces filières, a été fixé, de l'ordre de 30% de l'ensemble des inscrits de l'année académique précédente. Mais, l'établissement de tels quotas a évidemment suscité de vives réactions de la part d'étudiants non-résidents et non tirés au sort, ainsi que d'enseignants, qui ont alors saisi la Cour constitutionnelle de Belgique d'un recours en annulation. Cette dernière a, à son tour, saisi la

⁴⁵⁵ POUPEAU D., « Les étudiants en médecine formés à l'étranger après un échec en France ne peuvent être écartés de l'accès à l'internat français. Arrêt rendu par Conseil d'Etat, 23-01-2013, n° 353300 », *AJDA*, 2013, p.203 ; POUPEAU D., « Médecine : accès à l'internat des étudiants formés à l'étranger-CE 23 janv. 2013, req. n°353300 », *Dalloz actualité*, 05 février 2013

⁴⁵⁶ Décret de la Communauté française du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur, *Moniteur belge*, 6 juillet 2006, p.34055

Cour de justice d'une question préjudicielle, qui a donné lieu à la décision *Bressol c. Communauté française de Belgique* du 13 avril 2010⁴⁵⁷.

La décision rendue par la CJUE met clairement en évidence l'inégalité de traitement suscitée par le décret visé, ce que les autorités belges ne remettent par ailleurs pas en question. En effet, il est évident pour chaque partie qu'une condition de résidence « est plus aisément remplie par les ressortissants nationaux, qui ont leur résidence le plus souvent en Belgique, que par les ressortissants d'autres États membres », affectant ainsi davantage ces derniers⁴⁵⁸. L'inégalité de traitement étant établie, c'est sa justification qui intéresse alors la Cour. En effet, « une inégalité de traitement, telle que celle instaurée par le décret du 16 juin 2006, constitue une discrimination indirecte sur la base de la nationalité qui est prohibée, à moins qu'elle ne soit objectivement justifiée »⁴⁵⁹ par l'objectif légitime qu'elle poursuit. En l'espèce, l'objectif légitime poursuivi par les autorités belges réside dans la protection de la santé publique. En ce sens, la Cour a d'ores et déjà eu à se prononcer sur cet état de fait dans une affaire *Hartlauer* du 10 mars 2009⁴⁶⁰. A cette occasion, la Cour avait pu juger qu'une mesure constitutive d'une inégalité de traitement, indirectement fondée sur la nationalité, pouvait être justifiée si elle visait « à maintenir un service médical ou hospitalier de qualité, équilibré et accessible à tous », dès lors qu'elle contribuait « à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé »⁴⁶¹. En conséquence, il revient au juge national, seul compétent en la matière, d'apprécier si la réglementation en cause participe effectivement à la réalisation de cet objectif légitime et s'il est proportionné.

Finalement, la CJUE conclut que le traité s'oppose à l'établissement d'un quota « non-résidents », à moins que la juridiction de renvoi ne constate, pour chaque filière universitaire concernée, que la mesure est justifiée par un objectif de protection de la santé publique, laissant ainsi certains commentateurs sur leur faim⁴⁶². C'est cet aspect qui amène plus tard le gouvernement belge, suite à la décision de la Cour constitutionnelle du 31 mai 2011, à adopter une circulaire réservant le décret du 16 juin 2006 aux études de sage-femme, ergothérapie, logopédie, podologie-podothérapie, audiologie et éducateur spécialisé en accompagnement

⁴⁵⁷ CJUE, GC, 13 avril 2010, aff.C-73/08, *Nicolas Bressol e.a., Céline Chaverot e.a. c./Gouvernement de la Communauté française*, EU:C:2010:181

⁴⁵⁸ *Id.*, §45-46

⁴⁵⁹ *Id.*, §47

⁴⁶⁰ CJUE, GC, 10 mars 2009, aff. C-169/07, *Hartlauer*, EU:C:2009:141

⁴⁶¹ *Id.*, §47

⁴⁶² KAUFF-GAZIN F., « Accès des étudiants aux études médicales et paramédicales en Belgique », *Europe*, juin 2010, n°6

psycho-éducatif⁴⁶³. Par la suite, ce décret sera complété pour y intégrer les cursus de médecine et sciences dentaires⁴⁶⁴, dès lors que les conditions factuelles ont évolué et justifient une restriction opérant une inégalité de traitement concourant à la protection de la santé publique.

Au regard de tous ces éléments, le juge administratif français a estimé que la France ne pouvait pas refuser l'inscription aux ECN des étudiants qui, parce qu'ils ont échoué lors de la Paces, se sont formés ailleurs dans l'Union et souhaitent effectuer leur internat dans l'Hexagone. Le Premier ministre n'a pas ici démontré l'existence d'un objectif légitime, suffisamment justifié et proportionné, pour opérer une telle inégalité de traitement entre les différents étudiants, pourtant d'une même nationalité. Les étudiants visés conservent ainsi la garantie de pouvoir passer leurs ECN en France, avec pourtant une préparation différente de ceux qui sont restés dans le cursus sélectif français. La question se pose ensuite de l'égalité des chances d'obtenir le classement souhaité pour un étudiant n'ayant pas bénéficié d'une formation préalable spécifiquement orientée vers la réussite de l'internat français.

2. Retour en France et ECN : entre respect du principe d'égalité et perte de chance

La question de la préparation des étudiants français, ayant validé un deuxième cycle des études médicales dans un Etat membre, autre que la France, aux épreuves classantes nationales, se pose à partir de faits divers particulièrement marquants, se déroulant au début de l'année 2015. C'est en effet à la suite de plusieurs suicides et tentatives de suicide d'étudiants français partis poursuivre un cursus médical en Roumanie, après avoir échoué deux fois au *numerus clausus* français⁴⁶⁵, que l'attention des médias et des autorités nationales a été attirée par les conditions de retour en France de ces étudiants, expatriés du *numerus clausus*. Si c'est au départ l'isolement dont se sentent victimes les étudiants en question, incertains de leur capacité future à devenir médecin en France, liée à des difficultés d'intégration, qui a mobilisé l'opinion, ce sont finalement les conditions difficiles de leur retour en France qui ont eu le plus de retentissement.

Depuis que le décret « anti-contournement du *numerus clausus* » a été annulé par le Conseil d'Etat, les étudiants ayant validé un deuxième cycle d'études médicales ne se voyaient,

⁴⁶³ Circulaire de recommandations relatives aux inscriptions – décret du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur – arrêt de la Cour constitutionnelle du 31 mai 2011 portant annulation partielle du décret, n°3606, 10 juin 2011

⁴⁶⁴ Décret intégrant les cursus de médecine et de sciences dentaires dans le dispositif mis en place par le décret du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur, 12 juillet 2012, *Moniteur belge*, 26 juillet 2012, p.41164

⁴⁶⁵ *Le Monde*, 25 avril 2015, « A Cluj, le malaise des étudiants en médecine français »

a priori, opposer aucune restriction lorsqu'ils souhaitent rentrer en France passer les ECN. Certes, leur situation était particulièrement difficile puisqu'il leur fallait à la fois suivre la formation roumaine et préparer les examens des ECN, seuls, mais c'était finalement là le lot de la plupart des étudiants restés en France. C'est une réforme des modalités d'organisation des ECN qui a terminé d'accabler les étudiants français en formation à l'étranger. Depuis 2004, un projet de réforme des ECN est en cours, afin d'en moderniser le déroulement et de répondre aux critiques qui entouraient ces épreuves. Entre le caractère non discriminant des épreuves – des centaines de candidats se retrouvent avec les mêmes notes, ce qui ne permet pas de les départager – la lourdeur des procédures de corrections au regard du nombre toujours plus important de candidats, la qualité pédagogique douteuse des épreuves qui se résument souvent à du bachotage et les inégalités observables entre facultés, une proposition de modernisation des ECN a vu le jour, pour l'horizon 2016. L'objectif est alors la dématérialisation totale des ECN, tant du point de vue du passage des épreuves que de leur correction – ce qui, par ailleurs, n'élimine pas tout risque de dysfonctionnement⁴⁶⁶. L'idée est que chaque faculté organise elle-même les épreuves, en son sein, à l'aide de tablettes numériques, en guise de support d'examen. Or, ici, un strict principe d'égalité de traitement entre les étudiants doit prévaloir, en application de la jurisprudence administrative applicable en la matière⁴⁶⁷ ; si l'administration peut choisir le matériel approprié pour le déroulement d'une épreuve, « ce matériel doit être le même pour tous et l'ensemble des candidats doit en avoir été informé dès l'ouverture des inscriptions »⁴⁶⁸. Cette réforme des modalités d'organisation des ECN implique également des modifications en matière de préparation aux épreuves.

Ainsi, alors que jusqu'en 2016, la préparation des ECN se faisait à l'aide de livres, conférences, annales disponibles pour tous les étudiants, les ECN informatisées nécessitent une préparation adaptée des étudiants, qu'il revient aux facultés de médecine d'assurer⁴⁶⁹. Pour se faire, la mise en place d'une plateforme d'évaluation informatisée a été décidée, au niveau des facultés, sur laquelle les enseignants sont invités à créer et organiser des épreuves entièrement informatisées, destinées aux supports informatiques – ordinateurs et tablettes tactiles.

⁴⁶⁶ Voir par exemple, au sujet des difficultés rencontrées par les étudiants lors du passage des ECNi de 2017 : *Le Quotidien du médecin*, 20 juin 2017, « Pataquès aux ECNi : un dossier clinique "recyclé", le CNG n'exclut pas une nouvelle épreuve jeudi » ; *Le Quotidien du médecin*, 22 juin 2017, « Fiasco des ECNi : une seconde épreuve annulée, l'Enseignement supérieur lance une enquête » ; *Le Monde*, 21 juin 2017, « Colère des étudiants de médecine après l'annulation d'une épreuve de l'internat (ECN) »...

⁴⁶⁷ CAA Lyon, *Ministère de l'Education nationale c/ Mlle Juventy et autres*, 19 juin 1998, n°96LY21866

⁴⁶⁸ Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, « Participation des universités à la modernisation des épreuves classantes nationales (ECN) de médecine », Paris, 31 décembre 2014,

p.4

⁴⁶⁹ *Id.*, p.3

L'ensemble de ces plateformes, au niveau national, est désigné sous l'acronyme SIDES – Système Informatisé Distribué d'Évaluation en Santé. Or, c'est bien ce système qui suscite de vives réactions de la part des étudiants français, partis valider un deuxième cycle à l'étranger, mais souhaitant présenter les ECN en France. En effet, s'agissant d'un outil facultaire, placé sous la responsabilité de chaque UFR, le SIDES n'est accessible qu'aux étudiants inscrits dans une faculté française, à l'aide des identifiants remis au moment de l'inscription et permettant d'accéder à la plateforme numérique de l'établissement. On comprend donc bien le désarroi des étudiants inscrits à l'étranger...

Ce sont d'ailleurs des étudiants de l'université de Cluj-Napoca, en Roumanie, qui ont lancé une pétition en janvier 2015⁴⁷⁰, visant à dénoncer ce système qui, selon eux, opère une discrimination envers les étudiants souhaitant revenir de l'étranger, alors même que la plateforme SIDES visait au départ, à éviter le développement de prépas privées susceptibles de rompre l'égalité des chances entre les étudiants. Un député s'est fait le relai de ces inquiétudes, à travers une question écrite soumise au Ministère des affaires sociales et de la santé, dans laquelle il demande que « les étudiants français inscrits dans une université de médecine à l'étranger [puissent] accéder comme les étudiants de médecine en France à la plateforme numérique SIDES (système informatisé distribué d'évaluation en santé) »⁴⁷¹. A cette question, la Ministre de la santé de l'époque, Mme Touraine, avait répondu que la plateforme SIDES relevait entièrement de la responsabilité des universités et qu'il revenait alors aux présidents des universités européennes « d'envisager la conclusion d'une convention de partenariat » avec les universités françaises, s'ils souhaitaient que leurs étudiants puissent bénéficier d'une telle structure⁴⁷². Toutefois, un geste a été fait envers ces étudiants par le Ministère, puisque depuis lors, deux séries d'ECN tests sont organisées directement par le directeur général du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière⁴⁷³, en charge de l'organisation des ECN sur le plan national. Si ce mécanisme entend aider tous les étudiants, diplômés d'un deuxième cycle français ou européen, dans les faits, il est évident qu'un étudiant français sera avantagé ne serait-ce que par l'emploi

⁴⁷⁰ « Pour que les candidats expatriés français aux Épreuves Classantes Nationales de Médecine aient accès au SIDES (Système Informatisé Distribué d'Évaluation en Santé), plateforme d'entraînement », Corporation Médecine Cluj, *change.org*

⁴⁷¹ Assemblée nationale, question écrite n°81397 de M. Christophe PREMAT, au Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, JOAN du 16 juin 2015, p.4413

⁴⁷² Assemblée nationale, réponse à la question écrite n°81397 de M. Christophe PREMAT, par la Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, JOAN du 12 juillet 2016, p.6588

⁴⁷³ Article 13 de l'arrêté du 20 juillet 2015 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales, JORF n°0168 du 23 juillet 2015, p.12515

d'un format auquel il aura eu le temps de se former, avec l'aide d'enseignants eux-mêmes sensibilisés. Pour autant, d'un point de vue strictement juridique, l'égalité de traitement est respectée.

En définitive, il est délicat de concilier l'uniformisation que semblerait indiquer la reconnaissance des diplômes et l'élan impulsé par le système LMD avec la persistance de différences concrètes entre les formations européennes. Si l'uniformisation de la durée des formations universitaires a pu faire croire qu'une uniformisation des formations était en cours, la réalité du retour en France des étudiants partis poursuivre un cursus à l'étranger montre qu'il n'en est rien. Alors que certains l'ont craint – on pense notamment aux syndicats de médecins – quand d'autres l'ont souhaité – on se réfère ici aux étudiants recalés du *numerus clausus* – le respect par la France du droit de l'Union en matière de formation universitaire, n'a en réalité opéré aucun bouleversement majeur des épreuves de sélection, toujours aussi rigides. Tout au plus, le droit de l'Union a pu impulser un mouvement de réformes depuis longtemps réclamé. En effet, il semblerait que les inflexions du régime français soient plutôt dues à une volonté gouvernementale, donc interne, qu'à un mouvement européen.

Section 2 : Une remise en question nécessaire du système sélectif français

Depuis au moins les années 1990, une réforme des études médicales est appelée de ses vœux par la communauté médicale. L'apparition du phénomène des déserts médicaux d'un côté et l'intégration européenne de l'autre ont pu susciter un élan réformateur censé satisfaire la demande. Pourtant, dans les faits, il ne semble pas que la formation médicale ait subi le changement souhaité. En effet, les mêmes reproches sont régulièrement formulés à l'encontre des médecins et de leur formation théorique, qui n'auraient pas su s'adapter aux nouvelles exigences de patients inscrits, parfois malgré eux, dans une société de consommation aux codes spécifiques. Ainsi, la forte sélection qui caractérise les études de médecine et en fait l'une des formations les plus prestigieuses de notre pays ne semble plus capable de justifier, à elle seule, les inadéquations entre la demande de soins et la réponse offerte par les médecins. Puisque l'intégration de la formation médicale française au sein d'un espace européen de l'enseignement supérieur n'a pas permis d'assouplir le système sélectif de notre pays, d'autres pistes doivent être étudiées comme, d'une part, une meilleure adaptation de la formation médicale (Paragraphe 1) et, d'autre part, le développement d'alternatives à la sélection offerte par la Paces (Paragraphe 2), afin d'opérer un réel renouvellement de la médecine en France.

Paragraphe 1 : Une formation médicale inadaptée ?

Si la répartition de l'offre de soins ou les modes d'exercice choisis par les médecins ne satisfont pas les besoins, sans doute faut-il s'interroger sur l'adéquation de la formation médicale à ces besoins. Dès lors, deux pistes principales s'offrent à la réflexion : d'abord la possibilité de modifier le contenu de la formation médicale (A), ensuite celle de modifier le profil des étudiants admis à poursuivre des études de médecine (B).

A) Modifier le contenu de la formation médicale

Souvent décriée, la formation médicale est facilement réduite à ses aspects scientifiques et accusée de contribuer à la fabrication de médecins techniciens, dénués de qualités humaines. Au-delà de la caricature, il semble en effet possible de mettre en évidence la place prépondérante laissée aux sciences dures dans le cursus médical, au détriment des sciences humaines, dont l'importance, bien qu'en hausse, reste marginale.

1. Une place prépondérante des sciences dures

Pour réduire au maximum le risque de développer une médecine déshumanisée et technicisée à outrance, certains auteurs font la proposition radicale de restructurer entièrement

la formation de nos futurs médecins, à travers par exemple la mise en place d'une année préparatoire aux études médicales⁴⁷⁴. Il s'agirait pour les futurs étudiants en médecine d'une année transitoire, « post-bac et pré-universitaire »⁴⁷⁵, pendant laquelle les métiers de la santé leur seraient présentés, ainsi que les différentes orientations possibles. Mais, sans aller jusque-là, une réflexion sur le contenu de la formation offerte aux futurs médecins constitue déjà une piste d'amélioration pour l'avenir de la profession. La critique la plus souvent formulée à l'encontre de la formation médicale réside dans la prépondérance des aspects scientifiques abordés, notamment au cours de la première année d'études, qui peut parfois être perçue comme une simple prolongation du programme de Terminale S.

En ce sens, la réforme de la Paces introduite en 2009 avait notamment pour but de recentrer cette première année commune aux études de santé autour de disciplines plus spécifiques aux métiers de la santé. Jusqu'à la réforme, la sélection se faisait essentiellement sur des matières scientifiques telles que la chimie organique, la biologie cellulaire et la physique qui sont, il faut le dire, bien loin des compétences attendues de la part d'un dentiste ou d'un médecin en exercice. Pourtant, le changement tant espéré n'a pas eu lieu, car derrière les titres prometteurs que portent les différentes unités d'enseignements de la Paces, se cachent en réalité exactement les mêmes disciplines. Ainsi, dans le cadre de la réforme, le premier semestre regroupe quatre UE, dont les intitulés parfois énigmatiques ne suffisent pas à dissimuler l'absence d'originalité. L'UE 1, intitulée « Atomes-biomolécules-génome-bioénergétique-métabolisme », regroupe en réalité des matières comme la biologie cellulaire ou la chimie. L'UE 2, intitulée « La cellule et les tissus » tourne essentiellement autour de l'enseignement de la biologie, tout en introduisant l'anatomie. L'UE 3, intitulée mystérieusement « Organisation des appareils et des systèmes : Bases physiques des méthodes d'exploration - aspects fonctionnels », concerne essentiellement l'enseignement de la physique et biophysique. Enfin, l'UE 4, intitulée « Évaluation des méthodes d'analyses appliquées aux sciences de la vie et de la santé » comprend un enseignement essentiellement mathématique⁴⁷⁶. En réalité, chaque faculté reste libre du choix des matières, tant que le programme précité est respecté. Dès lors, on assiste bien souvent à une simple reconduction des programmes antérieurs. Bien que le second semestre, parce qu'il se recentre sur l'anatomie et le soin, corresponde plus à ce que l'on peut attendre de la formation d'un professionnel de santé, il n'en demeure pas moins que la physique et les

⁴⁷⁴ VALLANCIEN G., « Le médecin du XXIe siècle. Sa place et son rôle », *Le Débat*, 2011/5, n° 167, p.80-99

⁴⁷⁵ *Id.*

⁴⁷⁶ Annexe « Contenu des unités d'enseignement communes », de l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, JORF n°0266 du 17 novembre 2009, p.19838

mathématiques conservent encore une emprise importante sur le programme et donc sur la sélection. De solides compétences scientifiques sont ainsi toujours attendues de la part des candidats qui entrent en première année, au détriment d'étudiants plus littéraires qui pourtant, ne sauraient être limités dans l'exercice de la profession par leur « carence » en mathématiques. Un psychiatre n'a sans doute pas besoin de connaître les grandes lois thermodynamiques pour exercer correctement son travail...

Au-delà du seul contenu de la formation médicale, dans ses premières années du moins, ce sont finalement les critères de sélection des candidats admis à poursuivre leurs études en deuxième année, dont l'inadaptation est alors dénoncée. Il semble alors que la réforme de 2009, et l'instauration de la Paces, aient contribué au renforcement de l'idée qu'on se faisait déjà d'un étudiant en médecine. Ce dernier doit disposer d'un solide bagage scientifique et doit, pour s'intégrer dans le milieu médical, posséder des connaissances précises en histoire de la médecine⁴⁷⁷. Le problème soulevé ici est que la recherche systématique de l'efficacité dans la sélection s'est peut être faite au détriment d'autres disciplines moins sélectives mais devenues avec le temps indispensables. Ainsi, l'intensité de la sélection à la fin de la première année d'étude repose pour l'essentiel sur la maîtrise des sciences « dures » que sont les mathématiques, les biomathématiques, la chimie théorique et organique, la biochimie, la biologie moléculaire et cellulaire, la physique ou encore la biophysique. Or, ce type de sélection mène nécessairement au recrutement d'étudiants correspondant à un profil-type et contribue à l'appauvrissement de la diversité des pratiques des médecins en exercice. Pour tenter de corriger cet aspect de la sélection médicale, un rapport du Sénat émet quelques propositions, parmi lesquelles, la suppression du concours de fin de première année, pour favoriser une sélection sur dossier ou par concours post-bac et la mise en place d'une spécialisation progressive, par domaine – médical, pharmaceutique, rééducation, soins infirmiers, maïeutique...⁴⁷⁸.

En attendant que de telles réformes soient envisagées, il est intéressant d'observer le mouvement par lequel les revendications pour l'introduction d'une part plus importante de l'enseignement des sciences humaines et sociales se fait progressivement une place dans les discours remettant en cause la formation médicale traditionnelle.

⁴⁷⁷ Une section « histoire » est présente dans les programmes de la Paces, dans laquelle les étudiants sont interrogés sur des dates marquantes et les grands médecins qui y correspondent. Cet examen à l'avantage d'être très sélectif, à défaut peut-être de comporter un réel intérêt pédagogique.

⁴⁷⁸ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.47

2. La part réduite des sciences humaines et sociales

Tant les matières enseignées que les épreuves prévues dans le cadre de la Paces, ne permettent pas un quelconque « apprentissage au jugement et à la décision, qualités indispensables à l'esprit de responsabilité »⁴⁷⁹. Avec des épreuves écrites, essentiellement orientées autour des sciences dures, la critique habituellement formulée à l'encontre de l'enseignement universitaire – selon laquelle, « si l'université crée le savoir et le diffuse, elle ne sait pas enseigner le "savoir-faire" »⁴⁸⁰ – est plus que jamais applicable à la formation médicale offerte durant le premier cycle. D'autres pays ont pourtant su favoriser d'autres modes de sélection. Ainsi, le Canada ou les États-Unis connaissent des formes de sélection plus personnalisées, à travers la mise en place d'épreuves orales ou de tests psychologiques par exemple. Ces méthodes ont pour finalité une meilleure orientation par filière des étudiants, en fonction de leur profil⁴⁸¹. Suivant cette logique, un auteur propose de substituer au *numerus clausus*, une procédure de sélection qui permettrait d'identifier des capacités autres que scientifiques chez les candidats à la profession médicale, comme « la capacité à résoudre un problème scientifique, à identifier un problème psychologique ou social, à formuler un dilemme éthique et à prendre, dans un contexte de conflit de valeurs, une décision judicieuse et réfléchie »⁴⁸².

En effet, les compétences sociales et éthiques des médecins sont de plus en plus sollicitées dans notre société et il paraît légitime de réclamer de la part de nos futurs médecins une formation dans ces domaines. C'est une évolution considérable qu'ont connu, ces dernières années, les rapports patient/médecin. Depuis la consécration des droits des patients par la loi du 4 mars 2002⁴⁸³, une réelle et profonde réflexion a dû être engagée par la profession médicale pour tenter de répondre aux nouvelles exigences des patients, désormais acteurs à part entière du système de soins. Aujourd'hui, des disciplines comme la bioéthique, la philosophie ou la science juridique paraissent nécessaires à la formation des futurs médecins. Pourtant, si le temps du praticien tout puissant est bien révolu et l'échange entre le médecin et son patient est devenu obligatoire, la part offerte à ces enseignements par le programme de la Paces laisse nettement à désirer. Une même UE, intitulée « Santé, société, humanité », entend couvrir, en un semestre,

⁴⁷⁹ JOUQUAN J., « Le choix des étudiants candidats aux études de médecine : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique », *Pédagogie Médicale*, Vol.4, n°1, février 2003, p.5-8

⁴⁸⁰ *Id.*

⁴⁸¹ *Id.*

⁴⁸² *Id.*

⁴⁸³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, p.4118

des enseignements en anthropologie, histoire contemporaine, philosophie, psychologie, droit, sciences économiques ou encore en santé publique. Si l'effort d'intégration de ces disciplines est à saluer, la place minime qui leur est laissée ne permet que difficilement de prendre ces mesures au sérieux. Par ailleurs, les méthodes de vérifications des connaissances, qui reposent essentiellement sur des QCM ou l'apprentissage de passages de textes, par cœur, ne sont pas non plus propices au développement des capacités sociales et humaines des futurs médecins.

Au-delà de l'aspect relationnel de la pratique médicale, la réalité même de l'exercice de la médecine confronte les praticiens à des situations extrêmes, que sont la mort, la maladie, la naissance ou l'urgence. Or, rien dans leur formation ne semble fait pour les aider à y faire face. De même, on ne peut que constater que les professionnels de santé se trouvent de plus en plus souvent au cœur de débats idéologiques, tels que ceux portant sur l'avortement, la procréation médicalement assistée ou encore le droit de mourir dans la dignité et pourtant ils ne disposent pas toujours des armes pour y faire face⁴⁸⁴. Dans un autre registre, les différents scandales auxquels la France a été confrontée ces dernières années, comme celui du Médiateur par exemple, témoignent de l'importance que peut avoir une initiation au droit médical pour les médecins. Entre la connaissance des droits des malades, des obligations des médecins et de la réglementation entourant la prescription de médicaments ou de soins, les futurs médecins auraient tout intérêt à bénéficier d'une réelle initiation à la discipline juridique.

En définitive, le *numerus clausus* et la sélection qui en découle, ont des conséquences non négligeables sur les qualités ou défauts que l'on retrouve ensuite chez nos médecins. Ces derniers sont majoritairement de très bons scientifiques, n'ayant eu que peu l'occasion de développer leurs compétences humaines et sociales, et ont quasi-exclusivement fréquenté des centres hospitaliers universitaires (CHU), au cours de leur formation. Le rapport du Sénat propose ainsi de diversifier la formation des médecins, à travers par exemple la mise en place de cours de gestion, de communication, d'éthique ou d'économie de la santé, pour faire des futurs médecins « de véritables acteurs de santé, autonomes, confiants dans leurs compétences et se sentant responsables de la santé des populations vivant sur le territoire où ils sont installés »⁴⁸⁵. A terme, c'est bien le profil des étudiants recrutés qui semble devoir être modifié.

⁴⁸⁴ De plus en plus de comités d'éthique voient le jour pour aider le médecin à faire face à ces dilemmes au sein des établissements de santé.

⁴⁸⁵ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.48

B) Modifier le profil des étudiants recrutés

Au-delà de la seule formation et de son contenu, parfois jugé trop scientifique, la réflexion opérée concernant la nécessité de réformer les études médicales s'oriente également autour du profil même des étudiants attirés par ce type de cursus, puis admis à en poursuivre l'enseignement. Si la seule étude du profil des étudiants en médecine peut déjà présenter de nombreux intérêts, c'est surtout la mise en évidence d'un profil-type, favorisant la reproduction sociale, qui nous intéresse ici.

1. Un double intérêt à l'étude du profil des étudiants en médecine

Il est possible de déceler une double utilité à l'étude du profil des étudiants en médecine. D'abord, il s'agit d'identifier, d'un point de vue sociologique, qui sera le futur médecin dont pourra profiter la France. Ensuite, connaître l'origine sociale des étudiants ou bien leur parcours scolaire avant d'intégrer l'université, peut surtout permettre une meilleure adaptation de la formation médicale ou bien une modification de la politique publique d'enseignement. En effet, comme nous avons déjà eu l'occasion de l'évoquer⁴⁸⁶, des études et expériences menées à l'étranger ont pu montrer que les mesures les plus efficaces en termes d'amélioration de la répartition de l'offre de soins, sont celles directement intégrées à la formation initiale⁴⁸⁷. Ainsi, du seul point de vue de la lutte contre les déserts médicaux, connaître le profil des étudiants inscrits en médecine, aujourd'hui, a un intérêt certain, notamment si le gouvernement souhaite favoriser l'inscription d'un certain type d'étudiants. Par exemple, l'action publique peut se donner comme objectif de favoriser la sélection d'étudiants, dont l'origine sociale ou géographique rend plus susceptibles de s'installer plus tard dans une zone sous-dotée, simplement parce qu'ils auront été davantage sensibilisés aux enjeux d'une mauvaise répartition de l'offre de soins sur un territoire donné⁴⁸⁸.

C'est en partie l'idée qui a guidé le gouvernement français dans sa démarche de sensibilisation à la médecine générale, lorsque des stages chez les médecins généralistes sont

⁴⁸⁶ Voir *supra*, B. Les mesures incitatives, in Paragraphe 2 : La réponse d'autres Etats aux déserts médicaux, Section 2 : Des moyens de lutte contre les déserts médicaux à l'efficacité limitée, Chapitre 1 : La rigidité de la sélection universitaire française à l'origine du phénomène infernal des déserts médicaux, Titre 2 : La sélection dans l'accès à la profession médicale : d'une pénurie organisée à l'intégration de mécanismes européens, Partie I : La sélection universitaire française ou la restriction de l'accès à la profession médicale.

⁴⁸⁷ BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », *rap. cit.*

⁴⁸⁸ MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *art. cit.*

devenus obligatoires pour tous les étudiants par l'arrêté du 4 mars 1997⁴⁸⁹. Afin que la médecine ne soit pas qu'un art de spécialité, exercé en milieu hospitalier, des mesures sont prises pour rompre les schémas classiques dans lesquels s'inscrivent, parfois malgré eux, les étudiants en médecine. Même si cette obligation met du temps à être réellement appliquée à l'ensemble des étudiants inscrits en deuxième cycle des études médicales⁴⁹⁰, elle entend participer à une transformation des modes d'exercice chez les futurs médecins. De même, une plus forte sensibilisation des étudiants aux déserts médicaux, et un effort de recrutement orienté vers un public issu de ces déserts, pourraient améliorer l'installation future de praticiens dans ces zones spécifiques. En effet, il semblerait que les étudiants en médecine ne fassent pas preuve d'une grande mobilité au sortir du baccalauréat. Ainsi, « en 2013, seuls 11% des primants ont changé de région entre l'obtention de leur baccalauréat et leur entrée en études de médecine [et] dans la majorité des cas (autour de 60 %), il s'agissait d'une mobilité vers une région voisine »⁴⁹¹. Une politique de recrutement ciblée peut donc s'avérer intéressante en termes de politique de santé relative à la répartition de l'offre de soins. Car, en effet, l'observation du profil des étudiants en médecine révèle une réelle homogénéité tendant à la reproduction sociale de toute une profession.

D'abord, et assez logiquement au regard des épreuves de sélection proposées à la fin de la première année d'études, les étudiants s'inscrivant en Paces pour la première fois, sont, à 90%, titulaires d'un baccalauréat scientifique. Cette proportion n'a pas été modifiée par la réforme instaurant la Paces en lieu et place de la PCEM1. En plus de leur appétence scientifique, les étudiants en Paces sont souvent dits « à l'heure » ou « en avance », c'est-à-dire qu'ils ont obtenu leur baccalauréat à 18 ans, voire moins. Ils sont ainsi 87% dans cette situation en 2013, contre 73% du total des inscrits à l'université⁴⁹². Une étude réalisée à la faculté de Nancy sur une période de 10 ans avait confirmé cet état de fait en mettant en lumière le fait que seuls les étudiants titulaires d'un bac scientifique étaient reçus au concours de fin de première année. L'étude révélait ensuite que parmi les étudiants reçus, les mentions « très bien » ou « bien » constituaient des facteurs prédictifs de cette réussite⁴⁹³. Par ailleurs, il semble que l'introduction d'une épreuve de sciences humaines et sociales, pourtant dotée d'un fort coefficient, n'ait en

⁴⁸⁹ Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, JORF n°72 du 26 mars 1997, p.4684

⁴⁹⁰ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.50

⁴⁹¹ FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Études et Résultats*, DREES, juillet 2015, n°927

⁴⁹² *Id.*

⁴⁹³ JOUQUAN J., « Le choix des étudiants candidats aux études de médecine : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique », *art. cit.*

rien influé sur ce résultat⁴⁹⁴. Une seule évolution marquante a pu être décelée par l'auteur de l'étude sur la période étudiée, allant de 1992 à 2001 ; il s'agit de la proportion d'étudiants inscrits, ayant été reçus avec mention au baccalauréat, qui est en constante baisse. En effet, il semble que ce phénomène soit dû à une réorientation des bacheliers avec mention vers les classes préparatoires aux grandes écoles, au détriment des formations universitaires.

En définitive, il nous est possible de dresser le portrait du candidat type à la réussite de la Paces : il s'agit toujours d'un étudiant issu d'une filière scientifique, le plus souvent titulaire d'une mention au baccalauréat. La loi n'a ici pas su faire évoluer les mentalités ; un concours scientifique garantit toujours à ses organisateurs une sélection plus juste et plus simple. La binarité d'un exercice de mathématique est beaucoup moins contestable qu'une dissertation sur la bioéthique, qui laisse forcément plus de place à la subjectivité du correcteur. Il est donc toujours conseillé aux étudiants issus de formations littéraires de se soumettre à une sérieuse remise à niveau avant de tenter le concours de première année. Ces éléments induisent inévitablement un phénomène de reproduction sociale, nettement observable chez les étudiants en médecine.

2. Etudes médicales : entre reproduction sociale et inégalités des chances

Le *numerus clausus* instauré à la fin de la première année d'études médicales se veut être un instrument de sélection égalitaire, offrant les mêmes chances à chacun de réussir. En effet, ce concours a été organisé suivant un triptyque de règles égalitaires, que sont l'objectivité, l'excellence et la réduction des risques. L'objectivité serait atteinte par la nature des épreuves – essentiellement des QCM – et la réduction des risques renverrait à la protection des enseignants contre toute contestation grâce à un principe de neutralité, atteint à la fois par la nature des épreuves et l'anonymat des corrections⁴⁹⁵. Or, sous couvert de principes égalitaires, le *numerus clausus* laisse en réalité apparaître « une sélection profondément inégalitaire socialement »⁴⁹⁶. Il semble en effet que ce soit surtout l'origine sociale qui soit particulièrement discriminée à l'issue de ce concours. Alors que l'université constitue, de manière générale, un vrai marqueur de démocratisation de l'enseignement supérieur sur les trente dernières années,

⁴⁹⁴ KOHLER C., BRAUN M., MARI G., ROLAND J., « Evolution du profil des étudiants ayant passé le concours de PCEM1 à la Faculté de Médecine de Nancy de 1992 à 2001 », *Pédagogie Médicale*, vol.4, n°1, février 2003, p.12-17

⁴⁹⁵ HARDY-DUBERNET A-C., Le ROY F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », in BERTHET T. (Dir.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés*, Céreq, coll. Relief, n° 17, nov. 2006, p.25-34

⁴⁹⁶ *Id.*

la faculté de médecine, au contraire, semble rejeter de plus en plus les étudiants d'origine populaire⁴⁹⁷. Ainsi, en 2015, une étude de la DREES – direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – montre que quatre étudiants sur dix inscrits en Paces sont issus des classes sociales les plus favorisées, faisant des études en santé l'une des formations affichant le plus fort clivage social, juste après les classes préparatoires aux grandes écoles⁴⁹⁸. L'étude révèle également que, parmi les inscrits en Paces, un enfant de cadre a deux fois plus de chance d'intégrer une deuxième année d'étude en santé, qu'un enfant d'ouvrier⁴⁹⁹, sachant que si les chances de réussite sont à peu près identiques concernant le concours de sage-femme, l'écart est de 2,5 concernant la médecine⁵⁰⁰. Cette réalité rejoint le travail élaboré il y a près de trente ans par le sociologue Pierre Bourdieu⁵⁰¹, montrant que les concours d'entrée aux grandes écoles ne faisaient que confirmer une inégalité préexistante à l'épreuve, ce que le concours de la Paces ne dément pas⁵⁰² ; d'autant qu'il semble que le facteur déterminant la réussite ou non à ce concours, ne soit pas à rechercher dans son éventuelle difficulté.

En effet, plusieurs études réalisées auprès du public étudiant montrent que la difficulté attachée au concours du *numerus clausus* est en réalité toute relative. S'il est vrai que seuls 14% des étudiants inscrits pour la première fois au concours de la Paces en 2010 passent en deuxième année et que la moyenne des universités françaises en 2016 propose un taux de 22,1% de réussite sur l'ensemble des étudiants inscrits (doublants et triplants inclus)⁵⁰³, le concours n'est paradoxalement pas perçu comme étant particulièrement difficile par les étudiants. Une étude sociologique sur le ressenti des étudiants concernant le concours de la Paces va même plus loin et surprend par la radicalité des mots employés par les étudiants pour qualifier ce concours, qui peut alors leur apparaître comme « débile, idiot », voire ne constituer qu'en « du bourrage de crâne, de la mémoire, du par cœur »⁵⁰⁴. Ce ressenti peut s'expliquer facilement au regard des

⁴⁹⁷ SAUTORY O., « La démocratisation de l'enseignement supérieur : évolution comparée des caractéristiques sociodémographiques des bacheliers et des étudiants », *Education et formations*, n°74, 2007, p.59

⁴⁹⁸ FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *art. cit.*

⁴⁹⁹ *La Croix*, 22 septembre 2015, « La nécessaire "démocratisation" des études de médecine »

⁵⁰⁰ FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *art. cit.*

⁵⁰¹ Voir les ouvrages fondateurs de cette théorie : BOURDIEU P., PASSERON J-C., *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Les Editions de Minuit, « Le sens commun », 1964, 192p. ; BOURDIEU P., PASSERON J-C., *La Reproduction. Éléments d'une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Editions de Minuit, « Le sens commun », 1970, 284p.

⁵⁰² HARDY-DUBERNET A-C, Le ROY F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », *art. cit.*

⁵⁰³ FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *art. cit.* ; *L'étudiant*, 9 juin 2017, « PACES : le classement 2017 des facs de médecine »

⁵⁰⁴ HARDY-DUBERNET A-C, Le ROY F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », *art. cit.*

notes obtenues par les étudiants, qui bien souvent font état d'un écart de points très faible entre le premier reçu et le premier collé. Ainsi, selon les auteures de l'étude, la difficulté attachée au concours de la Paces ne se jouerait pas sur le niveau d'exigence des connaissances requises, mais sur d'autres facteurs, plus insidieux, comme la quantité de travail, « la motivation, la capacité à gérer le stress, à résister à la pression, la solidité psychique et psychologique »⁵⁰⁵. C'est finalement l'humain plutôt que le scientifique qui est ici jugé. Ce ne sont d'ailleurs pas les candidats les plus brillants scientifiquement, ni les plus altruistes, que le concours sélectionne, mais simplement « les meilleurs pour être médecins »⁵⁰⁶. En ce sens, le concours de la Paces s'apparente réellement à un rituel de passage et montre sa dimension symbolique, ce qui, à terme, parvient à en légitimer l'existence. En effet, les vainqueurs du *numerus clausus* auront en commun d'avoir survécu au « massacre » de la première année et pourront légitimement se considérer comme les élus de la Paces⁵⁰⁷. Une telle compétitivité entre les étudiants favorise nécessairement l'éclosion de préparations privées, proposant un programme intensif, adapté à l'optimisation des chances de réussite des candidats les plus motivés. Mais, ce système de préparations parallèles, parce qu'il implique évidemment des moyens financiers importants, contribue encore davantage au clivage socio-économique entre les étudiants⁵⁰⁸. Une véritable inégalité des chances s'installe ici, entre les étudiants capables de s'offrir les services d'une préparation payante, à l'encadrement strict et au suivi régulier et les autres, qui doivent se contenter des cours dispensés à l'université – dont on sait qu'il laisse une place immense à l'autonomie de chacun – et des différentes formes de tutorat méthodologique et pédagogique mises en place, selon les règlements, soit par des étudiants, soit par les facultés elles-mêmes⁵⁰⁹. De surcroît, il est communément admis qu'une seule année de Paces n'est que difficilement suffisante pour parvenir à se classer en rang utile face au *numerus clausus*. Cette première année d'études en santé réunit ainsi nombre de paradoxes puisqu'il s'agit à la fois d'une année universitaire et d'une année préparatoire, et qu'elle repose sur un système à la fois démocratique et élitiste⁵¹⁰. Malgré ces ambivalences, autant les enseignants que les étudiants peinent à remettre en question cette forme de sélection, dont on s'accorde pourtant à critiquer le fonctionnement. Sans doute faut-il y voir ici la justification du développement intensif

⁵⁰⁵ *Id.*

⁵⁰⁶ *Id.*

⁵⁰⁷ *Id.*

⁵⁰⁸ SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », *rap. cit.*, p.47

⁵⁰⁹ Arrêté du 18 mars 1998 relatif à l'organisation et à la validation du tutorat en premier cycle, JORF n°100 du 29 avril 1998, p.6514, modifié par l'arrêté du 30 novembre 2009 modifiant l'arrêté du 18 mars 1998 relatif à l'organisation et à la validation du tutorat en premier cycle, JORF n°0288 du 12 décembre 2009, p.21503

⁵¹⁰ HARDY-DUBERNET A-C, Le ROY F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », *art. cit.*

d'alternatives à la Paces qui, ces dernières années, permettent aux exclus du *numerus clausus* de passer outre la sélectivité française et ainsi d'affirmer leur droit à devenir des médecins différents.

Paragraphe 2 : Le développement accru d'alternatives à la Paces au profit des exclus du *numerus clausus*

Confrontés depuis sa création, en 1971, à un phénomène d'exclusion, les étudiants échouant à deux reprises au *numerus clausus* ont toujours été contraints de trouver à se réorienter. Des filières de réorientation, particulièrement privilégiées par cette catégorie d'étudiants, ont pu émerger, mais peu de passerelles avaient réellement été aménagées par les pouvoirs publics. Or, les critiques dirigées contre le *numerus clausus* et son fonctionnement particulièrement radical (A) n'ont jamais véritablement cessé, ce qui a progressivement conduit les acteurs institutionnels, universitaires et politiques, à se saisir de la question. Dès lors, passerelles de réorientation et alternatives à la Paces sont développées en réponse à la rigidité de la sélection offerte par le *numerus clausus* (B). Ainsi, plutôt qu'une remise en question de ce dernier, les pouvoirs publics proposent la création de voies alternatives, censées mieux correspondre aux besoins de la société actuelle.

A) Le numerus clausus toujours au centre des critiques

Par son incapacité à sélectionner les meilleurs futurs médecins, plutôt que les candidats les plus compétitifs, son fonctionnement froid et radical dans un contexte de déséquilibre de l'offre de soins, voire son côté injuste pour des étudiants capables de décrocher de bonnes notes mais confrontés à une concurrence trop rude, le *numerus clausus* est le parfait catalyseur des mécontentements entourant la formation médicale et, plus tard, la profession elle-même. Ce mécanisme de sélection apparaît alors comme un système daté, faillible, voire inadapté et effraie par son fonctionnement radical et excluant.

1. Le *numerus clausus*, un système daté, faillible, voire inadapté

Nous avons eu le loisir d'observer qu'il serait réducteur d'assimiler toutes les difficultés rencontrées par le système de soins français à l'existence du *numerus clausus* et à sa rigueur. Toutefois, sans nécessairement remettre en cause son existence même, il paraît légitime de s'interroger sur sa pertinence actuelle, et notamment ses modalités, qui n'ont que très peu évolué depuis 1971, alors même que la société, la profession et les attentes envers la médecine ont elles, nettement changé ces dernières années. La technique et la performance ne suffisent

plus à faire un bon médecin ; il est désormais demandé au praticien d'être doté de qualités humaines, d'écoute, de pédagogie. Pendant ce temps, le *numerus clausus* continue lui de favoriser un recrutement fondé sur des valeurs réductrices, privilégiant la compétitivité, l'individualisme ou encore la seule compétence académique. Il est par ailleurs toujours surprenant de s'apercevoir que les qualités de travail et la maîtrise des connaissances des étudiants inscrits en Paces ne permettent pas d'éviter un certain « gâchis éducatif », dès lors qu'une grande partie des effectifs finit par redoubler, alors même que les notes qu'ils obtiennent ne les placent pas en situation d'échec⁵¹¹. Ainsi, on estime à plus de la moitié, la proportion de primants contraints de redoubler l'année de Paces⁵¹². Cette situation renforce l'idée selon laquelle la première année d'études en santé serait une année post-bac, mais pré-universitaire. Par ailleurs, une revue de la littérature anglaise a montré que les résultats scolaires durant les études secondaires constituaient certes une valeur prédictive intéressante, mais nettement imparfaite⁵¹³. Ces résultats antérieurs permettraient de rendre compte de ceux ultérieurement obtenus en premier et deuxième cycles d'études supérieures dans environ 23% des cas, et seulement 6% des cas concernant le troisième cycle. Or, le concours de fin de Paces s'inscrivant en grande partie dans la continuité du programme de Terminale scientifique, il semble admis de s'interroger sur la valeur ajoutée réelle de cette épreuve en matière de sélectivité, alors même que les résultats observés à son issue sont nettement redondant avec ceux obtenus par les étudiants au cours de leurs années d'études secondaires. Il semble en effet que « les deux procédures identifient, peu ou prou, les mêmes caractéristiques individuelles »⁵¹⁴.

Aussi, les interrogations suscitées par le *numerus clausus* peuvent aujourd'hui se résumer en trois points essentiels⁵¹⁵. D'abord, le sujet est essentiellement abordé sous l'angle de la suppression, pure et simple, de ce mécanisme, considéré comme dépassé et inadapté à la situation actuelle. La suppression du concours est réclamé depuis déjà de longues années, par différentes institutions⁵¹⁶. L'Inspection générale des finances, en 2013, voyait dans cette suppression un moyen de ne pas défavoriser les étudiants français par rapport à leurs camarades

⁵¹¹ JOUQUAN J., « Le choix des étudiants candidats aux études de médecines : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique », *art. cit.*

⁵¹² FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *art. cit.*

⁵¹³ FERGUSON E, JAMES D, MADELEY L., « Factors associated with success in medical school : systematic review of the literature », *British Medical Journal*, 2002/324, p.952-957

⁵¹⁴ JOUQUAN J., « Le choix des étudiants candidats aux études de médecines : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique », *art. cit.*

⁵¹⁵ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.118

⁵¹⁶ MARCHAND M., PESTIEAU P., « Le *numerus clausus* en médecine : pourquoi et comment ? », *art. cit.* ; WALLACH D., *Numerus clausus-Pourquoi la France va manquer de médecins*, *op.cit.*

inscrits dans d'autres pays connaissant un système de sélection différent, jugé moins sévère et potentiellement plus juste⁵¹⁷. Cet argument a d'autant plus de poids que l'on sait que la France est intégrée à l'Union européenne qui permet, comme nous le développerons en détail ultérieurement, une reconnaissance des diplômes. La suppression du *numerus clausus* est ainsi également réclamée par la conférence des doyens de facultés de médecine⁵¹⁸, quand l'Ordre national des médecins se contente d'en demander la réforme⁵¹⁹. En ce sens, c'est ensuite bien souvent l'augmentation du *numerus clausus* qui est réclamée par les acteurs de santé. A cette demande, le gouvernement semble commencer à apporter une réponse, avec notamment l'augmentation accordée pour l'année universitaire 2017-2018, établissant un nombre d'admis de 8 124 étudiants⁵²⁰. Enfin, la question des quotas d'étudiants admis à intégrer une deuxième année d'études en santé est également abordée sous l'angle de l'harmonisation du *numerus clausus*, entre les différents pays de l'Union européenne, afin de prendre en compte les flux intra-communautaires de médecins, mais également d'étudiants. Ce sont notamment l'Académie de médecine et l'Ordre national des médecins qui prônent cette solution⁵²¹.

L'ensemble de ces propositions concourt à démontrer le mécontentement que semble cristalliser le *numerus clausus* tel qu'il existe encore en France⁵²², c'est-à-dire comme un système radical d'exclusion.

2. Le *numerus clausus*, un système radical et excluant

La radicalité du concours du *numerus clausus* est évidemment attachée au nombre élevé d'étudiants exclus des études en santé par ce système. Quand bien même on ne mentionnerait pas les exclus, le nombre d'étudiants ayant dû passer par l'épreuve du redoublement avant de pouvoir accéder à la deuxième année d'études suffit à témoigner de la sévérité du concours. Ainsi, l'étude réalisée à la faculté de Nancy entre 1992 et 2001, précédemment mentionnée, a

⁵¹⁷ INSPECTION GENERALE DES FINANCES, « Les professions réglementées - Tome 1 », Paris, La Documentation Française, 2013, p.51

⁵¹⁸ *Le Monde*, 23 février 2017, « Les doyens des facs de médecine demandent la suppression du *numerus clausus* »

⁵¹⁹ Conseil national de l'Ordre des médecins, « L'Ordre des médecins prend acte de la hausse du *numerus clausus* mais rappelle que cette mesure ne saurait résoudre les problèmes d'accès aux soins dans les territoires », Communiqué de presse, 25 novembre 2016

⁵²⁰ Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2017-2018 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, JORF n°0009 du 11 janvier 2017

⁵²¹ *Le Quotidien du médecin*, 3 novembre 2014, « Comment réguler la démographie au niveau de l'Union européenne ? L'Académie et l'Ordre plaident pour une harmonisation des *numerus clausus* »

⁵²² ROUSSET G., « Fasc. 5 : PRINCIPES COMMUNS. – Accès à la qualification », *art. cit.*

pu montrer que, sur l'ensemble de la période étudiée, ce sont près de 70% des étudiants admis à poursuivre un cursus médical en deuxième année qui étaient en réalité passés par l'épreuve du redoublement. Cette proportion tendait même à s'accroître la dernière année étudiée, avec un taux de 80%⁵²³. Or, malgré les apparences, redoublement ne rime pas ici avec échec puisque tous les étudiants finalement admis justifiaient d'une note supérieure à 10 sur 20 lors de leur premier concours. La rigidité du mécanisme nous apparaît alors clairement.

Chaque année, le *numerus clausus* de la première année de médecine rejette près de 80% des effectifs d'étudiants, or seuls les primants disposent d'un droit au redoublement⁵²⁴. Que deviennent alors ces étudiants qui, certes ne manquent sûrement pas de mérite, mais ont d'ores et déjà épuisé leur droit au redoublement et se retrouvent au mois de juin face à la nécessité de se réorienter ? Ici, la spécificité attachée aux études en santé, revendiquée par les syndicats tant médicaux qu'étudiants dans les années 1970, a finalement eu des conséquences néfastes pour des milliers d'entre eux. L'apparition, puis le durcissement de la sélection, dans la formation des professions de santé les a contraints pendant longtemps, en cas d'échec, à redémarrer une formation depuis le commencement. Ainsi, avant que la réforme de la Paces n'intervienne, on observait qu'après deux années, un tiers seulement des étudiants inscrits en PCEM1, poursuivait des études médicales, quand les deux tiers restants devaient trouver à se réorienter. Parmi ces derniers, un tiers choisissait d'opérer cette reconversion au sein de l'université, donc dans l'enseignement supérieur, ouvert à tous.

Sur l'ensemble des étudiants inscrits dans un parcours de réorientation, après un ou deux échecs au concours de la Paces, près de la moitié poursuit un cursus dans une discipline scientifique ou sportive (STAPS⁵²⁵), alors que 12,6% préfèrent les lettres et sciences humaines, 11,3% le droit, 7,3% un IUT et 5,3% l'enseignement de l'économie ou la gestion. Finalement, seuls 6,2% restent inscrits dans une filière médicale et 7,3% en études pharmaceutiques⁵²⁶. Par ailleurs, très peu d'étudiants en viennent à totalement abandonner les études supérieures. On constate en outre, assez logiquement, que 5,5 % des étudiants s'inscrivant dans un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) sont préalablement passés par une Paces, tout comme 48 % des nouveaux inscrits en Institut de formation en kinésithérapie – sachant qu'il s'agit d'un passage obligatoire pour certains instituts. Ce sont ensuite 10% des inscrits pour devenir

⁵²³ KOHLER C., BRAUN M., MARI G., ROLAND J., « Evolution du profil des étudiants ayant passé le concours de PCEM1 à la Faculté de Médecine de Nancy de 1992 à 2001 », *art. cit.*

⁵²⁴ Des dérogations restent possibles mais sont à la discrétion des doyens de facultés.

⁵²⁵ Sciences et techniques des activités physiques et sportives.

⁵²⁶ BROUILLET F., « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », *Note d'information Enseignement supérieur & Recherche*, MESR-SIES, mai 2011, n°11-09

podologues et 20% des futurs manipulateurs radio ou ergothérapeutes qui, de même, sont passés par une Paces⁵²⁷. On ne peut toutefois négliger le fait, relayé par les universités elles-mêmes, que pour environ 30% des étudiants exclus du *numerus clausus*, il n'est pas possible de connaître le parcours ultérieur⁵²⁸.

Au-delà de la seule question de la réorientation, celle du ressenti des étudiants concernés a son importance. Ainsi, différents profils d'étudiants peuvent être décelés et selon eux, différentes orientations, si l'on en croit l'article du *Monde* consacré au sujet. D'après une chargée d'orientation et d'insertion professionnelle de l'université de Poitiers, trois profils se distinguent : « "Ceux qui étaient en Paces car ils apprécient les sciences" auront tendance à se réorienter vers les études de biologie ou de physique. "Ceux qui voulaient aider les autres, dans une démarche de soin", vont vers la psychologie ou les formations paramédicales. Enfin ceux qui "étaient dans cette filière plus pour le prestige ou le métier libéral" peuvent préférer le droit »⁵²⁹. A travers le profil des étudiants recalés de la Paces, se dessine finalement celui des étudiants en médecine, dans leur diversité. Toutefois, au-delà des seules aspirations des étudiants inscrits dans un parcours de réorientation, la capacité à endurer l'échec joue également pour une part importante du choix opéré. En effet, un étudiant ayant échoué en médecine, ne pourra peut-être pas s'imaginer dans une fonction souvent considérée comme subalterne par rapport au médecin, comme celle d'infirmier ou aide-soignant.

Le taux de passage en deuxième année d'études de santé, au bout de deux ans d'inscription en Paces, n'est que légèrement supérieur chez la génération 2010-2011 – donc post-réforme – par rapport à celle de 2009-2010⁵³⁰. Ainsi, la situation des étudiants recalés après deux années de Paces a particulièrement intéressé le gouvernement au moment de la réforme de la formation médicale en 2009, puisque des passerelles se sont développées à leur profit.

B) Réorientations et alternatives à la Paces, ou la réponse à la rigidité de la sélection

Afin d'améliorer la situation des étudiants confrontés à l'échec dans le cadre de la Paces, des passerelles sont mises en place pour permettre aux étudiants de ne pas être contraints de refaire une formation depuis le commencement. Il ne s'agit donc pas ici d'étudier le comportement des étudiants confrontés à l'échec en Paces, mais bien d'observer la réponse

⁵²⁷ CASTERAN SACRESTE B., « La formation aux professions de la santé en 2014 », Document de travail, Série Statistiques, DREES, 2016, n°198, 122p

⁵²⁸ *Le Monde*, 6 février 2017, « Après un échec en fac de médecine, que sont-ils devenus ? »

⁵²⁹ *Id.*

⁵³⁰ BROUILLET F., « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », *art. cit.*

organisée du gouvernement et des institutions concernées, c'est-à-dire des universités, face à l'absence de réorientation qui prévalait pendant un temps au sortir d'une première année d'études en santé. Ces initiatives institutionnelles concernent également le développement d'un autre phénomène ; celui des alternatives à la Paces, qui permettent un recrutement différent, axé sur des profils d'étudiants spécifiques, éloignés des profils habituels en médecine. Ces mécanismes permettent un contournement institutionnel du *numerus clausus*, tout en en préservant la rigidité et l'utilité, dans le cadre d'un recrutement classique d'étudiants portés vers des études en santé.

1. L'institutionnalisation de la réorientation des déçus de la Paces

Dès 1972, soit quasi-concomitamment à la mise en place du *numerus clausus*, est créé le diplôme universitaire de biologie (DUB), destiné en priorité aux étudiants ayant échoué au concours de première année de médecine. La création de ce diplôme permet au gouvernement de l'époque, accusé d'avoir mis en place une « sélection-couperet » en fin de première année de médecine, d'arguer du contraire et d'insister sur le fait que ces jeunes, certes déçus, « ne se trouvent nullement sans issue »⁵³¹. Car, en effet, c'est là toute la difficulté que comporte la mise en place d'un système aussi sélectif que le *numerus clausus*, qui peut écarter des études de bons éléments, recalés simplement par manque de places et non par manque de qualité ou de capacité. Aussi, le fait d'éviter au maximum que des étudiants inadaptés aux cursus médicaux ne perdent leur temps, est un objectif essentiel des politiques publiques depuis plusieurs années. Puisque seuls 3% des primants recalés abandonnent définitivement les études supérieures, des facilités de réorientation doivent être prévues pour les autres⁵³², c'est-à-dire pour l'écrasante majorité des étudiants.

Dans ce sens, les universités elles-mêmes mènent un véritable combat pour tenter de reclasser au mieux les étudiants en situation d'échec en fin de première année. Des accords sont ainsi passés entre facultés pour permettre aux étudiants d'obtenir des équivalences en deuxième année de biologie, de chimie, de physique, voire de droit, puisqu'aucune règle ne vient limiter les possibilités offertes aux doyens et que le principe est celui de la négociation. Ainsi, « la reconnaissance des performances des "reçus-collés" [...] fait l'objet de tractations entre les doyens de médecine et leurs confrères des autres UFR, pour faire reconnaître leurs notes et leur

⁵³¹ DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, op. cit., p.138

⁵³² FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », art. cit.

permettre de faire un DEUG en un an »⁵³³. Avant même que le législateur ne s’empare de la question, de nombreuses facultés prévoyaient d’ores et déjà des passerelles de réorientation pour leurs étudiants en fin de PCEM1.

Néanmoins, c’est bien la réforme de la Paces qui institutionnalise ces possibilités de réorientation⁵³⁴. Plusieurs articles de l’arrêté du 28 octobre 2009 prévoient ainsi différentes modalités de réorientation⁵³⁵, à travers l’obligation faite aux universités d’organiser des passerelles soit à la fin du premier semestre, soit après le second semestre, voire à l’issue d’une seconde première année. Toutefois, afin de laisser aux universités le temps d’appliquer la réforme, les mécanismes de réorientation sont intégrés dans les mesures transitoires de la Paces et ne deviennent ainsi obligatoires qu’à la rentrée 2012-2013. Ce sont surtout les réorientations devant intervenir à l’issue du premier semestre de la Paces qui rendent le mécanisme plus complexe. En effet, l’arrêté prévoit que, tout au plus, 15% des étudiants les moins bien classés au concours du premier semestre⁵³⁶, soient obligatoirement réorientés⁵³⁷. Cette nouveauté vise évidemment à réduire le nombre d’étudiants en situation d’échec au moment du concours de fin de première année d’études en santé. L’un des principaux objectifs de la Paces, outre l’harmonisation européenne initialement visée, était effectivement de « favoriser les réorientations en cas d’échec à ce concours particulièrement sélectif »⁵³⁸. L’introduction des mécanismes de réorientation permet ainsi, tout en maintenant intact le principe du *numerus clausus*, d’encourager et de valoriser les réorientations. L’Etat peut ainsi, malgré l’apparente contradiction, tout à la fois encourager une sélection stricte et radicale et prévoir les moyens de sortir de l’échec qu’elle peut induire.

L’Etat est par la suite allé encore un peu plus loin dans cette démarche, en lui offrant une consécration législative. La loi du 22 juillet 2013⁵³⁹ reprend ainsi l’idée d’une réorientation obligatoire, précoce, à la fin du premier semestre, pour un pourcentage déterminé d’étudiants n’étant pas susceptibles d’être classés en rang utile en fin de première année. Elle ajoute à ce

⁵³³ HARDY-DUBERNET A-C, Le ROY F., « La discrimination élective, l’exemple du concours de première année de médecine », *art. cit.*

⁵³⁴ Loi n°2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d’une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, JORF n°0156 du 8 juillet 2009, p.11472

⁵³⁵ Il s’agit essentiellement des articles 5 et 9 de l’arrêté.

⁵³⁶ Article 5

⁵³⁷ Fédération des Associations Générales Étudiantes (FAGE), *Contribution sur la Première Année Commune aux Etudes de Santé*, p.17 (<http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/contribPACES.pdf>)

⁵³⁸ ONDPS, « La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d’étudiants. Le *numerus clausus* des trois professions médicales et des pharmaciens », *rap. cit.*, p.21

⁵³⁹ Article 39 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l’enseignement supérieur et à la recherche, JORF n°0169, 23 juillet 2013, p.12235

mécanisme la possibilité d'une réorientation facultative pour les étudiants se situant au-delà de ce pourcentage, sachant qu'il revient à chaque fois à l'université d'organiser ces passerelles et d'assurer aux étudiants une possibilité d'inscription dans une formation autre, dès l'année universitaire en cours. Il existe ainsi une multitude d'opportunités pour les étudiants confrontés à un échec au cours ou en fin de Paces, soit dans le cadre de formations paramédicales, soit dans des filières n'ayant plus aucun lien avec le milieu médical.

Comme l'était la PCEM1, la Paces constitue, pour certaines formations paramédicales, une véritable porte d'entrée. En effet, certaines formations prévoient un nombre de places réservées aux étudiants reçus-collés de la Paces. Aujourd'hui, six formations sont concernées par ce phénomène : celle de masseurs-kinésithérapeutes⁵⁴⁰, de techniciens de laboratoire médical, de manipulateurs en électroradiologie médicale, d'ergothérapeutes, de pédicures-podologues et de psychomotriciens. La part des places réservées aux étudiants ayant validé une Paces varie suivant les formations considérées, mais elle peut aller jusqu'à 60 % pour la formation de masseur-kinésithérapeute⁵⁴¹. Hors du milieu médical, de nombreuses perspectives s'offrent aux étudiants recalés de la Paces mais ayant validé, ou non, leur année. Si l'on s'intéresse à l'université d'Aix-Marseille, des passerelles sont prévues vers l'IUT⁵⁴², les écoles d'ingénieurs, la faculté des Sciences et du Sport, ou encore les facultés des Sciences, de Lettres, d'Economie, voire de Droit⁵⁴³. Des conditions différentes peuvent être exigées de la part des étudiants ; ils peuvent avoir validé la Paces avec une moyenne supérieure à 10 sur 20, ne justifier que d'une moyenne supérieure à 8 sur 20, voire moins mais être alors reçus sur dossier, voire entretien de motivation. Ces conditions dépendent des négociations intervenues entre les doyens des différentes facultés concernées, au bénéfice des étudiants, dont l'objectif reste d'intégrer une formation directement au niveau de la Licence 2, moyennant parfois une sérieuse remise à niveau.

⁵⁴⁰ Cette année préalable à l'intégration du cursus de masseurs-kinésithérapeutes est même devenue obligatoire à la rentrée 2016-2017 puisque désormais, l'étudiant en kiné doit être passé par une première année de Paces, une première année de licence en sciences, mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) ou dans le domaine sciences, technologies, santé. Arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, JORF n°0140 du 19 juin 2015, p.10086

⁵⁴¹ « La PACES, porte d'entrée 12 des études médicales en France », in BARLET M. MARBOT C. (Dir.), « Portrait des professionnels de santé - édition 2016 », *rap. cit.*

⁵⁴² Elles concernent aussi bien des DUT en Génie Biologique, Technique de Commercialisation, Gestion des Entreprises et des Administrations, Chimie, Mesures Physiques.

⁵⁴³ Brochure « Réorientation au terme de l'année 2016-2017 des étudiants inscrits en PACES », AMU, SUIO (Service universitaire d'insertion et d'orientation), mai 2017 : https://suiio.univ-amu.fr/sites/suiio.univ-amu.fr/files/Paces_mai_2017.pdf

Au-delà des passerelles dirigées de la Paces vers des formations alternatives, la loi de 2013 prévoit également des alternatives à la Paces, permettant aux étudiants inscrits dans certains parcours, de se réorienter en intégrant la faculté de médecine.

2. Les alternatives à la Paces : l'existence de passerelles permettant d'intégrer la faculté de médecine en échappant au concours

Des passerelles, que l'on qualifie de « classiques », existent depuis déjà de nombreuses années pour permettre l'admission, dans la formation médicale, d'étudiants venant d'autres horizons. Mais, ces dernières années, l'idée d'élargir le profil des futurs médecins a donné naissance à diverses expérimentations devant encore faire leurs preuves.

a) *Des passerelles classiques d'admission en deuxième et troisième année d'études de santé*

Avant même la réforme de la Paces, des possibilités étaient offertes aux facultés de médecine pour recruter des étudiants faisant état de formations variées et ainsi diversifier le profil des futurs médecins. Un arrêté de 1993⁵⁴⁴ permettait ainsi le recrutement d'ingénieurs des Grandes Ecoles, d'élèves des Ecoles Normales Supérieures, titulaires de leur diplôme⁵⁴⁵, voire d'un doctorat. Un jury d'admission décidait alors du sort du candidat qui pouvait, à terme, intégrer une première année de deuxième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et être ainsi exempté du premier cycle d'études et de l'épreuve du *numerus clausus*. Toutefois, il s'agissait là d'un type de passerelle exceptionnel.

Puis, dès 2006, la réflexion autour de l'application du système LMD aux études médicales a mis en évidence la possibilité de prévoir l'intégration d'étudiants au profil diversifié au sein du cursus médical, par le biais de passerelles spécifiques. Contrairement aux mécanismes existant avec l'arrêté de 1993, l'idée est ici de créer un accès direct au niveau Licence, voire Master, à destination d'étudiants venus d'horizons divers et variés, comme les Sciences Humaines et sociales, le Droit, ou bien les Sciences biologiques, physiques, chimiques ou mathématiques⁵⁴⁶. L'objectif de cette réflexion spécifique, menée en amont de la mise en œuvre de la réforme LMD, est bien entendu « d'enrichir l'origine des étudiants souhaitant suivre des études dans le domaine de la Santé », tout en respectant à la fois la sélection du

⁵⁴⁴ Arrêté du 26 mars 1993 relatif aux modalités d'admission en première année de deuxième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques des candidats n'ayant pas effectué le premier cycle correspondant, JORF n°77 du 1 avril 1993, p.5874

⁵⁴⁵ THULLIEZ C., « Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD », *rap. cit.*, p.14

⁵⁴⁶ *Id.*, p.13

numerus clausus et le niveau d'excellence de la formation médicale⁵⁴⁷. La Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD, ainsi missionnée par les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, a également imaginé l'intégration des titulaires d'un doctorat au mécanisme de passerelles, et notamment des titulaires d'un doctorat en biologie ou en sciences biomédicales. La Commission envisage par ailleurs la mise en place de passerelles à destination des professions paramédicales, pour les titulaires d'un diplôme de niveau Master, justifiant d'une expérience professionnelle⁵⁴⁸. Le flux entrant ainsi envisagé représenterait une proportion limitée du *numerus clausus*, afin de respecter la logique gouvernementale de maîtrise des dépenses de santé. Ces travaux ont donné naissance, par la suite, à plusieurs passerelles, toujours d'actualité aujourd'hui.

Ce sont deux arrêtés du 26 juillet 2010 qui, sur le fondement de la loi de 2009 instaurant la Paces⁵⁴⁹, ont organisé l'admission en deuxième et troisième années des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme⁵⁵⁰. Ces deux textes, aujourd'hui abrogés et regroupés dans leurs dispositions dans un arrêté du 24 mars 2017⁵⁵¹, prévoient différentes passerelles, tantôt innovantes, tantôt reprenant l'existant. On trouve ainsi une passerelle « classique », pour laquelle les étudiants doivent être titulaires d'un Master, ou d'un grade Master et une passerelle « droit au remords », déjà évoquée au cours de nos développements⁵⁵², permettant d'intégrer une deuxième année d'études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de maïeutique. Il existe également une passerelle « classique » à destination des titulaires d'un Doctorat, ou d'un grade de docteur, permettant l'intégration directe d'une troisième année d'études en santé. La condition de diplôme n'est évidemment pas suffisante pour espérer intégrer la faculté de médecine en contournant ainsi le principe du *numerus clausus*. Au-delà du dépôt d'un dossier de candidature particulièrement exhaustif, comprenant notamment deux attestations sur l'honneur précisant l'une le nombre d'inscriptions en Paces, l'autre, le nombre de candidatures déjà effectuées dans le cadre de cette procédure de

⁵⁴⁷ *Id.*

⁵⁴⁸ *Id.*, p.14-15

⁵⁴⁹ Et notamment sur son article 1, loi n°2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, JORF n°0156 du 8 juillet 2009, p.11472

⁵⁵⁰ Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF n°0202 du 1 septembre 2010, p.15943 ; Arrêté du 26 juillet 2010 relatif aux modalités d'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF n°0202 du 1 septembre 2010, p.15944

⁵⁵¹ Arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme, JORF n°0094 du 21 avril 2017

⁵⁵² Voir Titre II, Chapitre 1, Section 1, Paragraphe 2, A., 1), b) *Les mesures touchant les ECN.*

contournement⁵⁵³, chaque candidat retenu sur dossier est convoqué à un entretien individuel devant un jury composé de directeurs de formation et de recherche dans les différentes filières concernées par la passerelle. Le nombre de candidats admis à passer un entretien individuel est particulièrement restreint et ne peut dépasser le double du nombre de places offertes sur l'ensemble du territoire, ce qui, à termes, offre un taux d'admission particulièrement bas pour cette voie d'accès aux études en santé. Dans tous les cas, ce dispositif de passerelle ne peut être utilisé que deux fois par chaque candidat.

Aux côtés de ces passerelles, a été créée une voie spécifiquement ouvertes aux paramédicaux, à travers l'instauration d'un *numerus clausus* qui leur est réservé. Ils peuvent, dès lors qu'ils sont diplômés et exercent depuis au moins deux ans, s'inscrire en Paces et participer aux différents concours, qui leur réservent des places spécifiques⁵⁵⁴. On parle de places « complémentaires »⁵⁵⁵. Toutes ces possibilités sont désormais regroupées dans l'arrêté du 24 mars 2017. A côté de ces passerelles désormais considérées comme classiques, des mesures expérimentales sont en vigueur depuis quelques années, et ce jusqu'en 2019, pour continuer d'élargir le profil des étudiants admis à poursuivre des études médicales par le biais de passerelles entre différents cursus universitaires.

b) Des passerelles expérimentales pour un accès direct en licence de santé : accélérer la diversification du profil des professionnels de santé ?

Aujourd'hui, l'ensemble des mécanismes évoqués jusque-là peut être considéré comme appartenant à un dispositif classique de passerelle, ce qui n'est pas le cas des nouvelles possibilités désormais en vigueur qui, elles, empruntent la voie expérimentale. L'article 39 de la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche⁵⁵⁶ entend diversifier le profil des étudiants en médecine, en ouvrant une possibilité d'admission directe en deuxième ou troisième année des études de santé, pour des étudiants ayant suivi et validé une à trois années d'une « licence adaptée » dans un même établissement. Cette passerelle vise donc l'intégration, au plus tôt, d'étudiants venant d'horizons variés, dans un cursus de santé. La sélection se fait sur dossier et entretien et une part des places du *numerus clausus* est réservée à ces étudiants. Ces nouvelles passerelles garantissent à tous les étudiants deux chances

⁵⁵³ Voir article 3 de l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

⁵⁵⁴ Cette passerelle existe depuis l'arrêté du 25 mars 1993 relatif au nombre d'étudiants admis à la fin de la première année du premier cycle à poursuivre des études médicales, JORF n°74 du 28 mars 1993, p.5168

⁵⁵⁵ Elles sont réservées aux titulaires d'un diplôme d'État de sage-femme, d'infirmier, d'ergothérapeute, de masseur-kinésithérapeute ou encore de psychomotricien, pédicure-podologue, etc.

⁵⁵⁶ Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, JORF n°0169, 23 juillet 2013, p.12235

d'admission aux études de santé et sont prévues et encadrées par deux textes réglementaires⁵⁵⁷. Sept universités se sont d'abord portées volontaires et ont proposé des voies d'admission directe en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou maïeutiques, validées par arrêté ministériel⁵⁵⁸. Il s'agit donc de prévoir des passerelles entre des licences dites « adaptées » et un cursus médical, odontologique, de sage-femme ou pharmaceutique. C'est-à-dire que toutes les licences ne sont pas concernées par ces passerelles car elles doivent mettre en œuvre un programme spécifique, ou du moins des modules spécifiques. Par exemple, c'est la licence « sciences pour la santé » qui ouvre cette voie d'accès à l'université de Rouen, et la licence « sciences du vivant » à l'université de Strasbourg⁵⁵⁹.

En 2014, ce sont donc quatre projets, répartis entre sept universités, qui ont été retenus par le gouvernement, dont le plus ambitieux est sans aucun doute celui de l'université d'Angers qui a tout simplement supprimé la Paces pour la remplacer par une licence pluri-santé, dite « pluriPASS »⁵⁶⁰, parcours pluridisciplinaire proposant une spécialisation « en douceur », étalée sur trois ans. Ainsi, un étudiant ayant validé la L1, peut accéder aux épreuves d'admission (écrites et orales) en deuxième année de dentaire, médecine, pharmacie ou sage-femme, qui donnent accès à 75% des places, et celui qui échoue peut tout de même poursuivre un 3^e semestre de licence pluriPASS et retenter sa chance aux épreuves – qui donnent alors accès aux 25% de *numerus clausus* restant – ou rejoindre une autre L2, voire ensuite continuer en master, en écoles d'ingénieurs ou de commerce⁵⁶¹.

La rentrée 2015 a vu trois nouvelles expérimentations validées par le gouvernement, celles des universités d'Auvergne, de Poitiers et Tours⁵⁶². Puis ce sont finalement 18 universités

⁵⁵⁷ Il s'agit d'une part du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, JORF n°0045 du 22 février 2014, p.3184 et d'autre part, de l'arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, JORF n°0045 du 22 février 2014, p.3186

⁵⁵⁸ Arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, JORF n°0045 du 22 février 2014, p.3186

⁵⁵⁹ Article 5 de l'arrêté du 20 février 2014.

⁵⁶⁰ *L'Etudiant*, 3 décembre 2013, « L'UA : un coup d'avance sur les études de médecine » (<http://www.letudiant.fr/etudes/fac/l-universite-d-angers-la-fac-qui-fait-pousser-ses-etudiants/l-ua-un-coup-d-avance-sur-les-etudes-de-medecine.html>)

⁵⁶¹ *L'Etudiant*, 7 mars 2014, « Licence santé : les sept expérimentations retenues publiées au JO » (<http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/licence-sante-les-7-experimentations-publiees-au-journal-officiel.html>)

⁵⁶² *L'Etudiant*, 3 décembre 2014, « Licence santé : trois nouvelles expérimentations pour la rentrée 2015 » (<http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/licence-sante-3-nouvelles-experimentations-pour-la-rentree-2015.html>)

qui sont aujourd'hui impliquées dans une telle démarche⁵⁶³. Des modèles commencent ainsi à émerger⁵⁶⁴, dont « Alter Paces », adopté par plusieurs universités parisiennes et dès la rentrée 2017, l'université d'Aix-Marseille, avec deux licences adaptées, en Science de la vie et Chimie. Il s'agit en effet, pour chaque université, d'établir la liste des licences éligibles à l'accès direct en deuxième année d'études de santé. Ainsi, une licence en droit ou en psychologie est éligible à Alter Paces à l'université Paris Descartes⁵⁶⁵. Ces expérimentations doivent donner lieu à un rapport d'évaluation et prendre fin en 2020. On saura alors si l'objectif de diversification des profils étudiants admis dans les études de santé est atteint par ce type de dispositifs, qui existent en parallèle de la Paces, mais ne présentent pas de caractère contraignant puisque des places vacantes peuvent subsister et être ensuite réinjectées dans le *numerus clausus* classique. En ce sens, la hausse du *numerus clausus* adoptée pour l'année 2017-2018, permet en réalité à certains doyens d'expérimenter ces alternatives à la Paces, tout en conservant le nombre de places jusque-là ouvertes au concours⁵⁶⁶.

CONCLUSION DE CHAPITRE

L'intégration de la France au sein de la Communauté européenne, puis l'harmonisation des législations qu'elle entraîne ont suscité à la fois craintes et espoirs autour de la question de la fin éventuelle du *numerus clausus*. Quand la communauté médicale a pu craindre que les principes égalitaires et libertaires de la Communauté ne viennent s'opposer au maintien du système sélectif français, les jeunes candidats aux études de médecine ont plutôt manifesté leur espoir de voir se réaliser un tel scénario. En effet, si l'objectif de la Communauté européenne, puis de l'Union, était une uniformisation du paysage universitaire sur l'ensemble du territoire, la fin du *numerus clausus* était à craindre, tant ce mécanisme est particulier. Il donne un caractère spécifique aux études médicales tant sur le plan européen, où un tel mécanisme n'existe pas dans de telles proportions, que sur le plan national, où aucune formation de l'enseignement supérieur ne connaît un tel système.

⁵⁶³ Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 20 février 2014 modifié relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, JORF n°0107 du 6 mai 2017

⁵⁶⁴ *L'Étudiant*, 25 novembre 2016, « Les universités cherchent toujours une alternative à la Paces » (<http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/experimentations-en-Paces-le-ministere-lance-un-3e-appel-a-projets.html>)

⁵⁶⁵ Présentation de la liste des licences éligibles à AlterPaces : <http://orientationactive.parisdescartes.fr/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/Liste-des-licences-%C3%A9ligibles-%C3%A0-Alter-Paces-1.pdf>

⁵⁶⁶ *L'étudiant.fr*, 13 décembre 2016, « Exclusif. *Numerus clausus* en médecine : comment sont réparties les places en plus ? », art. cit.

Finalement, le *numerus clausus* subsiste à l'intégration européenne, mais la formation médicale n'en sort pas indemne pour autant ; une réforme, tant du contenu que des passerelles possibles, est nécessaire. La place et la perception du médecin a changé dans la société contemporaine et la formation médicale doit donc évoluer en conséquence. Dans un contexte de véritable concurrence européenne, la formation médicale française ne pas se permettre d'apparaître comme étant obsolète.

Aussi, la modification du contenu de la formation médicale et le développement de réelles alternatives au passage obligatoire par le *numerus clausus*, répondent finalement aux exigences contemporaines, nées d'une situation concurrentielle.

CONCLUSION DE TITRE

Face au phénomène des déserts médicaux, plusieurs solutions peuvent être envisagées, mais aucune ne semble, à elle seule, suffisante. L'observation des solutions mises en œuvre à l'étranger nous apprend en effet, que la seule augmentation de la quantité de nouveaux médecins formés, ne peut pas, de manière isolée, suffire à provoquer un bouleversement du paysage sanitaire et finalement endiguer un déséquilibre de l'offre de soins. Le *numerus clausus* français ne peut donc légitimement pas faire figure de seul responsable de la situation déséquilibrée de l'offre de soins sur le territoire national. Certes, son augmentation peut sembler nécessaire au regard de la – trop – longue politique publique ayant favorisé sa baisse pendant de longues années, mais cela ne saurait suffire à provoquer le bouleversement attendu par tous. En revanche, l'augmentation du *numerus clausus*, couplée à d'autres mesures plus innovantes, peut constituer un début de solution.

Sur ce point, la France bénéficie du modèle de pays étrangers, plus novateurs. C'est là que l'idée de moderniser la formation médicale apparaît et convainc, progressivement, de la nécessité de réformer le système sélectif français. En effet, la France ne peut pas se permettre de conserver son modèle, rigide, de sélection et formation médicales. Une ouverture de ces formations à des profils plus variés peut constituer un élément de solution contre le développement des déserts médicaux.

L'essor des alternatives à la Paces, à travers les nombreuses passerelles ouvertes aux étudiants déjà engagés dans une voie autre que la médecine ou une autre discipline de santé, accompagne cette évolution des formations en santé. Or, cette évolution s'inscrit parfaitement dans le paysage européen et sa logique, où reconnaissance mutuelle des diplômes et principe

de non-discrimination offrent toujours plus d'opportunités aux étudiants de l'Union, mais les placent également en situation de forte concurrence.

La France semble donc avoir appris de ses travers et paraît désormais vouloir prendre toute sa place dans une Europe des formations médicales à l'offre variée.

CONCLUSION DE PARTIE

Née de la nécessité de maintenir une haute qualité des études médicales et de la crainte des médecins en exercice de l'explosion d'une concurrence grandissante, la sélection universitaire opérée par l'instauration du *numerus clausus* dans les années 1970, est d'abord globalement acceptée. En effet, il semble en aller de l'intérêt du plus grand nombre, puisque l'ensemble de la population gagne évidemment à avoir des médecins performants. Toutefois, ce facteur de qualité n'est pas le seul à avoir justifié la mise en place d'un système aussi rigide de sélection, qu'aucune autre formation de l'enseignement supérieur ne connaît par ailleurs. Les motivations économiques à l'origine du *numerus clausus* sont, elles, plus difficiles à défendre publiquement, puisqu'elles assimilent directement les médecins, prescripteurs de soins et de médicaments, à la dépense publique de santé. Toutes les mesures sélectives entourant les études de médecine, loin de n'être qu'un simple gage de qualité, sont également de véritables armes aux mains des acteurs de la politique budgétaire.

La compétence étatique en matière de sélection universitaire tente donc d'allier les intérêts des professionnels de santé, des étudiants mais surtout, de l'Etat en matière de maîtrise des dépenses publiques. Or, ce volet a contribué pendant longtemps à paralyser la politique sélective de la formation médicale, provoquant, à terme, un véritable déséquilibre de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, du fait du manque cruel de praticiens.

Dès lors, des solutions ont su être trouvées afin de proposer un nouveau fonctionnement, plus novateur et ouvert sur le monde extérieur, de la formation médicale et de sa sélectivité. En effet, la France ne peut plus se contenter d'adopter des mesures internes sans s'inquiéter de la réalité européenne, tant le droit de l'Union impacte notre arsenal juridique, et ce même en matière de sélection universitaire. Cette dernière se fait nécessairement moins rigoureuse et peut désormais être aisément contournée, du seul fait de l'appartenance de la France au système intégré de l'Union européenne.

PARTIE II : La sélection universitaire française assouplie et contournée grâce au droit de l'Union européenne

En dépit de l'impact relatif du système sélectif dans l'accès universitaire aux professions médicales sur l'offre de soins dans l'Hexagone, ce dernier a également un impact direct et non négligeable sur le parcours des étudiants français et tout particulièrement sur ceux qui ne parviennent pas à franchir le concours de la Paces. Si depuis l'intégration du système LMD européen ces derniers disposent désormais de possibilités de réorientation à la fin de leurs deux échecs en première année de licence santé, celles-ci sont rarement en phase avec leurs ambitions premières. C'est la directe conséquence du concours adjoint au *numerus clausus*, qui repose sur des critères sélectifs et donc des matières permettant une telle évaluation, mais assez éloignées du domaine médical. Les étudiants qui, souvent, choisissent une orientation médicale par vocation, se retrouvent contraints à devoir choisir entre une licence en biologie, en chimie ou physique, ce qui ne satisfait que rarement.

Aussi, bien des déçus de la Paces cherchent à poursuivre coûte que coûte leurs études médicales et parce que la France ne le leur permet plus, choisissent de candidater auprès d'autres formations au sein de l'Union européenne. Les grands principes du droit de l'Union et notamment le pilier que constitue le principe de libre circulation des travailleurs, offrent aujourd'hui de nouvelles possibilités aux étudiants français désireux de poursuivre une formation médicale, d'obtenir un diplôme, puis par le biais du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes, de revenir en France pour s'y établir.

Mais, la force de ces vocations déçues semble aujourd'hui exacerbée par plusieurs dispositifs privés, qui tentent de mettre à profit cette déception des étudiants, aidés en cela par le principe de libre circulation des travailleurs. L'initiative roumaine de l'université de Cluj, en matière de formation en médecine et en odontologie à destination des français, moyennant un financement conséquent, profite ainsi des possibilités ouvertes par le droit de l'Union.

Aussi, il conviendra de relever les raisons qui ont poussé le législateur européen à consacrer ce dispositif de reconnaissance mutuelle des diplômes, dans cette configuration et suivant quelle effectivité (Titre 1), pour justifier la prolifération de dispositifs à destination des étudiants français souhaitant poursuivre une formation médicale, en échappant au *numerus clausus* (Titre 2).

TITRE 1 : Un droit de l'Union facilitant le contournement de la sélection universitaire française

Dès l'entrée en vigueur du traité de Rome, le système juridique français est forcé d'évoluer. La France est contrainte de se soumettre aux traités de l'UE, qui imposent, entre autres éléments, une liberté de circulation des travailleurs exacerbée⁵⁶⁷, au profit des ressortissants des différents Etats membres. Le système restreint d'accès à la profession médicale français est donc directement mis en concurrence avec ceux mis en place par ses voisins européens.

Si la France est soumise à la libre circulation des travailleurs prônée par l'UE, elle demeure libre dans ses choix pour régler l'accès à la profession médicale sur son territoire mais ne peut imposer son système à ses voisins. Parallèlement, elle est tenue de permettre aux médecins diplômés dans d'autre pays de l'UE, de s'établir librement sur son territoire sans discrimination et sans restriction. Pour la réalisation de cette libre circulation des travailleurs et de leur libre établissement, deux éléments sont indissociables : la reconnaissance mutuelle des diplômes⁵⁶⁸ et le principe de non-discrimination⁵⁶⁹.

Ces deux éléments contribuent à faciliter le contournement des systèmes de sélection français dans l'accès à la profession médicale, puisque comme nous allons le voir, le système de reconnaissance mutuelle des diplômes s'est, au fil des ans, automatisé, facilitant ainsi grandement son effectivité (Chapitre 1). En outre, le principe de non-discrimination vient fortement tempérer l'absence « d'équivalence » des diplômes (Chapitre 2).

⁵⁶⁷ Voir en ce sens : MASSON A., NIHOUL P., *Droit de l'Union européenne, droit institutionnel et droit matériel* Bruxelles, Larcier, 3^e éd., 2011, p.442-446 ; DUBOIS L., BLUMANN C., *Droit matériel de l'Union européenne*, Paris, LGDJ, 6^e éd., 2012, p.66-70 ; OLIVA A-M., *Leçons de droit matériel de l'Union européenne*, Paris, Ellipses, 2013, p.72 s.

⁵⁶⁸ Voir en ce sens ; DUBOIS L., BLUMANN C., *Droit matériel de l'Union européenne*, Paris, LGDJ, 6^e éd., 2012, p.144 ; OLIVA A-M., *Leçons de droit matériel de l'Union européenne*, Paris, Ellipses, 2013, p.104 s.

⁵⁶⁹ Voir le second Chapitre du présent Titre : « Le principe de non-discrimination, garantie supplétive du contournement de la sélection universitaire française ».

CHAPITRE 1 : L'effectivité de la reconnaissance mutuelle des diplômes, instrument de contournement du *numerus clausus*

Il convient d'abord de revenir sur la différence que nous ferons entre la reconnaissance mutuelle des diplômes et autres titres et ce que l'on appelle l'équivalence des diplômes. Comme nous allons le voir, l'Union prône une reconnaissance mutuelle des diplômes, alors qualifiée de « civile » et non « académique ». La différence se situe dans la finalité recherchée par ces deux notions. Une reconnaissance mutuelle des diplômes « civile », permet *in fine*, au titulaire d'un titre ou diplôme, d'exercer la profession pour laquelle il s'est formé, partout sur le territoire de l'Union. La reconnaissance mutuelle dite « académique » du diplôme, permet à celui qui n'a pas encore terminé ses études et qui ne dispose pas encore de diplôme, de poursuivre ses études dans un autre pays de l'Union⁵⁷⁰. Dans le cadre d'une reconnaissance « académique » du diplôme, chaque étape de formation est alors équivalente. Les diplômes sont équivalents en tant que tels. Or, il n'a jamais été question de donner aux différents diplômes de médecine, à travers l'Union, une valeur équivalente, mais simplement d'être reconnus mutuellement comme suffisants pour accéder à la profession médicale, chaque nation restant libre de considérer sa formation comme étant la meilleure⁵⁷¹.

Si l'ambition de la Commission européenne était au départ de réaliser une véritable harmonisation des conditions d'accès à la profession médicale dans l'Union⁵⁷², ce qui aurait pu nous permettre de parler d'« équivalence des diplômes », l'envergure du principe de reconnaissance mutuelle s'est réduite comme une peau de chagrin, assaillie par les politiques protectionnistes des Etats membres, pour ne laisser apparaître qu'une simple reconnaissance mutuelle des diplômes à vocation « civile », subordonnée à une coordination minimale.

In fine, cette reconnaissance s'est automatisée (Section 1), encouragée par l'arme la plus effective du législateur européen : la directive (Section 2).

⁵⁷⁰ Par poursuivre, il faut comprendre : au même stade. Dans le cadre de la reconnaissance académique des diplômes, un étudiant validant une troisième année en Belgique, entre en quatrième année en France.

⁵⁷¹ ANRYS H., « La libre circulation des médecins », in MASSART-PIERARD F. (dir), *L'Europe de la santé : hasard et/ou nécessité ?*, Louvain-la-Neuve, Eurospectives, 1988, p.131s.

⁵⁷² En ce sens, la notion de coordination, présente dès le traité de Rome à l'article 57 pour la libre circulation des médecins, est toujours présente aujourd'hui à l'article 53 TFUE après le traité de Lisbonne.

Section 1: Une coordination européenne minimale pour une reconnaissance automatique des diplômes

Les professions médicales ont toujours fait l'objet d'une attention particulière de la part du législateur européen. Ainsi, l'article 57 du traité de Rome – devenu entre-temps l'article 47 TCE, puis aujourd'hui l'article 53 TFUE – qui traitait de la reconnaissance mutuelle des titres et qualifications nécessaires à la bonne effectivité de la libre circulation des travailleurs, prévoyait dans sa mouture originelle, un paragraphe 3 spécialement dédié aux professions médicales⁵⁷³. Si depuis cette première rédaction, le système de reconnaissance mutuelle des diplômes s'est considérablement enrichi, les directives « médecins » de 1975⁵⁷⁴ ayant fait place à la généralisation législative du 7 septembre 2005⁵⁷⁵, ce paragraphe a été conservé dans la rédaction du nouvel article 53, issue du traité de Lisbonne. Cela signifie deux choses : d'abord que la libre circulation des médecins et autres professions médicales, demeure l'élément incontournable de la bonne effectivité de la libre circulation des travailleurs, défendue par Bruxelles. Ensuite, que le système mis en place par voie de directive en 1975, conserve son intérêt ; la directive de 2005 ne faisant qu'étendre son fonctionnement aux autres professions.

Deux notions étaient donc mises en avant par le législateur dans la rédaction du 3^{ème} paragraphe de l'article 57 du Traité de Rome comme étant le préambule nécessaire à la réalisation de la libre circulation des médecins sur le territoire européen. La coordination apparaît alors comme une première étape, devant par la suite permettre une reconnaissance mutuelle des diplômes effective.

Ainsi, avant de réaliser la reconnaissance mutuelle de ces diplômes, devaient être non seulement coordonnées les conditions d'accès à la profession, mais aussi, de manière concomitante, les conditions de son exercice. Si l'objet de notre travail se rapporte essentiellement aux conditions d'accès à la profession médicale dans l'Union, il convient de s'attarder un instant sur la coordination des conditions d'exercice. Souhaitée par le législateur européen, mais rapidement abandonnée au profit d'une simple coordination des conditions d'accès, l'absence de coordination des conditions d'exercice des professions médicales a permis

⁵⁷³ « En ce qui concerne les professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, la libération progressive des restrictions sera subordonnée à la coordination de leurs conditions d'exercice dans les différents Etats membres ».

⁵⁷⁴ Directive n°75-362 du 16 juin 1975 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation des services et Directive n°75-363 du 16 juin 1975 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin.

⁵⁷⁵ Directive n° 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

l'automatisme d'une reconnaissance mutuelle des diplômes⁵⁷⁶, qui n'est pas sans conséquences sur la prolifération des voies de contournement du *numerus clausus* français.

C'est en ce sens qu'il convient de s'attarder sur les notions de coordination (Paragraphe 1) et d'automatisme (Paragraphe 2) qui prennent dans le cadre de la reconnaissance mutuelle des qualifications médicales une place considérable.

Paragraphe 1 : La coordination, préalable à l'automatisme de la reconnaissance des diplômes

Une fois n'est pas coutume nous entamerons notre travail sur une citation de Monsieur de CRAYENCOUR au moment des grande réforme sur la libre circulation des travailleurs en précisant que « le plus important des retards apportés à la pleine réalisation de la liberté de circulation pour les professions libérales était l'évolution des idées concernant les notions de coordination et surtout de reconnaissance mutuelle des diplômes au cours de la période allant de 1958, début des travaux, à 1975, date de l'arrêt des premières directives médecin⁵⁷⁷ ». Si l'évolution culturelle ayant accompagné ces notions depuis 1957 relève plus d'une approche socio-politique que véritablement juridique, une définition détaillée de celle-ci (A) nous permet d'envisager sereinement leur articulation (B).

A) La coordination avant la reconnaissance mutuelle

Bien que proches, la coordination, qui doit être vue comme une véritable technique européenne de rapprochement des législations interétatiques, inaugurée avec le Traité de Rome et la reconnaissance mutuelle des diplômes, notion juridique préexistante à l'Union européenne et souvent rencontrée dans d'autres ordres juridiques, ces notions, ces ne peuvent être abordées de la même manière. Il convient donc de s'attarder sur l'importance et le sens que le législateur a voulu accorder à la première, pour ensuite revenir sur la nature de la seconde.

⁵⁷⁶ Voir en ce sens : REILLY L., « Freedom of Establishment in the Internal Market for Medical Specialist », in BOESKEN W.H., KÜHNE H-H., HEUSEL W. (éd), *Postgraduate Studies for Medical Specialists and the Freedom of Establishment for Doctors in the Internal Market*, Köln, Bundesanzeiger Verlagsges, 1994, p.31s. ; La Cour a consacré cette automatisme et son origine dans l'Aff. C-277/93, *Commission c/ Royaume d'Espagne*, 6 décembre 1994, Rec. I-5517, spec. pt. 3 des motifs. Voir en dernier lieu, les conclusions de l'avocat général Léger, présentées le 2 juillet 1998, dans l'Aff. C-131/97, *Annalisa Carbonari e.a., n.p.*, spec. pt. 4 des conclusions.

⁵⁷⁷ DE CRAYENCOUR J-P., *Communauté européenne et libre circulation des professions libérales – reconnaissance mutuelle des diplômes*, Luxembourg, OPOCE, 1982, p.63s.

1. Une coordination à portée minimale, contrainte par la politique protectionniste des Etats membres

a) *Une notion non définie par le Traité*

Cette notion n'est jamais définie par le Traité en dépit de sa présence constante, qui traduit l'importance qu'a souhaité lui donner le législateur. Certaines occurrences de cette notion apparaissent dans le droit d'établissement concernant tant les sociétés⁵⁷⁸, que les régimes spéciaux justifiés par des raisons d'ordre public et de sécurité publique. Lors de l'élaboration du Traité de Rome, la coordination fut entreprise comme un synonyme d'harmonisation, au sens des articles 100 et suivants⁵⁷⁹, mais aujourd'hui la doctrine s'accorde pour affirmer que la coordination n'a rien d'une unification législative⁵⁸⁰. Il faut alors envisager la coordination en fonction du but recherché, c'est-à-dire « la réalisation effective du droit d'établissement »⁵⁸¹, pour en juger la force. Nous ne pouvons donc pas nous attarder sur une simple définition du terme, quand le législateur ne s'est jamais exprimé quand à ce qu'il entend précisément par coordination. En revanche, le législateur est cette fois plus prolifique quant au but accolé à cette notion et sur la force qu'il souhaite lui accorder, ce qui nous permet, dans le cadre de l'article 53 TFUE⁵⁸², d'en comprendre le sens.

La coordination envisagée à l'article 53 TFUE, paragraphe 1, doit être réalisée « afin de faciliter l'accès aux activités non salariées et leur exercice ». Le but recherché par le législateur est ainsi la protection effective de l'égalité de traitement dans l'accès à l'activité⁵⁸³. Ne sont donc ici concernées que les conditions qui tiennent à l'essence même de la notion et non à l'ensemble des conditions économiques ou sociales qui touchent de près ou de loin cette activité⁵⁸⁴. Cette première limite, qui tient à la lettre même du Traité, n'a pas été évidente dès l'origine. On a pu ainsi, s'interroger quant aux projets de directives « médecin » : devait-on accéder à une coordination totale ou bien était-il possible de se contenter d'une coordination partielle ? Si la première solution représentait l'idéal à atteindre, c'est finalement une

⁵⁷⁸ Art. 54, paragraphe 3, sous g), du traité CE, « en coordonnant, dans la mesure nécessaire et en vue de les rendre équivalentes, les garanties qui sont exigées, dans les Etats membres, des sociétés au sens de l'article 58, alinéa 2. Pour protéger les intérêts tant des associés que des tiers ».

⁵⁷⁹ Pour une réflexion générale, voir not. VIGNES D., « Le rapprochement des législations mérite-t-il encore son nom ? », in *L'Europe et le droit. Mélanges en hommage à Jean Boulouis*, Paris, Dalloz, p.533s. ; JEAMMAUD A., « Unification, uniformisation, harmonisation : de quoi s'agit-il ? », in OSMAN F., *Vers un code européen de la consommation*, Bruxelles, Bruylant, 1998, p.35s.

⁵⁸⁰ « Coordination », in CORNU G., *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 2007, p.217 : « Harmonisation », in CORNU G., *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 2007, p.405

⁵⁸¹ CEREXHE E., « Article 57 », in CONSTANTINESCO V., KOVAR R., JACQUE J-P., SIMON D., *Traité instituant la CEE. Commentaire article par article*, Paris, Economica, 1992, p.299 s.

⁵⁸² Article 57 CE puis article 47 TCE

⁵⁸³ NOURISSAT C., *Le régime de la profession médicale en droit communautaire*, Thèse, Lyon III, 1998, 600p

⁵⁸⁴ La question s'était posée notamment concernant la fiscalité.

coordination partielle qui est mise en place, en raison de la crainte exprimée par les professionnels. Les positions des organisations professionnelles associées à l'élaboration des directives sectorielles l'illustrent⁵⁸⁵. Nous remarquerons que les régimes de sécurité sociale, tiennent eux à la nature même de l'activité médicale, comme en atteste le règlement n° 1408/71 du 14 juin 1971⁵⁸⁶.

b) Un objectif de coordination contesté et amoindri

En 1957 à la promulgation du Traité, les dispositions semblaient strictes et claire, pourtant la Commission européenne a adopté une attitude plus pondérée lors de l'adoption du programme général de libération du droit d'établissement en 1960-1961 ; « la coordination sera limitée aux cas pour lesquels elle aboutira réellement à faciliter l'accès ou l'exercice de l'activité »⁵⁸⁷. Une première équivoque entoure alors les termes d'*accès* et d'*exercice* et la doctrine a fait part de son hésitation. Ainsi la Commission, préférant le terme d'*harmonisation* à celui de *coordination*, retient pour les médecins, la nécessité « d'une harmonisation, sur des bases communes minimales, des règles déontologiques et des dispositions régissant le statut des professions médicales (...) pour faciliter pleinement la libre circulation des professionnels et assurer le bon fonctionnement de la Communauté dans le domaine de la médecine (...). On peut citer à cet égard : le respect de la vie et de la personne humaine, le secret professionnel, la liberté de choix du malade et la liberté thérapeutique du médecin, les aspects économiques et sociaux de la politique de santé et leur incidence sur les conditions d'exercice des praticiens, l'organisation hospitalière... »⁵⁸⁸. A la lecture de ces projets, certains n'hésitèrent pas à parler de la naissance d'une véritable « Europe blanche »⁵⁸⁹.

⁵⁸⁵ Selon Jean-Pierre de Crayencour, les professionnels « pensaient certes d'abord aux conditions de sécurité sociales (...) toute conditions qui n'étaient pas visées par l'article 57. En réalité, ils posaient le problème d'un certain décalage entre les dispositions juridiques du traité et les réalités économiques de l'activité professionnelle (...) ils dénonçaient par là le danger possible de déséquilibre dans les mouvements migratoires (...) il ne fallait pour autant subordonner la réalisation du droit d'établissement à la mise en place préalable de politiques communes en matière économique, fiscale et sociale (...) finalement, à la réalisation d'une véritable intégration européenne que ce droit devait contribuer à créer ». V. DE CRAYENCOUR J-P., *Communauté européenne et libre circulation des professions libérales – reconnaissance mutuelle des diplômes*, op. cit., p.67

⁵⁸⁶ DE GROVE-VALDEYRON N., « Santé publique », *Répertoire de droit communautaire*, Août 2008

⁵⁸⁷ Note de commentaire du programme général pour la libération de l'établissement, 1960, reproduite in DE CRAYENCOUR J-P., *Communauté européenne et libre circulation des professions libérales – reconnaissance mutuelle des diplômes*, op. cit., p.68

⁵⁸⁸ Propositions de directives et de recommandations du Conseil fixant les modalités de la réalisation de la liberté d'établissement et de la libre prestation des services pour les activités non salariées - du médecin, - du praticien de l'art dentaire COM/1969/127/FINAL/6, JOCE, C 54, 28 avril 1969

⁵⁸⁹ BRIQUET N., « Vers une Europe de la santé : synthèse des travaux communautaires dans le domaine sanitaire », *Revue du Marché Commun*, 1974, p.491-496. L'expression s'est enrichie, depuis, des nombreux travaux du Professeur Bélanger. Voir not., BELANGER M., *Les Communautés européennes et la santé*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 1985, 134p.

Si derrière projet plein d'ambition de la Commission on pouvait espérer voir se développer la coordination réclamée par le Traité de Rome, ce qui est finalement resté vain⁵⁹⁰. Certes l'envergure du projet semblait déjà constituer un obstacle de taille, mais ce sont surtout les velléités politiques protectionnistes qui ont eu raison de cette coordination pour la cantonner au strict minimum. La Commission, confrontée à la diversité des réglementations nationales, et au souverainisme des Etats membres, précisait pourtant « qu'une libération qui ne serait pas assortie dans de tels cas d'une coordination des réglementations risquerait de provoquer, au détriment de certains ressortissants, ou même de certains Etats membres et en définitive de la Communauté elle-même, un déséquilibre susceptible de mettre en question la réciprocité des avantages que les Etats membres se sont consentis par le traité »⁵⁹¹. Cet effort ne fut jamais mener à bien, confronté à la trop grande contestation des Etats membres. Ainsi, on pouvait regretter que, « les structures, l'histoire et les systèmes de santé [paraissent] trop intouchables pour permettre même l'idée d'un examen en commun »⁵⁹².

c) *La persistance d'une coordination minimale*

Ainsi, la coordination se limitera, dans un premier temps, aux formations et à quelques « dispositions de caractère général »⁵⁹³. Dès lors, la coordination ne portera que sur la formation, car elle est indispensable pour assurer une reconnaissance mutuelle telle que voulue par le Traité. Partant du postulat, non vérifié et particulièrement critiqué⁵⁹⁴, selon lequel il existe une certaine similitude des formations médicales nationales, cette coordination ne devra concerner que la durée minimale et le contenu général des enseignements. Cette position est officiellement entérinée en 1974, par les ministres de l'éducation des Etats membres dans une résolution concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres⁵⁹⁵.

⁵⁹⁰ DE GROVE-VALDEYRON N., *art. cit.*

⁵⁹¹ Note de commentaire du programme général pour la libération de l'établissement, 1960, précit.

⁵⁹² ANRYS H., « La libre circulation des médecins », *art. cit.* L'auteur rappelle que le comité permanent de médecins de la CEE, émanation de l'Association médicale mondiale, avait présenté en 1967 une « déclaration au sujet de l'exercice de la profession au sein de la Communauté » fort ambitieuse et reprise pour partie par la Commission.

⁵⁹³ Pour un exemple de « disposition à caractère général », cf Directive 93/16/CEE, spec. titre III

⁵⁹⁴ En ce sens, voir not. DE CRAYENCOUR J-P., *Communauté européenne et libre circulation des professions libérales – reconnaissance mutuelle des diplômes*, *op. cit.*, p.76

⁵⁹⁵ Résolution du 6 juin 1974 concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres, JOCE C 98, 20 août 1974, p.1. Dans un article de 1970, M. de Crayencour percevait déjà cette difficulté. Selon lui, la coordination ne peut que signifier « fixer un nombre de critères constituant des exigences minima et auxquels les Etats membres acceptent de conformer leur système d'enseignement. Il s'agit de minima parce qu'il faut éviter de figer les situations et surtout de porter atteinte à la liberté des Etats et des universités d'organiser leur enseignement selon leur génie propre » : DE CRAYENCOUR J-P., « Reconnaissance mutuelle des diplômes dans le traité de Rome », *Revue du Marché Commun*, 1970, p.449

Si la coordination figure toujours à la lettre de l'article 53 TFUE, nous sommes aujourd'hui et malgré les nombreuses évolutions qu'a connu le sujet depuis, bien loin des ambitions affichées par la commission en 1961. La portée de la coordination visée dans l'article ne s'étend plus qu'à la formation et encore, se restreint aux quelques généralités suffisamment consensuelles pour avoir été acceptées par les Etats membres. Bien loin de l'harmonisation ou réclamés par certains observateurs après le Traité de Rome, il est donc ici question d'une coordination à minima qui n'est pas sans conséquence sur le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes.

2. Reconnaissance mutuelle des diplômes à défaut d'une véritable équivalence des diplômes

a) *Le choix d'une reconnaissance au détriment d'une équivalence*

Cette notion de reconnaissance, très souvent employée dans le droit international, peut être le résultat d'une initiative unilatérale⁵⁹⁶, bilatérale ou encore multilatérale. Par exemple, nous pouvons citer les conventions médicales frontalières fondées sur la réciprocité, permettant à des médecins monégasques ou suisses, établis dans les territoires limitrophes de la France, de donner leurs soins en France du fait de la reconnaissance mutuelle⁵⁹⁷. L'initiative multilatérale se cantonne quant à elle aux vocations universitaires⁵⁹⁸.

Il a souvent été difficile de différencier la notion de reconnaissance mutuelle des diplômes et le principe d'équivalence des diplômes. Le Conseil a lui-même n'a pas toujours choisi la même formulation dans sa résolution de principe relative à la reconnaissance des diplômes, affirmant qu'il convenait d'adopter « des listes de diplômes, certificats et autres titres, qui soient reconnus « équivalente en tant que tels »⁵⁹⁹. Il n'a jamais été question de donner aux différents diplômes de médecine à travers l'Union une valeur équivalente, mais simplement d'être reconnu mutuellement comme suffisant pour accéder à l'activité médicale. Nous pouvons par ailleurs signaler que le terme d'équivalence dans le langage universitaire actuel se rapproche plus d'une reconnaissance de qualification, puisqu'il est employé pour des formations souvent

⁵⁹⁶ Arrêté du ministre des affaires culturelles du 22 juin 1964 relatif à la reconnaissance unilatérale de l'équivalence de formation française d'architecte d'une formation délivrée en Grande-Bretagne.

⁵⁹⁷ En ce sens, Convention franco-belge du 25 octobre 1910, convention belgo-néerlandaise du 28 avril 1947. Sur ces conventions, voir not. ANRYS H., « Les professions médicales et paramédicales dans le Marché commun », *Revue internationale de droit comparé*, 1972, Vol.24/n°2, p.475

⁵⁹⁸ Pour une présentation de ces conventions, WAGENBAUR R., « La reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles », *JCI Europe*, fasc. 720, spec. n°8s.

⁵⁹⁹ Résolution du 6 juin 1974 concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres, JOCE C 98, 20 août 1974, p.1.

complètement différentes mais qui aboutissent pourtant aux mêmes diplômes⁶⁰⁰. La période préparatoire des directives « médecin » offre, aussi, de nombreux exemples des attermolements du législateur européen. Ainsi, niant la possibilité d'une reconnaissance des diplômes médicaux, un orateur pouvait affirmer : « des accords internationaux sur la reconnaissance générale mutuelle des diplômes ne sauraient être conseillés... Il est préférable de suivre la méthode suivante : examen bilatéral et comparaison du contenu et du niveau de formation par des experts, suivi de décisions unilatérales d'équivalence »⁶⁰¹. De la même manière, le Commissaire Dahrendorf a fait face à l'importante opposition des Universités, au moment des auditions de 1973, relatives aux directives « médecin ». Il lui fut difficile de faire admettre que la reconnaissance mutuelle des diplômes ne découlait pas d'une équivalence scientifique et que chacun pouvait continuer à considérer que son diplôme était de meilleure qualité que les autres⁶⁰². Cette affirmation doit toutefois être relativisée, puisqu'elle entre alors dans le champ d'un autre principe de l'Union que nous verrons, le principe de non-discrimination. Toujours est-il qu'encore aujourd'hui, les choses ne sont toujours pas claires, notamment pour les premiers intéressés. Ainsi, certains ont pu écrire, à propos des directives en question, que « chaque nation, chaque région a ses coutumes, sa civilisation propre, son mode de vie, ses règles morales, sa religion. Non (...) il apparaît que, pour bien des années encore, il faut laisser à chaque pays et peut-être à chaque partie de pays sa façon propre de former ses médecins »⁶⁰³.

b) Un choix confirmé par le juge

Dans le cadre de la reconnaissance, la notion de valeur du diplôme que sous-entend l'équivalence est absente. La Cour de justice n'a eu de cesse par la suite de le rappeler dans le cadre de sa jurisprudence relative aux diplômes, et ce, dès la mise en place des directives médecins. En effet, la Cour de justice a été confrontée à l'invocation de diplômes reconnus, non dans le cadre des directives sectorielles, mais sur la base d'actes antérieurs organisant une équivalence académique. Ainsi, les arrêts *Patrick*⁶⁰⁴ et *Thieffry*⁶⁰⁵ ont permis à la Cour de dégager les domaines respectifs de la reconnaissance académique et de la reconnaissance à effet

⁶⁰⁰ Il n'est pas rare de voir aujourd'hui certains étudiants issus d'école d'ingénieur obtenir une « équivalence » et ainsi accéder directement en 2ème année de PACES. L'étudiant issu d'une première année PACES et celui-ci n'ont pourtant pas bénéficié d'une formation « équivalente » mais elles sont reconnues comme telles et aboutissent au même résultat.

⁶⁰¹ Cité par DE CRAYENCOUR J-P, « La reconnaissance mutuelle des diplômes, un retentissant échec ? », *Revue du Marché Commun*, 1973, p.265

⁶⁰² ANRYS H., « La libre circulation des médecins », *art. cit.*, p.137

⁶⁰³ CABROL C., *Parole de médecin*, Paris, Hachette, 1991, p.80

⁶⁰⁴ Aff. 11/77, *Patrick*, 28 juin 1977, Rec 1199 ; KOVAR R., « Chroniques de jurisprudence », *JDI*, 1978, p.964-966

⁶⁰⁵ Aff. 71/76, *Thieffry*, 28 avril 1977, Rec. 765 ; KOVAR R., « Chroniques de jurisprudence », *JDI*, 1978, p.957-964

civil et de clarifier définitivement la question. Dans ces deux affaires, le droit d'établissement des professionnels était réclamé en se fondant sur l'équivalence académique des diplômes. La cour, après avoir pris le soin de distinguer reconnaissance à effet civil et reconnaissance académique, précise que les Etats membres sont seuls compétents dans ce dernier cas. Dès lors, ils sont libres de donner au-delà de l'équivalence académique, un effet civil au diplôme, dans le respect des obligations communautaires et notamment du traitement national⁶⁰⁶. Ainsi la Cour estime qu' « un ressortissant d'un Etat membre, justifiant d'un titre reconnu par les autorités compétentes de l'Etat membre d'établissement, équivalent au diplôme délivré et exigé dans cet Etat, jouit du droit d'accès à la profession (...) dans les mêmes conditions que les nationaux de l'Etat membre d'établissement⁶⁰⁷ ». La reconnaissance académique, accordée par les institutions de l'Etat membre n'a donc pour seul objet, que de permettre de poursuivre ses études dans un autre Etat membre. La reconnaissance à « effet civil », envisagée par les instances communautaires vise, elle, le droit subjectif d'accès à l'activité professionnelle règlementée.

Toutefois, la reconnaissance académique n'est pas prohibée dans le droit de l'Union, et demeure un objectif sans cesse rappelé⁶⁰⁸. La mise en place du système LMD partout sur le territoire de l'Union semble amorcer un inexorable mouvement en ce sens. Mais, bien loin d'une réalisation législative, cette orientation reste aujourd'hui au stade de la recommandation, les Etats membre restant libres de valider les formations non terminées des ressortissants d'autres Etats membres⁶⁰⁹.

⁶⁰⁶ Aff. 71/76, *Thieffry*, 28 avril 1977, Rec. 765, spec. pt 21 et 22 des motifs, « ... la distinction entre l'effet universitaire et l'effet civil de la reconnaissance de diplômes étrangers est connue, selon des modalités diverses, dans la législation et la pratique de plusieurs Etats membres ; que cette distinction relevant du droit national des différents Etats, il revient aux autorités nationales d'en apprécier les conséquences, en tenant compte cependant des objectifs du droit communautaires ».

⁶⁰⁷ Aff. 71/76, *Thieffry*, 28 avril 1977, Rec. 765 dispositif

⁶⁰⁸ Par une recommandation du 10 juillet 2001 relative à la mobilité dans la Communauté des étudiants, des personnes en formation, des volontaires, des enseignants et des formateurs (Recomm. no 2001/613 du Parlement européen et du Conseil, 10 juill. 2001, JOCE, no L 215, 9 août), les États membres sont invités à prendre « les mesures appropriées pour que les décisions des autorités compétentes en matière de reconnaissance académique soient adoptées dans des délais raisonnables, soient motivées et soient susceptibles de recours administratif et/ou juridictionnel » (point I-2, b).

⁶⁰⁹ Selon la jurisprudence de la Cour, « le droit à l'égalité de traitement en ce qui concerne les conditions d'accès à la formation professionnelle vise [...] toute mesure susceptible d'empêcher l'exercice du droit » (CJCE, 7 juill. 1992, Parlement c/ Conseil, aff. C-295/90, Rec. I. 4193, point 15), ce dont elle a tiré des conséquences quant à l'existence du droit de séjour des étudiants. Plus directement encore, on pouvait soutenir que, les conditions académiques de l'accès à l'enseignement affectant l'exercice effectif du droit de libre circulation en cours d'études, un État membre ne saurait tenir pour inexistantes ou inopérantes des preuves de formation délivrées dans le système d'un autre État membre et, en positif, qu'il devrait procéder à une comparaison équitable entre les preuves normalement exigées pour l'accès à un cycle d'études et celles que produit l'intéressé, en accordant à celui-ci les garanties procédurales nécessaires (PERTEK J., « La reconnaissance des diplômes, un acquis original à développer », *Journal des Tribunaux. Droit européen*, n°62, 1999, p.177-183). Cette manière de voir les choses a été retenue

B) La subordination de la reconnaissance mutuelle à la coordination encouragée par le Traité

Nous l'avons vu, les deux notions de reconnaissance mutuelle et de coordination sont contenues dans le même article du TFUE et semblent définitivement liées. Ce lien est mis en avant dès 1961 avec l'adoption des Programmes généraux pour la suppression des restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services⁶¹⁰. Ainsi « simultanément à l'élaboration des directives destinées à mettre en œuvre le Programme général pour chacune des activités non salariées, il sera examiné si la levée des restrictions à la liberté d'établissement doit être précédée, accompagnée ou suivie de la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres ainsi que de la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à ces activités et leur exercice »⁶¹¹. Les deux notions sont ici juxtaposées et semblent constituer la condition *sine qua non* à la réalisation de la liberté d'établissement et donc à la libre circulation des travailleurs. Mais leur lien n'est pas clair. Sont-ils en concurrence ? La reconnaissance est-elle subordonnée à une coordination préalable ? La finalité recherchée par le traité nous permet de répondre.

L'article 53 du TFUE précise que l'objet de la reconnaissance mutuelle, qui est de faciliter la libre circulation des médecins, justifie finalement sa subordination à la coordination.

1. La portée de la reconnaissance mutuelle, spécifique à la profession médicale

a) La séparation de la liberté d'établissement et de la reconnaissance mutuelle souhaitée par la Cour

En dépit d'une proximité incontestable, la reconnaissance mutuelle n'est pas un élément de la liberté d'établissement. Il s'agit ici de principes juridiquement acquis sur la base des articles 52 et 59 du Traité de Rome, devenu depuis Lisbonne, les articles 49 et 56 du TFUE. Comme nous l'indique la lettre de l'article 53 du TFUE, la reconnaissance mutuelle des diplômes a pour seule fonction de « faciliter l'accès aux activités non-salariés ». Elle n'est donc pas une condition du droit d'établissement, mais plus simplement un élément devant permettre

par la Cour de justice dans un arrêt rendu en 2005 (CJCE, 7 juill. 2005, *Commission c/ Autriche*, aff. C-147/03, Rec. I. 5969, RAE 2005. 495, note J. Pertek). Cet arrêt fait apparaître en filigrane la possibilité de prendre une initiative législative pour l'adoption d'un acte de droit dérivé créant au profit des étudiants un droit à la prise en considération, en vue de la poursuite d'études, des preuves de qualification acquises dans un autre État membre (PERTEK J., *Diplômes et professions en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2008, p.189 et s.).

⁶¹⁰ JOCE, 15 janvier 1962, p.36

⁶¹¹ NOURISSAT C., *op. cit*

de rendre effective l'égalité de traitement réclamée par le Traité⁶¹². Aussi, s'agissant de professions réglementées, celles-ci sont soumises à la production d'un diplôme comme condition légale d'accès. Seuls ces derniers sont donc reconnus mutuellement par le juge.

En effet, deux arrêts majeurs de la CJCE, les arrêts *Reyners* et *van Binsbergen*⁶¹³ marquent nettement la différence que souhaite établir le juge entre la liberté d'établissement et de prestation de service d'une part et la reconnaissance mutuelle de l'autre. Le dynamisme avancé par ces arrêts perdure encore aujourd'hui, après Lisbonne⁶¹⁴.

La Cour de justice a ainsi dû répondre à la question suivante : « l'article 52⁶¹⁵ du traité de Rome est-il, depuis la fin de la période transitoire, une disposition directement applicable et ce nonobstant, notamment, l'absence des directives prévues aux articles 54, paragraphe 2, et 57, paragraphe 1, dudit traité ? ». La Cour rappelle les critères de l'applicabilité directe tels que dégagés dans l'arrêt *Van Gend en Loos*⁶¹⁶. Les deux premiers critères ne soulèvent pas de difficultés, en ce que l'article 52 du traité est « clair, précis et inconditionnel ». La troisième condition, celle du caractère parfait de la norme, dont l'avocat général rappelle qu'elle signifie que la mise en œuvre de la norme « ne doit pas dépendre de l'intervention de mesures ultérieures que pourraient prendre, avec un pouvoir d'appréciation discrétionnaire, soit les institutions communautaires, soit les Etats membres »⁶¹⁷, retient l'attention. Le futur article 53 TFUE⁶¹⁸ n'a alors pas encore produit les directives permettant la mise en place de son contenu, les premières directives médecins n'interviendront que l'année suivante⁶¹⁹, et il faudra attendre 2005 pour le régime général⁶²⁰. Une trop grande proximité entre la liberté d'établissement et la reconnaissance mutuelle risque alors d'empêcher l'effet direct de la première tant que la seconde ne s'est pas réalisée. L'avocat général reconnaît ainsi que « les mesures particulières visées par l'article 57⁶²¹, concernant notamment la reconnaissance mutuelle des diplômes ou la coordination (...) constituent un complément utile, certes, à la réalisation pratique de l'égalité

⁶¹² MARTIN D., *La libre circulation des personnes dans l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 1995, p.80. Selon l'auteur, « l'article 57 vise à concilier la liberté d'établissement avec l'application des règles professionnelles nationales ».

⁶¹³ Respectivement, AFF. 2/74, *Reyners*, 21 juin 1974, Rec. 631 et Aff. 33/74, *Van Binsbergen*, 3 décembre 1974, Rec. 1244. Sur ces deux arrêts, LOUSSOUARN Y., « Droit d'établissement », *RTDE*, 1975, p.518-531

⁶¹⁴ LOY O., « Le dynamisme de la CJCE dans la libération de l'établissement et de la prestation de services », *JDI*, 1975, p.728-752

⁶¹⁵ 49 TFUE

⁶¹⁶ Aff. 26/62, *Van Gend en Loos*, 5 février 1963, Rec 3.

⁶¹⁷ Conclusions de l'avocat général Mayras, présentées le 24 mai 1974, dans l'Aff. 2/74, *Reyners*, 21 juin 1974, Rec. 631, spec. p.661s.

⁶¹⁸ Art. 57 du Traité de Rome dans l'Aff. 2/74, *Reyners*, 21 juin 1974

⁶¹⁹ 16 juin 1975

⁶²⁰ Directive n° 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

⁶²¹ Art. 53 TFUE

de traitement, mais elles ne paraissent pas en être la condition juridique nécessaire ». La Cour se rangera aux cotés de l'avocat général et précisera que « les directives prévues par le chapitre relatif au droit d'établissement sont devenues superflues pour la mise en œuvre de la règle du traitement national »⁶²², mais également que « ces directives n'ont cependant pas perdu tout intérêt, puisqu'elles conservent un champ d'application important dans le domaine des mesures destinées à favoriser l'exercice effectif du droit de libre établissement »⁶²³. Ce dernier point vise expressément la seule réserve faite par l'avocat général : « l'applicabilité directe n'est pas subordonnée à l'intervention des directives de reconnaissance mutuelle et de coordination, sauf dans le cas particulier des professions médicales et pharmaceutiques, qui sont les seules professions directement visées par la lettre du traité ».

Le droit d'établissement n'est donc pas subordonné à la reconnaissance mutuelle, tout au plus, dans le cas des médecins, est-il subordonné à une coordination des conditions d'exercice. Précisons que de manière indirecte, ces arrêts sont à l'origine de l'adoption des directives de reconnaissance des formations médicales⁶²⁴. En effet, la déclaration par la Cour du caractère superflu des directives prévues par le traité pour supprimer les restrictions existantes, a permis à la commission de retirer la proposition de directive dite de « suppression des restrictions » pour ne s'attarder que sur les seules directives de « reconnaissance » et de « coordination »⁶²⁵. Finalement, l'indépendance proclamée par le juge de la liberté d'établissement a permis la mise en œuvre d'une reconnaissance mutuelle effective.

b) La reconnaissance mutuelle des diplômes préservée par la libre circulation des travailleurs

Nous l'avons vu, la reconnaissance mutuelle des diplômes n'est pas, selon la Cour une condition nécessaire à la liberté d'établissement. Mais, cette affirmation doit être nuancée pour la profession médicale et ce pour deux raisons : d'une part cette profession est spécifiquement visée par la lettre du traité, ce dernier affirmant la nécessité d'une coordination et d'une reconnaissance mutuelle des diplômes⁶²⁶ ; de l'autre, cette activité s'exerçant tantôt à titre libéral, tantôt à titre salarié, ne pourrait faire l'objet d'un traitement différent sans risquer de créer un important déséquilibre⁶²⁷.

⁶²² Aff. 2/74, *Reyners*, 21 juin 1974, Rec. 631, spec. pt. 30 des motifs

⁶²³ *Id.*, point 31 des motifs

⁶²⁴ *NOURISSAT C.*, *op. cit.*

⁶²⁵ *Ibid.*

⁶²⁶ V. article 53 du TFUE paragraphe 2

⁶²⁷ Article 45 du TFUE pour que libre circulation des travailleurs salariés ne réclame pas de reconnaissance mutuelle des diplômes

Vue l'ampleur de l'exercice salarié des activités médicales en Europe, le respect de la lettre du traité aurait provoqué une situation aberrante. Seraient privés de la reconnaissance mutuelle des diplômes, les médecins désirant exercer à titre salarié, que cela soit au sein des entités privées ou publiques. Sachant que de nombreux médecins cumulent un exercice à titre indépendant et à titre salarié, la reconnaissance mutuelle les priverait d'une partie de leur activité. Mais lors de l'adoption des directives sectorielles, ce risque a été écarté⁶²⁸.

Il faut donc entendre par reconnaissance mutuelle dans le cadre de la profession médicale, la possibilité d'un accès à l'activité, qu'elle soit salarié ou indépendante.

2. Une reconnaissance subordonnée pour des formations coordonnées

Il convient de rappeler « qu'en dehors des conditions de formation, le Conseil n'a pratiquement arrêté aucune disposition de coordination »⁶²⁹. Ainsi pour les institutions, et la Commission, « la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres concernant l'accès aux activités ne signifie pas autre chose que la coordination des formations qui débouchent sur les diplômes, objets de la reconnaissance mutuelle »⁶³⁰. Pour des raisons de sécurité juridique essentiellement, la Commission s'est donc restreint à une méthode que nous qualifierons de « minimaliste ».

Cette « méthode consiste à fixer un nombre de critères constituant les exigences minimales auxquelles les Etats membres acceptent de conformer leur système d'enseignement. Il s'agit de minimas parce qu'il faut éviter de figer les situations et surtout de porter atteinte à la liberté des Etats et des universités d'organiser leur enseignement selon leur génie propre »⁶³¹. Cela sera confirmé lors de l'adoption des premières directives médecins en 1975. Le 16 juin de cette année, deux directives seront adoptées et concerneront respectivement la reconnaissance et la coordination, preuve s'il en est, de l'interdépendance de ces deux notions. Concernant la directive traitant de la reconnaissance, elle « vise à organiser la reconnaissance des qualifications obtenues au terme d'une formation conforme aux exigences de la directive de coordination qui, elle, a pour objet de fixer des conditions minimales à respecter par les Etats

⁶²⁸ Directive n°75-362 du 16 juin 1975 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation des services et Directive Européenne n°75-363 du 16 juin 1975 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin

⁶²⁹ DE CRAYENCOUR J-P., *Communauté européenne et libre circulation des professions libérales*, op. cit., p.13

⁶³⁰ SOUBEYROL J., « Les médecins dans la C.E.E. », *RTDE*, 1976, p.601-623

⁶³¹ DE CRAYENCOUR J-P., « La reconnaissance mutuelle des diplômes dans le traité de Rome », *art. cit.*

membres »⁶³². Aujourd'hui, nous constatons que l'exigence de subordination de la reconnaissance à la coordination préside essentiellement pour les professions médicales ; cette exigence s'étant déjà estompée avec la première initiative de reconnaissance généralisée⁶³³, elle n'est plus à l'ordre du jour depuis la directive de 2005⁶³⁴. Cet abandon de la coordination s'est traduit par un large pouvoir d'appréciation des Etats d'accueil pour la reconnaissance des diplômes. C'est ici qu'est donc consacrée toute la spécificité des professions médicales : en préservant le lien de subordination entre reconnaissance et subordination, cela permet une automaticité de la reconnaissance, juridiquement obligatoire pour ces diplômes issus de formations coordonnées. De cette sécurité juridique ainsi établie, découle l'automaticité.

Pour la Commission, « les minimas ont pour objet d'apporter aux Etats membres les garanties nécessaires pour la mise en œuvre de la liberté de circulation des personnes »⁶³⁵. Mais, en dépit des propos de la Commission, les acteurs chargés de la reconnaissance des formations médicales insistent sur le fait « que même s'il existe une certaine comparabilité des formations délivrées dans les Etats membres, des différences subsistent »⁶³⁶. Elles sont alors le sujet d'inquiétudes, exprimées par les médecins eux-mêmes ou leurs représentants dès les discussions parlementaires préalables à la transposition des directives⁶³⁷ et toujours d'actualité avec l'apparition des « filières roumaines françaises »⁶³⁸.

L'initiative de la Commission, se focalisant sur la formation, n'est alors pas anodine. Le niveau de formation étant sans doute le critère le plus déterminant pour assurer, à travers l'Union, un climat de confiance et garantir la sécurité des patients. Certes, nous l'avons vu, la coordination ne s'est focalisée que sur des éléments restreints de celle-ci, mais elle assure néanmoins une certaine homogénéité des études de médecine. Nous le verrons, ce degré de coordination minimal s'est révélé également salvateur pour l'intégration de nouveaux membres de l'Union, qui n'auraient sans doute jamais résisté à une coordination complète sans reporter de plusieurs années leur entrée dans l'UE. Quoiqu'il en soit, cette coordination, élaborée

⁶³² Aff c-277/93, *Commission c/ Espagne*, 6 décembre 1994, Rec. I-5515. Les conclusions de l'avocat général Tesauro rappellent que « la directive coordination ne poursuit pas un objectif autonome, mais qu'elle est logiquement construite en fonction de la reconnaissance des diplômes (...) d'où il résulte que la reconnaissance mutuelle (automatique) est due si les conditions minimales prescrites par la directives coordination sont respectées » ; pt. 11 des conclusions.

⁶³³ Directive n°89/48/CEE du Conseil, du 21 décembre 1988, JOCE L19, 24 janvier 1989, p.16

⁶³⁴ Directive n°2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

⁶³⁵ DE CRAYENCOUR J-P, « La reconnaissance mutuelle des diplômes dans le traité de Rome », *art. cit.*

⁶³⁶ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁶³⁷ Rapport et recommandations sur les problèmes généraux de la formation des médecins spécialistes, comité consultatif pour la formation des médecins, 20/21 mars 1979, III/D/732/2/78.

⁶³⁸ *L'Etudiant*, 1^{er} novembre 2014, « Faire médecine en Roumanie : bon plan ou pas ? »

spécifiquement pour les professions médicales, va permettre dès 1975, une reconnaissance automatique des diplômes de médecine à travers l'Union. Cela donne à cette reconnaissance une fantastique effectivité, garantissant ce moyen de contournement du système sélectif français dans l'accès à la profession médicale.

Paragraphe 2 : L'automaticité, garantie d'une bonne effectivité de la reconnaissance mutuelle

Nous l'avons vu, la coordination préalable souhaitée par le traité, permet une meilleure effectivité de la reconnaissance mutuelle des diplômes. Si l'article 53 du TFUE n'a pas d'effet direct dans l'ordre juridique interne des Etats membres, il demeure le fondement juridique des directives, qui elles sont d'effet direct⁶³⁹, faisant du ressortissant titulaire du diplôme requis, le bénéficiaire d'un droit à la reconnaissance et ainsi à l'accès aux professions médicales réglementées.

L'effet de la coordination opérée est donc de rendre la reconnaissance automatique objective (A) et juridiquement effective(B)

A) Le caractère objectif de cette reconnaissance mutuelle automatique

Derrière le terme d'objectivité nous entendons rechercher le caractère mutuel de la reconnaissance. Il s'agit fondamentalement de subordonner la reconnaissance et donc l'accès à la seule détention du diplôme requis, c'est-à-dire exigé par le traité. Ainsi cette objectivité contient deux pendents. D'un côté, les bénéficiaires, en ce sens la reconnaissance ne peut bénéficier qu'aux seuls ressortissants des Etats membres⁶⁴⁰, munis d'un diplôme en médecine. De l'autre, les qualifications et la détention des diplômes, énumérés dans la directive médecin, sont les seuls titres requis, les ressortissants de l'UE ne devant pas être soumis, pour accéder à la profession médicale, à des exigences nationales supplémentaires. Il faudra donc envisager ces deux aspects, les bénéficiaires de la reconnaissance et leurs qualifications.

1. Quant aux bénéficiaires

a) Du silence de la Commission

Lors des premières négociations autour des directives sectorielles, certains ont pu soutenir que la reconnaissance mutuelle n'avait pour objet que de se limiter aux seules

⁶³⁹ Aff. 41/74, *Van Duyn*, 4 décembre 1974, Rec. 1337 ; pour une directive de reconnaissance mutuelle des diplômes, Aff. 271/82, *Auer UU*, 22 septembre 1983, Rec 2727 ; note M. Bazex, RTDE 1984, p.516-521

⁶⁴⁰ Mais pas seulement ; nous le verrons, les Etats tiers ayant signé avec l'UE des engagements bilatéraux de reconnaissance mutuelle sont également soumis à la lettre du traité. C'est le cas par exemple de la Suisse.

qualifications délivrées par les autres Etats membres à leurs propres ressortissants⁶⁴¹. Dans le célèbre arrêt *Broekmeulen*⁶⁴², la Cour eut l'occasion de trancher cette épineuse question. Confronté au refus formulé par la *Huisart Registratie Commissie* (commission d'enregistrement des omnipraticiens) néerlandaise d'inscrire un de ses ressortissants, diplômé en Belgique, le juge communautaire se contraind alors à un raisonnement en deux temps. Non, les dispositions spécifiques de la reconnaissance mutuelle n'ont jamais entendu se retrancher aux diplômes des autres Etats délivrés à leurs propres ressortissants, cela s'inscrirait alors en directe opposition avec les objectifs plus généraux de la libre circulation. Ce contentieux est ici tout particulièrement intéressant puisqu'il constitue la base de la jurisprudence de l'Union permettant le contournement des voies sélectives mises en place par les Etats membres.

La question posée est la suivante : le ressortissant d'un Etat membre peut-il faire reconnaître, par son Etat d'origine, la formation médicale qu'il a acquise dans un autre Etat membre ? S'il l'on s'attarde sur la lettre de la directive, celle-ci ne s'y oppose pas. Ainsi « chaque Etat membre (...) reconnaît les diplômes énumérés à l'article 3 (...), délivrés aux ressortissants des Etats membres conformément à l'article 1 de la directive 75/362/CEE »⁶⁴³. Les propres ressortissants des Etats membres ne semblent pas exclus de cette réglementation puisque le texte ne les mentionne pas. Précisons également qu'une définition des bénéficiaires des directives médecins est inscrite au procès-verbal de la session au cours de laquelle elles ont été adoptées. Au Conseil de préciser « qu'il est entendu que la liberté d'établissement, notamment pour les titulaires de diplômes obtenus dans un autre pays de la Communauté, doit être assurée dans les mêmes conditions pour les ressortissants des autres Etats membres et pour les nationaux de l'Etat membre en cause ». Cette conception de reconnaissance objective a été réitérée lors de l'adoption de chaque directive de reconnaissance mutuelle ainsi que pour celle de 2005⁶⁴⁴.

b) Au principe de libre circulation

Tant « les exigences découlant de la libre circulation de personnes, de la liberté d'établissement et de la libre prestation des services garanties par les articles 3, lettre c, 48, 52 et 59 du traité »⁶⁴⁵ que les programmes généraux du 18 décembre 1961, justifient que le docteur

⁶⁴¹ GLORIEUX P., *Barreau et médecins face au droit d'établissement*, Louvain, Librairie universitaire, « Centre d'études européennes », 1968, p.117 et s.

⁶⁴² Aff. 246/80, *Broekmeulen*, 6 octobre 1981, Rec. 2311 ; notes G. Druesne, *RTDE*, 1981, p.776-778, L. Dubouis, *RDSS*, 1982, p.50

⁶⁴³ Art. 2 de la directive 75/362/CEE

⁶⁴⁴ Directive n°2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

⁶⁴⁵ Aff. 246/80, *Broekmeulen*, 6 octobre 1981, Rec 2311, pt. 20 des motifs

Broekmeulen ne soit pas traité différemment d'un médecin belge postulant aux Pays-Bas. L'avocat général Reischl, dans ses conclusions, fonde son raisonnement sur le caractère manifestement discriminatoire en raison de la nationalité, qui prive l'intéressé de la reconnaissance. Ainsi, selon lui, « ces dispositions, qui peuvent être considérées comme les piliers du marché commun, doivent garantir la mobilité des travailleurs à l'intérieur de celui-ci et donner à tous les ressortissants des Etats membres la possibilité d'exercer leurs activités économiques sous la forme de l'établissement ou de la fourniture de services sur tout le territoire de la communauté sans aucune discrimination pour des raisons de nationalité »⁶⁴⁶. L'argumentation de la Cour se place alors sur le plan général des libertés fondamentales garanties par le traité. Ces dernières « ne seraient en effet pas pleinement réalisées si les Etats membres pouvaient refuser le bénéfice des dispositions du droit communautaire à ceux de leurs ressortissants qui ont fait usage des facilités existant en matière de circulation d'établissement et qui ont acquis, à la faveur de celles-ci, les qualifications professionnelles visées par la directive dans un Etats membre autre que celui dont il a la nationalité »⁶⁴⁷.

Le choix que fait la Cour, qui insiste sur l'acquisition de qualifications dans un autre Etat membre, permet de ne pas focaliser le débat sur une situation purement interne. En effet, la position de l'avocat général, qui souhaitait voir le débat tranché autour du principe de non-discrimination ne protégeait pas les ressortissants dans leur, autant que le sont ceux issus d'autres Etats membres.

2. Quant aux formations

Le caractère objectif de la reconnaissance est ici compris comme la « suffisance » du diplôme. Il faut comprendre par-là, que l'Union ôte « tout pouvoir discrétionnaire des autorités de l'Etat d'accueil »⁶⁴⁸, en matière de reconnaissance de diplôme. En effet, dès la mise en place des directives médecins, lorsqu'un titre ou diplôme appartient à la liste énumérée par celles-ci, aucune condition supplémentaire tenant à la formation ne peut être exigée par l'Etat d'accueil. Et même s'il subsiste un doute pour une formation, l'Etat d'accueil a l'obligation de demander la confirmation de l'Etat d'origine et de saisir la Commission. Il y a donc ici encore deux aspects

⁶⁴⁶ Conclusion de l'avocat général G. Reischl, présentées le 25 juin 1981, dans l'Aff. 246/80, *Broekmeulen*, 6 octobre 1981, Rec 2311, p.2340

⁶⁴⁷ Aff. 246/80, *Broekmeulen*, 6 octobre 1981, Rec 2311, pt. 20 des motifs

⁶⁴⁸ CEREXHE E., *Le droit européen, la libre circulation des personnes et des entreprises*, Bruxelles, Nauwelaerts, 1982, p.239. Pour l'auteur, les ressortissants des Etats membres « bénéficient d'un véritable droit subjectif incompatible avec tout pouvoir discrétionnaire des autorités de l'Etat d'accueil ».

à l'objectivité de la reconnaissance des formations : l'énumération des diplômes reconnus et la saisine de la Commission en cas de doute.

Si l'on prend l'article 2 de la directive médecin, l'obligation qu'il impose à la charge des Etats membres est sans équivoque : « chaque Etat membre reconnaît les diplômes, certificats et autres titres délivrés aux ressortissants des Etats membres par les autres Etats membres conformément à l'article 23 et énumérés à l'article 3, en leur donnant, en ce qui concerne l'accès aux activités du médecin et l'exercice de celle-ci, le même effet sur son territoire qu'aux diplômes qu'il délivre »⁶⁴⁹. Ainsi, dès qu'un Etat d'accueil se retrouve confronté à l'un des titres contenu dans la directive, son pouvoir d'appréciation est inexistant. Il a alors l'interdiction d'exiger des conditions de formations complémentaires et doit se limiter à la simple vérification de la possession du titre, ce que certains qualifient alors de compétence liée⁶⁵⁰.

Ensuite, le 25^{ème} considérant de la directive est clair : « en vertu de la présente directive, un Etat membre d'accueil n'est en droit d'exiger des médecins titulaires de diplômes obtenus dans un autre Etat membre et reconnus au titre de la présente directive aucune formation complémentaire pour l'exercice des activités de médecine (...) même s'il exige une telle formation des titulaires des diplômes de médecin obtenus sur son territoire ». Si, comme le rappelle la Cour dans l'arrêt *Broekmeulen*, « même si l'Etat d'accueil subordonne l'accès à cette profession des titulaires de diplômes de médecine obtenus sur son propre territoire à des exigences supplémentaires de formation, elle ne peut l'exiger d'un praticien qui a obtenu son diplôme, figurant dans la directive, dans un autre Etat membre ». La question de la clause linguistique demeure⁶⁵¹. La dimension linguistique dans la reconnaissance mutuelle des diplômes, surtout quand celle-ci tend à s'automatiser, est au centre de nombreux débats et centralise l'essentiel des inquiétudes des usagers⁶⁵². N'oublions pas que la profession médicale se fonde sur le principe du « colloque singulier » où la bonne entente et la compréhension du médecin et de son patient est indispensable. Aussi, la directive se contente de préciser que « les Etats membres font en sorte que, le cas échéant, les bénéficiaires acquièrent, dans leur intérêt

⁶⁴⁹ L'article 23 de la directive concerne le contenu des formations médicales et l'article 3 l'énumération des diplômes, certificats et autres titres

⁶⁵⁰ DE CARA J.-Y., « La libre circulation des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques dans la Communauté européenne », in DRUESNE G., *Le droit d'établissement et la libre prestation de services dans la Communauté européenne*, Luxembourg, Editpress, 1986, p.5 et s.

⁶⁵¹ Cette clause étant alors régulièrement imposée pour accéder à la reconnaissance mutuelle de son titre, il s'agissait, le plus souvent, de réussir un examen en langue dans le pays d'accueil.

⁶⁵² WÄGENBAUR R., « La mise en œuvre de la libre circulation des médecins dans la Communauté européenne », *RMC*, 1977, p.311

et dans celui de leurs patients, les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de leur activité professionnelle dans le pays d'accueil »⁶⁵³. Si certains ont pu y voir un moyen déguisé de freiner l'effectivité de la reconnaissance mutuelle, la Commission a été particulièrement attentive aux dispositions nationales de transposition de la directive. Ainsi, le Royaume-Uni, à la suite d'une procédure en manquement, s'est résigné à renoncer à cette condition ; ses initiatives étant jugées trop « limitantes » par la Commission⁶⁵⁴. En France, l'ancien article 413 du Code de santé publique précisait que « le médecin doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française », ce qui a un temps inquiété la Commission mais n'est plus à l'ordre du jour depuis son abrogation en 2000⁶⁵⁵. Pour comprendre l'absence d'initiative, ou le retrait de celle-ci par les Etats membres dans ce domaine, rappelons que la Commission avait formellement interdit le recours à un examen complémentaire ou à un test linguistique général ou orienté sur le vocabulaire médical pour conditionner la reconnaissance mutuelle. Que pouvaient donc faire les Etats membres, pour contrôler le niveau linguistique de leurs praticiens ? Tout au plus était-il possible de mettre en garde le praticien intéressé contre le danger d'un exercice médical en cas de déficience linguistique et de l'informer que des sanctions professionnelles et pénales, imputables à une connaissance linguistique insuffisante, sont encourues⁶⁵⁶.

La vérification à laquelle l'Etat d'accueil va se livrer peut révéler une difficulté liée au diplôme présenté. Ou le diplôme est absent des listes établies dans la directive et l'Etat retrouve sa compétence propre, ou l'Etat est saisi d'un doute et doit, dès lors suivre une procédure définie par la directive à l'article 22. En cas de doute justifié, l'Etat d'accueil doit s'adresser à l'Etat d'origine du médecin. En cas de doute sérieux, l'Etat d'accueil doit s'adresser à la Commission.

L'article 22 dispose que l'Etat membre d'accueil peut, en cas de doute justifié, exiger des autorités compétentes d'un autre Etat membre une confirmation de l'authenticité des diplômes, certificats et autres titres délivrés par cet Etat membre. Il est indiscutable que cette disposition, sorte de clause de sauvegarde, est la réminiscence des mécanismes antérieurs d'équivalence. L'Etat membre d'accueil veut garder une certaine compétence d'examen, notamment en cas de risque de fraude. En France, cette compétence échoit au conseil de l'Ordre,

⁶⁵³ Art. 20-3 de la directive 93/16/CEE

⁶⁵⁴ JACOBS F.G, *European law and the individual*, Amsterdam, New-Holland Publishing, 1976, p.95

⁶⁵⁵ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, JORF n°143 du 22 juin 2000, p.9337

⁶⁵⁶ Rappelons à ce titre l'article 76, alinéa 2, du Code de déontologie qui dispose que « tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettant l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui ».

comme le Conseil d'Etat l'a rappelé de manière indiscutable dans un arrêt du 11 juillet 1988 relatif à la liste des spécialités médicales⁶⁵⁷. Ainsi, le Conseil de l'Ordre peut demander la confirmation d'un diplôme à l'autorité compétente de l'Etat d'origine mais seulement pour en contrôler l'authenticité et non sa valeur propre.

Enfin, nous l'avons vu, la Commission demeure l'ultime juge de paix sur cette question de reconnaissance mutuelle pour les professions médicales car « lorsqu'une demande est présentée à un Etat membre de reconnaître les diplômes, certificats et autres titres délivrés par une institution d'un autre Etat membre, et que l'Etat membre auquel la demande présentée doute sérieusement (...) il lui appartient, bien entendu, d'en saisir la Commission. Celle-ci examine la question dans les plus brefs délais et confirme le cas échéant aux Etats membres intéressés que les critères de formation ont été respectés »⁶⁵⁸.

B) Le caractère contraignant de la reconnaissance mutuelle

Les autorités de l'Union disposent pour faire exécuter la lettre du traité de deux outils : le règlement et la directive. Alors que le règlement s'inscrit directement dans l'ordonnement juridique national et n'implique pas d'intervention normative interne⁶⁵⁹, la directive doit, elle, être transposée. C'est pourtant cette dernière qui est privilégiée par l'Union européenne pour mettre en place la reconnaissance mutuelle des diplômes et contraindre son effectivité.

La directive, nous le verrons⁶⁶⁰, est toujours l'outil privilégié par les institutions de l'Union pour transmettre à ses membres, les orientations qu'elle souhaite prendre. La directive permet un bon équilibre entre les compétences communautaires, qui produisent le droit applicable et les compétences nationales, qui organisent son application. C'est là un moyen contraignant qui permet à l'UE de maintenir une cohésion sur l'ensemble de son territoire, mais qui n'est pas sans une certaine souplesse pour les Etats membres qui disposent d'un délai, rarement respecté, pour la transposer⁶⁶¹. Mais, si toute latitude est laissée aux Etats pour

⁶⁵⁷ CE, *Boucq*, 11 juillet 1988, Rec. p.104 ; *RTDE* 1989, p.104. ; DUBOUIS L., « Détermination de l'autorité compétente pour prendre les mesures de mise en œuvre d'une directive communautaire : *Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Alpes-Maritimes c. M. Boucq* », *RFDA*, 1989, p.347-351

⁶⁵⁸ Déclaration du Conseil faite à l'occasion de l'adoption des textes concernant la liberté d'établissement et la libre prestation de services des médecins dans la Communauté, JOCE C 146, 1^{er} juillet 1975, p. 1.

⁶⁵⁹ SIMON D., *Le système juridique communautaire*, Paris, PUF, 2001, p.210

⁶⁶⁰ V. la seconde Section du présent Chapitre : « La directive, instrument privilégié par l'Union européenne pour rendre effective la reconnaissance mutuelle des diplômes ».

⁶⁶¹ On relèvera que, lorsque les adaptations internes s'apparentent plutôt à des rénovations en profondeur, le délai accordé augmente d'autant. A titre d'exemple, les directives 76/686/CEE et 76/687/CEE relatives au dentiste, avaient reporté le délai de transposition de la directive « coordination » de plus de 4 ans pour l'Italie. En effet, dans cet Etat, il convenait de créer une nouvelle catégorie de professionnels, ce qui nécessitait l'instauration d'une formation spécifique et la mise en place de structures propres. Une même démarche a été poursuivie par l'Autriche.

transposer la directive selon leurs propres mécanismes normatifs, encore faut-il qu'ils s'acquittent de cette obligation communautaire juridiquement protégée. Cette dernière se confond alors avec le caractère contraignant de la reconnaissance automatique pour les Etats membres et leurs autorités chargées de l'accès.

La directive est ainsi, pour les Etats membre, contraignante, d'une part à l'échelle de l'Union par le biais du recours en manquement, d'autre part à l'échelle nationale avec l'effet direct des directives.

1. Le recours en manquement, une contrainte à l'échelle de l'Union

Comme nous allons le voir, la directive est l'instrument principal qu'utilisent les institutions de l'Union pour répandre leur politique d'harmonisation sur tout le territoire. Qu'il s'agisse de la reconnaissance mutuelle des diplômes pour les médecins de 1975 ou de la reconnaissance mutuelle générale des diplômes de 2005, l'Union s'est toujours appuyée sur une directive pour en assurer l'effectivité. Ce choix se justifie car la transposition des directives est garantie par l'existence du recours en manquement, qui « dépasse de loin les règles jusqu'à présent admises en droit international classique pour assurer l'exécution des obligations des Etats »⁶⁶².

Le manquement peut être défini comme étant « soit le fait pour un Etat membre d'édicter ou de maintenir une législation ou une réglementation incompatible avec le traité ou le droit communautaire dérivé, soit l'inexécution par cet Etat, voire l'exécution incomplète ou tardive d'obligations qui lui sont imposées par les règles communautaires »⁶⁶³. Ainsi, la Commission a pu à plusieurs reprises contraindre certains Etats membres récalcitrant à s'acquitter de la transposition des directives. Ce fut notamment le cas pour les directives de reconnaissance mutuelle des diplômes pour les médecins, ces recours ont ainsi débouché sur la saisine de la Cour, qui a pu caractériser des manquements relevant soit de l'absence de transposition, soit d'une mauvaise transposition de ces directives⁶⁶⁴.

Dans un arrêt relatif aux infirmiers désirant accéder à la profession en Allemagne, cette absence de transposition a été caractérisée⁶⁶⁵. La Cour rappelle ainsi que « des simples pratiques administratives, par nature modifiables au gré de l'administration et dépourvues d'une publicité

⁶⁶² Aff. 20/59, *Italie c. Haute Autorité*, 15 juillet 1960, Rec. p.663

⁶⁶³ Conclusions de l'avocat général Mayras, présentées le 11 janvier 1973, dans l'Aff. 69/72 *Commission c. Italie*, 8 février 1973, Rec. p.117

⁶⁶⁴ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁶⁶⁵ Aff. 29/84, *Commission c. Allemagne*, 23 mai 1985, Rec p.1661

adéquate, ne sauraient être considérées comme constituant une exécution valable de l'obligation qui incombe aux Etats membres destinataires d'une directive en vertu de l'article 189 »⁶⁶⁶. L'Allemagne estimait alors que l'effet combiné de l'égalité de traitement, protégé par la constitution, et la pratique administrative lui permettait de se dispenser de la transposition de la directive de reconnaissance mutuelle des diplômes. Ce à quoi, répond la Cour, « le renvoi à des principes de droit de caractère aussi général que ceux invoqués par le gouvernement allemand ne suffit pas pour établir que le respect des dispositions de directives si précises et détaillées est pleinement garanti par le droit national »⁶⁶⁷. Ainsi, le refus de transposer quand l'Etat membre estime que son droit interne répond déjà de manière favorable à la directive, s'il demeure possible, reste strictement encadré par la Commission qui en contrôle la teneur.

Concernant plus directement la mise en œuvre de la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecins, l'exemple de la Belgique mérite notre attention. Ce pays a transposé de manière quelque peu désordonnée la directive médecin. En effet, cette transposition s'est faite de manière fragmentée sur près de quatre années, par le biais de dispositions variées⁶⁶⁸. Pour la Cour, cette profusion législative a eu comme conséquence l'absence de certaines dispositions contenues dans la directive. C'est en tout cas ce qu'elle constatera à la suite de l'introduction par la Commission d'un recours en manquement en février 1987⁶⁶⁹. Il est alors reproché à la Belgique de ne pas avoir transposé les articles 8, 10, 11, 13, 15 et 19 de la directive 75/362 et 5 de la directive 75/363, ce que la Cour ne va pas manquer de signaler, dans l'analyse stricte qu'elle effectue. Le manquement sera caractérisé en dépit de l'introduction d'un recours par l'Etat belge visant à modifier ladite directive. Relevant que ce type de modification n'échoit qu'au Conseil, la Cour rappelle que « la modification de ladite directive proposée par la Commission, suite à la demande du gouvernement belge, ne saurait faire disparaître le manquement reproché au royaume de Belgique, qui subsistera tant que le Conseil n'aura pas adopté ladite proposition »⁶⁷⁰.

⁶⁶⁶ Aff. 102/79, *Commission c. Belgique*, 6 mai 1980, Rec. p.1473, pt. 11 des motifs ; Aff. 145/82, *Commission c. Italie*, 15 mars 1983, Rec. p.711, pt. 10 des motifs

⁶⁶⁷ Aff. 29/84, *Commission c. Allemagne*, 23 mai 1985, Rec. p.1661, pt. 31 des motifs.

⁶⁶⁸ Successivement, la loi prévoyant délégation de pouvoir pour assurer l'exécution des directives du Conseil des Communautés européennes relatives à l'art de guérir du 4 avril 1980, Moniteur belge, 21/05/1980 ; Arrêté royal n° 83-1108 du 8 juin 1983, Moniteur belge, 1/07/1983 ; Arrêtés ministériels n°83-1321 et n°83-1322 du 20 juillet 1983, Moniteur belge, 6/08/1983.

⁶⁶⁹ Aff. 306/84, *Commission c. Royaume de Belgique*, 12 février 1987, Rec. 675

⁶⁷⁰ *Id.*, pt. 7 des motifs.

Nous l'avons énoncé, le système général de reconnaissance mutuelle des diplômes de 2005⁶⁷¹, mis à jour en 2013⁶⁷², ne fait qu'étendre aux autres professions réglementées ce qui était déjà en vigueur pour les médecins depuis 1975 et les directives médecins⁶⁷³. Aussi, le gros du contentieux de « non-transposition » ou de « mauvaise transposition » de la reconnaissance mutuelle des diplômes pour les médecins n'est plus d'actualité. Toutefois, pour illustrer la force contraignante toujours plus grande du recours en manquement, il convient de revenir un instant sur deux arrêts récents⁶⁷⁴. Dans la première affaire, concernant le Luxembourg, la Commission s'est elle-même saisie pour exercer un recours en manquement au motif que l'Etat membre incriminé ne lui a jamais communiqué les éléments lui permettant de contrôler la bonne transposition de la directive de 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes. Si dans sa plaidoirie, le Grand-duché de Luxembourg, précise qu'il a dès 2008 mis en place un système de reconnaissance mutuel du diplôme d'avocat et qu'« un projet de loi ayant pour objet la transposition de la directive pour ce qui concerne le régime général de reconnaissance des titres de formation et des qualifications professionnelles ainsi que la prestation temporaire de services avait déjà été déposé pour examen à la Chambre des députés et devrait être adopté prochainement »⁶⁷⁵, la Cour se borne au constat strict d'une non transposition dans les délais, et constate le manquement⁶⁷⁶. Dans la seconde affaire, c'est le Royaume-Uni et la République d'Irlande qui introduisent devant la Commission un recours en manquement contre le Royaume du Portugal, reprochant à ce dernier de n'avoir que partiellement transposé la directive de 2005. Il est alors question de l'absence de reconnaissance mutuelle pratiquée par le Portugal sur le diplôme de notaire. Il convient de préciser que le diplôme de notaire avait été exclu de la reconnaissance mutuelle de la directive de 2005 par le Parlement européen⁶⁷⁷. Pourtant, le

⁶⁷¹ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

⁶⁷² Directive 2013/55/UE du parlement européen et du conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI»)

⁶⁷³ Directive Européenne n°75-362 du 16 juin 1975 n° 75362 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation des services et Directive Européenne n°75-363 du 16 juin 1975 n° 75363 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin

⁶⁷⁴ Aff. C-567/08, *Commission c. Grand-Duché de Luxembourg*, 2 juillet 2009 et Aff. C-52/08, *Commission c. République portugaise*, 24 mai 2011.

⁶⁷⁵ Aff. C-567/08, *Commission c. Grand-Duché de Luxembourg*, 2 juillet 2009, pt. 8 des motifs

⁶⁷⁶ *Id.*, pt. 10 des motifs

⁶⁷⁷ JO 2004, C 97E, p.230 du 11 février 2004

recours est accepté par la Cour qui profite de l'occasion pour contrôler la bonne transposition du texte par le Portugal avant de finalement rejeter le manquement⁶⁷⁸.

Dispositif unique en droit international, le recours en manquement constitue un considérable élément coercitif pour les institutions de l'Union européenne, qui ne se privent pas de contrôler strictement la bonne transposition des directives qu'elles édictent. Nous l'avons vu le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes est portée par plusieurs directives qu'il s'agisse de son principe mais également de sa portée ou de sa teneur. Il est donc important de revenir sur ce dispositif pour comprendre que l'Union ne se contente pas de faire prospérer le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes ; elle assure également son caractère automatique en encadrant de manière stricte les voies de transpositions choisies par les Etats membres.

2. L'effet direct des directives, une contrainte à l'échelle nationale

L'effet direct des directives a été consacré par la Cour dans son célèbre arrêt *Van Duyn* de 1974⁶⁷⁹. L'évolution jurisprudentielle communautaire a, d'ailleurs, progressivement enregistré l'abandon de l'expression « effet direct » au profit d'une formule – « les particuliers peuvent se prévaloir » – dont le caractère didactique est indéniable⁶⁸⁰. Cet effet est considérablement encadré par la Cour, qui précise que « ce n'est que dans des circonstances particulières, notamment dans le cas où un Etat membre aurait omis de prendre les mesures d'exécution requises, ou adopté des mesures non conformes à une directive, que la Cour a reconnu le droit pour les justiciables d'invoquer en justice une directive à l'encontre d'un Etat défaillant »⁶⁸¹. Cette défaillance expose l'Etat membre à des réparations au fondement de sa responsabilité⁶⁸².

Comme pour le recours en manquement, il n'a pas fallu attendre 2005 pour constater l'effectivité de ce principe pour les diplômes de médecins, le gros du contentieux ayant été écarté à la suite des directives médecins⁶⁸³. Cela n'a toutefois, même en 1975, pas donné lieu à un grand nombre d'affaires. Aussi, nous nous focaliserons sur les plus célèbres, les affaires

⁶⁷⁸ Aff. C-52/08, *Commission c. République portugaise*, 24 mai 2011, pt. 55 des motifs

⁶⁷⁹ Aff. 41/74, *Van Duyn c. Home Office*, 4 décembre 1974, Rec p.1337

⁶⁸⁰ Aff. 126/82, *Smit transport*, 25 janvier 1983, Rec. p.73, pt. 12 des motifs

⁶⁸¹ Aff. 102/79, *Commission c. Belgique*, 6 mai 1980, Rec. p.1473, pt. 12 des motifs

⁶⁸² Aff. Jointes C-6/90 et C-9/90, *Francovich et Bonifaci*, 19 novembre, Rec. I-5357. Sur cette question, V. : ZAMPINI F., *La responsabilité de l'Etat du fait du droit communautaire*, Thèse Droit, Lyon III, 1992

⁶⁸³ Certes l'effet direct des directives n'a pleinement été consacré qu'en 2009 en France avec l'arrêt Perreux, la France n'ayant pas été mise à défaut sur la transposition des directives médecins, cela n'a donc pas d'importance dans le sujet qui nous concerne.

*Broekmeulen et Nino*⁶⁸⁴. Dans la première affaire, la Cour porte plus son raisonnement sur le champ d'application de l'article 53 TFUE et l'effet direct de cet article. Dans la seconde, elle écarte les prétentions des demandeurs au regard du caractère purement interne de leur situation et, dès lors, refuse de répondre.

L'effet direct peut être abordé de manière tout aussi satisfaisante à propos d'une directive dont le mécanisme est identique à celui adopté pour les médecins : la directive visant à la reconnaissance des diplômes, certificats et autres titres de vétérinaire⁶⁸⁵.

Monsieur Auer, ressortissant français, est titulaire du diplôme de docteur en médecine vétérinaire délivré en Italie et habilité à exercer cette profession dans ce pays. Malgré les refus réitérés de l'Ordre de lui accorder son inscription, il a tout de même ouvert un cabinet à Mulhouse. Il a fait l'objet de poursuites pour exercice illégal de la médecine vétérinaire. La Cour d'appel de Colmar saisie, une première fois, avant l'expiration du délai de transposition des directives du Conseil, a interrogé la Cour de justice⁶⁸⁶. Cette dernière se borne à constater que « pour la période antérieure à la date où les Etats membres devront avoir pris les mesures nécessaires pour se conformer aux directives (...) les ressortissants d'un Etat membre ne peuvent se prévaloir de cette disposition en vue d'exercer la profession ». La Cour d'appel de Colmar, saisie de nouveau, estime que l'expiration du délai de transposition des directives du Conseil a modifié la situation juridique de Monsieur Auer et interroge de nouveau la Cour de justice ; cette fois-ci, sur le point de savoir si le refus d'inscription à l'Ordre ne constitue pas, désormais, une restriction à la liberté d'établissement⁶⁸⁷. La Cour rappelle que la directive devait être transposée avant le 20 décembre 1980⁶⁸⁸. La Cour constate alors que les diplômes présentés par Monsieur Auer correspondent à ceux énoncés à l'article 3 de la directive et elle déclare que « les dispositions précitées de la directive (...) entraînent pour chaque Etat membre des obligations claires, complètes, précises et inconditionnelles, ne laissant pas de place pour des appréciations discrétionnaires »⁶⁸⁹, ce qui permet à « un particulier de se prévaloir devant

⁶⁸⁴ Aff. Jtes. C-54 et 91/88, C-14/89, *E. Nino e.a.*, 3 octobre 1990, Rec. I-3537 ; DUBOUIS L., « Du bon usage du droit communautaire relatif à la liberté d'établissement des membres des professions de santé », *RDSS*, 1991 p.214-217

⁶⁸⁵ Directive 78/1026/CEE, du 18 décembre 1978, JOCE L 362, 23 décembre 1978, p. 1.

⁶⁸⁶ Aff. 136/78, *Auer I*, 7 février 1979, Rec. 437.

⁶⁸⁷ Aff. 271/82, *Auer II*, 22 septembre 1983, Rec. 2727

⁶⁸⁸ Elles ne seront finalement transposées que le 20 octobre 1982 par une loi 82-899 relative à l'exercice des activités de vétérinaires, JORF, 21 octobre 1982

⁶⁸⁹ Aff. 271/82, *Auer II*, 22 septembre 1983, Rec. 2727, pt. 16 des motifs

le juge national des dispositions d'une directive communautaire non ou incomplètement exécutée par l'Etat membre concerné »⁶⁹⁰.

Comme nous venons de le voir, les institutions de l'Union ont été, suite à l'édiction des directives médecins, particulièrement vigilantes au bon respect du principe de reconnaissance mutuelle. Certes, ce principe demeure beaucoup moins ambitieux qu'il ne l'était à l'origine, mais la Cour reste intransigeante sur son contenu résiduel. Par le biais des directives médecins d'abord, puis des directives de reconnaissance mutuelle généralisée de 2005 et 2013, deux éléments subsistent, portant à eux seuls la problématique de notre travail ; un principe de reconnaissance mutuelle protégé de manière très stricte par l'UE et le contenu de ce principe, parce que résiduel, qui garantit l'automaticité de cette reconnaissance. Il est donc aujourd'hui impossible d'opérer la moindre discrimination une fois le diplôme de médecin acquis, puisque le titre en médecine est ainsi reconnu de manière automatique, alors même que nous n'avons aucun moyen de contrôler le contenu de la formation ayant abouti à ce diplôme.

⁶⁹⁰ *Ibid.*

Section 2 : La directive, instrument privilégié par l'Union européenne pour rendre effective la reconnaissance mutuelle des diplômes

Historiquement, nous avons vu que la médecine a toujours été la première discipline visée par l'Union et ses directives, dès 1975, quant à la reconnaissance mutuelle du diplôme notamment. Le modèle avancé par le législateur européen pour la reconnaissance mutuelle du diplôme de médecin va ainsi servir de modèle pour les autres disciplines médicales. De la directive prônant la reconnaissance mutuelle du diplôme de pharmacien à celle propre à la maïeutique, c'est toujours le même modèle qui va être suivi.

Si le modèle semblait restreint à la fin des années soixante-dix, le législateur européen n'ayant pu aboutir à une harmonisation complète de la profession, une exploitation totale des dispositions de la directive va permettre d'offrir une base solide et harmonisée à la profession sur tout le territoire de l'Union. Cette politique pragmatique, qui vise à établir des critères minimaux, facile à garantir par les Etats membres, s'est finalement avérée être le choix le plus judicieux, au détriment d'une harmonisation qui aurait pu être plus complète, mais beaucoup plus difficile à contrôler et à maintenir au fil du temps.

Fort de cette approche, certes minimaliste mais effective, les directives de reconnaissance mutuelle des diplômes vont faire de la profession médicale le fer de lance de la politique d'harmonisation de l'Union (Paragraphe 1), ce qui va servir de socle aux autres professions réglementées, avant d'aboutir à une reconnaissance mutuelle générale des diplômes en 2005 (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La profession médicale au centre des directives de reconnaissance mutuelle des diplômes

La directive a toujours été l'instrument d'harmonisation privilégié de l'Union, pour accroître sa compétence et l'étendue de son influence. En ce qui concerne la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin, les termes employés par le législateur européen font apparaître un premier paradoxe⁶⁹¹. La directive demeure le plus souvent silencieuse sur la définition des professions qu'elle entend harmoniser et se cantonne, le plus souvent, à des critères simples, basiques, qui ne peuvent, en aucun cas, rendre justice à la complexité et à la diversité des études de médecine. Cela constitue ainsi un premier paradoxe, puisqu'il apparaît

⁶⁹¹ Directive 75/362/CEE

compliqué d'harmoniser, sur un territoire aussi étendu, une formation⁶⁹² complexe, sur des critères très simples et restreints.

Non contente de se restreindre à une définition simpliste de la profession, la directive encadre ces critères d'un appareil législatif très rigoureux. Il s'agit donc d'un second paradoxe, car encadrer de manière stricte, une profession aussi évolutive que la médecine, risque de conduire à une obsolescence des textes issus de la directive, très rapide, obligeant le législateur à reprendre ses travaux d'harmonisation de manière répétée. Nous sommes donc face à une profession définie selon des critères restreints – ces critères étant par ailleurs protégés par un appareil législatif strict – quand la profession concernée est complexe et sujette à un potentiel d'évolution extraordinaire. Aussi, comment expliquer que 40 années plus tard, l'essence de la directive de 1975 subsiste ?

Il ne faut d'abord pas négliger le mimétisme opéré, depuis bien longtemps, par les différents Etats membres, en ce qui concerne la formation médicale. Cela a grandement facilité la reconnaissance effective des diverses formations, dispensées à travers l'Union, en dépit des critères restreints avancés par le législateur (A). Ensuite, les « critères socles », défendus par la directive sont des critères minimum, correspondant souvent à une estimation basse de la réalité, et n'ont donc que très rarement posé de difficultés à des Etats qui ont régulièrement revu ces critères à la hausse (B).

A) La reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin, un modèle communautaire restreint ?

Le postulat de départ posé par l'Union au moment de l'instauration du traité de Rome était la mise en place effective d'une liberté d'établissement et d'une libre prestation de services dans les principaux domaines économiques du continent, la santé étant au centre de ceux-ci⁶⁹³. Aussi, rapidement, les institutions de l'Union ont compris que pour rendre effective cette libre circulation du travailleur pour la profession médicale, une harmonisation au niveau de la formation était nécessaire. En effet, les formations à la profession médicale sont alors aussi nombreuses que les Etats membres de l'Union et la recherche d'équivalence est impossible. Mais, les positions très vindicatives des Etats membres, qui souhaitaient garder les spécificités

⁶⁹² Il est bien ici question de reconnaissance académique des diplômes.

⁶⁹³ Voir en ce sens les différentes versions de l'article 57 du Traité de Rome, devenu article 47 TCE puis article 53 TFUE, où la profession médicale dispose toujours d'un paragraphe spécifique. V. la section précédente.

propres à leur formation⁶⁹⁴, ont contraint l'Union à une approche minimaliste de la reconnaissance mutuelle des diplômes en 1975.

1. Une approche tempérée justifiée

Lors de leur rédaction, nous l'avons vu, les directives médecins n'avaient pas pour ambition de « tracer le cadre idéal des études de médecine »⁶⁹⁵, mais uniquement de surmonter les divergences nationales qui empêchaient la bonne effectivité de la libre circulation des travailleurs. Cela était alors justifié par l'urgence de rendre effective cette liberté au dépend de tout projet ambitieux. Le fondement juridique de ces directives et la politique communautaire affichée, attestent également de l'étroitesse de la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecins alors envisagée.

Parce que le législateur européen recherche une reconnaissance civile du diplôme au dépend d'une reconnaissance académique, le fondement juridique des directives médecins repose essentiellement sur la libre circulation des travailleurs. Sont alors visés les articles 49⁶⁹⁶, 57⁶⁹⁷, 66⁶⁹⁸ et 235⁶⁹⁹ du traité, où seul l'article 57 mentionne expressément la reconnaissance des diplômes et aucun ne parle de la formation. Si l'article 49 permet de prendre « les mesures nécessaires en vue de réaliser progressivement la libre circulation des travailleurs », il n'est jamais fait référence à la formation. Enfin, l'article 235 précise que « si une action de la communauté apparaît nécessaire pour réaliser dans le fonctionnement du marché commun, l'un des objets de la Communauté, sans que le présent traité ait revu les pouvoirs d'action requis à cet effet, le Conseil, statuant à l'unanimité sur la proposition de la Commission et après consultation du Parlement européen, prend les dispositions appropriées ». Aussi, seul ce dernier visa aurait pu permettre l'élaboration d'une véritable formation médicale harmonisée, mais le Conseil et les politiques protectionnistes des Etats membres en ont décidé autrement. La formation médicale sera donc dans un premier temps délaissée, aux dépens du titre de médecin, délivré par l'obtention du diplôme adéquat.

Aussi, pourquoi en dépit du visa 235, qui aurait pu permettre l'élaboration d'une formation médicale harmonisée, l'Union n'a-t-elle jamais saisi sa chance et créé « son Europe

⁶⁹⁴ On rappellera la position relativement fermée des recteurs et des doyens des facultés au moment des débats organisés en octobre 1973 par la Commission sur l'adoption des directives médecins

⁶⁹⁵ WÄGENBAUR R., « Où en est la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin dans la CEE », *RTDE*, 1973, p.426-437

⁶⁹⁶ Devenu article 40 puis article 46 TFUE

⁶⁹⁷ Devenu article 47 puis article 53 TFUE

⁶⁹⁸ Devenu article 55 puis article 62 TFUE

⁶⁹⁹ Devenu article 308 puis article 352 TFUE

de la santé » ? Le visa 235 a d'abord été très contesté et discuté, le Conseil justifiant sa nécessaire présence pour englober les praticiens salariés comme libéraux. Ce choix sera durement critiqué par la doctrine ; l'article 49 suffisant déjà, la libre circulation des travailleurs ne faisant *a priori* pas de distinction entre salariés et libéraux. Si la Commission, pour sa part, souhaitait restreindre le visa de ses directives au seul article 57⁷⁰⁰, la doctrine va réclamer la disparition du visa 235 qu'elle juge contraire à une approche communautaire de la formation médicale. Ainsi, M. Lesguillons, affirmait que l'on ne peut reconnaître « par ce moyen (art. 235), en tant qu'objet de la Communauté, un objectif franchement nouveau, que rien ne rattacherait étroitement à la Communauté et à son développement : éducation et culture sont sans doute des objets à ce point nouveaux qu'il conviendrait pour les insérer aujourd'hui dans la Communauté de recourir à la procédure de révision »⁷⁰¹. Finalement, ce qui semble justifier l'insistance du Conseil dans l'emploi de cet article comme socle des directives médecins, tient à ce qu'il suppose une adoption à l'unanimité des membres du Conseil.

En plus du visa restreint, un problème sémantique contribue également à restreindre l'envergure de la reconnaissance mutuelle des diplômes. En effet, la principale raison de l'adoption d'une définition restreinte de la formation trouve sa source dans les divergences observées alors autour de la définition de la profession médicale. Les Etats membres et les représentants des médecins se sont longtemps opposés à une définition commune de la profession⁷⁰². Approfondir la définition de la formation médicale, c'est aboutir à une définition pertinente de la profession médicale, alors que l'objectif qui sous-tend l'adoption des directives est seulement de faciliter l'accès aux activités médicales⁷⁰³. Ici encore semble apparaître le rendez-vous manqué entre une politique communautaire soucieuse de rendre effectifs les grands principes qui l'animent et la profession médicale européenne, en mal d'harmonisation. Aussi, le traité n'utilise que très peu l'expression de profession mais privilégie celle d'activité.

Ce choix que fait le législateur quant à l'usage du terme « activité », lui permet de contourner l'obstacle de la diversité. Ainsi, l'activité « est un comportement de fait, tandis que la profession désigne une activité exercée par des personnes et dans des conditions juridiquement définies »⁷⁰⁴. Pour les professions médicales, cette expression n'est cependant

⁷⁰⁰ WÄGENBAUR R., « Où en est la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin dans la CEE », *art. cit.*

⁷⁰¹ LESGUILLONS H., « L'extension des compétences de la CEE par l'article 235 du traité de Rome », *Annuaire français de droit international*, 1974, p.886-904

⁷⁰² GLORIEUX P., *op. cit.*, p.117 : « si l'art de guérir est universel, la profession est une conception propre culturellement liée à l'histoire sociale et juridique d'une nation ».

⁷⁰³ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁷⁰⁴ GOLDMAN B., *Droit commercial européen*, Pairs, Dalloz, 3^e éd., 1975, p.166.

pas sans inconvénient, car pour une profession libérale, il existe une différence importante entre une activité et une profession : « cette dernière n'est pas une addition d'activités mais une entité qui confère à une série d'activités un caractère propre qui lui vient de leur insertion dans un climat professionnel déterminé »⁷⁰⁵. Les directives médecins vont se borner à une simple référence aux « activités » sans plus de précisions. Ainsi, la Cour de justice a constaté que les directives ne fournissent aucune définition communautaire des activités relevant de l'exercice des fonctions médicales⁷⁰⁶. Seul le titre professionnel, protégé par les directives, renvoie implicitement à la notion de profession⁷⁰⁷.

Il faut noter que les directives ultérieurement adoptées pour d'autres professions de santé vont aller vers une définition commune d'un champ minimal d'activités. D'une définition en filigrane pour les dentistes⁷⁰⁸, c'est à une coordination effective des activités que se livrent les directives relatives aux sages-femmes⁷⁰⁹ ou aux pharmaciens⁷¹⁰, définissant une profession commune. Cette approche progressive débouchera sur la seule définition, d'ailleurs assez vague, touchant la profession médicale. Ainsi, la directive relative à la médecine générale esquisse, dans l'un de ses considérants, une définition de l'omnipraticien. Ce dernier a pour fonction de « donner des conseils relatifs à la prévention des maladies et à la protection de la santé de l'individu pris dans son ensemble, ainsi qu'à dispenser les traitements appropriés »⁷¹¹.

Le consensus nécessaire ne pouvait être obtenu que sur cette approche minimale. Mais devenue un socle indéfectible, elle devenait la base d'une intégration progressive, par étapes successives.

2. Une approche évolutive affirmée

En dépit des apparences, une conception limitée de la reconnaissance mutuelle des diplômes n'était pas recherchée. Dès l'origine, la volonté de renforcer les objectifs des directives dans le sens d'une intégration plus poussée est affirmée. La réalisation d'une « Europe blanche » est ainsi, inscrite de manière indiscutable, comme en attestent divers considérants⁷¹². Aussi, la nécessité pour les directives médecins d'évoluer pour suivre

⁷⁰⁵ DE CRAYENCOUR J-P., *op. cit.*, p. 37

⁷⁰⁶ Aff. C-61/89, *Bouchoucha*, 3 octobre 1990, Rec. I-3551

⁷⁰⁷ Art. 19 de la directive 93/16/CEE

⁷⁰⁸ Directive 78/687/CEE, article 5, qui dégage les « activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et les maladies des dents, de la bouche et des tissus attenants ».

⁷⁰⁹ Directive 80/155/CEE, Art. 5

⁷¹⁰ Directive 85/432/CEE, Art. 1

⁷¹¹ Considérant 16 de la directive 93/16/CEE.

⁷¹² Considérants 1, 6, 7, 15, 20 de la directive 93/16/CEE

l'évolution professionnelle va finalement aboutir à un véritable contenu commun de la formation médicale⁷¹³.

C'est d'abord la procédure de modification de ces directives médecins, mécanisme très lourd et certainement peu adapté aux évolutions que connaît la profession, qui pousse, quatre ans après, le législateur à revoir complètement le procédé aboutissant au principe de « comitologie »⁷¹⁴. Deux comités sont donc créés avec l'édiction des directives médecins : le Comité des hauts fonctionnaires de la santé publique⁷¹⁵ et le Comité consultatif pour la formation des médecins⁷¹⁶. Mais, seul le premier verra sa fonction participative renforcée avec l'arrivée de la comitologie⁷¹⁷.

Institué par la décision 75/365/CEE du Conseil, le premier comité est composé de hauts fonctionnaires de la santé publique nommés par les Etats membres. Chaque Etat désigne un suppléant. La qualité de haut fonctionnaire est reconnue à tout membre ayant « des responsabilités directes dans le domaine de la santé publique ». Le comité est présidé par un représentant de la Commission. Créé au départ pour traiter les questions concernant les directives médecin, sa mission s'étend maintenant aux infirmiers, dentistes, sages-femmes et pharmaciens⁷¹⁸. Ce comité formule des avis permettant d'orienter les travaux de la Commission en vue d'amendements éventuels et est amené à jouer un rôle décisif dans l'évolution de la directive médecin avec l'arrivée de la procédure de comitologie.

A l'initiative de la Grande-Bretagne, le second comité a été créé pour veiller à la qualité de la formation des médecins⁷¹⁹. Cette formation sera ensuite reprise pour toutes les professions ayant fait l'objet d'une directive sectorielle. La pratique du Comité consultatif pour la formation des médecins doit être évoquée. Au regard du nombre considérable de membres – cependant tempéré par les absences – les réunions plénières tendent à devenir exceptionnelles au profit de la création de groupes de travail spécialisés. Ces derniers peuvent être pluridisciplinaires ou ne concerner qu'une catégorie de membres. Trois missions principales peuvent être dégagées. Le

⁷¹³ Considérants 18 et 19 de la directive 93/16/CEE ; « l'amélioration de la formation en médecine générale est de nature à revaloriser la fonction de médecin généraliste (...) et contribuera à améliorer le système de dispense des soins ».

⁷¹⁴ Directive 97/50/CE modifiant la directive 93/16/CEE

⁷¹⁵ Décision 75/365/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, JOCE L167, 30 juin 1975, p. 19.

⁷¹⁶ Décision 75/364/CEE du Conseil, du 16 juin 1975, JOCE L167, 30 juin 1975, p. 17.

⁷¹⁷ Art 44 bis de la directive 93/16/CEE tel qu'inséré par la directive 97/50/CE.

⁷¹⁸ Décision 77/455/CEE, JOCE L176, 25 juillet 1977, p.13.

⁷¹⁹ Précisons que dès 1970, le Comité économique et social, dans son avis sur les projets de directives médecins, insistait sur le fait que « la Commission examine les observations des milieux professionnels intéressés lorsqu'elle élaborera les propositions de directives concernant la coordination », JOCE 36, 28 mars 1970, p.19.

comité est, tout d'abord, un lieu d'échange d'informations complètes sur les méthodes de formation, ainsi que sur le contenu, le niveau et la structure de l'enseignement médical théorique et pratique dispensé dans les Etats membres. Ensuite, il est un lieu de consultations aux fins de parvenir à une conception commune sur le niveau à atteindre pour la formation des médecins et, le cas échéant, la structure et le contenu de cette formation. Enfin, il prend en considération les nécessaires adaptations de la formation des médecins aux progrès de l'art médical et des méthodes pédagogiques.

Les missions de ce comité consistent principalement en la prise d'avis et de recommandations, adressés aux Etats membres et à la Commission. Ainsi, il est le conseiller de la Commission au sujet de toute question que celle-ci pourrait lui soumettre en matière de formation des médecins⁷²⁰. Mais, le comité, lorsqu'il le juge opportun, peut présenter de lui-même des suggestions relatives aux amendements à apporter aux articles de la directive portant sur cette formation⁷²¹. Parfois, les rapports du comité dépassent le cadre des dispositions de la directive. A cet égard, la question de la « démographie médicale » est particulièrement éloquente. Partant du constat de l'hétérogénéité des conditions numériques d'accès aux études médicales, et après avoir recherché une méthode concrète d'équilibre entre le nombre des étudiants et les moyens de formation, le comité a préconisé le respect d'un critère de rapport enseignants/étudiants de 1/10, combiné à un autre rapport étudiants/lits de formation à préciser. Cette incursion dans la délicate question du *numerus clausus* a, cependant, connu un sort particulier. La Cour de justice, dans son arrêt *Bertini*⁷²², n'oblige pas les Etats à instaurer un tel *numerus clausus*⁷²³. Ce dernier ne pourrait être mis en place que par le biais de « directives prises par le Conseil, destinées à coordonner les réglementations nationales en la matière ⁷²⁴», donc en l'espèce sur le fondement de l'article 53 du TFUE.

Comme cela est inscrit dans leur nom, ces comités ne sont que consultatifs. Mais, face aux nombreuses difficultés que rencontre l'Union européenne, leur importance s'en est allée croissante. L'approche limitée, affichée à l'origine, n'a été que le prélude d'une intense activité des comités. Ce travail de fond influence directement ou indirectement le contenu de la formation des futurs médecins.

⁷²⁰ Avis relatif à la formation à temps partiel des médecins spécialistes (III/D/4/3/78), des 28 et 29 novembre 1978

⁷²¹ Recommandation relative à la formation clinique des médecins (III/D/33/2/78), des 28 et 29 novembre 1978

⁷²² Aff. Jtes 98, 162 et 258/85, *Bertini e.a.*, 12 juin 1986, Rec. p.1885

⁷²³ *Ibid.*

⁷²⁴ *Ibid.*

B) Un modèle communautaire détaillé, socle d'un principe général de reconnaissance mutuelle des diplômes

Lors de l'adoption des directives médecins, ces dernières, nous l'avons vu, n'ont plus grand-chose à voir avec les propositions présentées par la Commission en mars 1969. Mais, la méthode initiale de la Commission, qui repose sur l'énumération de critères précis, est restée identique. Sont ici consacrés les titres et la durée des formations médicales. Ainsi, dans la proposition de directive visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres, sont envisagés les diplômes de médecins, spécialités communes à tous les Etats ou non⁷²⁵. Dans la proposition relative à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités, sont dégagés le contenu obligatoire de la formation médicale et les durées minimales à respecter par les Etats pour les différentes spécialités⁷²⁶.

En ce qui concerne les formations, les critères retenus ne tiennent pas compte des conditions détaillées de formation, conformément à ce que souhaitait le Conseil dans sa résolution du 6 juin 1974 et permettent ainsi de « recourir aussi peu que possible à la prescription de conditions détaillées de formation ». On peut toutefois tempérer cette relative restriction. D'une part, le contenu de la directive est allé aussi loin que le lui permettait la base juridique visée par la directive. D'autre part, les différentes formations délivrées dans les Etats membres de l'Union sont suffisamment proches pour qu'une certaine uniformisation des formations préexistantes aux directives puisse se maintenir. Cependant, devant les difficultés qu'ont rencontré certains Etats dans la transposition puis l'application des directives de 1975, il ne faut pas négliger les bouleversements qu'ont apporté ces dernières à « l'Europe de la santé » tant sur les critères de formation que sur celui des titres.

1. Les critères de formation

Il y a, selon la lettre de la directive, deux types de critères qui sont retenus pour caractériser la formation médicale. La directive détermine de façon assez générale les connaissances que devra acquérir l'étudiant en médecine. On parle alors de critères qualitatifs. Mais, elle exige aussi le respect de durées minimales de formation propres aux spécialités. Il s'agit ici de critères quantitatifs.

⁷²⁵ Articles 2,4 et 6 de la proposition, JOCE C 54, 28 avril 1969, p.13

⁷²⁶ Articles 2,4 et 5 de la proposition, JOCE C 54, 28 avril 1969, p.18

a) *Des critères qualitatifs rigides*

Le législateur a souhaité rester ici relativement imprécis pour permettre aux différents Etats membres d'y soumettre leur formation. La lettre de la directive se limite alors à un registre très général.

Il convient de distinguer ce qu'a souhaité la directive pour la formation médicale de base⁷²⁷ d'un côté et le contenu de la formation spécialisée⁷²⁸ de l'autre. La formation de base est abordée, comme pour les critères quantitatifs que nous allons voir, sous l'angle de la durée minimale de six années d'études, soit 5 500 heures d'enseignement théorique, dispensées dans une université. A cela s'ajoute un certain nombre de connaissances requises pour un médecin en devenir comme certaines notions scientifiques et comportementales, les aspects préventifs, le diagnostic et la thérapeutique, le tout fondé sur l'expérience clinique. La formation spécialisée, quant à elle, en plus d'être consécutive à une formation de base dument validée, doit être théorique et pratique, dispensée à temps plein, sous le contrôle des autorités compétentes des Etats membres, au sein d'un centre hospitalo-universitaire. Contrôlée par le comité consultatif pour la formation des médecins, la formation en médecine générale est particulièrement définie. Par-dessus tout, la directive oblige à une formation « de nature plus pratique que théorique dispensée d'une part, pendant six mois au moins en milieu hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés, et, d'autre part, pendant six mois au moins dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires »⁷²⁹. En dépit de cette apparente simplicité, certains Etats membres ont eu beaucoup de mal à intégrer les dispositions qualitatives de la directive. C'est le cas notamment du Danemark⁷³⁰ et de la Belgique. Dans ce dernier cas, c'est même, semble-t-il, à une certaine révolution que le gouvernement de la Communauté flamande a failli être confronté pour la formation en médecine générale⁷³¹.

Afin de répondre aux exigences de la directive, la France a dû également réformer et réorganiser les études de médecine dans leur volet de spécialisation. En effet, nous l'avons vu, parmi les critères qualitatifs minimaux avancés par la directive, on trouve une exigence d'enseignement pratique à temps plein. Or, d'une part, les certificats d'études médicales spéciales supposaient un enseignement très largement théorique et délivré à temps partiel, mais

⁷²⁷ Article 23 de la directive 93/16/CEE

⁷²⁸ Article 24 de la directive 93/16/CEE

⁷²⁹ Article 31 de la directive 93/16/CEE

⁷³⁰ A cet effet le Danemark a bénéficié pendant longtemps d'une dérogation : art. 29 de la directive 93/16/CEE

⁷³¹ Aff. C-93/97, *Fédération belge des chambres syndicales de médecins ASBL*, 16 juillet 1998

en plus, la voie de l'internat déjà largement incompatible avec la directive, n'était obligatoire que pour certaines spécialités. La France a donc été contrainte à une complète refonte de sa formation médicale, et celle-ci débute notamment avec la loi du 6 juillet 1979⁷³², déjà mentionnée.

b) Des critères quantitatifs souples

Il est question ici de critères concrets et intangibles. En effet, la Commission a régulièrement rappelé que les directives médecins imposent une durée minimale de formation obligatoire⁷³³. Et c'est non sans grande opposition que la directive est venue imposer aux Etats membres une approche quantitative de la reconnaissance mutuelle des formations médicales.

La Grande Bretagne a d'abord craint que la mise en place de ce système empêche toute réforme ultérieure des études médicales. Cela s'est avéré faux, à mesure que, pour certaines spécialités comme la médecine générale, la durée de formation a évolué du fait même de la directive⁷³⁴ et cela n'a pas plus empêché le Royaume-Uni d'augmenter unilatéralement la durée des formations spécialisées, que le pays assure sans que soit remise en question la directive. L'Allemagne pour sa part souhaitait un usage exclusif de critères qualitatifs⁷³⁵.

De manière générale, force est de constater que l'ensemble des Etats membres exige des durées de formation, pour les spécialités qu'ils proposent, supérieures à celles prévues dans la directive médecin. L'effet cliquet qu'opère la directive est donc une réponse sans équivoque aux lamentations sur le nivellement par le bas qui ont germé lors de sa rédaction. Mais, ces mêmes Etats membres ne doivent pas oublier que cette augmentation des durées de formation est assortie d'une condition imposée par la directive : la rémunération des périodes de formation ; la Cour le rappelle régulièrement⁷³⁶.

2. Les titres de formation

Il convient de distinguer le titre de formation du titre professionnel. La confusion est d'autant plus fréquente que la pratique comme le langage commun portent à minimiser la

⁷³² Loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques, JORF du 7 juillet 1979, p.1644

⁷³³ Aff. 306/84, *Commission c. Belgique*, 12 février 1987, Rec. p.675, pt. 4 des motifs. Alors que la Belgique exigeait une formation d'une année, la Cour rappelle que « les autorités belges devaient prévoir une formation dans cette spécialité (médecine tropicale) d'une durée minimale de 4 ans ».

⁷³⁴ A titre d'exemple le rapport de la Commission présenté le 9 septembre 1996, qui porte à 3 ans la durée de formation spécifique en médecine générale, COM (96) 434 final.

⁷³⁵ L'opposition allemande portait plus sur l'utilisation de critères quantitatifs pour d'autres professions, notamment celle d'architecte, craignant que les critères propres aux médecins fassent jurisprudence. V. WÄGENBAUR R., « Où en est la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin dans la CEE », *art. cit.*

⁷³⁶ Aff C-277/93, *Carbonari Annalisa*, JOCE C 166, 31 mai 1997, p. 9 et C-371/97, *Cinzia Gozza*, JOCE c 370, 6 décembre 1997, p.5, concernant l'Italie.

différence. Le titre de formation est le diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation déterminée. Le titre professionnel est celui sous lequel s'exerce la profession. La directive opère cependant mal la distinction⁷³⁷. Comme a pu le résumer Madame Werber, il ne faut jamais oublier que « le diplôme de docteur en médecine ne suffit pas pour exercer la médecine et si tout médecin est docteur en médecine, tout docteur en médecine n'est pas médecin »⁷³⁸.

Pour clarifier cette situation difficile à cerner, les travaux de la Commission se sont révélés d'une grande utilité avec notamment la publication de listes des dénominations de formation et des titres professionnels de généralistes susceptibles d'être rencontrés⁷³⁹. Elle a par la suite étendu cette initiative aux formations spécialisées, dont les titres sont énumérés par la directive, notamment par l'adoption de tables de correspondances simplifiées pour les formations envisagées.

Acte novateur et efficace, la première directive médecin va donc servir de socle pour les directives qui vont suivre et notamment celle visant à harmoniser les autres diplômes médicaux. Ce travail aboutit finalement à la reconnaissance généralisée avancée par la directive de 2005, véritable révolution pour toutes les professions réglementées, à l'exception de la médecine qui sert alors de modèle.

Paragraphe 2 : Une harmonisation générale aboutissant à la directive de 2005

Rapidement après la mise en place des premières directives médecins, le législateur européen va poursuivre son processus d'harmonisation de reconnaissance mutuelle des diplômes et étendre le dispositif aux autres professions médicales, ainsi qu'à la plupart des professions réglementées en multipliant les directives sectorielles (A), pour finalement aboutir à un principe de reconnaissance mutuelle des diplômes généralisé et harmonisé avec la directive de 2005 (B).

A) La reconnaissance mutuelle pour les autres professions médicales

En véritable fer de lance des professions médicales, ce qui s'est justifié pour la médecine, s'est rapidement répété pour la maïeutique, l'odontologie et la pharmacie, jusqu'à la

⁷³⁷ Le titre de formation est envisagé dans un chapitre 5 de la directive 9/16/CEE. Le Titre professionnel relève de l'article 19, inséré dans les dispositions communes à l'établissement et à la prestation de services de la directive.

⁷³⁸ WEBERT F., *Les professions médicales et paramédicales dans la CEE*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1982, p.15

⁷³⁹ Communication 90/C, JOCE C 268, 24 octobre 1990, p. 2 et communication 90/C JOCE C 216, 26 juillet 1996, p. 3.

directive de 2005⁷⁴⁰, qui rassemble toutes les directives sectorielles et toutes les professions médicales en un seul texte, garant d'une reconnaissance mutuelle des diplômes généralisée. Ainsi, en plus des nombreuses directives sectorielles, la jurisprudence abondante de la Cour est venue étendre cette reconnaissance mutuelle des diplômes aux autres professions médicales.

1. La multiplication des directives sectorielles

Depuis la directive du Conseil du 16 juin 1975⁷⁴¹ visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, et la directive du Conseil du même jour⁷⁴², visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités des médecins, de nombreux textes communautaires ont permis la libre circulation des autres professionnels de santé.

Ainsi, s'agissant des chirurgiens-dentistes, la directive du 25 juillet 1978⁷⁴³ vise la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de praticiens de l'art dentaire et comporte des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de service. La reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme est le fruit de la directive du 21 janvier 1980⁷⁴⁴. Ce texte vise également à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services. Ces premières directives ont été modifiées en 1989 par la directive du 30 octobre⁷⁴⁵, pour tenir compte des changements dans la dénomination des diplômes et le libellé de certaines spécialisations médicales, ainsi que de la création de certaines spécialisations médicales nouvelles ou de l'abandon de certaines spécialisations médicales anciennes, intervenu dans quelques États membres.

Pour les pharmaciens, la directive du Conseil du 16 septembre 1985⁷⁴⁶ vise à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres en pharmacie, et comporte des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement pour certaines activités du domaine de la pharmacie. Il est question ici des activités dont l'accès et l'exercice sont subordonnés dans un ou plusieurs États membres à des conditions de qualification

⁷⁴⁰ 2005/36/CE

⁷⁴¹ 75/362/CEE

⁷⁴² 75/363/CEE

⁷⁴³ 78/686/CEE

⁷⁴⁴ 80/154/CEE

⁷⁴⁵ 89/594/CEE

⁷⁴⁶ 85/433/CEE

professionnelle et qui sont ouvertes aux titulaires d'un des diplômes, certificats ou autres titres en pharmacie. La pharmacie, avec son maillage géographique, constitue un obstacle considérable et bien différent de ceux avancés par le *numerus clausus* français, à la libre circulation des travailleurs. C'est pour cela que notre travail n'approfondira pas plus la reconnaissance mutuelle du diplôme de pharmacien dans l'Union européenne.

2. Un élargissement confirmé par la Cour

Un rapide panorama de la jurisprudence communautaire depuis les années 70 permet de repérer les principes généraux du droit communautaire pris en compte dans les réflexions nationales en matière de régulation des professions de santé. Les arrêts de la Cour de Justice de l'Union permettent de repérer une convergence en matière de réponse juridique aux questions posées par les États membres et par les justiciables communautaires s'agissant de liberté effective d'exercice des professions de santé à l'intérieur de l'Union européenne. Pour introduire cette étude jurisprudentielle, il importe d'observer que le levier du *numerus clausus* en tant que modalité de régulation de la démographie médicale est une compétence souveraine des États membres et ne résulte pas de la contrainte liée à une directive communautaire. En effet, aux termes de l'arrêt *Bertini*⁷⁴⁷, nous pouvons lire sous la plume des juges de la Cour de Justice, qu'« aucune obligation communautaire n'impose aux États membres d'instaurer un *numerus clausus* dans les facultés de médecine ». Ce point est déterminant dans notre bonne compréhension du contournement du *numerus clausus* et de la sélection universitaire française imposée aux professions médicales de santé. La Cour de Justice poursuit et affirme qu'« il en résulte que les médecins et dentistes établis dans d'autres États membres doivent se voir reconnaître toutes les garanties équivalentes à celles accordées aux médecins et dentistes établis sur le territoire national aux fins de la libre prestation de service ».

Les diverses tentatives des États membres pour limiter l'installation de professionnels de santé extranationaux sont systématiquement refusées par le Cour de Justice de l'Union. Ainsi, l'arrêt du 30 avril 1986, *Commission c. France*⁷⁴⁸, établit « l'incompatibilité avec les articles des traités de prévoir une interdiction pour les médecins et chirurgiens-dentistes d'inscription à l'Ordre professionnel en raison du maintien de l'inscription dans un autre État membre ».

⁷⁴⁷ Aff. jtes. 98, 162 et 258/85 du 12 juin 1986

⁷⁴⁸ Aff. 96/85

Ce point est confirmé dans l'arrêt du 16 juin 1992, *Commission c. Luxembourg*⁷⁴⁹, concernant à la fois les médecins, chirurgiens-dentistes et vétérinaires. La Cour rappelle « le droit, pour une personne établie dans un État membre, ou y exerçant une activité salariée, de s'établir dans un autre État membre ou d'y exercer une activité à titre salarié tout en conservant son cabinet ou son emploi dans le premier État membre ». De fait, les tentatives de restriction à la liberté de circulation d'une façon générale et à la liberté d'établissement en particulier se soldent par des réponses négatives de l'autorité de justice européenne.

En revanche, si le principe de la reconnaissance automatique des diplômes s'applique pour les ressortissants de l'Union européenne, il en va bien différemment pour les professionnels qui ont reçu une formation dans un Etat tiers à l'Union européenne. Ainsi, les arrêts de février 1994, *Haim*⁷⁵⁰ et *Tawil-Albertini*⁷⁵¹, concernant les chirurgiens-dentistes, rappellent que « la directive [78/686] n'impose pas aux États membres la reconnaissance de diplômes qui sanctionnent une formation acquise dans un État tiers ». Néanmoins, selon cette même décision, il existe une « obligation de l'État membre d'accueil qui requiert l'accomplissement d'un stage préparatoire, pour le conventionnement en tant que dentiste d'une caisse d'assurance maladie, de tenir compte de l'expérience acquise par l'intéressé dans un autre État membre ».

Toutefois, afin d'assurer une qualité des soins suffisante, la Cour rappelle les exigences linguistiques attendant au principe de reconnaissance des diplômes. Il paraît en effet essentiel que le professionnel de santé puisse comprendre et se faire comprendre de ses patients dans le pays d'exercice. À cet égard, l'arrêt du 4 juillet 2000, *Haim II*,⁷⁵² indique que la directive « chirurgiens-dentistes » prévoit que « le conventionnement d'un praticien de l'art dentaire, ressortissant d'un État membre, établi dans un autre État membre et habilité à y exercer mais ne disposant d'aucun diplôme mentionné par la directive [93/16/CEE], peut être soumis à la condition que ce praticien ait les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession dans l'État membre d'établissement ». Il s'agit ici selon la Cour, d'une raison impérieuse d'intérêt général, néanmoins soumise au respect du principe de proportionnalité.

Pour nuancer le principe de reconnaissance automatique des diplômes établi par la jurisprudence constante, un arrêt de septembre 2000, *Erpelding*⁷⁵³, observe qu'« un médecin

⁷⁴⁹ Aff. C-351/90

⁷⁵⁰ Aff. C-319/92 du 9 février 1994

⁷⁵¹ Aff. C-154/93 du 9 février 1994

⁷⁵² Aff. C-424/97

⁷⁵³ Aff. C-16/99 du 14 septembre 2000

qui justifie d'un diplôme de médecin spécialiste obtenu dans un autre État membre, mais ne figurant pas sur la liste des formations spécialisées contenue dans la directive, ne peut se prévaloir de l'article 19 de la directive pour porter le titre professionnel de médecin spécialiste correspondant dans l'État d'accueil. Seul est visé le droit, pour les médecins bénéficiaires du système de reconnaissance mutuelle des diplômes, de faire usage de leur titre de formation et, éventuellement, de son abréviation dans la langue de l'État membre d'origine, l'État membre d'accueil demeurant compétent pour autoriser le port sur son territoire du titre de formation ou d'un titre équivalent formulé dans une langue différente de celle de l'État membre d'origine ».

On peut donc retenir un principe général de reconnaissance mutuelle des diplômes ainsi que l'indique la célèbre jurisprudence *Hocsman*⁷⁵⁴ de 2000 concernant la directive « médecins »⁷⁵⁵ : « en cas de diplômes, certificats et autres titres obtenus dans un pays tiers et déjà reconnus par un premier État membre, [il existe une] obligation pour l'État membre d'accueil de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, en procédant à une comparaison entre, d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience, tant s'ils sont communautaires qu'extracommunautaires, et, d'autre part, les connaissances et qualifications exigées par la législation nationale ».

Nous relevons une interprétation stricte des directives CE par la Cour de Justice concernant les textes relatifs aux médecins et chirurgiens-dentistes. En effet, en 2001, la décision de la Cour *Commission/Italie*⁷⁵⁶ annule une condition supplémentaire ajoutée par l'État membre, car elle « constitue une restriction à la liberté d'établissement et à la libre circulation des travailleurs la condition de résidence imposée par les autorités italiennes pour l'inscription au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ». La Cour commente cette décision de l'État italien en pointant une « discrimination fondée sur la nationalité ».

B) 2005 et 2013, un régime général de reconnaissance mutuelle des diplômes, fondé sur les directives médecins

L'obsolescence supposée de textes datant des années 1970 pour une profession aussi évolutive que la médecine n'a finalement jamais eu lieu. Ces directives, parce que particulièrement bien adaptées aux diplômes dispensés par les États membres, ont même servi

⁷⁵⁴ Aff. C-238/98 du 14 septembre 2000

⁷⁵⁵ 93/16/CEE

⁷⁵⁶ Aff. C-162/99 du 18 janvier 2001

de modèle aux harmonisations générales des années 2000 et constituent le socle du principe général de reconnaissance mutuelle des diplômes avancé par les directives de 2005 et 2013.

1. Le regroupement législatif de 2005

La directive de 2005 du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles⁷⁵⁷, qui a consolidé les directives existantes, prévoit en particulier un régime de reconnaissance automatique des titres ou diplômes sur la base d'une coordination des conditions minimales de formation pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien. Cette directive répertorie d'ailleurs, dans son annexe V, la liste des diplômes homologués. Ainsi elle vise à « clarifier, simplifier et moderniser les directives existantes et à rassembler les professions réglementées de médecins, dentistes, infirmiers, vétérinaires, sages-femmes, pharmaciens et architectes dans un seul texte législatif ».

Le bénéficiaire, détenteur du diplôme, doit pouvoir justifier, au moyen d'une attestation de l'Etat membre de l'UE, que toutes les conditions relatives aux formations prévues par les obligations communautaires ont été remplies. S'il ne s'agit pas pour les professions médicales d'une avancée ni d'une évolution concernant la reconnaissance mutuelle de ces formations à travers le territoire de l'Union européenne, le texte a le mérite de clarifier le principe et de rassembler toutes les directives sectorielles. Preuve de la réactivité du législateur européen, une autre directive va voir le jour en 2013⁷⁵⁸. Elle est le fruit des nombreuses propositions avancées par la Commission et l'adoption du nouveau traité.

2. La directive de 2013

Hormis l'arrivée de la carte professionnelle volontaire, les grands principes propres à la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecine avancée par les directives de 1975 sont conservés. Le 19 décembre 2011, le Parlement a publié une proposition de révision de la directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles⁷⁵⁹, sur la base des résultats des divers processus de consultation. Les propositions les plus importantes comprennent l'introduction d'une carte professionnelle européenne, l'harmonisation des exigences minimales en matière de formation, la reconnaissance automatique de sept professions – à savoir les architectes, les dentistes, les médecins, les infirmiers, les sages-

⁷⁵⁷ 2005/36/CE

⁷⁵⁸ 2013/55/UE

⁷⁵⁹ COM(2011)0883

femmes, les pharmaciens et les vétérinaires – ainsi que l'introduction du système d'information du marché intérieur permettant une coopération accrue en matière de reconnaissance des diplômes.

Faisant suite à la résolution du Parlement européen, la Commission a présenté une proposition de révision de la directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Après des négociations en trilogue fructueuses, le Parlement a obtenu les modifications qu'il avait demandées, notamment l'introduction d'une carte professionnelle volontaire, la création d'un mécanisme d'alerte, la clarification des règles concernant l'accès partiel à une profession réglementée, des règles concernant les compétences linguistiques, ainsi que la création d'un mécanisme pour l'évaluation mutuelle des professions réglementées afin de garantir une plus grande transparence. Cela s'est traduit par l'adoption de la directive du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013⁷⁶⁰ modifiant la directive de 2005⁷⁶¹ relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

La directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 est entrée en vigueur le 17 janvier 2014 et les Etats membres de l'UE devaient la mettre en œuvre avant le 18 janvier 2016. Elle introduit la carte professionnelle européenne qui doit faciliter la reconnaissance des qualifications professionnelles et permettre aux membres d'une profession réglementée d'exercer leur profession dans un autre Etat membre de l'UE. La mise en place de cette carte est cependant soumise à une consultation des représentants des organisations professionnelles au niveau européen et des autorités nationales régissant les professions. Autres dispositifs ayant été introduits par cette directive : l'accès partiel et le mécanisme d'alerte. L'accès partiel permet ainsi à un État de n'autoriser un professionnel qu'à exercer un domaine d'activité limité, si les différences entre les domaines d'activité sont si grandes qu'il est nécessaire d'exiger du professionnel qu'il suive un programme complet d'enseignement et de formation pour pallier ses lacunes. La procédure d'alerte consiste, elle, à permettre que « tous les Etats membres [soient...] avertis si un professionnel n'est plus autorisé, en raison d'une mesure disciplinaire ou d'une condamnation pénale, à exercer, même temporairement, ses activités professionnelles dans un État membre »⁷⁶².

⁷⁶⁰ 2013/55/UE

⁷⁶¹ 2005/36/CE

⁷⁶² 2013/55/UE, considérant 29

CONCLUSION DE CHAPITRE

Le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes se maintient depuis l'élaboration du traité de Rome, au début de la construction européenne. Pilier indispensable à libre circulation des travailleurs, ce principe fondé sur les notions de coordination et d'harmonisation, ne revêt sans doute pas toutes les propriétés nécessaires à une harmonisation générale des formations sur le territoire européen. Empêchée par les velléités souverainistes des Etats, la reconnaissance mutuelle des diplômes, qui trouve son effectivité lors de la promulgation des premières directives d'harmonisation, ne repose finalement que sur une coordination minimale. Cela donne alors naissance à une reconnaissance mutuelle des diplômes particulièrement simple à appliquer, tant les critères requis sont limités et peu nombreux. On parle alors d'automaticité du principe de reconnaissance, ce qui inquiète particulièrement les professions réglementées des différents Etats membres et particulièrement les professions médicales.

Devant cette désarmante simplicité et efficacité du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes, l'Union européenne, pour en garantir l'application, doit alors mobiliser le principe de non-discrimination, pendant indispensable à la bonne réalisation de la libre circulation des travailleurs, afin que les Etats soient véritablement contraints de reconnaître, sur leur sol, un diplôme étranger de l'UE, comme équivalent.

CHAPITRE 2 : Le principe de non-discrimination, garantie supplétive du contournement de la sélection universitaire française

Si la reconnaissance mutuelle du diplôme de médecin sur le territoire de l'Union européenne fonctionne de manière automatique et avec une certaine effectivité, son application demeure théorique. L'étudiant français parti en Roumanie pour contourner l'obstacle du *numerus clausus* de la première année, s'il obtient automatiquement l'équivalence de son diplôme roumain en France, n'est pas assuré de pouvoir exercer dans son pays d'origine. Aussi l'Union, pour garantir l'effectivité de ses mesures, se repose sur de grands principes supplétifs qui viennent assurer le bon fonctionnement du traité.

Schématiquement, la reconnaissance mutuelle des diplômes peut être vue comme une mesure restrictive : en assurant les limites et le contour de la profession médicale, elle détermine par défaut, tout ce qui n'est pas une profession médicale. Le principe de non-discrimination, puisqu'il en est question ici, est alors son pendant contraire ; celui qui pousse à l'ouverture et à la complète réalisation de cette reconnaissance mutuelle des diplômes. Après avoir, dans un premier temps, limité la profession à des critères stricts et connus, il faut garantir au carcan ainsi établi, la possibilité de s'ouvrir au marché européen afin que le médecin européen puisse bénéficier effectivement de la reconnaissance de ses titres et formations. Si le diplôme en médecine roumain équivaut au diplôme français, comme l'établit le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes, cette affirmation est-elle juste si le titulaire du diplôme roumain ne peut exercer en France car cette dernière privilégie systématiquement les titulaires d'un diplôme obtenu sur son territoire ?

Le principe de non-discrimination est donc plus que le pendant contraire du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes : il est son pendant nécessaire.

Le principe de non-discrimination n'est pas une invention du législateur européen, puisque dès 1948 il est érigé en droit fondamental par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. En effet, l'article 2, en son alinéa 1^{er}, précise que « chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation »⁷⁶³. On retiendra de cette définition les critères de la langue et d'origine nationale qui

⁷⁶³ Article 2 alinéa 1^{er} de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948

sont la source la plus importante de discrimination en matière de reconnaissance mutuelle des diplômes. Toujours issu de ces sources internationales on retrouve le principe de non-discrimination dans le Pacte International relatif aux Droits Civiques et Politiques, qui précise dans son article 26 que « toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. A cet égard, la loi doit interdire toute discrimination et garantir à toutes les personnes, une protection égale et efficace contre toute discrimination, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance, ou de toute autre situation⁷⁶⁴ ». L'article ajoute également « que les parties au présent pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur (...) la langue, (...) l'origine nationale »⁷⁶⁵. Ici encore est rappelée l'importance que revêt, pour le législateur, l'égal accès au travail, indépendamment, de la langue et de l'origine nationale du demandeur⁷⁶⁶.

Sur le plan européen, la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales, dispose que « la jouissance des libertés reconnues par la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation »⁷⁶⁷. Ici encore est mise en avant la lutte contre la discrimination, issue de la langue et de l'origine nationale.

C'est donc assez naturellement que l'Union européenne est venue emboîter le pas à ces initiatives internationales, afin de garantir la bonne effectivité de ses grands principes.

Les sources de l'Union, propres au principe de non-discrimination, sont doubles ; on trouve l'article 18 du TUE d'une part et l'article 21 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, proclamée solennellement au sommet de Nice le 7 décembre 2000, d'autre part. Ces deux sources reprennent et interdisent également toute discrimination « exercée en raison de la nationalité »⁷⁶⁸.

⁷⁶⁴ Article 26 du Pacte international relatif aux droits civiques et politiques du 16 décembre 1966

⁷⁶⁵ Article 2 alinéa 2 du Pacte international relatif aux droits civiques et politiques du 16 décembre 1966

⁷⁶⁶ FITTE-DUVAL A., « L'admissibilité aux emplois publics », *Encyclopédie des collectivités locales Dalloz*, juin 2015

⁷⁶⁷ Article 14 de la Convention européenne du 4 novembre 1950 adoptée par le Conseil de l'Europe

⁷⁶⁸ Alinéas 1 et 2 de l'article 21 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, proclamée solennellement au sommet de Nice le 7 décembre 2000 et article 13 du traité CE

Nous l'avons vu, ces deux éléments que sont, la discrimination sur la langue ou sur l'origine nationale sont au cœur du principe de non-discrimination, quelle qu'en soit la source et nous les retrouvons au centre de la problématique de la reconnaissance mutuelle des diplômes. Ils ne peuvent toutefois suffire à déterminer l'origine et la nature de ce principe tant les sources de ce dernier sont foisonnantes.

Ainsi, il se dégage un principe de non-discrimination complexe et difficile à définir (Section 1), mais néanmoins nécessaire au bon fonctionnement de la reconnaissance mutuelle des diplômes (Section 2).

Section 1 : Le principe de non-discrimination, un principe supplétif et ambivalent

Face à la variété des définitions retenues par le droit de l'Union, qui évoque alternativement le national de l'Etat membre, son ressortissant ou, de manière plus évasive, le travailleur, voire l'opérateur économique ; face à une jurisprudence dynamique et extensive qui met en avant d'autres critères tels que la situation « communautaire » et la situation « purement interne », il apparaît nécessaire d'opérer une synthèse qui, plus qu'à une énumération de cas spécifiques, doit s'attacher au mécanisme présidant à cette détermination du bénéficiaire de l'accès à la profession médicale. Et force est de constater que ce mécanisme touche les médecins, bien au-delà de leur stricte appartenance aux Etats membres de l'Union.

De même, l'apparente simplicité d'application du principe de non-discrimination – « interdire la discrimination dont est victime le médecin qui veut accéder à la profession parce qu'il n'a pas la nationalité de l'Etat d'accueil⁷⁶⁹ » – est illusoire. Parce que cette discrimination peut être directement ou indirectement en rapport avec l'accès à la profession médicale, ostensible ou dissimulée, d'origine publique ou privée, là encore une synthèse s'impose. Synthèse qui, elle aussi, oblige à constater que la discrimination recouvre un registre particulièrement étendu de situations.

Ainsi se profile une conception extensive de ce principe de non-discrimination. Que cela soit *ratione personae* (Paragraphe 1) ou *ratione materiae* (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une conception *rationae personae* extensive

L'ensemble des commentateurs retient que le bénéfice des dispositions du traité relatives à la libre circulation des personnes ne vise, *a priori*, que les ressortissants des Etats membres⁷⁷⁰. Le TFUE, notamment à l'article 49, l'affirme⁷⁷¹. La jurisprudence l'illustre aussi⁷⁷². Mais certains partisans de la doctrine avancent une autre hypothèse, celle de l'effectivité du principe de non-discrimination étendue aux ressortissants issus d'Etats tiers⁷⁷³. En effet, de nombreux indices permettent de penser que le médecin ressortissant d'un Etat tiers

⁷⁶⁹ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁷⁷⁰ COUZINET J-F., « La détermination des personnes bénéficiaires de la libre circulation dans la Communauté économique européenne », *LPA*, 1992, n°94, p.39

⁷⁷¹ « Les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un Etat membre dans le territoire d'un autre Etat membre sont interdites. Cette interdiction s'étend également aux restrictions à la création d'agences, de succursales ou de filiales, par les ressortissants d'un Etat membre établis sur le territoire d'un Etat membre. »

⁷⁷² Aff. 238/83, *Meade*, 5 juillet 1984, Rec. p.2631

⁷⁷³ NOURISSAT C., *op. cit.*

est aujourd'hui en mesure de prétendre, sur le fondement de ce principe de non-discrimination, à l'accès à la profession médicale sur le territoire de l'Union⁷⁷⁴.

Dès lors, il nous paraît possible d'affirmer que le principe de non-discrimination peut bénéficier tant au médecin, ressortissant d'un Etat membre (A), qu'au médecin ressortissant d'un Etat tiers (B).

A) *Le médecin, ressortissant d'un état membre de l'Union*

La notion de ressortissant, condition première pour prétendre au bénéfice des dispositions du traité en matière d'établissement et de prestation de services, se présente comme des plus souples. La question est donc de savoir si les notions de ressortissant, de national ou de citoyen recouvrent la même situation. En l'absence d'une réponse claire de la part des institutions, la Cour de Justice a trouvé un terrain d'expression, car, comme l'a noté le Professeur Putman, « même dans le domaine sacro-saint de la nationalité, la jurisprudence a consacré une certaine intrusion des règles dictées par la Communauté »⁷⁷⁵. Ainsi, la confusion sur les termes employés, dont l'origine est multiple, conjuguée à la carence institutionnelle, permet à la Cour de dégager des critères caractérisant le médecin, ressortissant de l'Union.

La définition est, donc, en apparence simpliste : un médecin, national ou ressortissant d'un Etat membre de la Communauté. Les traités et les instruments de droit dérivé ne s'intéressent qu'à quelques cas particuliers donnant naissance à une approche institutionnelle limitée. La Cour de justice, interrogée régulièrement sur le champ d'application du principe de non-discrimination en matière de libre circulation des personnes, a progressivement apporté sa pierre à l'édifice.

1. Une contribution institutionnelle limitée

Alors que le droit international a longtemps opéré une distinction entre les notions de *national* et de *ressortissant*, l'ordre juridique communautaire semble gommer la portée respective de ces termes, qu'il emploie indifféremment. Il est fréquemment rappelé que, pour le droit international, les nationaux d'un Etat sont déterminés et reconnus préalablement par

⁷⁷⁴ Cette dernière proposition aurait pu ne paraître mériter que quelques développements rapides, tant il a été souligné dans le chapitre précédent, que le système de reconnaissance automatique des qualifications médicales ne vise que celles délivrées dans les Etats membres. Mais, la consolidation du sort des formations issues des Etats tiers, accentue indiscutablement l'intérêt de cette question.

⁷⁷⁵ PUTMAN, E., « Marché unique et libre circulation des travailleurs indépendants », in *L'Europe des professions*, Aix-en-Provence, PUAM, 1991, p.45

l'Etat en question. Cet aspect interfère directement avec la nature propre de l'Union européenne. Cette dernière retient en effet, plutôt, le principe « d'allégeance à l'Etat ».

Il n'existe qu'un seul texte institutionnel qui apporte au droit de l'Union un éclairage exploitable sur la définition des termes de ressortissants et de nationaux. La déclaration n°2, annexée au traité, précise en effet, que « chaque fois que le traité instituant l'Union européenne fait référence aux ressortissants des Etats membres, la question de savoir si une personne a la nationalité de tel ou tel Etat membre est réglée uniquement par référence au droit national de l'Etat concerné. Les Etats membres peuvent préciser, pour information, quelles sont les personnes qui doivent être considérées comme leurs ressortissants aux fins poursuivies par l'Union en déposant une déclaration auprès de la présidence ; ils peuvent, le cas échéant, modifier leur déclaration ». Parallèlement, à travers les traités, les termes de nationaux et de ressortissants sont largement employés par le législateur, même si ce dernier s'en tient au terme de ressortissant quand il s'agit d'explicitier les principes de libre établissement et libre prestation de service.

Certains expliquent les multiples usages par le législateur de ces deux termes par la confrontation linguistique des traités. Les terminologies anglaises et françaises ne permettent pas de distinguer, par exemple, les dimensions verticales et horizontales de la notion de nationalité. Le terme de *nationals* par exemple signifie à la fois *les citoyens* et *les sujets* britanniques, quand les allemands distinguent le *volkstum*, qui désigne l'appartenance à un groupe, un aspect horizontal donc de la nationalité, du *staatsangehörigkeit*, qui désigne l'allégeance à un Etat et donne alors une définition plus verticale de la nationalité. Il est, dès lors, permis de penser que la conception de la nationalité qui semble prévaloir pour l'application du traité est celle qui insiste sur l'allégeance à l'Etat.

Est ressortissant « un individu lié à un Etat dont il n'as pas cependant la nationalité »⁷⁷⁶. Mais, le droit de l'Union, nous l'avons vu, opère une confusion en utilisant indistinctement les deux termes de *nationalité* et de *ressortissant* et érige les deux notions en synonymes⁷⁷⁷. Force est de relever que les dispositions relatives à la liberté d'établissement et aux prestations de services retiennent bien la seule expression de « ressortissant des Etats Membres »⁷⁷⁸. Cette solution, si elle est confrontée à la définition précédemment donnée, permet de penser que le

⁷⁷⁶ « Ressortissant » in GUINCHARD S., DEBARD T., *Lexique des termes juridiques*, 24^e éd., Paris, Dalloz, 2016, p.404

⁷⁷⁷ CORNU G., *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 2007, p.714

⁷⁷⁸ Article 49 alinéa 1^{er} du TFUE

bénéfice du principe de non-discrimination dans l'établissement peut être demandé par un étranger dans la mesure où l'Etat membre l'y autorise. Or, ceci apparait en contradiction, au moins, avec la lettre même du traité qui confond la notion de ressortissant avec celle de national de l'Etat membre⁷⁷⁹. Demeure, en dernière analyse l'idée que ce qui doit primer, au-delà des termes respectifs de nationaux et de ressortissants, c'est la réalité d'un lien d'allégeance de l'individu, et donc du médecin, avec l'Etat membre signataire du traité, même si ce lien ne lui confère pas, dans le droit interne, l'ensemble des droits reconnus aux nationaux.

2. Une contribution jurisprudentielle effective

La cour de justice de l'Union européenne s'est régulièrement penchée sur l'effectivité de la libre prestation de service et de la liberté d'établissement, le plus souvent à l'aune du principe de non-discrimination. La Cour impose toutefois une restriction aux situations européennes, pour que puissent être invoqués les articles, 18, 45, 49 et 56 du TFUE. Ainsi, dans la célèbre jurisprudence *AUER I*, elle a pu affirmer : « en tant qu'il vise à assurer, au terme de la période de transition, avec effet direct, le bénéfice du traitement national, l'article 52⁷⁸⁰ ne concerne – et ne saurait concerner – dans chaque Etat membre que les ressortissants des autres Etats membres »⁷⁸¹.

Au final, il convient de distinguer les situations propres à l'Union (a), des situations purement internes (b).

a) *Caractérisation de la situation propre à l'Union*

Il n'est jamais donné par la Cour de définition précise de ce qu'elle entend par « situation propre à l'Union ». Mais, à la lecture de sa prolifique jurisprudence, il se dégage certains faisceaux d'indices concordants, permettant de déterminer le critère d'extranéité. Par ce que la Cour qualifie de « lien de rattachement », nous pouvons, dans le cadre des professions médicales, envisager deux hypothèses : l'exercice préalable de l'activité médicale sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union européenne ; l'obtention d'une qualification médicale sur le territoire d'un autre Etat membre.

Dans la première hypothèse, la condition d'extranéité est remplie si le ressortissant a exercé dans son Etat d'origine pour ensuite s'établir dans un autre Etat membre de l'Union. Ici, la question ne se pose pas puisqu'il s'agit de l'exemple le plus évident et intuitif de l'effectivité

⁷⁷⁹ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁷⁸⁰ Devenu article 49 TFUE

⁷⁸¹ Aff. 136/78, *Auer I*, 7 février 1979, Rec p.437, pt. 20 des motifs

de la liberté d'établissement. La jurisprudence a toutefois consacré l'existence de ce lien d'extranéité dans une situation moins orthodoxe, lorsque le travailleur a exercé son activité dans un autre Etat membre et souhaite ensuite la poursuivre dans son Etat d'origine. Si cette situation a d'abord été vue par la doctrine comme « purement interne », la Cour a rapidement reconnu l'aspect transfrontalier du problème⁷⁸². Aussi, la Cour s'arrête sur un nécessaire franchissement de frontière, celui-ci n'étant toutefois soumis à aucune condition particulière et ne réclame que la « réalité de cet exercice » dont la preuve incombe au travailleur souhaitant exercer sa liberté d'établissement⁷⁸³.

La seconde hypothèse, qui repose sur le lieu d'obtention de la qualification professionnelle est, elle, directement liée à la mise en œuvre des directives de reconnaissance mutuelles des diplômes. Ont donc été exclues pendant longtemps, les professions non répertoriées par les directives sectorielles. Dans les affaires *Bouchoucha*⁷⁸⁴ et *Nino*⁷⁸⁵, par exemple, la Cour confrontée à des formations d'ostéopathe, biothérapeute et pranothérapeute validées hors du pays d'exercice, refuse de caractériser un lien de rattachement avec le droit de l'Union et rejette les demandes des praticiens. Que le diplômé souhaite exporter sa formation au-delà des frontières de son pays d'origine, ou au contraire importer et bénéficier chez lui des qualifications qu'il a obtenues à l'étranger, le lien d'extranéité est caractérisé à condition que les deux Etats en question soient tous deux membres de l'Union européenne. C'est la solution dégagée par la Cour dans son arrêt *Tawil-Albertini*⁷⁸⁶. Selon elle, « la reconnaissance mutuelle des diplômes de dentiste délivrés par les Etats membres, visée par la directive 78/686, se fonde sur la garantie résultant de l'application de critères minimaux de formation imposés par la directive 77/687 » ; « or, dans les relations avec les Etats tiers, une telle coordination des législations relatives à la formation ne peut être établie que par des conventions conclues entre les Etats concernés » et « il s'ensuit que la reconnaissance par un Etat membre d'un titre délivré par un Etat tiers n'engage pas les autres Etats membres »⁷⁸⁷.

⁷⁸² Aff. 246/80 *Broekmeulen*, 6 octobre 1980, Rec. 2311

⁷⁸³ Aff. C-370/90, *Surinder Singh*, 7 juillet 1992, Rec I-4288

⁷⁸⁴ Aff. C-61/89, *Bouchoucha*, 3 octobre 1990, Rec. I-3351

⁷⁸⁵ Aff. jtes C-54/88, C-91/88 et C-14/89, *Nino e.a.*, 3 octobre 1990, Rec. I-3545

⁷⁸⁶ Aff. C-154/93, A. *Tawil-Albertini*, 9 février 1994, Rec. I-451

⁷⁸⁷ *Id.*, pts. 11 à 13 des motifs.

b) *La situation purement interne et les discriminations « à rebours »*

Le terme de discrimination à rebours est une expression doctrinale, jamais reprise par la Cour⁷⁸⁸. Elle désigne des situations assez variées. Elle se définit comme « la situation désavantageuse dans laquelle se trouve placé, du fait de son droit national, le ressortissant d'un Etat membre vis-à-vis des ressortissants des autres Etats membres protégés, eux, à l'égard de cet Etat, par le droit de l'Union européenne »⁷⁸⁹. Ce terme est principalement employé autour du principe de libre circulation des marchandises mais s'est, au fil du temps, forgé une place d'importance dans le principe de libre circulation des travailleurs.

Quand et comment, un national peut-il invoquer à son bénéfice, l'égalité de traitement dans l'Union européenne pour accéder aux professions médicales ? Cette interrogation en soulève une autre qui oppose les visions dualiste et moniste du droit de l'Union : celui-ci vient-il compléter le patrimoine juridique des citoyens de l'Union européenne qu'importe l'endroit où ils l'invoquent, ou n'est-il possible de revendiquer à l'encontre de son propre Etat que les dispositions nationales ?

Les évolutions jurisprudentielles se contentent de réclamer un lien de rattachement, même hypothétique, avec le droit de l'Union, pour pouvoir se soustraire à une situation purement interne. La discrimination à rebours a été caractérisée pour la première fois par la Cour dans son arrêt *Broekmeulen*⁷⁹⁰, relatif à un médecin néerlandais diplômé de l'université catholique de Louvain en Belgique. Le diplôme obtenu par l'intéressé lui permet de s'établir en Belgique comme omnipraticien. Admis à prêter serment aux Pays-Bas, il a formulé une demande d'inscription au registre des omnipraticiens néerlandais. Réponse lui a été faite qu'il devait satisfaire à l'exigence, commune à l'ensemble des médecins néerlandais, d'une année de formation supplémentaire en médecine générale avant de pouvoir être inscrit au registre. A la suite d'un recours formé contre cette décision devant la commission compétente, cette dernière sursoit à statuer et pose une question préjudicielle d'interprétation relative aux « directives médecin ». La Cour de justice va développer deux moyens afin de reconnaître le droit pour le docteur Broekmeulen de s'établir aux Pays-Bas sans avoir à satisfaire aux exigences supplémentaires imposées à ses ressortissants. D'une part, elle relève que la directive spécifique en cause prévoit que chaque Etat membre reconnaît les diplômes énumérés et « délivrés aux

⁷⁸⁸ Alors que les avocats généraux l'utilisent, voir not. Conclusions de l'avocat général C.O. Lenz, présentées le 15 décembre 1994, dans l'Aff. jtes C-29/94 à C-35/94, *J-L. Aubertin e.a.*, 16 février 1995, Rec. I-311, pt. 27 des conclusions.

⁷⁸⁹ RAMBAUD P., « La discrimination à rebours et le droit communautaire : un mythe juridique ? », *Gaz. Pal.*, 1992, p.339

⁷⁹⁰ Aff. 246/80, *Broekmeulen*, 6 octobre 1981, Rec. 2311.

ressortissants des Etats membres par les autres Etats membres ». Cette disposition peut donc être invoquée, dans un Etat membre, par les ressortissants de tous les Etats membres ayant obtenu, dans un autre Etat membre, un des diplômes énumérés⁷⁹¹. D'autre part, la Cour estime que cette interprétation est conforme aux exigences découlant des libertés de circulation et d'établissement : « ces libertés, fondamentales dans le système de la Communauté, ne seraient en effet pas pleinement réalisées si les Etats membres pouvaient refuser le bénéfice des dispositions du droit communautaire à ceux de leurs ressortissants qui ont fait usage des facilités existant en matière de circulation et d'établissement et qui ont acquis, à la faveur de celles-ci, les qualifications professionnelles visées par la directive dans un Etat membre autre que celui dont ils ont la nationalité »⁷⁹². Nous avons ici un parfait exemple de l'imbrication nécessaire du principe de non-discrimination avec celui de reconnaissance mutuelle des diplômes.

B) Le médecin issu d'un Etat tiers à l'Union européenne

Cela est sous-entendu dans la construction de l'Union européenne et dans son droit induit : les dispositions du traité ne sont accessibles et ne bénéficient qu'aux seuls ressortissants des Etats membres. La question, d'un bénéfice ou non, des grands principes de l'Union pour les ressortissants des Etats tiers semble donc assez éloignée de notre sujet, puisque ceux-ci sont *a priori* exclus de par leur nature, des traités de l'Union. Mais, les nombreux accords bilatéraux que passe l'Union européenne avec les Etats tiers changent la donne et nous obligent à nous interroger.

La Suisse a par exemple, signé, depuis longtemps, pour les professions médicales, des accords bilatéraux entre plusieurs membres de l'Union européenne visant à établir un principe de reconnaissance mutuelle des diplômes, d'abord avec l'Autriche⁷⁹³, l'Allemagne⁷⁹⁴ et la

⁷⁹¹ Aff. 246/80, *Broekmeulen*, 6octobre 1981, Rec. 2311., pt. 19 des motifs

⁷⁹² *Id.*, pt. 20 des motifs

⁷⁹³ RS. 0.414.991.631, Accord entre la Confédération suisse et la République d'Autriche sur la reconnaissance réciproque des équivalences dans l'enseignement supérieur, Conclu le 10 novembre 1993, Entré en vigueur par échange de notes le 1er octobre 1994

⁷⁹⁴ RS. 0.414.991.361, Accord entre le Gouvernement de la Confédération suisse et le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne sur la reconnaissance réciproque des équivalences dans l'enseignement supérieur, Conclu le 20 juin 1994, Entré en vigueur par échange de notes le 1er juillet 1995

France⁷⁹⁵, puis avec l'Italie⁷⁹⁶. Si le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes est ainsi garanti entre ces quatre pays notamment pour les professions médicales, rien n'est spécifié quant à l'application ou non d'un principe de non-discrimination. Précisons que les conventions d'accords bilatéraux passées entre la Suisse et ces Etats membres de l'Union sont calquées sur la lettre du traité et sur les directives sectorielles de reconnaissance mutuelle des diplômes. Nous pouvons donc établir, qu'entre ces différents protagonistes, se caractérise une extension extracommunautaire du traité de l'Union concernant ce principe spécifique. Mais comme nous avons pu le voir, ce principe ne peut être effectif sans son pendant supplétif, le principe de non-discrimination. Aussi, afin de rendre effectifs ces échanges extra-communautaires, il est nécessaire de reconnaître aux ressortissants des Etats tiers, sous certaines conditions restrictives, le bénéfice d'un principe de non-discrimination⁷⁹⁷. Il existe donc aujourd'hui, « un pot-pourri de droits actuels et potentiels qui peuvent être glanés dans les accords internationaux, et indirectement dans les droits garantis aux citoyens de l'Union européenne »⁷⁹⁸.

Il convient donc de différencier, successivement, le bénéfice direct, tiré des accords internationaux signés par l'Union ou ses membres, du bénéfice indirect, « par ricochet », tiré des droits du ressortissant de l'Union européenne.

1. Le bénéfice direct pour le ressortissant tiers du principe de non-discrimination

Il convient dans un premier temps d'écarter la possibilité de caractériser un principe général, et international de non-discrimination. Car s'il a été un temps envisagé d'établir un principe de non-discrimination par le truchement de la clause dite « de la nation la plus favorisée », l'article 351 du TFUE exclut cette possibilité précisant clairement, « que les avantages consentis dans le traité sont inséparablement liés à la création d'institutions

⁷⁹⁵ Accord-cadre franco-suisse entre la Conférence des Présidents d'Université française (CPU), la Conférence des Directeurs des Ecoles Françaises d'Ingénieurs (CDEFI) et la Conférence des recteurs des universités suisses (CRUS), la Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses (KFH) et la Conférence suisse des rectrices et recteurs des hautes écoles pédagogiques (COHEP) sur la reconnaissance des diplômes, Conclu le 1^{er} octobre 1994 et renouvelé à Paris le 10 septembre 2008

⁷⁹⁶ RS. 0.414.994.541, Accord entre le Conseil fédéral suisse et le Gouvernement de la République italienne sur la reconnaissance réciproque des équivalences dans l'enseignement supérieur, Conclu le 7 décembre 2000, Entré en vigueur par échange de notes le 1^{er} août 2001

⁷⁹⁷ LE BRIS R-F., « L'étranger et ses métamorphoses, quelques considérations contemporaines », in *L'internationalisation du droit. Mélanges en l'honneur de Yvon LOUSSOUARN*, Paris, Dalloz, 1994, p.233. L'auteur rappelle que si « le statut de l'étranger est nécessairement discriminatoire (...) le statut civil et économique est de moins en moins discriminatoire ». Et également, GARRONE P., *La liberté de circulation des personnes : liberté de mouvement, égalité, liberté économique*, Zürich, Schulthess Polygraphischer Verlag, « Collection de droit européen », 1993, p.14-19

⁷⁹⁸ PEERS S., « Towards equality : actual and potential rights of third-country nationals in the European Union », *Common Market Law Revue*, 1996/33, p.7-50

communes, à l'attribution de compétences en leur faveur, et à l'octroi de mêmes avantages pour les autres membres »⁷⁹⁹. Il n'en demeure pas moins que l'Union a régulièrement ratifié et élaboré des accords internationaux bilatéraux accordant aux ressortissants d'Etats tiers la reconnaissance et le recours direct à un principe de non-discrimination sur son territoire⁸⁰⁰. L'accord sur l'Espace Economique Européen⁸⁰¹ (EEE) est ainsi sans doute l'une de ses assimilations les plus abouties, puisqu'il offre un recours direct au principe de non-discrimination tel qu'il est défendu au sein du territoire de l'Union, quand d'autres accords le limitent et imposent des conditions strictes.

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 1994, l'accord EEE a été ratifié par des Etats tiers qui ont depuis intégrés l'Union européenne⁸⁰², ainsi que par l'Islande, le Lichtenstein et la Norvège. La Suisse est ici un cas particulier puisqu'elle a activement participé à l'élaboration de cet accord et envisageait de le ratifier en même temps que son intégration au sein du bloc UE, mais le referendum populaire ayant rejeté l'intégration de la Suisse, elle demeure à ce jour, un simple observateur au sein de l'accord EEE. Cet accord propose l'élargissement aux Etats tiers mentionnés du champ d'application des principes de liberté d'établissement et de libre prestation de service, ainsi que du droit dérivé de l'Union propre à la libre circulation des travailleurs et l'assimilation des directives sectorielles⁸⁰³. Il s'agit donc ici d'un « package » complet puisque le professionnel de santé ressortissant d'un Etat tiers ayant ratifié l'accord peut bénéficier sur le sol de l'Union, du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes et du principe de non-discrimination nécessaire à sa bonne effectivité.

Ainsi l'article 31 de l'accord EEE précise que « [...] les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un Etat membre de la CE ou d'un Etat de l'AELE⁸⁰⁴ sur le territoire d'un autre de ces Etats sont interdites [...] La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice [...] ». Et l'article 36 d'ajouter que « dans le cadre du présent accord, toute restriction à la libre prestation des services à l'intérieur du territoire des parties contractantes à l'égard des ressortissants des Etats membres de la CE et des Etats de l'AELE établis dans un Etat membre de la CE ou dans un Etat de l'AELE, autre que celui du

⁷⁹⁹ GOLDMAN B., *Droit commercial européen, op. cit.*

⁸⁰⁰ KOVAR R., « Les accords liant les Communautés européennes et l'ordre juridique communautaire », *RTDE*, 1974, p.345

⁸⁰¹ JOCE L1, 3 janvier 1994

⁸⁰² La Suède et l'Autriche

⁸⁰³ PERTEK J., « Professions médicales et paramédicales », *JurisClasseur Europe*, fasc. 740 ; « L'Europe des professionnels de la santé », *Revue des affaires européennes*, 2003-2004/2, p.221

⁸⁰⁴ Association européenne de libre échange

destinataire de la prestation, est interdite ». C'est en substance la lettre même des articles 49 et 56 du TFUE⁸⁰⁵. L'article 33 permet lui l'invocabilité directe de cet accord par les ressortissants des Etats cosignataires de l'accord, une précision importante que la Cour ne manquera pas de relever quand il lui sera confié le soin d'étudier l'applicabilité d'autres accords internationaux passés avec l'Union.

Ainsi, il est possible d'affirmer que l'accord EEE assure une véritable assimilation des ressortissants de l'Islande, du Liechtenstein et de la Norvège à ceux des Etats membres de l'Union. La portée du principe de non-discrimination, affirmé à l'article 4 de l'Accord, trouve toute sa signification⁸⁰⁶. L'intégration, l'assimilation est totale.

Mais, l'Union européenne a conclu avec de nombreux pays des accords qui peuvent avoir une incidence sur la question qui nous intéresse, en ce qu'ils élargissent le bénéfice personnel du principe de non-discrimination. La Cour a alors dégagé les critères d'un éventuel effet direct des dispositions des accords. Outre les exigences traditionnelles de précision, de clarté et d'inconditionnalité, la réciprocité doit exister. Dans l'arrêt *Demirel*⁸⁰⁷ la Cour refuse l'effet direct de l'article 12 de l'accord Turquie-CEE, relatif à la libre circulation des travailleurs, car s'il s'inscrit bien dans les objectifs de l'accord, il ne s'en limite pas moins à quelques lignes directrices. Ainsi, une disposition d'un accord sera d'effet direct « lorsque, eu égard à ses termes ainsi qu'à l'objet et à la nature de l'accord, elle comporte une obligation claire et précise, qui n'est subordonnée, dans son exécution ou dans ses effets, à l'intervention d'aucun acte ultérieur »⁸⁰⁸.

Les accords passés entre l'Union et des Etats tiers contiennent donc des dispositions relatives à l'accès à la profession des ressortissants tiers sur le territoire de l'Union fondées sur l'affirmation du principe de non-discrimination. Mais l'exercice de cette faculté demeure incident du fait de l'effet direct plus que limité reconnu à ces dispositions.

2. Le bénéfice « par ricochet » pour le ressortissant tiers du principe de non-discrimination

Nous l'avons vu, le ressortissant d'un Etat tiers peut bénéficier d'un principe de non-discrimination, d'une reconnaissance de ses diplômes et plus généralement de la libre circulation des travailleurs défendue par l'Union. Mais cela suppose, au préalable, une

⁸⁰⁵ Articles 52 et 59 au moment de la ratification de l'accord

⁸⁰⁶ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁸⁰⁷ Aff. 12/86, *Demirel*, 30 septembre 1987, Rec. p.3719

⁸⁰⁸ *Id.*, pt. 14 des motifs

démarche bilatérale entre l'Etat dont il est le ressortissant et l'Union européenne. Pourtant certains ressortissants issus d'un Etat tiers et indépendamment de tout accord bilatéral passé entre son pays et l'UE parviennent à bénéficier d'une extension du champ des principes de l'UE, par le simple fait d'appartenir à la famille d'un ressortissant de l'Union. C'est ce que la doctrine a nommé, le « bénéfice par ricochet ». Il s'agit ici d'une extension des conditions de mobilité professionnelle, défendus par l'Union, à la famille des ressortissants des Etats membres dans le but de ne pas freiner ses déplacements et ainsi concrétiser l'effectivité du principe de libre circulation des travailleurs⁸⁰⁹.

La jurisprudence soumet toutefois cette extension du champ d'application de la libre circulation des travailleurs à une condition d'extranéité ; c'est ce que nous avons vu précédemment, puisque le droit de l'Union ne peut régir des situations purement internes. Cela a pu créer des situations ubuesques. La famille étrangère d'un ressortissant ne peut pas bénéficier des principes de reconnaissance mutuelle des diplômes et de non-discrimination si ce dernier n'a pas, au préalable, exercé ce droit dans l'Union européenne. S'il ne s'est jamais établi que dans son pays d'origine, sa famille ne bénéficie pas de l'extension du champ d'application des principes de l'Union. Si au contraire, il s'est expatrié dans un autre Etat membre, sa famille bénéficiera de l'extension du champ d'application des principes de l'Union.

Dans les années soixante-dix et avec l'arrivée de l'arsenal normatif qui vise à libérer la circulation des travailleurs, le législateur européen s'évertue à éliminer toutes les barrières et freins qui empêchent la bonne effectivité de ces principes. Or, le travailleur, en l'occurrence le médecin, ne vit pas toujours seul et ses impératifs familiaux peuvent le contraindre et limiter d'autant sa libre circulation sur le territoire de l'Union. Le législateur a donc étendu le champ d'application des principes de libre circulation des travailleurs à la famille du ressortissant de l'Union et ce même si cette dernière ne dispose pas de la nationalité d'un Etat membre de l'Union. La famille du ressortissant dispose ainsi d'un accès non discriminatoire aux activités professionnelles. Le règlement 1612/68 du 15 octobre 1968, relatif à la libre circulation des travailleurs au sein de la Communauté⁸¹⁰ est le premier texte important à la mentionner. Son article 11 prévoit que « le conjoint, les descendants de moins de vingt et un ans et les ascendants à charge d'un ressortissant d'un Etat membre exerçant sur le territoire d'un autre Etat membre une activité salariée, même s'ils n'ont pas la nationalité d'un Etat membre, ont le droit d'accéder à toute activité salariée sur le territoire de cet Etat, selon une logique non discriminatoire ». Par

⁸⁰⁹ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁸¹⁰ JOCE L 257, 19 octobre 1968, p.2

la suite, de nombreuses directives ont repris le règlement mais c'est la directive 73/148/CEE⁸¹¹ qui va marquer une certaine évolution du principe du bénéficiaire par ricochet. Il convient en effet de remarquer que les termes retenus semblent traduire une conception plus restrictive du champ d'application personnel. Ainsi, les expressions d'« enfant du ressortissant » et de « conjoint » sont substituées à celui de descendants, ce qui exclurait les petits enfants⁸¹².

Parallèlement, dans son arrêt *Gül*⁸¹³, la Cour affirme sans détour que le conjoint étranger d'un travailleur bénéficiaire de la libre circulation « peut invoquer le traitement égal qui lui est garanti pour obtenir la reconnaissance des qualifications et diplômes dans les mêmes conditions qu'un travailleur ressortissant d'un Etat membre »⁸¹⁴. En l'espèce, Monsieur Gül, ressortissant chypriote d'origine turque, est marié à une ressortissante britannique. Il a obtenu son doctorat en médecine à Istanbul et s'est établi en Allemagne afin d'exercer temporairement, ce à quoi il s'est engagé auprès de l'administration concernée, durant sa spécialisation en anesthésie. Son autorisation de séjour venant à expiration, il fonde sa demande de séjour permanent sur son statut de conjoint de ressortissant communautaire qu'il complète par une demande d'habilitation d'exercice définitif, à titre salarié, de sa spécialisation en Allemagne. Ainsi, la Cour a pu répondre « que le conjoint d'un travailleur d'un Etat membre bénéficiaire de l'article 11 du règlement n°1612/68 a droit à un traitement national en ce qui concerne l'accès aux activités de médecin et l'exercice de celles-ci, en qualité de salarié, que son titre soit fondé sur la seule législation de l'Etat membre d'accueil ou sur les dispositions de la directive 75/363/CEE »⁸¹⁵.

Le champ d'application des dispositions relatives à la liberté d'établissement est, donc, des plus vastes. L'interprétation dynamique et téléologique de la Cour en semble à l'origine, il est vrai, aidée par la relative indigence des dispositions du traité en ce domaine et par les quelques textes de droit dérivé applicable en l'espèce. Le respect du principe de non-discrimination signifie donc, non seulement qu'un ressortissant d'un Etat membre ne peut se voir opposer sa nationalité pour l'accès à la profession, mais encore que des ressortissants d'Etats tiers à l'Union peuvent aussi accéder à cette profession dès lors qu'ils sont capables de

⁸¹¹ Directive 73/148/CEE du Conseil relative à la suppression des restrictions au déplacement et au séjour des ressortissants des Etats membres à l'intérieur de la Communauté en matière d'établissement et de prestation de services, JOCE L 172, 28 juin 1973, p.14

⁸¹² MARTIN D., *Égalité et non-discrimination dans la jurisprudence communautaire, Étude critique à la lumière d'une approche comparative*, Bruxelles, Bruylant, 2006, 669p

⁸¹³ Aff. 131/85, *Gül*, 7 mai 1986, Rec. p.1585,

⁸¹⁴ *Id.*, pt. 29 des motifs

⁸¹⁵ *Id.*, pt. 30 des motifs

mettre en avant un lien fort avec l'Union. Rappelons, cependant, que la limite propre à l'accès à la profession médicale reste celle de la formation et des diplômes délivrés au sein des universités de l'Union européenne.

Paragraphe 2 : Une conception *rationae materiae* extensive

Comme le précise le deuxième considérant de la directive médecin, « en vertu du traité, tout traitement discriminatoire fondé sur la nationalité [...] est interdit depuis la fin de la période de transition [...] le principe du traitement national ainsi réalisé s'applique, notamment [...] à l'accès aux activités du médecin ». Il s'agit alors d'une référence expresse à l'article 7 du traité CEE⁸¹⁶ selon lequel, « dans le domaine d'application du présent traité, est interdite toute discrimination exercée en raison de la nationalité ».

Le traité et la directive médecin ne s'attardent toutefois que sur la seule discrimination sur la nationalité quand les accords internationaux et la déclaration universelle des droits de l'homme adoptent une position plus généraliste et se réfèrent à d'autres critères⁸¹⁷. Le traité impose en revanche une interdiction absolue quand ces mêmes accords internationaux adoptent un principe de « raisonabilité »⁸¹⁸. Les articles 45, 49 et 56, relatifs au domaine d'application du traité sont ici naturellement au cœur d'une expression forte du principe de non-discrimination, notamment au regard des décisions de la Cour, qui a érigé ce principe comme « l'une des dispositions juridiques fondamentales de la Communauté »⁸¹⁹.

Pour la profession médicale, l'interdiction des discriminations à l'accès à la profession médicale présente un caractère doublement extensif⁸²⁰. D'une part, le régime de l'interdiction est particulièrement strict, puisque sont prohibées les discriminations ostensibles mais également les discriminations dissimulées. D'autre part, l'origine des discriminations est tantôt issue des velléités étatiques et de leur appareil législatif, tantôt d'autres autorités, « associations ou organismes ne relevant pas du droit public »⁸²¹.

⁸¹⁶ Devenu article 6, puis article 12, et enfin article 18 avec le traité de Lisbonne au grand damne de certains observateurs qui appréciaient particulièrement l'analogie et l'écho à l'article 7 de la déclaration universelle des droits de l'homme.

⁸¹⁷ Démonstration du champ limité à la seule nationalité de cette prohibition est apportée par le traité d'Amsterdam, qui introduit un article 13 (aujourd'hui 19) permettant au Conseil « de prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle ».

⁸¹⁸ Ce caractère absolu, traditionnellement retenu par la Cour de justice, n'en connaît pas moins quelques atteintes. V. not. Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475.

⁸¹⁹ Aff. 2/74, *Reyners*, 21 juin 1974, Rec. p.631, pt. 24 des motifs

⁸²⁰ NOURISSAT C., *op. cit.*

⁸²¹ Selon l'expression même de la Cour, voir not. Aff. 36/74, *Walrave*, 12 décembre 1974, Rec. p.1405, pt. 18 des motifs.

Il convient dès lors d'envisager le régime juridique des discriminations (A), pour ensuite aborder la nature et l'origine de ces discriminations (B).

A) *Le régime juridique des discriminations*

Selon que l'Etat réfractaire mentionne et impose ouvertement une discrimination fondée sur la nationalité ou que celle-ci est dissimulée derrière des considérations et des critères qui aboutissent aux mêmes conséquences, la censure est impitoyable de la part de la Cour de justice de l'Union européenne.

1. Le critère direct ou indirect de la nationalité comme source de discrimination

Si l'on observe une certaine continuité dans la jurisprudence de la Cour, la censure des discriminations s'est faite en deux étapes. Dans une première étape, les questions ont porté sur la notion même de discrimination, matérielle et formelle, à raison de la nationalité. Puis, une deuxième étape, enclenchée à la fin des années 70, a vu la Cour interrogée sur les cas de discrimination pour lesquels le critère de nationalité n'était pas explicite.

a) *Définition jurisprudentielle*

La notion de discrimination est connue de l'ensemble des ordres juridiques nationaux et de l'ordre juridique international dans ses différentes ramifications. Mais contrairement à ces derniers, l'ordre juridique de l'Union, en l'état actuel, n'envisage expressément que deux catégories de discrimination : celle touchant à la nationalité et celle touchant au sexe⁸²². Cette dernière catégorie ne relève pas de la présente étude, même si la profession médicale s'est aujourd'hui largement féminisée et que des discriminations peuvent, hélas, perdurer⁸²³.

Le concept de discrimination soulève une réelle difficulté de définition. Il n'est pas dans notre propos d'en explorer les méandres. Tout au plus doit-on rappeler que « distinguer n'est pas discriminer et que toute distinction n'est pas discriminatoire »⁸²⁴. Ce constat posé, la comparaison des différentes solutions dégagées par les ordres juridiques nationaux et internationaux, notamment dans le domaine des droits de l'homme ou du droit du commerce international, permet de relever une conception commune. L'Ordre juridique de l'Union, par la

⁸²² SUDRE F., « La Communauté européenne et les droits fondamentaux après le traité d'Amsterdam : vers un nouveau système européen de protection des droits de l'Homme ? », *JCP G*, 1998, n°1

⁸²³ DARMON M., HUGLO J.G., « L'égalité de traitement entre les hommes et les femmes dans la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes: un univers en expansion », *RTDE*, 1992, p.10

⁸²⁴ SUDRE F., *art. cit.*

voix de la Cour, va adopter une définition relativement proche ; définition dont il ne s'est jamais écarté.

Le principe de non-discrimination qui inspire l'ensemble des ordres juridiques, issu du postulat d'égalité entre les hommes, repose essentiellement en droit international économique sur la nationalité. En droit international des droits de l'homme, les critères de discriminations peuvent tout à la fois être la race, les opinions, l'origine sociale. Pour autant, la discrimination répond à des définitions proches. Seule l'effectivité de la sanction de la discrimination va varier. L'intensité de la censure semble, d'ailleurs, inversement proportionnelle à l'étendue des objectifs protégés. Ainsi, le critère de raisonabilité introduit en droit international au titre des distinctions prohibées est refusé en droit de l'Union lorsque l'on envisage une discrimination fondée sur le critère de nationalité.

Sans reprendre la conception extensive, mais qui présente le mérite de la simplicité, dégagée par la doctrine, notamment en droit du commerce international – qui qualifie de discrimination « toute mesure qui frappe l'étranger sans atteindre le national »⁸²⁵ – cette notion reçoit généralement, une assez large définition. Ainsi, pour la Cour européenne des droits de l'homme, « la notion de discrimination englobe d'ordinaire les cas dans lesquels un individu ou un groupe se voit, sans justification adéquate, moins bien traité qu'un autre »⁸²⁶. Le comité des droits de l'homme des Nations unies retient une approche identique⁸²⁷. Cependant, à cette conception large répond un cadre d'application plutôt restrictif. En effet, les Etats ont la faculté d'avancer « une justification objective et raisonnable » qui fait échapper la mesure à la qualification de discrimination au profit d'une simple différenciation.

Loin de ces constructions raffinées, la Cour s'attache à une approche pragmatique de la discrimination, exclusive de toute justification et de toute dérogation autre que découlant des dispositions du traité dans le domaine concerné ; à savoir l'ordre public, la sécurité publique ou la santé publique d'une part, et les emplois publics et les activités « participant à l'exercice de l'autorité publique », d'autre part. D'après la Cour, « une apparence de discrimination formelle peut donc correspondre, en fait, à une absence de discrimination matérielle [...] ; la discrimination matérielle aurait consisté à traiter soit de manière différente des situations similaires, soit de manière identique des situations différentes »⁸²⁸. Ainsi, « en prohibant toute

⁸²⁵ BREDIN J-D., LOUSSOUARN Y., *Droit du commerce international*, Paris, Sirey, 1969, 1036p

⁸²⁶ CEDH, *Abdulaziz, Cabales et Balkandali*, 28 mai 1985

⁸²⁷ CDH-ONU, *I. Gueye et al. c/ France*, 3 avril 1989, RUDH 1989

⁸²⁸ Aff. 13/63, *Italie c. Commission*, 17 juillet 1963, Rec. p.337

discrimination à raison de la nationalité, l'article 18 du traité exige que les personnes relevant d'une situation gouvernée par le droit de l'Union soient placées sur un pied de complète égalité avec les nationaux de l'Etat membre »⁸²⁹. Ces deux définitions de la discrimination en raison de la nationalité en droit de l'Union, démontrent largement la constance avec laquelle la Cour aborde la notion ; constance qui par ailleurs justifie l'implacabilité de ses censures.

b) La nationalité, un critère direct ou indirect

La discrimination fondée sur la nationalité, que celle-ci soit directe ou indirecte, expresse ou tacite, ou encore qu'elle concerne la liberté d'établissement ou la libre prestation de service, constitue une violation « à l'état pur »⁸³⁰ de l'égalité de traitement. Mais parfois, l'identification d'un critère discriminatoire fondé sur la nationalité est moins évidente à établir, la Cour s'étant, dès les années soixante-dix, attelée à les démasquer, notamment en 1974 dans l'arrêt *Sotgiu*. Selon ce dernier, « des critères tels que le lieu d'origine ou le domicile d'un travailleur peuvent, selon les circonstances, constituer, dans leur effet pratique l'équivalent d'une discrimination de nationalité prohibée »⁸³¹.

Selon le juge Leanerts, « il y a discrimination directe lorsqu'une réglementation de l'Union ou nationale applique un critère de distinction prohibé ou soumet des cas différents à une réglementation formellement identique. Il y a discrimination indirecte lorsque, bien que n'appliquant pas de critère de distinction prohibé, une réglementation de l'Union ou nationale applique d'autres critères de distinction dont les effets sont identiques ou au moins analogues à ceux auxquels aboutirait l'application du critère de distinction prohibé, ou encore lorsqu'une réglementation de l'Union ou nationale établit une distinction purement formelle de cas différents, mais leur applique, en réalité un traitement identique »⁸³². Cette terminologie pose des difficultés. En effet, elle peut prêter à confusion. Pour la Cour, le caractère direct ou indirect de la discrimination semble correspondre au fait que la discrimination touche directement ou indirectement l'accès à l'emploi ou l'activité⁸³³. A cet égard, on relèvera qu'à plusieurs reprises, la Cour a parlé de « formes dissimulées de discrimination »⁸³⁴. Il nous semble, dès lors, plus

⁸²⁹ Aff. 186/87, *Cowan*, 2 février 1989, Rec. p.195, pt. 10 des motifs

⁸³⁰ Conclusions de l'avocat général Mayras, présentées le 29 mars 1977, dans l'Aff. 71/76, *Thieffry*, 28 avril 1977, rec. p.765

⁸³¹ Aff. 152/73, *Stogiu*, 12 février 1974, rec. p.153, pt. 11 des motifs

⁸³² LENAERTS K., «L'égalité de traitement en droit communautaire. Un principe unique aux apparences multiples», *Cahiers de droit européen*, 1991, p.3-41

⁸³³ Aff. C-111/91, *Commission c. Luxembourg*, 10 mars 1993, Rec. I-817, pt. 17 des motifs

⁸³⁴ Aff. jtes 62 et 63/81, *Seco*, 3 février 1982, Rec. p.223, pt. 8 des motifs

juste de retenir les adjectifs « ostensible » et « dissimulée » pour caractériser la référence expresse ou non à la nationalité⁸³⁵.

Une étude rapide de la jurisprudence de la Cour permet de cerner les critères de distinction traduisant des discriminations dissimulées⁸³⁶ : les exigences de lieu et de durée de résidence sur le territoire de l'Etat membre entrent dans ce schéma⁸³⁷. L'obligation légale du recours au contrat de travail à durée déterminée pour les emplois des seuls ressortissants de l'Union est aussi, un exemple frappant⁸³⁸. De même, une distinction opérée selon que les activités professionnelles antérieures ont été exercées dans le service public de l'Etat d'accueil ou dans celui d'un autre Etat membre illustre une discrimination dissimulée⁸³⁹. Plus généralement, ce type de distinction, qui tend à refuser la prise en compte de données déroulées sur le territoire d'un autre Etat membre est largement censuré⁸⁴⁰.

Rapporté au cas précis des médecins, force est de constater que la Cour n'a pas connu de discriminations dissimulées particulièrement caractéristiques. La modélisation assez achevée de l'accès à la profession, réalisée dans un premier temps par la directive médecin, l'explique certainement. Trois procédures en manquement engagées par la Commission l'ont cependant été sur le fondement de ces discriminations dissimulées⁸⁴¹.

2. La censure systématique par la Cour de ces discriminations

L'exigence contenue dans le traité est particulièrement claire : toute discrimination en fonction de la nationalité est prohibée de manière impérative. Ce pilier de l'ordre juridique de l'Union ne souffre d'aucune exception. Partant, les destinataires de cette obligation ne connaissent aucune faculté de s'en exonérer ou de l'aménager. La Cour accentue cette intransigeance en faisant une interprétation large de ce qu'elle entend par travail, notamment dans l'arrêt *Walrave*⁸⁴², qu'il s'agisse d'un travail ou d'une prestation de service. Dans l'arrêt *Royer*⁸⁴³, elle retient qu'une comparaison des dispositions spécifiques relatives aux travailleurs,

⁸³⁵ MARTIN D., *Égalité et non-discrimination dans la jurisprudence communautaire, Étude critique à la lumière d'une approche comparative, op. cit.*

⁸³⁶ GARRONE P., *op. cit.*

⁸³⁷ Aff. 63/86, *Commission c. Italie*, 14 janvier 1988, rec. p.29

⁸³⁸ Aff. 225/85, *Commission c. Italie*, 10 juin 1987, rec. p.2625

⁸³⁹ Aff. C-419/92, *Scholz*, 23 février 1994, Rec. I-505

⁸⁴⁰ Aff. 79/85, *Segers*, 10 juillet 1986, Rec. p.2375

⁸⁴¹ Aff. 221/85, *Commission c. Belgique*, 12 février 1987, Rec. p.719 ; Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475 et Aff. C-351/90, *Commission c. Luxembourg*, 16 juin 1992, Rec. I-3945

⁸⁴² Aff. 36/74, *Walrave*, 12 décembre 1974, Rec. p.1405, pt. 7 des motifs

⁸⁴³ Aff. 48/75, *Royer*, 8 avril 1976, Rec. p.497, pt. 12 des motifs

à l'établissement et à la prestation de service fait apparaître que ces dernières se fondent sur le même principe de prohibition impérative des discriminations en raison de la nationalité.

Aussi, toute discrimination en fonction de la nationalité est interdite dans le domaine d'application du traité. Cette affirmation ne supporte aucune exception autre que celles expressément envisagées par le traité lui-même, qui tiennent d'une part à des exigences d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique, et d'autre part, à l'accès aux emplois publics ou à l'exercice d'activité participant à l'autorité publique ; exceptions dont on verra qu'elles ont été singulièrement restreintes dans leur portée. Cette prohibition des discriminations en fonction de la nationalité, dont l'objet est d'assurer la pleine assimilation des ressortissants des Etats membres, se traduit en une obligation imposée aux Etats membres dont ils ne peuvent aucunement s'exonérer. Le droit dérivé est à peu près muet sur ce point. Le programme général de 1961 a dressé une longue liste des dispositions et pratiques restrictives constitutives d'une discrimination en fonction de la nationalité, que les Etats étaient tenus de lever⁸⁴⁴. Mais, le rôle de la Cour est essentiel, que cela soit dans le cadre de la procédure de constatation de manquement ou dans le cadre de la procédure préjudicielle. A l'occasion de ces différents types de recours, la Cour participe tant à l'affirmation du caractère intrinsèque de l'infraction à l'égalité de traitement que constitue la discrimination fondée sur la nationalité, que de sa nullité de plein droit.

B) La nature juridique des discriminations

Lorsque l'on s'attarde sur la nature juridique des discriminations, il convient, comme nous l'avons fait, de distinguer si celle-ci est directe ou indirecte. Mais, une autre distinction peut être faite quant à la qualité de l'auteur de cette discrimination si celui-ci est privé ou public. Il est acquis de longue date que les institutions de l'Union doivent se conformer à cette exigence de non-discrimination lorsqu'elles autorisent un Etat membre à prendre des mesures dérogatoires aux obligations découlant du traité⁸⁴⁵. Mais, hors les institutions, selon certains auteurs, seuls les Etats et leurs « émanations » sont destinataires de l'obligation de ne pas discriminer les travailleurs de l'Union européenne. Ainsi, cette obligation doit être respectée par toute entité de droit public⁸⁴⁶.

⁸⁴⁴ Programme général pour la suppression des restrictions à la liberté d'établissement, JOCE, 15 janvier 1962, p.36

⁸⁴⁵ Aff. 13/63, *Italie c. Commission*, 1^{er} juillet 1963, Rec. p.337

⁸⁴⁶ Aff. 71/76, *Thieffry*, 28 avril 1977, Rec. p.765, pt. 18 des motifs ; Aff. 197/84, *Steinhauser*, 18 juin 1985, rec. 18/19, pt. 14 des motifs

Le débat reste cependant ouvert et l'origine privée de discriminations dans la reconnaissance mutuelle des diplômes est identifiée et le plus souvent prohibée⁸⁴⁷. Mais, concernant l'accès aux professions médicales de santé, nous n'aborderons que les restrictions d'origine étatique.

La Cour de justice a clairement défini la portée du traitement national par rapport aux discriminations d'origine étatique. L'article 49 du TFUE « assure le bénéfice du traitement national aux ressortissants d'un Etat membre désireux d'exercer une activité non salariée dans un autre Etat membre et interdit toute discrimination fondée sur la nationalité faisant obstacle à l'accès ou à l'exercice d'une telle activité »⁸⁴⁸. Par ailleurs, cette interdiction ne porte pas uniquement sur l'exercice d'activités professionnelles, mais également sur toute activité non salariée. La Cour a par la suite ajouté que « l'interdiction de discrimination en raison de la nationalité contenue dans les dispositions de l'Union visées est applicable à tous les aspects de la relation de travail qui sont régis par le droit d'un Etat membre »⁸⁴⁹.

Le champ d'application du principe de non-discrimination est donc considérable puisque sont ainsi interdits toutes discriminations contenues dans une disposition législative, réglementaire ou administrative, mais également celles relevant de la pratique administrative. Le spectre s'élargit encore lorsque l'article 18 du TFUE précise que sont prohibées les dispositions ou pratiques nationales discriminatoires, qui « risquent d'avoir une incidence, même indirecte, sur les échanges internes à l'Union européenne »⁸⁵⁰. Il serait vain de tenter de dresser une liste des situations visées. Nous nous bornerons à des discriminations étatiques qui se sont manifestées à l'encontre de ressortissants de l'Union désirant accéder aux professions de santé. L'exigence même de nationalité pour exercer l'activité a, naturellement, été censurée lorsque, par extraordinaire, elle perdurait⁸⁵¹. L'intervention de l'Union au niveau des diplômes, symbolisée par l'adoption des directives de reconnaissance mutuelle, réduit sensiblement les risques de discrimination. Il n'en demeure pas moins que la Cour a rappelé tant en présence de

⁸⁴⁷ Cette solution est préconisée dans RONSE T., *Les compétences de l'Union européenne*, Bruxelles, Les Editions de l'Université de Bruxelles, « Commentaire J. Mégret », 2017, 364p. Ainsi, pourraient être considérées comme relevant de la responsabilité de l'Etat des mesures émanant de groupements qui règlent les rapports avec les particuliers ou d'entités qui se substituent en fait à l'Etat ou encore d'organismes qui participent suffisamment de la puissance publique pour y être assimilés. Dès lors « cette voie permettrait à la commission d'intenter des recours au titre de l'article 169 contre l'Etat, pour ne pas avoir fait en sorte que les particuliers observent le principe de non-discrimination ».

⁸⁴⁸ Aff. C-111/91, *Commission c. Luxembourg*, 1993, pt. 17 des motifs

⁸⁴⁹ Aff. C-214/94, *Boukhalfa*, 30 avril 1996, Rec. I-2253, pt. 17 des motifs

⁸⁵⁰ Aff. C6122/96, *Stephen Austin Saldanha*, 2 octobre 1997, Rec. I-5325, pt. 20 des motifs

⁸⁵¹ Aff. 307/84, *Commission c. France*, 3 juin 1986, rec. p.1725

diplômes non énumérés par les textes que dans le cadre plus général, des procédures de reconnaissance, le nécessaire respect du principe de non-discrimination⁸⁵².

Les dispositions législatives et les pratiques des organisations professionnelles relatives à l'accès à la profession par le biais de l'ouverture de cabinets secondaires ne doivent pas donner lieu à discrimination en fonction de la nationalité⁸⁵³. L'insertion au sein du système de sécurité sociale répond à la même exigence. Même si « le droit [de l'Union] ne porte pas atteinte à la compétence des Etats membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale »⁸⁵⁴, la Cour n'en a pas moins précisé que la liberté qui est ainsi laissée aux Etats membres ne doit pas se traduire par une « discrimination entre nationaux et ressortissants des autres Etats membres »⁸⁵⁵. Selon un raisonnement analogue, la Cour a rappelé que des règles de fiscalité directe ne doivent pas être discriminatoires⁸⁵⁶. Enfin la situation d'un local à usage professionnel, mais aussi l'accès au logement et à la propriété de ce logement ne doivent pas donner lieu à discrimination de la part des autorités publiques⁸⁵⁷.

⁸⁵² Aff. 29/84, *Commission c. Allemagne*, 23 mai 1985, Rec. p.1661

⁸⁵³ Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475, à propos de l'article L.4112-1 CSP.

⁸⁵⁴ Aff. 238/82, *Duphar e.a.*, 7 février 1984, Rec. p.523, pt. 16 des motifs, à propos de la prise en charge des médicaments et des soins de santé.

⁸⁵⁵ Aff. 110/79, *Coonan*, 24 avril 1980, Rec. p.1445, pt. 12 des motifs

⁸⁵⁶ Aff. C-279/93, *Schumacker*, 1^{er} février 1995, Rec. I-225, à propos d'un kinésithérapeute

⁸⁵⁷ Aff. 1997/84, *Steinhauser*, 18 juin 1985, Rec. p.1819

Section 2 : Le principe de non-discrimination, un principe questionné

Le principe de non-discrimination, en tant qu'élément supplétif du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes constitue la garantie institutionnelle de la bonne réalisation de la libre circulation des travailleurs d'abord, de celle des médecins et de la reconnaissance automatique de leur titres et diplômes ensuite. C'est donc très naturellement que la plupart des Etats membres, quand ce n'était pas la profession elle-même, ont tenté de réduire la portée du principe afin de maintenir un contrôle effectif sur les fluctuations du nombre de professionnels de santé sur leurs territoires. Les velléités des praticiens et particulièrement celles des médecins français sont aux antipodes d'une Union européenne progressiste, qui est, dès sa création, confrontée à un corps de métier particulièrement conservateur.

Aussi, la Cour va jouer un rôle déterminant, en encadrant strictement les dérogations au principe de non-discrimination et en sanctionnant régulièrement les Etats contrevenants. La profession médicale française finira par céder aux exigences européennes en dépit d'un comportement parfois considéré comme institutionnellement xénophobe. Pragmatique face à des effectifs largement réduits, elle s'ouvrira sur l'Union et le monde abandonnant des pratiques et des règles d'un autre temps. Le principe de non-discrimination ne connaît donc aujourd'hui en matière de libre circulation des travailleurs, que peu d'exceptions, la Cour y veillant tout particulièrement (Paragraphe 1), ce qui a fini par contraindre les praticiens français à s'ouvrir aux professionnels de santé issus de l'Union européenne puis à ceux issus d'Etats tiers (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Un principe de non-discrimination encadré par la Cour

Comme la plupart des grands principes consacrés par les traités de l'Union européenne, le principe de non-discrimination connaît certaines dérogations. Fort de ce qui a cours en matière de libre circulation des marchandises, le motif de sauvegarde de la santé publique, maintes fois invoqué par les Etats membres en la matière, nous apparaît intuitivement. Un motif d'autant plus plausible qu'il est question de la libre circulation des médecins et des autres professionnels de santé. Pourtant, la Cour, dans sa jurisprudence, n'a pas donné d'interprétation large du motif de santé publique comme elle a pu régulièrement le faire en matière de libre circulation des marchandises et s'est immédiatement tournée vers un encadrement très strict de ces dérogations.

Pour comprendre le positionnement de la Cour, il faut revenir à la nature et aux ambitions premières qui ont animé la construction européenne depuis le traité de Rome.

L'existence d'une libre circulation des travailleurs et surtout l'effectivité d'un tel principe sont au cœur de chacun des traités ratifiés depuis. Aussi, craignant que cette idée soit vidée de toute substance avant même sa mise en place, la Cour a tout de suite opté pour une interprétation stricte et restrictive des dérogations au principe.

Mais, le motif de santé publique n'est pas la seule dérogation possible, la nature particulière du professionnel de santé, et notamment quand celui-ci participe à un service public étatique, interroge sur une possible exception au principe de libre circulation. Mais ici encore, la Cour soutenue par les institutions de l'Union est venue fermement réduire cette possibilité, craignant qu'au regard du nombre de praticiens concernés, cette dérogation ne nuise à la libre circulation des travailleurs avec la mise en place de législations discriminatoires. Les limitations au principe de non-discrimination tirées du motif de santé publique sont aujourd'hui restreintes (A), quand celles justifiées par la nature même de la profession médicale sont résiduelles (B).

A) Des limitations tirées du motif de santé publique restreintes

A l'instar des exigences de sécurité publique, le motif de santé publique permet aux Etats membres de limiter la portée des traités de l'Union et notamment l'accès à leur territoire, de praticiens étrangers ou diplômés dans un autre pays de l'Union européenne. D'abord encadrée par une interprétation stricte, puisque l'article 4, paragraphe 1, de la directive de 1964 envisage la santé publique comme « une liste limitative et exclusive de maladies pouvant justifier le refus d'entrée sur le territoire ou la délivrance du premier titre de séjour », celle-ci s'est peu à peu assouplie. Précisons que, déjà l'article 4, paragraphe 2, de cette même directive, ajoute que « la survenance de maladies ou d'infirmités après délivrance du premier titre de séjour ne peut justifier le refus de renouvellement du titre de séjour ou l'éloignement du territoire ».

En droit de la libre circulation des marchandises, la réserve de santé publique est prévue par l'article 36 du TFUE, puis elle a connu un développement jurisprudentiel important⁸⁵⁸, ce qui n'est pas forcément le cas concernant le principe de libre circulation des travailleurs, qui n'a fait l'objet que de peu d'arrêts relatifs au motif de santé publique. La Cour a toutefois précisé et rappelé, dans deux décisions relatives à l'accès à la profession médicale, qu'une limitation

⁸⁵⁸ PICOD F., *Réglementations nationales et libre circulation intracommunautaire des marchandises*, Paris, LGDJ, 1997, « Bibliothèque de droit international et communautaire », T.110

de la libre circulation des travailleurs pour des motifs de santé publique n'est justifiée que dans la mesure « où le ressortissant est atteint de l'une des maladies énumérées par la directive ».

C'est confronté à l'obligation qui est faite aux médecins de s'inscrire au tableau de l'Ordre français, que la Cour s'est positionnée une première fois. Pour les médecins étrangers ressortissants de l'Union, une obligation leur est faite, en préambule de cette inscription, de se faire radier dans leur Etat d'origine. La Commission a contesté cette obligation dans le cadre d'une procédure en manquement, la France lui opposant le motif de sauvegarde de la santé publique⁸⁵⁹. Le gouvernement français, dans son argumentaire, justifie sa mesure en faisant référence à l'article 39 du Code de déontologie médicale, qui oblige le praticien à assurer la continuité des soins aux malades. La rupture de cette continuité entrainerait un danger pour l'offre de soins dans l'Hexagone et constituerait un motif légitime de santé publique pour moduler la libre circulation des médecins ; l'inscription exclusive au tableau de l'ordre des médecins français étant pour le gouvernement français, un moyen effectif et concret de garantir cette continuité. Mais, si l'avocat général Slynn, dans ses conclusions présentées le 4 mars 1986, reconnaît que « les exceptions justifiées par des raisons de santé publique couvrent réellement cette situation »⁸⁶⁰, il ajoute qu'« un médecin qui exerce d'une manière qui expose son patient à un risque peut voir son activité réduite au même titre qu'une personne qui cherche à exercer une activité menaçant la sécurité publique ou l'ordre public. C'est pourquoi il importe d'examiner si les règles adoptées sont justifiées dans l'intérêt de la protection des malades »⁸⁶¹. La Cour décide alors de suivre son avocat général, relevant que « les ressortissants d'un Etat membre qui exercent leurs activités professionnelles dans un autre Etat membre sont tenus au respect des règles qui régissent, dans cet Etat membre, l'exercice de la profession en cause. Lorsqu'il s'agit des professions de médecin [...] ces règles sont notamment inspirées [...] par le souci d'assurer une protection aussi efficace et complète que possible de la santé des personnes »⁸⁶². Mais, si « ces règles ont pour effet de restreindre la libre circulation des travailleurs, le droit d'établissement et la libre prestation de service à l'intérieur de [l'Union], elles ne sont compatibles avec le traité que si les restrictions qu'elles comportent sont effectivement justifiées par la considération d'obligations générales inhérentes au bon exercice de la profession »⁸⁶³. Se pose ici la symbolique d'un duel longtemps annoncé entre la libre

⁸⁵⁹ Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475.

⁸⁶⁰ Conclusions de l'avocat général Sir Gordon Slynn, présentées le 4 mars 1986, dans Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475

⁸⁶¹ *Id.*

⁸⁶² ⁸⁶² Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475, pt. 10 des motifs

⁸⁶³ Aff. 96/85, *Commission c. France*, 30 avril 1986, Rec. p.1475, pt.11 des motifs

circulation des travailleurs, fer de lance du législateur européen et socle inamovible de la construction de l'Union et le motif de santé publique, ultime ersatz de souveraineté détenu par les Etats membres. Cette fois c'est le traité qui s'impose et empêche la mise en place de mesures discriminatoires à l'encontre des médecins étrangers issus d'autres Etats membres.

La deuxième grande affaire tentant de justifier la mise en place de mesures discriminatoires à l'encontre de praticiens étrangers, par le motif de santé publique, est plus subtile⁸⁶⁴. Il est ici encore question du docteur Gül⁸⁶⁵, qui se voit refuser l'accès à l'exercice médical sur le territoire allemand parce que la BAO⁸⁶⁶, qui prévoit dans son article 10 alinéas 2 et 3, que cette autorisation pourra être accordée aux praticiens mariés à un ressortissant allemand, précise également qu'elle sera refusée aux praticiens mariés à un ressortissant issu d'un autre Etat membre de l'Union. Ici, comme la France quelques jours plus tôt, l'Allemagne tente de justifier cette discrimination par le motif de santé publique, mais l'avocat général répond que le Président du gouvernement « ne s'est pas soucié de la fonder⁸⁶⁷ sur des bases logiques cohérentes [...] ; il n'a pas expliqué pourquoi l'exception s'applique aux ressortissants des pays tiers qui sont mariés avec un ressortissant d'un Etat membre autre que la République fédérale et ne s'applique pas à leurs homologues qui ont la chance d'avoir contracté mariage avec un ressortissant allemand »⁸⁶⁸. Et la Cour de répliquer, que « la faculté des Etats membres de limiter la libre circulation des personnes pour un motif de santé publique n'a pas pour objet de mettre le secteur de la santé publique, en tant que secteur économique et du point de vue de l'accès à l'emploi, à l'abri de l'application des principes de la libre circulation, mais de pouvoir refuser l'accès ou le séjour sur leur territoire à des personnes dont l'accès ou le séjours sur ce territoire constituerait , en tant que tel, un danger pour la santé publique »⁸⁶⁹.

Aussi, la justification tirée d'un motif de santé publique, si elle est largement utilisée dans le domaine de la libre circulation des marchandises du fait de l'interprétation très large qui en est faite par la Cour, est beaucoup moins aisée à mettre en avant pour un Etat membre qui souhaiterait utiliser cette dérogation dans le cadre de la libre circulation des personnes et des travailleurs. Le motif de santé publique est ici ramené à sa signification première, à savoir, la

⁸⁶⁴ Selon les propres mots de l'avocat Mancini, Aff. 131/85, *Gül*, 7 mai 1986, Rec. p.1573

⁸⁶⁵ Voir Paragraphe 1 de la section précédente : « Une conception ratione personae extensive »

⁸⁶⁶ *Bundesärzteordnung*

⁸⁶⁷ La thèse qui vise à justifier cette discrimination pour des motifs de santé publique

⁸⁶⁸ Conclusions de l'avocat général Mancini dans l'Aff. 131/85, *Gül*, 7 mai 1986, Rec. p.1573

⁸⁶⁹ Aff. 131/85, *Gül*, 7 mai 1986, Rec. p.1573, pt. 17 des motifs

justification de refus de l'accès et du séjour d'un ressortissant communautaire atteint de l'une des maladies énumérées par les textes de droit dérivé.

B) Des limitations résiduelles liées à la profession médicale

L'article 51 du TFUE précise dans son alinéa 2 que le Conseil a compétence pour contrôler les limitations du champ d'application du droit d'établissement. Cet article ajoute toutefois que « sont exceptées des dispositions du présent chapitre⁸⁷⁰ [...] les activités participant, même à titre occasionnel, à l'exercice de l'autorité publique ». Dès l'origine, il a clairement été précisé que cette dérogation ne pourrait pas concerner les professions médicales puisque celles-ci disposent d'une mention explicite dans l'article 53 du TFUE et ne sauraient se réfugier derrière ce texte supplétif. Cependant, l'exercice salarié de la médecine, particulièrement au sein des structures publiques a retenu l'attention des Etats et des professionnels dès les premiers temps ; ne serait-ce que parce que certains Etats connaissent un secteur public de soin très développé et que nombre de praticiens interviennent tout à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public. L'article 45 du TFUE précise enfin que « l'abolition des discriminations fondées sur la nationalité n'est pas applicable aux emplois de l'administration publique ». Aussi, une question émerge : si la profession médicale, parce que spécifiquement visée par le traité, est tenue de respecter le principe de non-discrimination, le caractère parfois public de la fonction ne permet-il pas d'inclure certaines fonctions hospitalières et médicales au sein de « l'exercice de l'autorité publique » et d'échapper ainsi aux principes des traités ? Les emplois dans la fonction publique hospitalière ne sont-ils pas assimilables aux emplois dans l'administration publique ?

1. Les activités médicales participant à l'exercice de l'autorité publique

Nous l'avons vu, l'article 51 du TFUE précise que « sont exceptées de l'application des dispositions du présent chapitre, en ce qui concerne l'Etat membre intéressé, les activités participant dans cet Etat, même à titre occasionnel, à l'exercice de l'autorité publique ». Cette disposition a régulièrement été employée pour permettre de limiter la portée des traités aux professions juridiques françaises, comme les auxiliaires de justice ou encore les officiers ministériels, et c'est essentiellement pour ces disciplines qu'a été pensé cet article⁸⁷¹.

⁸⁷⁰ Ici le droit d'établissement, ce type de dérogation existant aussi pour le principe de libre prestation de service.

⁸⁷¹ GOLDMAN B., LYON-CAEN A., VOGEL L., *Droit commercial européen*, Paris, Dalloz, 1997, 880p

Concernant les professions médicales, l'exercice de l'autorité publique peut être envisagé dans deux cas de figure : le permis d'inhumer d'une part, qui échoit exclusivement à la profession médicale et qui est immédiatement assimilable à l'exercice de l'autorité publique ; les pouvoirs réglementaires et disciplinaires dont sont investis les ordres professionnels d'autre part. L'inscription à ces ordres est un préalable obligatoire à l'exercice de la médecine en France, et les décisions qu'ils prennent assurent le prolongement et la force de l'autorité publique. Cependant, la Cour, par le biais de questions préjudicielles, est venue préciser, que « si la notion d'autorité publique relève de l'appréciation nationale, elle n'en reste pas moins subordonnée aux exigences [de l'Union] »⁸⁷², avant de préciser que « l'application éventuelle des restrictions à la liberté d'établissement prévues par l'article [51 alinéa 1^{er}], doit (...) être appréciée séparément, pour chaque Etat membre, au regard des dispositions nationales (...) cette appréciation doit cependant tenir compte du caractère communautaire des limites posées par l'article [51] (...) afin d'éviter que l'effet utile du traité ne soit déjoué par des dispositions unilatérales des Etats membres »⁸⁷³.

Aussi, il apparaît que conformément à la ligne jurisprudentielle précédemment dégagée, sont plutôt visés des actes pratiqués par le médecin que des spécialités entières. Et force est de constater que l'on ne voit pas, aujourd'hui, quel acte pourrait relever de cette limitation. Ainsi, l'exemple célèbre du permis d'inhumer qui a pendant longtemps été cité pour illustrer l'exception de participation à l'autorité publique semble aujourd'hui obsolète⁸⁷⁴. Il en va de même pour les médecins agréés, les activités d'expertise auprès des tribunaux ne paraissant pas devoir échapper au droit de l'Union⁸⁷⁵.

En dernier recours, la participation aux instances professionnelles semble alors l'unique hypothèse où une discrimination en fonction de la nationalité peut être envisagée. Ainsi, les articles L.4123-5 et L.4132-7 du Code de santé publique, portant respectivement composition des conseils départementaux et régionaux de l'Ordre, conditionnent l'éligibilité de leurs membres à l'exigence de la nationalité française. La fonction disciplinaire de ces Ordres cristallise ici une émanation de l'autorité publique qui justifierait une dérogation au traité en matière de libre circulation des travailleurs. Cette compétence disciplinaire ne s'exerçant en première instance qu'au niveau régional, il est dès lors possible de s'interroger sur le maintien

⁸⁷² NOURISSAT C., *op cit.*

⁸⁷³ Aff. 2/74, *Reyners*, 21 juin 1974 Rec. p.631, pts. 49-50 des motifs

⁸⁷⁴ AUBY J-B., DIDER J-P., TAILLEFAIT A., AUBY J-M., *Droit de la fonction publique*, 7^{ème} éd., Paris, Dalloz, 2012, 880p

⁸⁷⁵ *Id.*

de l'exigence de la nationalité française au niveau des conseils départementaux, sauf à considérer que l'inscription est un acte d'autorité publique. L'application des dérogations de l'article 51 du TFUE ne trouve donc qu'un écho très résiduel en France, bien loin des velléités protectionnistes souhaitées et défendues par la profession⁸⁷⁶.

2. Les emplois dans la fonction publique hospitalière

Si l'on se fonde sur la lettre de l'article 45 du TFUE, la notion « d'emplois dans l'administration publique » semble représenter une dérogation conséquente au principe de non-discrimination, surtout pour la France, compte tenu de l'importance que revêt la fonction publique hospitalière en matière d'effectif du personnel soignant dans le pays⁸⁷⁷. Le traité reconnaît alors la possibilité pour les Etats membres d'écarter les ressortissants issus d'Etats tiers des emplois de la fonction publique, faisant ainsi de la nationalité une condition rédhibitoire. Mais, c'est sans doute pour cela que les professions médicales sont directement mentionnées dans le chapitre sur la libre circulation des travailleurs du traité ; le législateur redoutant que le principe soit vidé de son essence compte tenu de l'importance toute particulière que revêt, sur le territoire de l'Union, le nombre de praticiens participant à la fonction publique dans certains Etats. Les emplois dans la fonction publique hospitalière constituent donc une exception dans l'exception au principe de non-discrimination avancée par l'article 45 du TFUE, ce que la Cour n'a cessé de rappeler.

Suite à l'élaboration des « directives médecin », le Conseil a d'abord tenu à préciser qu'il était « soucieux de faciliter la mobilité des médecins à l'intérieur de [l'Union], quel que soit le statut sous lequel ils exercent leur activité », avant d'affirmer la nécessité « d'ouvrir aux ressortissants des autres Etats membres l'accès à l'activité, le cas échéant, sous un statut particulier [...], qui peuvent l'exercer dans les mêmes conditions et avec des droits d'effets équivalents à ceux dont bénéficient les nationaux ». Finalement le Conseil décide simplement d'exclure « l'activité de médecin hospitalier, exercée dans le cadre d'un poste de direction »⁸⁷⁸. Aussi, dès l'élaboration des « directives médecin », l'Union a rapidement rappelé la limitation des dérogations de l'article 45 pour les médecins, faisant de ces derniers, des employés de la fonction publique particuliers.

⁸⁷⁶ V. Paragraphe suivant : « La méfiance des praticiens français à l'encontre des formations étrangères »

⁸⁷⁷ BERTHOD-WURMSER M., *La santé en Europe*, Paris, La Documentation française, 1994, 377p

⁸⁷⁸ NOURISSAT C., *op cit.*

La Cour, de son côté, a apporté sa pierre à l'édifice de la définition des emplois de la fonction publique et c'est sans doute la contribution la plus importante et la plus tranchée. Ainsi après avoir affirmé que la notion d'emplois dans l'administration publique devait recevoir une définition européenne, dans le cadre d'une interprétation restrictive de l'exception, elle propose deux critères matériels constitutifs des emplois dans l'administration publique : l'exercice de la puissance publique et la sauvegarde des intérêts généraux de l'Etat. La question est posée de savoir si ces critères relèvent d'une application alternative ou cumulative. Pour la Cour, les emplois qui « ne comportent pas une participation directe ou indirecte à l'exercice de la puissance publique et aux fonctions qui ont pour objet la sauvegarde des intérêts généraux de l'Etat » ne peuvent être considérés comme des emplois dans l'administration publique⁸⁷⁹. Il apparaît alors que les deux critères sont cumulatifs, ce qui tend à drastiquement réduire la portée de l'article 45 TFUE pour les professions médicales, même lorsque les praticiens disposent d'un emploi au sein d'un service public hospitalier.

Les limites institutionnelles au principe de non-discrimination sont donc restreintes, ce qui n'a rien d'étonnant au regard du comportement conservateur que s'impose la profession, tout particulièrement en France.

Paragraphe 2 : La méfiance des praticiens français à l'encontre des formations étrangères

Il nous est rapidement apparu que le sujet de notre travail véhicule bon nombre de fantasmes. La simple évocation des filières roumaines dans le contournement du *numerus clausus* suffit à susciter de forts sentiments hostiles, émanant le plus souvent de la profession médicale française elle-même. Si nous ne traiterons les critères objectifs de cette méfiance que dans le titre suivant⁸⁸⁰, certaines justifications à cette hostilité ne trouvent leur source que dans l'ADN relativement conservateur de la profession. En effet, dès les balbutiements de la réglementation de la profession médicale, va être établi un savoir-faire « à la française » qui sera défendu jalousement par la profession, cette dernière n'hésitant pas à influencer les pouvoirs publics pour que des dispositions ouvertement xénophobes soient prises à l'encontre des médecins étrangers.

Mais, avec l'arrivée des traités internationaux et surtout des « directives médecins », l'Union européenne va finalement faire plier le sentiment nationaliste, au profit d'une ouverture de la profession sur le monde. Si la première ouverture se cantonne aux seuls Etats membres de

⁸⁷⁹ Aff. 33/88, *Allué et Coonan*, 30 mai 1989, Rec p.1591, pt. 7 des motifs

⁸⁸⁰ Voir Titre II : « Le droit de l'Union européenne, voie d'évitement de la formation médicale française »

l'Union, sous la contrainte des traités, une réflexion pragmatique, provoquée par des éléments conjoncturels, auront finalement raison du conservatisme ambiant. La « xénophobie » assumée par la profession (A) fait bientôt place à une ouverture intéressée (B).

A) *Une xénophobie assumée jusqu'à la reconnaissance mutuelle des diplômes par l'Union européenne*

Avec la réglementation de l'exercice médical, les praticiens ont rapidement pris possession de la profession, instituant ainsi un carcan dont ils assurent et gardent jalousement l'accès. La pression qu'ils exercent au début du siècle dernier pousse les pouvoirs publics à considérablement restreindre et même interdire l'accès à la profession médicale aux ressortissants étrangers, même lorsque ceux-ci ont obtenu le diplôme national français. Les justifications à de telles restrictions sont souvent initiées par des raisons qui vont au-delà du simple questionnement sur la qualité de la formation et de la présumée supériorité d'une formation « à la française ». Le siècle est encore jeune et connaît des conflits nationalistes importants – en témoigne la réelle xénophobie qui s'est emparée des pouvoirs publics et de la profession. Et si l'Etat français permet certaines dérogations et autorise l'exercice sur son sol à des praticiens étrangers ou diplômés dans un autre Etat, il le fait de manière parcimonieuse et avec de franches réserves, comme autant de témoins d'un passé très conservateur.

1. Une xénophobie d'Etat assumée

Soucieux de protéger une formation que nous qualifierons de « à la française », les professions médicales vont régulièrement freiner l'ouverture de la profession aux ressortissants étrangers en faisant pression sur les gouvernements qui se succèdent. Si les pouvoirs publics mettent en place des limitations discriminantes, ils les justifient par des critères économiques et par le spectre de « la pléthore » maintes et maintes fois avancée et rarement démontrée⁸⁸¹, alors que le critère n'est que purement xénophobe, la formation « à la française » n'étant même parfois justifiée que par de simples critères moraux⁸⁸².

Issu des mouvances profondément conservatrices de la fin du XIX^e siècle, la réglementation des professions médicales s'en trouve alors fortement influencée et témoigne d'une xénophobie indiscutable. Soucieux de conserver un savoir-faire « à la française », les

⁸⁸¹ Voir *supra*, section 1 du chapitre 1, Titre I, Partie I : « Une régulation nécessaire pour garantir la qualité de la formation médicale »

⁸⁸² EVLETH D., « Vichy France and the continuity of medical nationalism », *Social History of Medicine*, 1995, p.95-116 ; NOIRIEL G., *Immigration, antisémitisme et racisme en France. Discours publics, humiliations privées (XIX^e-XX^e siècle)*, Paris, Fayard, « Littérature générale », 2007, 717p

médecins de l'Hexagone vont faire pression sur les pouvoirs publics, pour dans un premier temps, faire en sorte dès 1892, que l'exercice de la médecine soit réservé aux détenteurs du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, et qu'ensuite soient créés des diplômes réservés aux étrangers ne leur donnant pas le droit d'exercer en France. Mais, en 1933, la profession va encore plus loin, puisqu'elle obtient la promulgation d'une loi imposant la condition de citoyenneté française. Enfin en 1935, toujours à la demande des médecins français, une loi introduit un système lourd et complexe visant à retarder l'installation des médecins naturalisés n'ayant pas effectué le service militaire français, même justifié par des raisons de santé, de sexe ou d'âge. Ces mobilisations successives se sont accompagnées de « discours ouvertement xénophobes⁸⁸³ »⁸⁸⁴.

Cette xénophobie d'Etat était alors pleinement assumée par les pouvoirs publics qui estimaient que « [...] ces médecins étaient supposés ne pas avoir les qualités morales requises par l'exercice de la médecine et pratiquaient leur art dans un esprit mercantile »⁸⁸⁵.

Par la suite, les législations ne vont guère évoluer et « jusqu'au début des années 1970, la profession médicale a été pratiquement fermée aux médecins n'ayant pas le diplôme d'Etat français et la citoyenneté française »⁸⁸⁶. C'est à la fin des années 70 et au début des années 80 qu'une véritable politique d'ouverture va voir le jour. Poussés par les directives européennes « médecins », les hôpitaux publics vont commencer à pourvoir les postes laissés vacants par les nationaux en employant des médecins étrangers. Il s'agit alors de médecins provenant, presque exclusivement, des ex-colonies et protectorats français. Mais, les autorisations d'exercer dans le secteur libéral n'étant délivrées qu'au compte-gouttes, plusieurs milliers d'entre eux se rabattent finalement sur les emplois qui leur étaient proposés à l'hôpital, en dépit de leur caractère précaire et mal rémunéré. Ce n'est qu'à la fin des années 1990, et non sans mal⁸⁸⁷, que « l'Etat a fini par accorder à environ huit mille d'entre eux un droit d'exercice identique à

⁸⁸³ La xénophobie est définie ici comme étant d'une part l'acte de catégoriser des individus suivant leur nationalité réelle ou supposée et, d'autre part, d'attribuer des caractéristiques négatives aux groupes ainsi constitués ou de les présenter comme une menace pour d'autres groupes. Voir MILES R., BROWN M., *Racism*, 2nd ed., London-New York, Routledge, 2003

⁸⁸⁴ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'Etat ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *Politix*, 2011/3 (n° 95), p.207-231

⁸⁸⁵ EVLETH D, *art. cit.* ; NOIRIEL G., *op. cit.*

⁸⁸⁶ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'Etat ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

⁸⁸⁷ Voir *infra*, le paragraphe 1 de la section 2, chapitre 2, Titre II : « Les faisant fonction d'interne, un flux sortant de praticiens à diplôme étranger, hors Union européenne »

celui des ressortissants nationaux, leur permettant ainsi d'accéder au secteur libéral et à l'ensemble des emplois salariés »⁸⁸⁸.

2. Dérogations aux exigences de nationalité française

En dépit du conservatisme ambiant propre à la profession de médecin, quand il ne s'agit pas purement et simplement d'une interdiction totale d'exercer, les restrictions d'exercice pour les médecins étrangers connaissent des dérogations. Celles-ci sont certes peu nombreuses et rigoureusement encadrées⁸⁸⁹, mais elles ont le mérite d'exister.

Dans une ordonnance du 24 septembre 1945⁸⁹⁰, une nouvelle réglementation voit le jour. Si pour les praticiens ne satisfaisant pas aux conditions générales d'exercice de la médecine en matière de citoyenneté et de diplôme, l'ordonnance reprend les dispositions qui prévalaient avant-guerre, sont désormais exclues les dispositions introduites en 1935 à l'encontre des médecins naturalisés. Ce texte, né de la concertation étroite entre l'Ordre des médecins et la Confédération des syndicats médicaux français, principale organisation syndicale de l'époque, fait l'objet de plusieurs dérogations, certaines datant d'avant-guerre. La condition de citoyenneté est alors au centre du débat. Dès les années 1930, des « conventions d'établissement » dispensant les ressortissants des Etats signataires de la condition de citoyenneté ont été signées avec d'autres pays européens, comme l'Italie ou la Roumanie⁸⁹¹. Finalement, c'est lorsque les colonies françaises acquièrent leur indépendance à partir du milieu des années 1950, que des conventions analogues sont signées avec les Etats qui en sont issus. Au début des années 1960, « l'exemption de la condition de citoyenneté française dont bénéficient les marocains et les tunisiens est même inscrite dans le Code de la santé publique »⁸⁹².

Concernant les dérogations de diplôme, soit ceux qui n'obtiennent pas de diplômes français en médecine, elles existent mais ne sont octroyées que de manière très parcimonieuse. Certaines conventions sont signées avec des pays voisins, dans le cadre d'accords bilatéraux. Les premières sont conclues avec le Luxembourg, la Suisse et la Belgique en 1879, 1889 et

⁸⁸⁸ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

⁸⁸⁹ Une équivalence stricte est alors appliquée ; pour un médecin travaillant dans un pays étranger, un médecin de ce pays sera autorisé à travailler en France, à la condition supplémentaire, que les deux Etats aient au préalable signé un accord de reconnaissance mutuelle bilatéral ; une sorte de *numerus clausus* avant l'heure.

⁸⁹⁰ Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF du 28 septembre 1945, p.6083

⁸⁹¹ Au moment où l'Union Européenne n'est pas encore un projet et l'intégration de la Roumanie, une hypothèse venue du millénaire suivant, cette dernière amorcée déjà une politique de formation médicale expansionniste et entame une relation toute particulière avec la France en la matière. Voir notre Titre II : « Le droit de l'Union européenne : voie d'évitement de la formation médicale française »

⁸⁹² DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

1910 ; « elles autorisent des médecins établis dans ces pays à exercer également en France dans des communes limitrophes, à condition qu'aucun médecin français n'y réside »⁸⁹³. Elles prévoient en outre que si ces médecins étrangers ont la possibilité de pratiquer la médecine en France, ils ne peuvent en revanche pas s'y installer et doivent renoncer à leur clientèle française si un médecin français vient s'installer dans la commune où ils exercent. Ces conventions sont par ailleurs appliquées strictement⁸⁹⁴.

La loi du 9 juin 1949 introduit la possibilité de déroger à la condition de diplôme⁸⁹⁵. Si un Etat étranger accorde à des médecins français le droit d'exercer sur son territoire, les ressortissants de cet Etat peuvent être autorisés à exercer la médecine en France, à condition qu'un accord bilatéral ait été passé avec cet Etat et que leur diplôme ait été reconnu équivalent au diplôme d'Etat français. Mais la France maintient son régime d'autorisation préalable puisque les médecins concernés doivent passer un examen de culture générale ainsi qu'un examen permettant de tester leur connaissance des lois médico-sociales françaises. Enfin, les accords signés dans le cadre de cette loi doivent fixer par avance le nombre des praticiens autorisés à s'installer dans chaque pays, celui-ci devant respecter « la parité effective ». Cela signifie que « les autorisations d'exercice sont accordées dans chaque Etat l'une après l'autre, de manière à ce que le nombre de médecins ayant obtenu une autorisation d'exercice dans chaque pays reste toujours identique jusqu'à épuisement du quota défini par l'accord »⁸⁹⁶.

Pour les médecins étrangers ne bénéficiant pas de tels accords, une possibilité leur est laissée d'obtenir la conversion de leur diplôme en diplôme de médecin français, mais dans des conditions dissuasives, puisqu'ils ne peuvent être dispensés que des trois premières années d'études de médecine⁸⁹⁷ et doivent passer les examens correspondant aux années dont ils ont été exemptés.

B) Une discrimination extra communautaire atténuée par des critères économiques

L'arrivée des directives médecin marquent un tournant dans l'appréhension de leur profession par les praticiens français. Toute discrimination pratiquée à l'encontre d'un ressortissant de l'Union européenne est une entrave grave aux accords et traités signés par la

⁸⁹³ Et réciproquement.

⁸⁹⁴ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'Etat ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

⁸⁹⁵ Loi n°49-757 du 9 juin 1949 complétant l'art. 1 de l'ordonnance 452184 du 24-09-1945, en ce qui concerne l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et de sage-femme par certains praticiens étrangers, JORF du 10 juin 1949, p.5646

⁸⁹⁶ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'Etat ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

⁸⁹⁷ Sur les 6 années du cursus.

France. Parallèlement, tout titulaire d'un diplôme de médecine dûment validé dans l'Union, se voit obtenir automatiquement son équivalence sur le territoire Français. La supposée « xénophobie » qui préexistait jusqu'alors disparaît presque immédiatement, du moins en ce qu'elle concernait les praticiens issus de l'Union européenne, celle-ci ne pouvant faire face à l'harmonisation avancée par Bruxelles. Si ces directives constituent une nette progression pour les médecins ressortissants de l'Union, elles aboutissent à une différence de traitement à l'égard des praticiens étrangers ; ceux issus de l'Union étant automatiquement assimilés, ceux issus d'Etats tiers restant soumis aux règles discriminatoires préalablement établies.

Ce sont finalement des contraintes conjoncturelles qui vont permettre à cette catégorie de praticiens d'obtenir un accès plus facile à la profession en France. Il s'agit d'abord de contraintes économiques : les praticiens étrangers, par le truchement des « faisant fonction d'interne (FFI) », permettent aux hôpitaux de combler leur manque d'effectif à des coûts moindres. Il s'agit ensuite de contraintes structurelles : les conséquences du *numerus clausus* aboutissant dès le début des années 1980 à une pénurie de médecins. Mais, il demeure, en reliquat d'une politique conservatrice imposée pendant près d'un siècle, une certaine méfiance à l'égard des médecins étrangers venus exercer sur le territoire national.

1. Les années 70 et l'amorce d'une ouverture progressive prônée par l'Union

Si l'Union européenne et sa politique d'harmonisation va amener des changements concernant l'accueil des médecins à diplôme étranger en France dans les années 1970, ces derniers sont également la conséquence des nombreuses pressions externes exercées notamment par la profession. L'ouverture aux médecins étrangers n'est donc pas le fruit d'une remise en question interne. Un premier mouvement émane du ministère français des Affaires étrangères. Tirant argument du Protocole de New York de 1967, qui étend la Convention de Genève aux réfugiés issus des pays non européens, il demande au ministère de la Santé de faire adopter des dispositions en vue de permettre à des médecins réfugiés ou apatrides d'exercer leur métier en France⁸⁹⁸. La loi ainsi mise en place impose la création d'une commission consultative chargée d'attribuer des autorisations individuelles de plein exercice dans les limites d'un quota fixé par le ministre chargé de la Santé. Les candidats à ces autorisations devront voir leur diplôme reconnu comme équivalent au diplôme d'Etat français et passer si nécessaire des épreuves d'aptitude.

⁸⁹⁸ Le 13 juillet 1972, le gouvernement promulgue une loi en ce sens ; Loi n° 72-661 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, JORF du 14 juillet 1972, p.7429

Mais, la profession médicale ne se laisse pas faire et réclame de nouvelles mesures pour les protéger de l'hypothétique risque de « pléthore » médicale et c'est dans ces conditions que le *numerus clausus* voit le jour⁸⁹⁹. Il se traduit par l'institution d'un concours en fin de première année d'études médicales qui doit, dans l'esprit de la loi, permettre une diminution progressive du nombre d'étudiants de médecine. Si le *numerus clausus* n'est pas principalement justifié par l'ouverture de la profession aux praticiens étrangers, les professeurs de médecine siégeant à la Commission des autorisations d'exercice, qui commencent à se réunir à partir de mars 1975, ne tient pas à accorder un trop grand nombre d'autorisations, à la fois pour des raisons d'équité vis-à-vis des étudiants ayant échoué au concours de fin de première année de médecine et pour ne pas léser les Etats étrangers ayant assuré la formation initiale de leurs médecins. L'Ordre des médecins, ses représentants et les syndicats de médecins libéraux, participent également à la réticence générale et avancent que ces autorisations doivent être attribuées avec parcimonie, en raison de l'arrivée sur le marché du travail d'importantes promotions de docteurs en médecine quand le gouvernement souhaite alors contenir l'accroissement des dépenses de santé. Finalement en 1976, les membres de la « commission s'accordent donc pour que le nombre d'autorisations délivrées chaque année soit fixé en fonction du *numerus clausus* de médecine et ne représente pas plus de 1 % de ce dernier»⁹⁰⁰.

En définitive, l'impact de l'harmonisation avancée par l'Union et ses directives « médecins » n'auront que « des effets migratoires limités jusqu'à l'élargissement de l'Union européenne aux pays d'Europe centrale en 2004 et en 2007 »⁹⁰¹. Elles sont en revanche à l'origine d'une discrimination nouvelle entre « les médecins originaires d'un Etat membre de la CEE et ceux issus d'autres Etats : « les premiers acquièrent les mêmes droits en matière d'exercice que les médecins formés en France, tandis que les seconds doivent, pour avoir des droits similaires, obtenir une autorisation préalable »⁹⁰². Et, nous l'avons vu, la commission chargée d'établir ces équivalences le fait avec beaucoup de retenue et de parcimonie.

a) *Une ouverture encouragée par les baisses d'effectif*

A partir des années 1980, la profession va être confrontée à un manque croissant de personnel médical, les hôpitaux publics vont ainsi être contraints d'engager, sous couvert de

⁸⁹⁹ Jamais identifiée comme la raison de l'élaboration du *numerus clausus*, cette ouverture progressive de la profession aux praticiens étrangers, alimente les craintes des médecins et participe incontestablement à la mise en place des premières restrictions dans l'accès aux formations médicales.

⁹⁰⁰ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

⁹⁰¹ HURWITZ L., « La libre circulation des médecins dans la communauté européenne. Le cas de la France », *Revue française des affaires sociales*, 42 (3), 1988

⁹⁰² DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

formation, des médecins à diplôme extracommunautaire pour maintenir le fonctionnement de leurs services. D'après les recensements effectués entre 1993 et 1995, « ce sont près de 8 000 médecins à diplôme extracommunautaire qui travaillent alors dans les hôpitaux publics – et plus particulièrement dans les hôpitaux généraux situés dans des zones géographiques peu attractives »⁹⁰³.

Les besoins des hôpitaux en praticiens augmentent considérablement à cette période, les premiers effets du *numerus clausus* se faisant ressentir, les praticiens hospitaliers sont alors les premiers à questionner les conséquences et les lacunes provoquées par la baisse chronique du nombre de médecins en formation. Par ailleurs, la généralisation de la médecine hospitalière à temps plein, « consécutive à la réforme hospitalo-universitaire de 1958, se traduit par une intensification du travail médical en milieu hospitalier »⁹⁰⁴. Ajoutons à cela la baisse de la durée moyenne de séjour des malades à l'hôpital, assortie à la nouvelle exigence de qualification réclamée pour certaines tâches, effectuées autrefois par des praticiens en formation ou d'autres catégories de soignants et qui doivent désormais être accomplies par des médecins titulaires.

Mais les difficultés de recrutement sont également liées à ce que certains ont qualifié de « dévalorisation des carrières hospitalières »⁹⁰⁵. La réforme des études médicales a entraîné une forte diminution du nombre de médecins formés dans certaines spécialités, et donc à une raréfaction des candidats aux postes hospitaliers. Mais, cette dévalorisation s'accroît par le fait que la très grande majorité des postes de médecins créés dans les hôpitaux publics à partir de la fin des années 1970 le sont dans les hôpitaux généraux : entre 1978 et 1995, la part des médecins travaillant dans ces derniers passe de 30 % à 58 % de l'ensemble des praticiens hospitaliers à temps plein. La très grande majorité des postes créés sont alors des postes mono-appartenant, soit des postes exclusivement hospitaliers, en opposition aux postes bi-appartenant, hospitaliers et universitaires. La différence est de taille puisqu'en plus du prestige accru dont il bénéficie, le titulaire d'un poste bi-appartenant est également mieux rémunéré.

C'est ainsi que face à leurs difficultés de recrutement, les hôpitaux publics sont encouragés à embaucher des médecins à diplôme extracommunautaire en réallouant les sommes budgétées pour les postes non pourvus par des internes. La quasi-totalité des médecins ainsi recrutés est employée comme faisant fonction d'internes, attachés associés ou assistants

⁹⁰³ RIGAUDIAT D., *Les médecins en provenance d'un pays hors CEE dans l'hôpital public*, Fondation de l'Avenir ; pour le compte de la DPM (Direction de la Population et des Migrations) du Ministère des Affaires Sociales, Appel d'Offres 1990, Paris, 1991, 101p

⁹⁰⁴ CHEVANDIER C., *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, 2009, 490p

⁹⁰⁵ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

associés – ces deux derniers statuts leur étant réservés⁹⁰⁶ – avec en sus, une économie d'échelle considérable pour l'établissement. En effet, les assistants associés ont une rémunération pratiquement identique à celle des assistants français et les FFI comme les attachés associés perçoivent, quant à eux, des rémunérations nettement inférieures à celles des internes et des attachés français, et sans commune mesure avec ce que gagne un praticien hospitalier titulaire.

b) Une ouverture provoquée par les contraintes budgétaires

Nous l'avons vu c'est finalement la question des médecins à diplôme extracommunautaire, qui alimente le débat, les diplômés issus de l'Union étant assimilés aux diplômés nationaux. Aussi, lorsque le gouvernement décide de s'atteler à ce problème, il le fait dans un contexte budgétaire difficile. En 1993, la récession économique entraîne une aggravation brutale du déficit de l'assurance maladie, ce dernier atteignant 27,6 milliards de francs contre 4,1 milliards l'année précédente. Entre mai et août 1993, le gouvernement prend de nombreuses mesures visant à réduire les dépenses publiques en matière d'assurance maladie. Le praticien vu comme une source de déficit considérable est alors une fois de plus mis sur la sellette.

Aussi, le recrutement de médecins étrangers, rémunérés comme des internes, est une source d'économie considérable en dépit des avertissements proférés par la direction des hôpitaux qui précise dans une note, que « ces mesures auraient une incidence financière non négligeable : outre le risque qu'il y aurait à augmenter le nombre de médecins pouvant s'installer en libéral, l'intégration possible dans le statut hospitalier de droit commun de collaborateurs médicaux dont les rémunérations actuelles (...) sont médiocres aurait comme conséquence directe une augmentation des dépenses des hôpitaux »⁹⁰⁷.

C'est ainsi qu'en décembre 1993, le ministre des Affaires sociales décide de créer un « corps d'intégration », avec un statut spécifique pour les médecins diplômés à l'extérieur de l'Union européenne. Les bénéficiaires de ce statut sont ainsi recrutés sur une base contractuelle et perçoivent une rémunération inférieure à celle des praticiens hospitaliers. L'ouverture de la profession aux médecins étrangers n'est alors qu'un moyen pour l'Etat de faire plus d'économie.

⁹⁰⁶ Voir *infra*, la dernière section : « Le flux sortant de praticiens : le diplôme français, gage de qualité à l'étranger ? »

⁹⁰⁷ Note de la DGS, de la direction des Hôpitaux (DH) et de la direction des Populations et migrations, automne 1993, CAC 19960368.

2. La préexistence d'une « xénophobie » extra communautaire

Les directives « médecin » des années 1970 auront certes le mérite de changer les mentalités et le fonctionnement conservateur de la profession médicale en France mais leurs conséquences seront limitées. La mise en place des principes de reconnaissance mutuelle des diplômes et de non-discrimination ne fait que déplacer le problème. Si les praticiens ressortissants des Etats membres de l'Union sont depuis parfaitement assimilés, ce sont finalement les médecins étrangers, ceux qui ont obtenu leurs diplômes en dehors de l'Union européenne, qui subissent les principes discriminatoires dont la profession a semble-t-il du mal à se débarrasser. Finalement, les conséquences du *numerus clausus* finiront par imposer une plus grande tolérance ; l'incompétence et le manque de connaissance, présumés, de ces médecins étrangers étant bien peu de chose face à la charge de travail, à la demande de soin grandissante en France et à une mentalité datée.

a) Une xénophobie issue de la profession

A la fin des années 1980, « le recrutement des médecins à diplôme extracommunautaire commencent à susciter des critiques ouvertes à l'intérieur de la profession médicale »⁹⁰⁸. Celles-ci émanent de ses fractions dominantes et rappellent les éléments de xénophobie que l'on trouvait 50 ans plus tôt. Le Collège national des chirurgiens français, qui est en réalité un syndicat de chirurgiens libéraux, se saisit en premier de cette question et, en décembre 1988, obtient que l'Académie nationale de médecine prononce un « vœu » sur la situation de la chirurgie française, selon lequel l'exercice de la chirurgie par des praticiens disposant d'un diplôme étranger⁹⁰⁹ aurait pour conséquence de dévaloriser la spécialité, tant dans le secteur libéral que dans le secteur public.

La profession accepte mal la politique d'ouverture amorcée par les pouvoirs publics et les médias généralistes relaient largement l'information. La teneur des articles est parfois ouvertement xénophobe, les « médecins étrangers », étant largement stigmatisés, se référant souvent à leur incompétence supposée et surtout à leur maîtrise approximative de la langue française. Les spéculations vont bon train, allant de la formation insuffisante à la suspicion de trafic de diplôme. Certaines anecdotes sont ainsi présentées comme emblématiques du « problème », comme « l'histoire d'« Hamid X », peintre en bâtiment, (...) qui a pu exercer durant cinq ans la fonction de FFI à l'hôpital d'Oyonnax, et [qui] y serait encore si son épouse ne

⁹⁰⁸ SICARD A., « Sur la situation actuelle de la chirurgie française », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 172 (9), 1988

⁹⁰⁹ Il faut comprendre ici extracommunautaire.

venait pas de le dénoncer »⁹¹⁰. Si l'emploi de ces stéréotypes xénophobes reste le fait de journaux dit conservateurs ou d'extrême droite, il n'en affecte pas moins les débats parlementaires. L'Assemblée éprouve de grandes difficultés à imposer ses textes, qui prônent l'ouverture de la profession aux médecins étrangers. Elle doit ainsi, en 1995, recourir à la procédure du vote bloqué ; l'opposition se servant d'arguments ouvertement fallacieux pour fragiliser le vote, au grand dam d'une presse plus modérée. Celle-ci s'alarme : « une fois de plus, l'amalgame est fait entre les médecins étrangers travaillant en grand nombre dans les hôpitaux publics et leur manque de qualification professionnelle. [...Les médecins des hôpitaux] chaque jour peuvent témoigner de leurs qualités et, comme pour tous les autres médecins, de leurs éventuelles insuffisances »⁹¹¹.

De leur côté, les jeunes médecins craignent également que la possibilité pour les hôpitaux de créer des postes de praticiens adjoints contractuels (PAC)⁹¹² ne réduise leurs chances d'être recrutés comme praticien hospitalier (PH) dans les hôpitaux universitaires⁹¹³. Les fortes contraintes budgétaires auxquels ils sont soumis poussent les grands centres hospitaliers à créer des postes de PAC plutôt que des postes de PH, plus coûteux. Le porte-parole des jeunes médecins, propose donc une ouverture plus forte, et une assimilation totale des diplômés étrangers et ce, sans aucune distinction. Ainsi ils ne participent plus à leur insu, à l'instauration d'une concurrence qu'ils jugent déloyale. Ils soumettent toutefois cette reconnaissance à un examen rigoureux, et sous couvert d'une recherche d'égalité se dissimule en réalité un dispositif profondément discriminatoire.

b) Une réponse sociétale et gouvernementale tardive

Finalement, le retournement spectaculaire du problème de démographie médicale à partir du milieu des années 1990 favorise l'ouverture et permet à celle-ci d'être acceptée par la profession. La crainte de la « pléthore médicale » fait place à celle de la « pénurie »⁹¹⁴ : « l'Ordre des médecins et plusieurs syndicats de médecins libéraux ou hospitaliers s'inquiètent désormais

⁹¹⁰ *Le Figaro Magazine*, 29 octobre 1993. Le cas d'Hamid (nom d'emprunt utilisé dans l'article) a été mentionné pour la première fois par l'hebdomadaire d'extrême-droite *Minute* dans son édition du 29 septembre 1993. Il sera encore évoqué, avec un grand luxe de détails, dans un numéro du *Point* daté du 27 mai 1995.

⁹¹¹ *Le Monde*, 18 mai 1994, « Des boucs émissaires »

⁹¹² Issus de la réforme de 1995 ; voir *infra*, paragraphe 1 de la dernière section.

⁹¹³ DEPLAUDE M.-O., « De l'erreur en politique. Le cas de la régulation démographique du corps médical en France (1980-2005) », in CHAUVIRE C., OGIEN A., QUERE L., *Dynamiques de l'erreur*, Paris, EHESS, « Raisons pratiques » n°19, 2009, p.335-361

⁹¹⁴ Voir *supra*, Partie I, Titre II, Chapitre 1 : « La rigidité de la sélection universitaire française à l'origine du phénomène infernal des déserts médicaux ? »

de la diminution escomptée du nombre de médecins à partir des années 2000, et craignent que cela se traduise par un alourdissement de leur charge de travail »⁹¹⁵.

Les médecins à diplôme extracommunautaire ne sont pas en reste et profitent de l'occasion pour s'organiser. Plusieurs organisations sont fondées, « dont les dirigeants expriment publiquement les discriminations dont eux-mêmes et leurs homologues font l'objet »⁹¹⁶. Ils finissent par obtenir l'attention de la presse qui relaie les comportements discriminatoires dont ils sont victimes au quotidien et le Comité des médecins à diplôme étranger et l'Association des attachés associés finissent même par imposer des journées de grève. Ces mêmes organisations tentent également des recours juridiques visant à « faire annuler les textes d'application de la loi du 4 février 1995, tout d'abord auprès du Conseil d'État puis, après l'échec de cette première démarche, auprès de la Cour européenne des droits de l'homme »⁹¹⁷.

Devant ces contraintes budgétaires, sociétales et fonctionnelles, le gouvernement adopte la loi dite « CMU » du 27 juillet 1999. Les PAC sont désormais inscrits au tableau général de l'Ordre des médecins⁹¹⁸ et leur statut est amélioré. Ils peuvent, au bout de trois années d'exercice sous ce statut ou de six années de fonctions hospitalières, obtenir de droit une autorisation de plein exercice et ce, hors quota. Finalement, les médecins qui avaient réussi les épreuves nationales d'aptitude prévues par la loi du 13 juillet 1972⁹¹⁹, mais qui n'avaient pas obtenu une autorisation de plein exercice ou réussi le concours de PAC, peuvent obtenir, toujours hors quota, une autorisation de plein exercice s'ils ont travaillé pendant au moins six ans à l'hôpital. Enfin, une commission dite « des dix ans » est instituée pour examiner au cas par cas les dossiers des médecins exerçant depuis au moins dix ans dans les hôpitaux français, mais ayant échoué aux épreuves d'aptitude prévues par la loi du 13 juillet 1972⁹²⁰.

Finalement, « les barrières légales qui ont été mises en place entre la fin du XIXe siècle et les années 1930 pour dissuader les étrangers d'exercer la médecine en France ont connu des aménagements importants après-guerre. La condition de citoyenneté française a été vidée d'une partie de son contenu par la signature de nombreuses conventions avec des Etats étrangers »⁹²¹.

⁹¹⁵ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

⁹¹⁶ *Id.*

⁹¹⁷ *Id.*

⁹¹⁸ Et non plus dans une rubrique à part.

⁹¹⁹ Loi n° 72-661 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, JORF du 14 juillet 1972, p.7429

⁹²⁰ Sur ce point, voir notre dernière section : « Le flux sortant de praticiens : le diplôme français, gage de qualité à l'étranger ? ».

⁹²¹ DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *art. cit.*

Mais, la condition de diplôme subsiste encore et de manière stricte. Elle oppose ainsi les médecins ayant été formés dans un Etat membre de l'Union européenne qui acquièrent, par les principes de reconnaissance mutuelle des diplômes et de non-discrimination, un droit d'exercer équivalent aux médecins formés en France, aux médecins à diplôme extracommunautaire. Ces derniers doivent, pour bénéficier de ces mêmes droits, obtenir une autorisation préalable du ministère de la Santé, qui est, nous l'avons vu, accordée avec la plus grande prudence.

CONCLUSION DE CHAPITRE

A la différence du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes, le principe de non-discrimination n'est pas spécifiquement attaché à la libre circulation des travailleurs. Il n'en demeure pas moins le pendant indispensable à ce dernier, tant le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes suscite inquiétudes et tentatives de remise en cause, notamment de la part des professionnels de santé et de leurs Ordres.

Ainsi ce principe milite pour une bonne intégration des autres formations médicales européennes au sein du maillage géographique et médical français et participe à la bonne effectivité des voies de contournement du *numerus clausus*.

CONCLUSION DE TITRE

Par son principe de libre circulation des travailleurs, l'Union européenne permet à chacun de ses ressortissants de s'établir où bon lui semble sur le territoire européen, avec la garantie de pouvoir y exercer la profession pour laquelle il a été formé. Le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes, généralisé avec la directive de 2005, existe pour les professions médicales depuis les années 70 et les premières directives de reconnaissance sectorielle, qui ont servi de base à l'élaboration du régime général.

Mais, puisque la reconnaissance mutuelle des diplômes européens n'est consacrée qu'à minima, le principe de non-discrimination devient nécessaire pour lui garantir une quelconque effectivité. Principes essentiels du droit de l'Union, ces principes permettent, dans le domaine médical, l'émergence d'une réelle concurrence des formations. En effet, toutes les formations aux professions de santé présentes sur le territoire de l'Union permettent désormais d'acquérir un diplôme suffisant pour espérer pouvoir exercer l'une des professions de santé, en France. La formation traditionnelle française et ses outils sélectifs sont directement concurrencés par des systèmes de formation différents, parfois moins sélectif, voire parfois moins exigeants à en croire leur réputation.

Or, les réticences historiques de la profession médicale française face aux formations étrangères questionnent ici sur le bienfondé des critiques parfois émises à l'encontre de médecins venus exercer en France, mais ayant obtenu leur diplôme dans un autre pays. D'autant qu'il semble que ces situations soient amenées à se multiplier tant certaines formations aux études de santé proposées sur le territoire de l'Union viennent désormais directement concurrencer la formation française, pour ensuite fournir à l'Hexagone une main d'œuvre de praticiens, nationaux ou étrangers, à diplôme étranger mais européen. Le droit de l'Union européenne favorise nettement le développement de voies d'évitement à la sélection française à l'accès aux formations en santé.

TITRE 2 : Le droit de l'Union européenne, voie d'évitement de la formation médicale française

Par le truchement des grands principes de l'Union, comme la reconnaissance mutuelle des diplômes et le principe de non-discrimination, un étudiant français limité dans sa formation médicale par la Paces et son *numerus clausus*, peut tout à fait choisir de s'exiler dans un autre pays de l'Union, dans lequel les conditions d'accès aux professions médicales sont moins compétitives ; y obtenir son diplôme, puis revenir en France pour s'y établir et exercer. Ces types de contournement régulièrement qualifiés de « voies d'évitement » sont aujourd'hui au cœur de nombreuses polémiques, relayées par une profession très méfiante à leur rencontre.

A défaut d'être gratuites pour les étudiants qui les suivent⁹²², les voies d'évitement ont le mérite de ne rien coûter à l'Etat. Cette caractéristique doit être prise en compte quand on sait que depuis trente ans, le coût moyen d'un étudiant pour l'Etat a été multiplié par 1,75⁹²³. Un élève dans l'enseignement supérieur coûte aujourd'hui 8 250 euros en moyenne à la France ; un chiffre considérable qui ne reflète pourtant pas la réalité pour les formations médicales⁹²⁴. En effet, les études de médecine et d'odontologie sont beaucoup plus longues que la plupart des autres formations universitaires, puisqu'il faut compter pour tous les étudiants admis en seconde année après la Paces, cinq années de formation, suivies d'au minimum quatre semestres de spécialisation. Quand une formation universitaire moyenne s'étale sur cinq années d'enseignement, les études de médecine durent deux fois plus longtemps.

Le coût des infrastructures est également considérable puisqu'il faut trouver un moyen d'accueillir des promotions conséquentes tout en leur permettant de suivre, en petits groupes, des enseignements de travaux dirigés, afin qu'ils puissent se perfectionner. L'équipement des laboratoires de recherche dans lesquels les futurs praticiens vont être amenés à se former représente également un coût très important. Par exemple, un fantôme dentaire⁹²⁵, indispensable à l'apprentissage de l'odontologie, coûte plusieurs milliers d'euros et il s'agit d'un matériel fragile qu'il faut souvent remplacer⁹²⁶.

⁹²² 5 000 euros l'année de médecine en Roumanie et 9 000 euros l'année d'odontologie à l'UFP de Toulon en 2012.

⁹²³ Note d'information du ministère de l'enseignement et de la recherche, *La dépense par élève ou étudiant en France et dans l'OCDE*, le 29 décembre 2012, (enseignementsup-recherche.gouv.fr).

⁹²⁴ *Id.*

⁹²⁵ Un fantôme dentaire est un mannequin sur lequel les étudiants en odontologie peuvent s'entraîner.

⁹²⁶ Voir annexe 1.

Ce type de formation peut-il pallier les carences provoquées par le *numerus clausus* et ainsi renforcer l'offre de soin dans l'Hexagone sans interférer sur sa qualité ?

La question mérite bien d'être posée, car même si l'on réserve aux bénéficiaires des voies d'évitement des postes de médecines libérales, qui ne sont donc pas rémunérés par l'État, la France ne semble pas vouloir se permettre d'accroître le nombre de ses prescripteurs. Nous sommes là confrontés à l'éternel débat entre l'obligation étatique constitutionnelle de garantir la santé pour tous et les moyens disponibles pour assurer une telle mission. Nous avons vu que les gouvernements successifs s'efforcent de maintenir cet équilibre douteux qui vise à garantir l'offre de soin sans augmenter le nombre de praticiens. Pour la médecine hospitalière, la réponse est encore plus simple. Avec la multiplication des postes de FFI au début des années 2000⁹²⁷, l'Etat français a simplement trouvé une solution moins onéreuse, puisqu'elle permet de renforcer les effectifs de soignants sans trop alourdir les charges économiques qui pèsent sur la santé. Comme nous le verrons plus bas, les faisant fonction d'internes sont des médecins étrangers que l'Etat, par une pirouette administrative dans la reconnaissance de leur diplôme, ne rémunère qu'au SMIC et qui demeurent à ce jour la solution privilégiée par nos autorités.

Concrètement, les enjeux sont variables selon la profession : au 1^{er} janvier 2015, la part de diplômés à l'étranger est de 9,7 % pour les médecins, 6,1 % pour les odontologistes, 5,8 % pour les sages-femmes et plus faible pour les pharmaciens (1,5 %). Globalement, on observe une tendance à la hausse, depuis 2012, des professionnels à diplôme étranger, aussi bien en termes d'effectifs qu'au regard de l'ensemble des professionnels, en particulier chez les chirurgiens-dentistes (+ 19 % par an entre 2012 et 2015). Une particularité demeure concernant les sages-femmes où très peu de diplômes sont obtenus en dehors de l'Europe ; la profession enregistre même une diminution depuis 2010 des primo-inscrits diplômés à l'étranger, à l'inverse des autres professions⁹²⁸. En dehors des médecins, on trouve une part non négligeable de professionnels ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et nés en France (12,7 % pour les chirurgiens-dentistes, 78 % chez les sages-femmes et 22,9 % chez les pharmaciens, contre seulement 2,8 % chez les médecins), et des proportions plus élevées sont observables en considérant la nationalité française de ces professionnels diplômés à l'étranger. Des différences d'âges sont également perceptibles selon les professions et l'origine des diplômes : en moyenne,

⁹²⁷ *LeFigaro.fr*, 5 décembre 2012, « Les médecins étrangers coûteux et mal encadrés »

⁹²⁸ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.37

les diplômés à l'étranger (notamment ceux ayant obtenu un diplôme en Europe) sont plus jeunes que les diplômés en France⁹²⁹.

Aussi, à l'étude de ces voies d'évitement, il convient de caractériser deux types de diplômes délivrés : un premier que nous qualifierons de « diplôme à vocation française » (Chapitre 1), qui rassemble tous les dispositifs mis volontairement à la disposition des étudiants français pour contourner le *numerus clausus* ; un second, que nous nommerons « diplôme à vocation européenne » (Chapitre 2), qui regroupe les diplômes poursuivis par les étudiants français, alors que ces derniers ne sont pas nécessairement les bienvenus.

⁹²⁹ *Ibid.*

CHAPITRE 1 : Un diplôme Français pour exercer en France

S'il n'existe plus de différence entre les diplômes de l'Union du fait de l'harmonisation sectorielle des années soixante-dix, il demeure une forme de « particularisme » bien français entourant certains de ces diplômes. Nous l'avons vu, l'harmonisation n'est faite qu'à minima, d'abord pour faciliter l'intégration de nouveaux membres au sein de l'Union ; ensuite pour ne pas abreuver un débat sans fin entre les différents Etats de l'Union, peu enclins à réformer en profondeur leur système de formation médicale. Aussi, de nombreux Etats, la France en tête, sont parvenus à maintenir un système limitatif privilégiant leurs nationaux, sans pour autant contester le dogme égalitaire prôné par l'Union européenne.

Ainsi, les modalités d'exercice de la profession médicale sont en France très encadrées, et parce qu'elles sont opposables à tous les titulaires d'un diplôme européen, elles ne contreviennent pas aux principes de reconnaissance mutuelle et de non-discrimination, défendus par l'Union. Mais, parce qu'elles exigent un niveau de pratique du français et une importante expérience pratique en France, ces modalités d'exercice viennent en réalité restreindre l'accès aux professions médicales des ressortissants d'autres Etats membres et privilégient grandement les titulaires d'un diplôme français. Nul ne saurait en douter : le diplôme français est un « diplôme à vocation française ».

Mais, ce que nous qualifierons de « diplôme à vocation française » ne s'arrête pas uniquement aux diplômes délivrés en France. Certains Etats, ou simples initiatives privées reposant sur le concours d'Etats membres de l'Union, proposent aujourd'hui des diplômes de médecine, d'odontologie ou de maïeutique s'adressant, en dépit de leur nationalité – portugaise, roumaine ou croate – exclusivement aux étudiants français. Qu'il s'agisse d'initiatives localisées au-delà des frontières françaises ou au contraire établies dans l'Hexagone, elles garantissent toutes aux étudiants français la possibilité d'obtenir un diplôme médical sans passer par le filtre du *numerus clausus* et de la Paces. En revanche, une participation financière souvent conséquente est exigée. En dépit de la méfiance grandissante de la profession à l'encontre de ces initiatives et du concours certain des pouvoirs publics, soucieux de ne pas s'opposer aux puissants ordres des professions médicales, ce type de contournement s'est aujourd'hui installé dans le paysage universitaire français et de plus en plus d'étudiants, déçus par leurs résultats de première année, s'y inscrivent.

Aussi, par leurs modalités spécifiques et sélectives, les diplômes français pour les professions d'odontologie, de médecine, de maïeutique et de pharmacie demeurent des

diplômes « à vocation française » (Section 1), mais ils sont concurrencés aujourd’hui par des initiatives privées, qui proposent des diplômes étrangers à destination des français (Section 2).

Section 1 : Les modalités d'exercice de la profession médicale : nouvelle source de sélection

En dépit de l'harmonisation européenne, chaque Etat membre propose toujours des modalités d'exercice qui lui sont propres. Les principes de non-discrimination et de reconnaissance mutuelle des diplômes garantissent aux praticiens issus de l'Union le même traitement que celui qui est réservé aux praticiens français, mais n'empêchent pas les pouvoirs publics et le législateur de conditionner l'exercice des professions médicales, tant que ces règles s'appliquent à tous.

Une différence notable existe en revanche entre les ressortissants issus d'Etats tiers et les praticiens issus d'Etats membres de l'Union, puisqu'un régime d'autorisation préalable est appliqué aux premiers, quand il est formellement interdit par Bruxelles pour les seconds. Si le critère de la nationalité est essentiel au processus de reconnaissance mutuelle des diplômes et d'autorisation d'exercice, ce n'est pas tant la nationalité de l'individu qui prévaut que la nationalité du diplôme. Ainsi, les conditions d'exercice pour les ressortissants français et européens concernent en réalité les conditions d'exercice pour les praticiens ayant été diplômés au sein de l'Union européenne (paragraphe 1), alors que le régime d'autorisation préalable s'applique aux praticiens ayant été diplômés en-dehors de l'Union, même lorsqu'ils disposent d'une nationalité européenne ou française (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les conditions d'exercice pour les ressortissants français et européens

Les conditions de base, nécessaires à l'exercice de la médecine, de la pharmacie, de la dentisterie et de la maïeutique dans l'Hexagone, n'ont jamais évolué, en dépit de l'extension européenne. Que le praticien soit ou non un ressortissant national, elles restent les mêmes et sont au nombre de trois : une inscription au tableau de l'ordre concerné, un diplôme d'Etat reconnu pour exercer sur le territoire français et une clause de nationalité. Si l'inscription au tableau de l'ordre et la détention d'un diplôme d'Etat, reconnu pour exercer, ne posent guère de difficulté pour les ressortissants de l'Union européenne ou de l'Espace Economique Européen (B), la clause de nationalité a connu quelques aménagements, au point d'être aujourd'hui, toujours pour les ressortissants de l'Union, quelque peu vidée de sa substance, la nationalité du diplôme primant sur la nationalité des personnes (A).

A) La « nationalité » du diplôme au détriment de la nationalité des personnes

Parmi les trois conditions énoncées par le législateur, en préambule de tout exercice de la profession médicale sur le territoire français, figure l'inamovible condition de nationalité.

Mais cette condition, qui semble de prime abord particulièrement restrictive, est finalement largement tempérée d'une part, par la lettre des articles, qui ne limite pas cet exercice à la seule nationalité française et d'autre part, par l'application de la législation européenne, qui choisit de privilégier la nationalité du diplôme détenu par celui qui demande à exercer dans le pays d'accueil, au détriment de la nationalité propre de ce dernier.

On observe toutefois une réelle différence entre le bloc des professions médicales, composé de la médecine, de l'odontologie et de la maïeutique, historiquement liées par la formation et la sélection universitaire française, et la pharmacie. Quand les premières sont automatiquement soumises au principe de reconnaissance mutuelle des diplômes et ne peuvent en aucun cas contraindre le travailleur titulaire d'un diplôme européen à un régime d'autorisation préalable, la pharmacie, compte tenu de son particularisme et de son absence d'harmonisation, peut toujours y être soumise.

1. Une condition de nationalité au sens large pour les médecins, dentistes et sages-femmes

Comme énoncé précédemment, il y a trois conditions préalables à l'exercice des professions de médecin, dentiste et sage-femme ; elles sont précisées dans le Code de santé publique. L'article L.4111-1 du Code de la santé publique dispose ainsi que « nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre [...] reconnu [...]. Mais cela concerne également tous les diplômes accompagnés d'une attestation d'Etat certifiant que la formation est conforme et assimilé aux formations répertoriées. Les titres et diplômes reconnus ne se limitent donc pas uniquement au diplôme d'Etat français ni aux diplômes d'Etat dispensés sur le territoire de l'Union européenne. En effet, ces derniers bénéficiant du principe de reconnaissance automatique mutuelle des titres et diplômes de l'Union ne sont pas concernés par les « attestations d'Etat » mentionnées par la lettre de l'article. Celles-ci visent plutôt les diplômés issus d'Etats signataires d'accords bilatéraux de reconnaissance mutuelle des diplômes avec la France. Dans les mêmes proportions, les articles L.4141-3 pour le diplôme français d'État de chirurgien-dentiste et L.4151-5 pour le diplôme français d'État de sage-femme reprennent les dispositions de l'article L.4131-1 du Code de santé publique.

Ensuite, l'article L.4111-1 ajoute la condition de « nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie ». Cette restriction sur la nationalité semble ici particulièrement importante et nécessite un éclairage. Il est, dans un premier temps,

précisé que l'exercice des professions médicales n'est jamais réservé qu'aux seuls professionnels justifiant de la nationalité française. Bien entendu, l'article y assimile la nationalité de tous les Etats membres de l'Union, qui bénéficient, nous l'avons rappelé, du principe de reconnaissance mutuelle automatique des diplômes, mais également les nationaux issus d'Etats ayant ratifié un protocole d'accord et étant donc « partie à l'accord sur l'Espace économique européen »⁹³⁰. De même, les nationaux issus d'Etats ayant ratifié des accords bilatéraux de reconnaissance des diplômes avec la France, comme c'est le cas d'Andorre, du Maroc et de la Tunisie, sont assimilés également, avant de finalement ajouter les nationalités qui « découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ».

Enfin, l'article L.4111-1 consacre la condition d'inscription à un tableau de l'Ordre concerné par la profession envisagée.

Il faut ici envisager la restriction sur la nationalité dans sa globalité, l'article du Code de la santé publique étant suffisamment imprécis pour admettre l'exercice de la profession médicale sur le territoire français d'un grand nombre de nationalités. Cependant, la lettre de l'article en question demeure un facteur limitatif et il est parfaitement possible qu'un praticien issu d'un Etat tiers ne disposant ni de la nationalité française, ni de la nationalité d'un Etat cosignataire, demande la reconnaissance de son diplôme à la France, surtout s'il a obtenu son diplôme dans l'Union européenne. Aussi, l'article finit par ajouter que « les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1^o des articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2 »⁹³¹. En résumé, le deuxième alinéa de cet article est ainsi complètement vidé de toute substance, puisque si la première des trois conditions cumulatives n'est pas remplie, disposer de la nationalité adéquate ne permettra tout de même pas d'exercer sa profession sur le territoire français. En revanche, qu'importe la nationalité, tant que le diplôme est reconnu, un droit d'exercice sur le territoire français est accordé, à condition d'être inscrit au tableau de l'Ordre de la profession concernée. La nationalité du diplôme prime donc sur la nationalité du professionnel.

⁹³⁰ L'Islande, le Lichtenstein et la Norvège.

⁹³¹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.17

2. Une conception encadrée de la nationalité pour les pharmaciens

a) *Une condition de nationalité empirique*

Comme pour les autres professions médicales énoncées précédemment, le pharmacien doit répondre aux trois conditions énoncées par le Code de santé publique. Selon l'article L.4221-1 du Code de la santé publique, « nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes : être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre [...] ; être de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ; être inscrit à l'Ordre des pharmaciens ».

La condition de nationalité, si elle reste dans son ensemble relativement proche de celle énoncée pour la médecine, la chirurgie-dentaire et la maïeutique en permettant l'exercice de la pharmacie aux ressortissants de l'UE, aux cosignataires de l'EEE, et aux nationaux dont l'Etat d'origine a signé avec la France des accords bilatéraux de reconnaissance mutuelle, dispose d'une particularité propre à la pharmacie. La lettre de l'article n'est en effet pas cloisonnée, puisque la condition de nationalité est ouverte aux « ressortissants d'un pays dans lequel les français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ». Sans la dénaturer, comme le législateur a pu le faire pour la médecine, l'odontologie et la maïeutique, la condition de nationalité conserve dès lors un caractère expansif qui élargit encore cette condition. Une recherche de réciprocité demeure ainsi nécessaire pour les nationalités non directement concernées par la lettre de l'article L.4221-1 du Code de la santé publique.

La particularité de cette disposition est contenue dans le fait que législateur propose une détermination empirique des nationalités susceptibles de remplir les conditions de l'article L.4221-1 du Code de la santé publique, puisque seront reconnues, les nationalités dont les Etats autorisent la pratique de la pharmacie sur leur sol aux ressortissants français⁹³².

L'article L.4221-4 du Code de la santé publique ajoute qu'« ouvre droit à l'exercice de la profession de pharmacien aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen : un titre de formation de pharmacien délivré par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et

⁹³² *Ibid.*

figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; un titre de formation de pharmacien délivré par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au 1^o, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant qu'il sanctionne une formation conforme à ces obligations et qu'il est assimilé, par lui, aux titres de formation figurant sur cette liste ».

Ici encore le caractère empirique de la notion de nationalité ressort, celle-ci reposant plus sur des notions de réciprocité et d'équivalence que sur des indices stricts et précis.

b) Un régime d'autorisation préalable

La pharmacie est à ce jour la seule discipline de santé qui dispose toujours de la possibilité de recourir à un régime d'autorisation préalable pour permettre la reconnaissance d'un titre et le droit d'exercice sur le territoire. L'article L.4221-14-1 CSP indique en effet que « l'autorité compétente peut, après avis d'une commission, composée notamment de professionnels, autoriser individuellement, le cas échéant, dans la spécialité à exercer la profession de pharmacien les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation de base et, le cas échéant, de spécialité délivrés par l'un de ces Etats ne répondant pas aux conditions prévues aux articles L.4221-4 et L.4221-5 mais permettant d'exercer légalement la profession de pharmacien dans cet Etat ». Ainsi, dans le cas où serait observé un décalage entre la formation suivie par le demandeur et les exigences minimales requises par le droit français, le ministre chargé de la Santé pourrait exiger « que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation ». Le maintien de ce régime d'autorisation préalable est justifié par l'organisation de la profession en France, qui repose sur l'existence d'un maillage géographique, rendant légitime une atteinte au principe de libre circulation des travailleurs, énoncé précédemment.

Les conséquences de ce régime d'autorisation préalable sont particulièrement flagrantes concernant la condition de nationalité. En effet, par dérogation à l'article L.4221-1 CSP, l'article L.4221-10 prévoit un régime d'autorisation individuelle, délivrée par le ministre chargé de la Santé, pour les titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre ne justifiant pas de l'une des nationalités prévues par les textes, leur permettant d'exercer « dans des établissements publics de santé ou dans des établissements de santé privés participant au service public hospitalier [...] et les établissements de transfusion sanguine en qualité de contractuels ». Ainsi, lorsque la nationalité du travailleur ne coïncide pas avec celle du diplôme, il est demandé à l'intéressé de justifier d'une expérience professionnelle précise et durable. On observe ici le

premier degré du régime d'autorisation préalable : si la condition de nationalité n'est pas remplie, une vérification du diplôme et de l'expérience du candidat est alors opérée.

Mais, c'est l'article L.4221-12 CSP qui constitue le principal fondement de ce régime d'autorisation préalable. En effet, celui-ci mentionne les épreuves de vérification des connaissances imposées aux professionnels de santé autorisés à exercer la pharmacie dans le pays d'obtention de leur diplôme. Ces derniers doivent également justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes. Le nombre de candidats retenus chaque année est par ailleurs limitativement fixé par arrêté du ministère de la Santé. Aussi, ces exigences s'apparentent à un véritable concours mis en place afin de vérifier les compétences pratiques et théoriques du pharmacien étranger. L'aspect contraignant de cet examen, attaché au fait que chaque candidat ne peut se présenter plus de trois fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice, est un message particulièrement limitatif envoyé par le législateur français. Cela nous permet d'affirmer que la condition de nationalité demeure, pour la pharmacie, une condition essentielle, strictement observée.

B) Des conditions supplétives strictes et encadrées

On compte parmi les autres conditions d'accès aux professions médicales, une condition de diplôme national et une condition d'inscription à l'Ordre.

1. Les diplômes français reconnus pour exercer

En préambule à l'exercice d'une profession médicale, le candidat doit disposer d'un diplôme précisément défini, qu'il s'agisse des professions de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou pharmaciens. Il s'agit dans tous les cas de « diplômes d'Etat, délivrés par des universités reconnues par l'Etat français, habilitées par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé [...]. Ces diplômes sanctionnent un parcours d'études « standardisées », plus ou moins long selon les professions, et selon que les étudiants choisissent ou non de se spécialiser lorsque cela est optionnel (pharmaciens, chirurgiens-dentistes) »⁹³³.

En France, nous l'avons vu, la première année d'études est commune, qu'il s'agisse des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie ou de maïeutique, au sein de ce qui est communément nommé la Paces. Elle présente la particularité de limiter l'admission en 2^{ème}

⁹³³ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.18

année par le biais d'un *numerus clausus* qui vient continger les effectifs de chacune de filières.

Par ambivalence, le diplôme universitaire diffère du diplôme d'Etat. Le premier est interne à l'université, où il est produit et enseigné, et ne permet pas de reconnaissance ni d'équivalence de diplôme et ne peut aboutir à l'exercice d'une profession médicale⁹³⁴.

a) Le diplôme de médecin

Le diplôme d'Etat (DE) de docteur en médecine sanctionne la formation des étudiants qui ont soutenu une thèse. Celle-ci, le plus souvent préparée pendant l'internat, équivaut à une « thèse d'exercice » et est soutenue devant au moins un professeur de médecine qui préside le jury. La thèse est soutenue après validation du troisième semestre de fonctions d'interne. Ce n'est qu'après la validation du troisième cycle par l'interne postulant à la profession que le diplôme d'Etat de docteur en médecine permet l'exercice de la profession sur le territoire français. Le document mentionnant l'intitulé du diplôme obtenu, ainsi que la spécialité acquise, est finalement remis à l'étudiant après validation du troisième cycle et la soutenance de la thèse. L'exercice de la médecine ne peut donc se faire sans une qualification en médecine spécialisée, obtenue grâce à la préparation d'un diplôme d'études spécialisées (DES). Les études médicales s'étalent donc sur une durée de six années, complétées de trois à cinq ans de spécialisation. C'est là le seul schéma classique d'obtention du titre de docteur en médecine, ouvrant l'accès à l'exercice de la profession⁹³⁵.

b) Le diplôme de chirurgien-dentiste

Comme pour les médecins, c'est le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire qui, seul, permet l'exercice de l'odontologie en France. Les études d'odontologie sont, à l'instar des études de médecine, organisées par les universités habilitées à délivrer le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire. Ici aussi, l'accès à ces études est subordonné à la réussite de la Paces, c'est-à-dire à l'obtention d'un classement en rang utile au concours propre à la chirurgie dentaire. Un *numerus clausus* spécifique est fixé chaque année par un arrêté ministériel pour les étudiants en dentaire. La durée des études d'odontologie est de six années et le DE de docteur en pharmacie est délivré aux étudiants ayant soutenu, avec succès, une thèse, qui est, là aussi, une thèse d'exercice. Les chirurgiens-dentistes ont également la possibilité de se spécialiser ;

⁹³⁴ Dans un souci de synthèse et pour éviter toute redondance avec la première partie de ce travail, nous nous appuyons sur les définitions synthétiques avancées par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

⁹³⁵ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.19

un concours d'internat leur est alors ouvert, afin de suivre une formation de trois ou quatre ans en fonction des spécialités. L'internat permet, comme en médecine, d'obtenir un DES dans l'une des trois spécialités existantes : orthopédie dento-faciale, chirurgie orale, médecine bucco-dentaire⁹³⁶.

c) Le diplôme de sage-femme

Le diplôme d'Etat de sage-femme est, lui aussi, délivré par les universités habilitées, bien que la formation y préparant puisse, elle, être dispensée par des écoles spécialisées, agréées et rattachées à la maternité d'un centre hospitalier, voire, depuis la loi HPST, directement par des universités ayant reçu l'accord du Conseil régional. Comme pour toutes les professions médicales, l'admission dans ces formations dépend du classement de l'étudiant à l'issue des épreuves de la Paces. Les études de sage-femme s'étalent sur une période de cinq années, correspondant au grade Master, alors qu'un diplôme de niveau « bac +3 » était auparavant reconnu. Depuis 2015, les étudiants validant une cinquième année acquièrent un DE de sage-femme, mais également un diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques DFASMA, reconnu au grade de master⁹³⁷.

d) Le diplôme de pharmacien

Enfin, le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie est, lui, délivré aux étudiants ayant soutenu, là encore, avec succès une thèse d'exercice. La durée des études pour obtenir ce DE est de six ans. Comme les médecins et les dentistes, les pharmaciens peuvent se spécialiser : ils doivent alors soutenir un mémoire de DES, tenant lieu de thèse d'exercice. Comme en médecine, les DES de pharmacie sont acquis à l'issue d'une formation à la fois universitaire et hospitalière, correspondant à l'internat, étalée sur une période de quatre ans. Cette formation est accessible après avoir réussi le concours national de l'internat en pharmacie. Ce dernier donne accès à trois spécialités – biologie médicale, pharmacie hospitalière et des collectivités ou recherche – accessible selon le rang de classement de l'étudiant⁹³⁸.

Au-delà du diplôme, les candidats à l'exercice d'une profession médicale doivent être inscrits au tableau de l'Ordre dont ils souhaitent exercer la profession.

⁹³⁶ *Ibid.*

⁹³⁷ *Ibid.*

⁹³⁸ *Ibid.*

2. L'inscription aux tableaux des Ordres

Comme nous l'avons précisé *supra*, les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme français sont dispensés de la condition de nationalité. La qualité et la reconnaissance du diplôme suppléent donc la condition de nationalité pour ces trois professions⁹³⁹. Qu'en est-il de l'inscription aux tableaux des ordres ?

L'inscription aux tableaux des ordres des professions médicales ne connaît, elle, aucune exonération ; elle est strictement indispensable. Les futurs praticiens, qu'ils aient été formés en France ou ailleurs ne peuvent en être dispensés. Pour être inscrits à l'Ordre, les candidats doivent en faire la demande auprès du Conseil départemental du lieu où ils souhaitent exercer et fournir un certain nombre de pièces justificatives : diplômes, moralité, capacité à s'exprimer en français. Parmi ces pièces, qui constituent le préalable nécessaire à l'inscription au tableau, la capacité à s'exprimer en français retient tout particulièrement notre attention. Nous l'avons vu, le principe de non-discrimination, principe supplétif à la bonne effectivité de la reconnaissance mutuelle des diplômes, rejette toute différence de traitement fondée sur la nationalité quand celle-ci vient limiter la reconnaissance mutuelle des diplômes et ce, même lorsqu'elle n'est qu'indirecte – se fondant sur la langue par exemple⁹⁴⁰. Aussi, pour ne pas subir le courroux européen, cette obligation est observée avec une grande légèreté pour les diplômés issus d'un Etat membre, ce qui n'est pas le cas pour les diplômés issus d'un Etat tiers, où cette condition est largement employée pour limiter l'arrivée de praticiens dans l'Hexagone⁹⁴¹.

Les diplômés, ressortissants d'un Etat membre de l'Union ou bien d'un Etat partie à un accord de reconnaissance, doivent, eux aussi, s'adresser à l'Ordre de la profession qu'ils souhaitent exercer pour y être inscrits et pouvoir pratiquer. Aucune procédure d'autorisation d'exercice, ni aucune épreuve de vérification des connaissances n'est nécessaire, en guise de préalable, dès lors que sont concernés des diplômes conformes à la réglementation en vigueur⁹⁴². Les conditions sont évidemment différentes s'agissant de candidats diplômés en dehors de l'UE.

⁹³⁹ Il n'en est rien pour la pharmacie comme nous l'avons vu.

⁹⁴⁰ Voir Partie II Titre I : « Un droit de l'Union facilitant le contournement de la sélection universitaire française ».

⁹⁴¹ Voir Chapitre II du présent Titre : « Un diplôme européen pour exercer en France, dans l'Union, dans le monde ».

⁹⁴² ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.20

Paragraphe 2 : Les conditions d'exercices pour les ressortissants diplômés en dehors de l'Union européenne

Si de prime abord, les conditions d'accès à l'exercice des professions médicales, en France, pour les ressortissants d'Etats tiers à l'Union semblent s'éloigner de notre sujet, qui s'intéresse aux conséquences des limites universitaires rencontrées par l'étudiant français, le sujet doit tout de même être abordé, en ce qu'il impacte nécessairement la démographie médicale française.

La volonté, forte s'il en est, des praticiens étrangers de demander la reconnaissance de leurs diplômes pour s'établir dans l'Hexagone, n'est pas la seule conséquence d'une qualité de vie supérieure, ou de la recherche d'une meilleure protection sociale. Elle est également encouragée par les pouvoirs publics, qui y voient un moyen moins onéreux de contrer les conséquences et les carences que provoquent le *numerus clausus* et son système universitaire sélectif. Ajoutons que ces conditions d'exercice s'appliquent également aux ressortissants français ou issus de l'Union, ayant obtenu leur diplôme dans un Etat tiers.

La procédure d'admission pour ses diplômés est donc un élément non négligeable dans l'appréhension de la formation médicale dans l'Hexagone (A), au point de constituer une nouvelle voie de contournement (B).

A) Une reconnaissance du diplôme soumise à une procédure d'admission

Pour les ressortissants issus d'un Etat ne faisant ni partie de l'Union ni de l'Espace économique européen, la France ne se prive pas de soumettre la reconnaissance de leur diplôme à un régime d'autorisation préalable, puisqu'elle n'a plus à respecter le principe de libre circulation des travailleurs défendu par Bruxelles. Mais, nous l'avons vu, notamment pour la médecine, l'odontologie et la maïeutique, c'est la nationalité du diplôme qui prime sur la nationalité du candidat ; aussi, certains ressortissants de l'Union, voire des français, peuvent être soumis à cette procédure d'autorisation d'exercice, s'ils sont titulaires d'un diplôme délivré par un Etat tiers. Ces candidats peuvent toutefois faire l'objet d'une procédure d'autorisation d'exercice exceptionnelle.

1. La procédure d'autorisation d'exercice classique

La procédure d'autorisation d'exercice concerne tous les praticiens qui ont été diplômés hors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, qu'ils disposent ou non de la nationalité française. Sont également éligibles à cette procédure les candidats disposant d'un

diplôme issu d'un Etat membre, mais non conforme. Un diplôme non conforme est un diplôme sanctionnant une discipline n'ayant pas encore bénéficié d'une harmonisation européenne et dont les statuts sont encore trop hétérogènes sur l'ensemble du territoire européen. La médecine, l'odontologie, la pharmacie et la maïeutique, qui ont d'abord fait l'objet de directives d'harmonisation individuelles avant d'être englobées dans le processus d'harmonisation et de reconnaissance mutuelle généralisée des diplômes de 2005, ne sont donc pas concernées par un éventuel défaut de conformité, dû à une absence d'harmonisation. En revanche, sont réputés titulaires d'un diplôme non conforme, les diplômés ayant obtenu leur qualification dans un Etat, alors que celui-ci n'avait pas encore intégré l'Espace économique européen. C'est le cas par exemple d'un praticien roumain ayant obtenu son diplôme dans les années quatre-vingt-dix alors que la Roumanie n'a intégré l'UE qu'en 2007 ; ce candidat ne pourra pas jouir d'une reconnaissance mutuelle et automatique de son diplôme.

Plusieurs conditions sont par ailleurs posées à la réception d'une procédure d'autorisation d'exercice.

a) Une bonne expérience exigée

En préambule de la procédure d'autorisation d'exercice, le candidat soumet son dossier au Centre national de gestion, qui l'enregistre après avoir vérifié les attestations de diplômes du candidat, traduites et validées par le centre ENIC-NARIC. Il s'agit du centre d'information sur la reconnaissance académique et professionnelle des diplômes, qui prend en charge la traduction mais également la reconnaissance des acquis et leur transposition dans la formation française pour les diplômes étrangers. Ces dossiers sont ensuite examinés par les commissions d'autorisation d'exercice, qui opèrent alors une distinction entre, d'une part, les praticiens à diplôme obtenu hors UE et les praticiens à diplôme de l'UE, mais non conforme. Les premiers doivent passer des épreuves de vérifications des connaissances, quand les seconds peuvent être soumis à des mesures compensatoires si des « différences substantielles avec les qualifications requises en France sont repérées »⁹⁴³ ; il peut s'agir d'une épreuve d'aptitude ou d'un stage d'adaptation.

La procédure d'autorisation d'exercice aboutit donc toujours à une série d'épreuves et de contrôles, censés évaluer le niveau et la capacité d'adaptation du praticien qui candidate à l'exercice de sa profession dans l'Hexagone. Il peut alors s'agir d'un contrôle de connaissances

⁹⁴³ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.20

théorique, d'un contrôle de connaissance de la langue ou d'un contrôle de connaissance pratique.

C'est l'article L.4111-2 du Code de la santé publique qui précise que, « le ministre chargé de la Santé peut, après avis d'une commission, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre ». il s'agit là d'un fondement juridique au régime d'autorisation préalable, qui ne peut évidemment pas s'appliquer aux candidats munis d'un diplôme obtenu au sein de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

L'épreuve de vérification des connaissances est anonyme et organisée en fonction de la profession, de la discipline et de la spécialité et s'accompagne de la nécessaire justification d'une bonne maîtrise de la langue française. Pour ce dernier point, le législateur a prévu un aménagement puisque, « les personnes ayant obtenu en France un diplôme inter-universitaire de spécialisation, totalisant trois ans de fonction au-delà de leur formation et justifiant de fonctions médicales rémunérées en France au cours des deux années précédant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont réputées avoir satisfait à l'exigence de maîtrise de la langue française »⁹⁴⁴. Ce sont surtout les médecins étrangers venant du Maghreb, et engagés par les centres hospitaliers comme faisant fonction d'interne, qui sont concernés par cette mesure. En effet, l'examen contrôlant l'exigence de maîtrise de la langue française était alors régulièrement utilisé par les pouvoirs publics pour limiter la reconnaissance des diplômes de ces praticiens. De manière arbitraire et injustifiée⁹⁴⁵, certains de ces FFI se voyaient ainsi refuser la reconnaissance de leur diplôme pour ce motif, alors que le seul but recherché était de soulager les pouvoirs publics, du financement de nouveaux praticiens trop onéreux en comparaison du coût résiduel engendré par les FFI.

En plus d'une bonne pratique de la langue française, il est exigé du candidat une solide expérience dans la profession qu'il souhaite exercer, celle-ci variant en fonction de la profession. Concernant les médecins, les lauréats aux épreuves de vérification des connaissances doivent justifier de trois ans de fonctions, accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Les candidats chirurgiens-dentistes doivent,

⁹⁴⁴ *Id.*, p.21

⁹⁴⁵ Voir annexe 2

eux, justifier d'une année de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes, tout comme les lauréats, candidats à la profession de sage-femme. En revanche, comme pour les médecins, les lauréats, candidats à la profession de pharmacien, doivent justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes⁹⁴⁶.

Mais, les épreuves de vérification des connaissances se déroulent de manière distincte, selon la situation propre du candidat.

b) Un examen pour certains, un concours pour d'autres

L'épreuve de vérification des connaissances se déroule de manière différente en fonction, notamment, des raisons qui poussent le candidat à obtenir son équivalence, ou son origine géographique, sociale ou politique, ainsi qu'en fonction de son expérience.

Les candidats sont donc répartis en trois groupes : le groupe A concerne tous les candidats à diplôme hors UE/EEE, à l'exception de ceux des listes B et C ; le groupe B est ouvert uniquement aux personnes justifiant de la qualité de réfugié politique, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises ; le groupe C rassemble lui les personnes pouvant justifier de l'exercice de certaines fonctions durant une période précise, en France.

En fonction du groupe auquel est affilié le candidat, la nature de l'épreuve, à défaut de son contenu, diffère. En effet, comme pour l'examen de la Paces, les dispositions réglementaires qui encadrent cette épreuve de vérification des connaissances sont fondées sur l'article L.631-1 du Code de l'éducation. Cela permet donc aux pouvoirs publics de limiter le nombre de candidats susceptibles d'être reçus. Ce nombre, déterminé par le ministère de la Santé, est établi en fonction des évolutions successives du *numerus clausus* ; jamais en fonction de celui de l'année en cours mais en selon ceux des années précédentes, puisque ces candidats viennent directement grossir l'offre de soin dans l'Hexagone.

Compte tenu de la particularité du groupe B, qui demeure assez résiduel, et de l'expérience solide dont peuvent justifier les membres du groupe C, seuls les membres du groupe A se retrouvent contraints par ce nombre limité. Comme pour les étudiants français en première année de Paces, le nombre de tentatives a lui aussi été limité pour les candidats à

⁹⁴⁶ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.20 et 21.

l'épreuve de vérification des connaissances. Jusqu'à la mise en place de la loi du 1^{er} février 2012⁹⁴⁷, les candidats ne pouvaient passer cette épreuve que trois fois.

Le législateur, conscient des difficultés d'intégration que pouvait provoquer cet autre *numerus clausus*, a décidé d'abroger cette limite de participation. Cela ne remet toutefois pas en question l'aspect « concours » de l'épreuve de vérification des connaissances, puisque le nombre de candidats reçus chaque année est lui toujours limité. Cela n'est d'ailleurs pas sans soulever certaines interrogations.

Le *numerus clausus*, qui limite l'accès en deuxième année de Licence santé, est lui soumis à ces deux limites : une limite que nous qualifierons « d'annuelle », qui est déterminée par le nombre d'étudiants admis à poursuivre leur formation chaque année ; une limite que nous qualifierons « d'individuelle », puisque l'étudiant en première année n'est autorisé à tenter le concours que deux fois⁹⁴⁸. Or, si la première limite peut sembler injuste et arbitraire pour l'étudiant – puisque ce sont alors des intérêts de santé publique qui priment sur les siens – la seconde limite a été pensée pour le préserver. En effet, un étudiant qui redouble sans cesse, pour un jour obtenir la possibilité de poursuivre sa formation médicale, le fait au détriment d'autres formations sans doute plus adaptées à ses compétences et perd un temps précieux. C'est en cela que cette limite vise à le protéger. Or, en supprimant cette limite pour l'épreuve d'évaluation des connaissances, le législateur ne risque-t-il pas de provoquer ce type de comportement chez les candidats à la reconnaissance de leurs diplômes ?

Quand bien même ce type de comportement serait observé, il convient de soulever une différence d'importance : ces candidats sont, la plupart du temps, titulaires d'un diplôme et d'une formation, obtenus après de nombreuses années d'études. Un échec à l'épreuve de vérification des connaissances reviendrait donc à invalider plusieurs années d'études, sans possibilité d'équivalence, alors que l'étudiant de Paces n'a perdu qu'un an. C'est face à la détresse sociale provoquée par cette limitation que le législateur a choisi d'abroger une telle disposition.

L'abrogation de la limite de tentative à l'épreuve de vérification des connaissances n'est pas le seul apport de la loi de 2012. Toujours soucieux de l'état de détresse psychologique dans lequel peuvent se trouver les candidats qui ont souvent obtenu leur diplôme des années

⁹⁴⁷ Loi n°2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne, JORF n°0028 du 2 février 2012, p.1906

⁹⁴⁸ Le triplement est autorisé sous dérogation exceptionnelle.

auparavant, le législateur a choisi de concentrer cet examen sur des compétences cliniques et de délaissier les connaissances théoriques. Il peut par ailleurs paraître regrettable que le législateur n'ait toujours pas choisi d'étendre ce type de sélection à la Paces, pour laquelle les connaissances théoriques dominent largement. Les épreuves de vérifications des connaissances sont en outre les mêmes, que les candidats soient issus de la liste A, B ou C ; il s'agit d'épreuves spécialisées, tenant compte à la fois de la profession du candidat et de sa spécialité.

Toutes ces dispositions concernent les praticiens diplômés à l'extérieur de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, mais qui ne font pas état d'une nationalité de l'un des Etats membres de l'Union. A l'inverse, les nationaux d'un Etat membre, titulaires d'un diplôme hors UE ne sont pas soumis aux mêmes examens et bénéficient d'une procédure d'autorisation d'exercice exceptionnelle.

2. Les procédures d'autorisation d'exercice exceptionnelles

Il existe deux procédures d'autorisation d'exercice exceptionnelles ; toutes deux ne s'adressent qu'aux ressortissants issus de l'Union, qui bénéficient alors d'une reconnaissance de leurs diplômes, simplifiée. Ces deux procédures sont issues de la jurisprudence et trouvent un écho particulier pour notre sujet, puisque s'agissant de ressortissants européens munis de diplômes étrangers, elles constituent une extension conditionnée au principe de reconnaissance mutuelle des diplômes.

a) *La procédure Hoczman*

Il s'agit là d'une procédure qui tire son nom d'un arrêt concernant Monsieur Hoczman, médecin argentin ayant obtenu en 1976 à l'université de Buenos Aires en Argentine, un diplôme de docteur en médecine⁹⁴⁹. Dans le cadre d'un échange interuniversitaire, ce dernier a obtenu sa spécialisation, en l'occurrence un diplôme de spécialiste en urologie délivré en 1982 par l'université de Barcelone. Il a ensuite obtenu en 1986 la nationalité espagnole, puis en 1998, la nationalité française. C'est donc naturellement que ce médecin demande à la France la reconnaissance de son diplôme de docteur en médecine, afin de pouvoir exercer dans l'Hexagone. Par jugement du 23 juin 1998, parvenu à la Cour le 7 juillet suivant, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a posé, en application de l'article 177 du traité CE (devenu article 267 TUE), une question préjudicielle sur l'interprétation de l'article 52 du traité CE (devenu article 49 TFUE).

⁹⁴⁹ CJCE, Aff. C-238/98, *Hugo Fernando Hoczman c. Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*, 14 septembre 2000.

Il s'agit donc d'un ressortissant français, titulaire d'un diplôme de docteur en médecine étranger, obtenu en-dehors de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, mais, comme en témoigne sa spécialisation obtenue sur le territoire espagnol en 1982, pouvant bénéficier du principe de reconnaissance mutuelle en Espagne, compte tenu de l'accord bilatéral passé entre l'Argentine et la Catalogne.

Dans son arrêt du 14 septembre 2000, la cinquième chambre de la Cour de justice de l'Union européenne constate qu'« il appartient à la juridiction de renvoi [...] d'apprécier, au vu de tous les éléments du dossier [...] si l'équivalence du diplôme de M. Hocsman avec le diplôme correspondant français doit être admise ». La juridiction française devra notamment « examiner si la reconnaissance en Espagne du diplôme argentin de M. Hocsman comme équivalant au titre espagnol de licencié en médecine et en chirurgie a été effectuée sur le fondement de critères comparables à ceux qui ont pour objet, dans le cadre de la directive 93/16, de garantir aux États membres qu'ils peuvent se fier à la qualité des diplômes en médecine délivrés par les autres États membres »⁹⁵⁰. La Cour de justice ajoute que, « lorsque, dans une situation non régie par une directive relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes, un ressortissant communautaire présente une demande d'autorisation d'exercer une profession dont l'accès est, selon la législation nationale, subordonné à la possession d'un diplôme ou d'une qualification professionnelle, ou encore à des périodes d'expérience pratique, les autorités compétentes de l'Etat membre concerné sont tenues de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, en procédant à une comparaison entre, d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience, et, d'autre part, les connaissances et qualifications exigées par la législation nationale »⁹⁵¹.

Il nous faut donc retenir que le ressortissant de l'Union, muni d'un diplôme de médecine obtenu dans un Etat tiers mais bénéficiant d'un principe de reconnaissance mutuelle avec un autre Etat membre de l'Union européenne, peut, s'il le souhaite, obtenir la reconnaissance de son diplôme en France, sans avoir à passer l'épreuve de vérification des connaissances. Il demeure en revanche toujours soumis à l'exigence d'une expérience professionnelle concrète et établie.

⁹⁵⁰ CJCE, Aff. C-238/98, *Hugo Fernando Hocsman c. Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*, 14 septembre 2000, pt. 39 des motifs

⁹⁵¹ *Id.*, pt. 40 des motifs

b) La procédure Dreessen

Il s'agit cette-fois d'une procédure qui tire son nom d'un arrêt concernant Monsieur Dreessen, de nationalité belge, titulaire d'un diplôme d'ingénieur délivré en Allemagne le 16 février 1966 par la *Staatliche Ingenieurschule für Bauwesen Aachen* (École supérieure d'État du bâtiment d'Aix-la-Chapelle), à l'issue d'études d'ingénieur en bâtiment-construction⁹⁵². Après avoir travaillé en Belgique pendant vingt-cinq ans comme salarié dans différents bureaux d'architectes situés à Liège, ce travailleur demande la reconnaissance de son diplôme d'architecte auprès du Conseil de l'ordre des architectes, qui lui refuse son inscription⁹⁵³.

Est ici caractérisé le cas classique d'un diplôme non conforme, qui vient bloquer la reconnaissance automatique des diplômes. Certes, le candidat à la reconnaissance dispose d'un diplôme obtenu sur le territoire de l'Union et demande sa reconnaissance dans un autre Etat de l'Union⁹⁵⁴, mais la directive visant à harmoniser les diplômes d'architecture⁹⁵⁵ n'est, elle, entrée en vigueur qu'en 1985, et donc postérieurement à l'obtention du diplôme de Monsieur Dreessen. Il s'ensuit que ce dernier ne peut pas bénéficier du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes.

Aussi, confronté à l'importante expérience dont bénéficie le candidat, la Cour décide que, « lorsqu'un ressortissant communautaire présente aux autorités compétentes d'un Etat membre une demande d'autorisation d'exercer une profession dont l'accès est, selon la législation nationale, subordonné à la possession d'un diplôme ou d'une qualification professionnelle, ou encore à des périodes d'expérience pratique, ces autorités sont tenues de prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, *ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé*, en procédant à une comparaison entre, d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience et, d'autre part, les connaissances et qualifications exigées par la législation nationale, même lorsqu'une directive relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes a été adoptée pour la profession en cause, mais que l'application de cette directive ne permet pas d'aboutir à la reconnaissance automatique du ou des titres du demandeur »⁹⁵⁶. Comme pour la procédure Hoczman, la Cour estime que le

⁹⁵² CJCE, Affaire C-31/00, *Conseil national de l'ordre des architectes c. Nicolas Dreessen*, 22 janvier 2002

⁹⁵³ *Id.*, pt. 7 des motifs

⁹⁵⁴ L'Allemagne et la Belgique.

⁹⁵⁵ L'article 11 de la directive 85/384/CEE du Conseil du 10 juin 1985 visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres du domaine de l'architecture et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services

⁹⁵⁶ CJCE, Affaire C-31/00, *Conseil national de l'ordre des architectes c. Nicolas Dreessen*, 22 janvier 2002, pt. 31 des motifs, *nous soulignons*.

ressortissant d'un Etat membre disposant d'un diplôme non conforme n'a pas à passer l'épreuve de vérification des connaissances mais reste soumis à la reconnaissance d'une expérience pratique importante. En définitive, le régime d'autorisation préalable diffère en fonction de la nationalité et surtout de l'expérience de l'individu.

Il nous est possible de résumer les différents cas de figure soumis au régime d'autorisation préalable comme suit⁹⁵⁷ :

- le titulaire d'un diplôme hors UE, de nationalité appartenant à l'UE doit poser sa candidature à la Commission d'autorisation d'exercice, se soumettre aux épreuves de vérification des connaissances et justifier de trois années d'exercice dans un service agréé. Il dépendra de la liste A.
- le titulaire d'un diplôme hors UE ayant un statut de réfugié politique ou apatride doit déposer sa candidature à la Commission d'autorisation d'exercice et se soumettre aux épreuves de vérification des connaissances. Il dépendra de la liste B.
- le titulaire d'un diplôme hors UE, justifiant de fonctions dans un établissement de santé agréé, sous un statut particulier, doit se soumettre aux épreuves de vérification des connaissances et justifier d'une année dans un service agréé pour la formation des internes. Il dépendra de la liste C.
- le titulaire d'un diplôme délivré par l'UE mais non conforme aux directives de l'UE devra se soumettre à la procédure Dreesen.
- le titulaire d'un diplôme hors UE mais reconnu par un Etat membre de l'UE devra se soumettre à la procédure Hoczman.

B) Vers la caractérisation d'une nouvelle voie de contournement ?

Bien que ces procédures concernent principalement des ressortissants issus d'Etats ne faisant pas partie de l'Union, la question de l'existence, par leur biais, d'une nouvelle voie de contournement peut être posée. Si la procédure classique reste soumise à une limite quantitative d'admission chaque année, comme pour la première année de la licence santé, le nombre de tentatives n'est lui pas limité. Aussi, une première initiative peut donc être envisagée : limité par un nombre restreint de tentatives à la fin de la Paces, l'étudiant français pourrait faire le choix de s'exiler en dehors de l'Union – au Canada par exemple où l'enseignement peut être dispensé en français, mais également sur la quasi-totalité du continent africain et dans les

⁹⁵⁷ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.25

anciennes colonies françaises qui ne bénéficient pas encore du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes⁹⁵⁸. Les dispositifs francophones mis à disposition des français au sein de l'Union européenne étant soit bouchés⁹⁵⁹, soit particulièrement onéreux⁹⁶⁰, cette idée a le mérite d'exister. Le jeune praticien reste soumis à la réussite des épreuves de vérification des connaissances. Comme pour la première année de la licence santé, le nombre de candidats admis à exercer dans l'Hexagone est limité ; il s'agit donc ici encore d'un concours. Mais, à la différence de la Paces, où le nombre de tentatives est limité, l'étudiant a ici la possibilité de tenter et retenter sa chance, chaque année jusqu'à l'obtention de son équivalence.

Il demeure évident que, même si cette solution peut être envisagée pour contourner le *numerus clausus* de la première année de la licence santé, voire les épreuves nationales classantes, cette voie de contournement, si elle devait être empruntée, ne resterait jamais que résiduelle. En effet, si l'étudiant dispose et pratique une autre langue, il est sans doute plus intéressant pour lui d'obtenir ses diplômes dans un Etat membre de l'Union européenne où cette langue est pratiquée. Ce dispositif n'a donc d'intérêt que si l'étudiant ne parle que le français ou une autre langue qui n'est pas utilisée par un autre Etat membre de l'Union, ni par l'un des Etats ayant signé un accord bilatéral de reconnaissance des diplômes avec l'Union ou avec un autre Etat membre⁹⁶¹. Par ailleurs, il faudrait que l'étudiant ne soit pas parvenu à s'inscrire dans un autre Etat francophone de l'Union ou de l'Espace économique européen, parce que freiné par les dispositifs anti-français mis en place⁹⁶², et qu'il ne souhaite pas, en raison par exemple du coût de ces formations, se résoudre à s'inscrire dans le cadre de l'un des dispositifs privés de contournement du *numerus clausus* mis en place pour les français⁹⁶³ ; alors, cette voie serait envisageable. Mais, l'étudiant devrait, une fois sa spécialité acquise, se soumettre au « concours » de l'épreuve d'évaluation des connaissances. C'est bien pour cela que cette initiative ne peut être que résiduelle.

Dans une moindre mesure, les procédures Dressen et Hocsmann peuvent également être employées pour contourner le *numerus clausus* de la première année de la licence santé. Ces procédures, parce qu'exceptionnelles, ont le mérite de dispenser le candidat d'épreuves

⁹⁵⁸ Certains Etats du Maghreb ont signé un accord bilatéral de reconnaissance des diplômes avec la France, c'est le cas de la Tunisie et du Maroc.

⁹⁵⁹ La Belgique. Voir chapitre II du présent Titre : « Un diplôme européen pour exercer en France, dans l'Union, dans le monde ».

⁹⁶⁰ La Roumanie, l'initiative du CLESI.

⁹⁶¹ S'opère alors soit un prolongement de la reconnaissance des diplômes, soit les procédures Hocsmann et Dressen.

⁹⁶² La fameuse « roulette belge » dont nous verrons bientôt les tenants et les aboutissants.

⁹⁶³ Voir la section suivante : « Des dispositifs étrangers à destination des français ».

d'évaluation des connaissances. Mais, parce que beaucoup plus compliqué à mettre en place, ce type de dispositif est également condamné à une pratique marginale.

Dans le cadre de la procédure Hoczman, l'étudiant doit obtenir un diplôme dans un Etat tiers qui aurait au préalable signé un protocole de reconnaissance bilatérale des diplômes et des formations, comme c'est notamment le cas dans l'arrêt d'espèce, entre l'Argentine et l'Espagne. Il pourra ensuite le faire reconnaître au sein de l'Union et, s'il justifie d'une expérience concrète, bénéficier de l'inscription au tableau de l'Ordre en France, sans passer par l'épreuve d'évaluation des connaissances. Mais, l'intérêt de la démarche reste discutable : le choix du contournement se fondant le plus souvent sur la langue d'enseignement de la formation, pourquoi l'étudiant n'irait-il pas directement passer ses examens dans l'Etat membre, au lieu d'ajouter un autre intermédiaire dans le montage ?

Devant l'apparente futilité d'une telle opération nous ne pouvons toutefois pas être catégorique. De nombreux Etats membres de l'Union ont, comme la France, recours à un système de sélection dans l'accès aux formations médicales. Un étudiant particulièrement motivé pourrait ainsi contourner deux fois la sélection universitaire imposée par les Etats. Si l'on reprend l'exemple du diplôme de médecine argentin, reconnu bilatéralement par l'Espagne : un étudiant français, ayant échoué deux fois à l'examen de la Paces, faisant état de bonnes connaissances en langue espagnole, peut donc choisir de poursuivre sa formation en Espagne, Etat qui n'impose pas de *numerus clausus*. Seulement, l'inscription dans une formation médicale en Espagne demeure très restreinte, puisqu'elle se fait sur dossier et que seuls les meilleurs étudiants au baccalauréat peuvent être reçus. Ici donc, en cas de rejet du dossier de l'étudiant français, la formation argentine demeure une solution envisageable pour, *in fine*, faire reconnaître le diplôme obtenu, en Espagne puis, par le truchement de la procédure Hoczman, en France. Un long séjour en Amérique du sud, ne sera sans doute même pas nécessaire ; la collaboration universitaire étant très forte entre les deux Etats, il est possible de bénéficier de l'enseignement argentin sur le territoire espagnol⁹⁶⁴.

Concernant la procédure Dreessen, celle-ci ne saurait jeter les bases d'une nouvelle voie de contournement, puisque cela reviendrait à anticiper une éventuelle intégration au sein de l'Union, en vue de faire reconnaître un diplôme non-conforme. Cette procédure tend à disparaître puisqu'elle concerne le plus souvent, des diplômés ayant terminé leur formation avant la politique européenne d'harmonisation.

⁹⁶⁴ CJCE, Aff. C-238/98, *Hugo Fernando Hoczman c. Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*, 14 septembre 2000

L'incertitude concernant le diplôme britannique et les éventuelles retombées du *brexit* nous incite toutefois à la prudence sur ce sujet ; la procédure Dreessen n'a sans doute pas fini de faire parler d'elle.

Loin de ces supputations hasardeuses, l'Union européenne est aujourd'hui le berceau de nombreuses initiatives à destination des étudiants européens limités par les instruments sélectifs de leur Etat d'origine souhaitant poursuivre une formation médicale. Ces dispositifs gagnent chaque année de nouveaux adeptes et n'en finissent plus d'alimenter les débats, les polémiques et les phantasmes.

Section 2 : Des dispositifs étrangers à destination des français

Devant la barrière conséquente que représente le *numerus clausus*, le filtre exercé sur les étudiants de première année est important. Qu'il s'agisse de candidats à la formation en médecine, en odontologie ou en maïeutique, tous ont souvent sacrifié deux années pour réussir le concours de la Paces ; tous sont habités d'une vocation et d'une volonté sans faille et c'est pourquoi ils ont souvent du mal à se résoudre à changer de voie et à abandonner leurs ambitions de carrière. C'est l'un des effets pervers engendrés par le système de sélection français dans l'accès aux professions médicales. Il est en effet demandé aux étudiants candidats à ces formations, un investissement long⁹⁶⁵ et solide, où seuls 25% seront concrètement appelés à exercer la profession qu'ils souhaitent. Les autres étudiants, qui ne parviennent pas à franchir la barrière du *numerus clausus* se retrouvent le plus souvent sans voie de replis ou sans alternative viable et doivent, la plupart du temps, se réorienter vers un nouveau domaine sans pouvoir mettre à profit les deux années d'études qu'ils viennent de suivre. L'arrivée de la licence santé n'a, dans un premier temps, fait que dissimuler le problème car s'ils disposent désormais d'équivalences, elles sont souvent bien éloignées des ambitions réelles du candidat. Il faut en effet bien comprendre qu'un étudiant ne choisit pas de faire médecine parce qu'il dispose de bonnes facultés en biologie, en physique ou en chimie ; sa vocation trouve le plus souvent sa source au cœur de critères sociaux et empiriques qui peuvent difficilement être captés par une discipline scolaire classique. Pourtant, parce qu'on exige du candidat un haut niveau dans ces trois disciplines pour franchir le cap de la Paces, ce sont surtout des équivalences en chimie, en biologie et en physique qui lui sont proposées s'il échoue.

Aussi, face au mécontentement général engendré par le système de formation sélectif, de nombreuses initiatives privées, se fondant sur le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes du droit de l'Union, ont tenté de mettre à profit la frustration de ces étudiants recalés par le *numerus clausus*. Qu'il s'agisse d'initiatives basées à l'étranger (paragraphe 1) ou offertes aux étudiants, directement sur le territoire français (paragraphe 2), toutes proposent une formation étrangère, issue de l'Union, moyennant un financement conséquent.

Paragraphe 1 : La Roumanie, une formation à destination des français à l'étranger

Les universités francophones roumaines, qui proposent aux déçus du *numerus clausus* des formations médicales reconnues par l'Union européenne, accueillent chaque année de plus en plus d'étudiants français. Ces derniers sont choisis en fonction de leurs aptitudes

⁹⁶⁵ Deux ans, si l'on compte le redoublement, ce qui est conséquent surtout en début d'études supérieures.

scientifiques, déterminées par leurs résultats scolaires, ainsi que sur leur expérience concrète dans le domaine médico-sociale. L'enseignement se veut plus pratique que celui dispensé en France mais aussi beaucoup plus onéreux et cela doit être pris en compte par tous les étudiants qui souhaitent tenter leur chance en Roumanie (A), à l'heure où leur retour dans l'Hexagone est encore empli de nombreuses incertitudes (B).

A) *Une formation différente*

La formation roumaine aux professions médicales est aujourd'hui devenue l'une des principales voies d'évitement au *numerus clausus* de la Paces. Elle revendique une approche différente et recrute ses candidats en fonction de leur parcours extrascolaire et de leurs expériences médico-sociales. Mais cela a un coût important, qui nous interroge sur le sérieux de ces formations.

En dépit d'une réputation sulfureuse, ce type de formation gagne chaque année de nombreux candidats⁹⁶⁶. Si les autorités publiques roumaines revendiquent ici une simple alternative qualitative à la formation dispensée dans l'Hexagone, ce succès grandissant n'est dû qu'à la possibilité qui est offerte à l'étudiant, de contourner la sélection opérée par la Paces. Les investisseurs privés à l'origine du projet mettent l'accent sur l'alternative qu'ils proposent en matière d'enseignement, se voulant plus orientés sur la pratique et sur l'expérience concrète qu'acquièrent les étudiants pendant leur formation. Pourtant, c'est principalement pour contourner la sélection universitaire française que la plupart des étudiants français se retrouvent dans les universités roumaines.

Il nous est régulièrement opposé que la plupart des étudiants français qui suivent cet enseignement n'ont pas échoué au concours de première année, et que le succès de cette filière est dû à la qualité de la formation qui est proposée. Cette affirmation est difficilement vérifiable, d'abord parce qu'il ne faut pas nécessairement avoir échoué deux fois au *numerus clausus* pour le craindre – certains étudiants, peu confiants, choisissent de le contourner sans même tenter leur chance – ensuite parce que s'agissant d'une réponse effective à un échec souvent difficile à accepter, la sincérité des témoignages peut être questionnée.

⁹⁶⁶ Lorsque nous avons commencé à travailler sur le sujet en 2012 nous recensons 178 candidats aux épreuves nationales classantes ayant effectué leur six années de formation en Roumanie. D'après le dernier relevé des ECN, en 2016, ils étaient 458.

1. Un recrutement des étudiants fondé sur l'expérience

La formation roumaine aux professions médicales entièrement dédiée aux étudiants français n'est pas apparue avec l'intégration de la Roumanie à l'Union européenne. Cette filiale existe depuis le début des années 2000⁹⁶⁷, mais c'est avec l'entrée du pays dans le marché communautaire et son accès à la reconnaissance mutuelle des diplômes que ses effectifs se sont considérablement gonflés⁹⁶⁸. On compte aujourd'hui sur tout le territoire roumain 13 800 étudiants étrangers toutes disciplines confondues, alors qu'ils n'étaient que 11 700 au début des années 2000, un chiffre qui croît d'année en année et qui témoigne du succès qu'acquièrent ces filières d'évitement roumaines⁹⁶⁹. Il existe aujourd'hui trois centres universitaires d'accueil entièrement dédiés à la formation médicale pour les ressortissants étrangers, dans les villes d'Orada, de Cluj-Napoca et d'Arad. S'ils étaient déjà 457 étudiants français en 2010 rien qu'à l'université de Cluj-Napoca, ce chiffre a bondi de près de 70% en 2012 ; cette augmentation coïncidant avec la fermeture de la filière belge et l'instauration des « quotas antifrançais ». Ainsi, les nombreuses campagnes publicitaires⁹⁷⁰ qu'ont développées ces universités commencent à payer ; la Roumanie est devenue aujourd'hui la voie d'évitement la plus répandue et la plus efficace.

Les candidats à ces formations sont évalués en fonction de leurs notes obtenues au baccalauréat, de leur CV et d'une lettre de motivation qui leur est souvent demandée. Les universités s'attardent sur les notes obtenues dans les matières scientifiques mais également sur les activités médico-sociales qu'ont pu avoir les étudiants. Aussi, une forme de valorisation des acquis de l'expérience existe puisqu'elle constitue un motif de sélection pour les étudiants français recalés à l'examen de la Paces qui s'exilent en Roumanie. Mais y a-t-il réellement une sélection à l'entrée ?

S'il semble pour le moment évident que ces universités francophones ne peuvent pas retenir toutes les candidatures, les effectifs, comme les infrastructures ne cessent de croître pour permettre à un maximum d'étudiants de venir étudier en Roumanie. Enfin, certains affirment que toutes les candidatures sont financièrement négociables, ce qui, adjoint aux imposants frais

⁹⁶⁷ *LeFigaro.fr*, 28 janvier 2010, « La Roumanie, nouvel éden des étudiants en médecine »

⁹⁶⁸ Ils étaient 457 français à suivre le cursus roumain de médecine à l'Université de Cluj en 2010.

⁹⁶⁹ LAIRES-TAVARES C., « Roumanie : ces carabins français qui passent à l'Est », *Le generaliste.fr*, 14 septembre 2012, n°2613

⁹⁷⁰ www.medecineroumanie.org

de scolarité, fait ressortir la motivation purement économique de ces filières pour le pays⁹⁷¹ et inquiète quant à la qualité des formations offertes.

Contrairement aux étudiants roumains, pour qui les études de médecine sont gratuites au sein des universités publiques, les universités francophones, qui proposent une formation aux professions médicales, sont toutes des établissements privés qui réclament d'importants frais d'inscription. Il faut en effet compter jusqu'à 5 000 euros de frais annuels pour pouvoir suivre une formation médicale, à l'université de Cluj-Napoca, ce qui laisse planer le doute sur ce que certains considèrent comme un « achat » du diplôme⁹⁷².

Les voies de recrutement sont donc diamétralement opposées à celles que connaissent les étudiants français habituellement dans l'Hexagone, avec un recrutement sur l'expérience et un coût financier beaucoup plus important. La formation dispensée l'est tout autant, les universités roumaines mettant l'accent sur la formation pratique au détriment de l'enseignement théorique.

2. Vers une plus grande praticité de la formation

L'enseignement dispensé par les universités francophones roumaines se veut essentiellement pratique. Ainsi, dès la première année, l'étudiant peut commencer à faire des dissections, ce qui n'est normalement possible qu'à partir de la deuxième année en France ; toujours avec un an d'avance par rapport à la formation française, il peut effectuer des gardes dès la deuxième année. Aussi, si l'on considère que la Paces n'a en France qu'un but sélectif, la formation roumaine, n'étant pas pourvue de sélection, n'a finalement qu'un an d'avance sur les étudiants français. Pourtant, c'est sur cet aspect plus pratique ouvertement revendiqué, que ces filières tentent de séduire les étudiants étrangers. Il convient donc d'en relativiser la teneur, puisque ce format découle simplement de l'absence de dispositif sélectif et de *numerus clausus*.

Ce qui diffère en revanche, c'est la taille des promotions. Elles sont généralement constituées de 70 étudiants répartis en 7 groupes de 10⁹⁷³. Si les effectifs français ne dépassent que très rarement la centaine d'individus par promotion, du moins dès la deuxième année, ils ne sont pas ensuite divisés par petits groupes pour suivre les cours magistraux, comme c'est le cas en Roumanie. Cela permet à ces étudiants de bénéficier d'une plus grande proximité avec leurs professeurs, qui leur assurent un enseignement presque particulier. Les numéros de téléphone

⁹⁷¹ *La Croix*, 9 mars 2010, « La France recrute ses médecins en Roumanie »

⁹⁷² LAIRES-TAVARES C., *art. cit.*

⁹⁷³ *Id.*

de ces enseignants sont par ailleurs accessibles à tous, ce qui témoigne de leur grande disponibilité et constitue un avantage intéressant pour les étudiants qui suivent ces formations⁹⁷⁴.

Enfin 70% des cours sont obligatoires et si le quota n'est pas respecté, l'étudiant ne peut se présenter aux examens de fin d'année et n'a accès qu'aux rattrapages⁹⁷⁵. Si aucune contrainte de cette sorte ne pèse sur les étudiants restés étudier dans l'Hexagone, la mise en place récente des ECN est venue mettre un terme à l'absentéisme récurrent que connaissaient les cours de deuxième et troisième années de médecine. Aussi, cette particularité roumaine ne peut plus aujourd'hui constituer un avantage sur la formation française. Il va sans dire que les universités francophones roumaines, en ne préparant pas leurs étudiants aux épreuves classantes nationales, n'ont pas vocation à leur permettre d'intégrer une bonne spécialisation par la suite ; ils devront donc bien suivre 100% des cours.

Parce que les études de médecine, d'odontologie et de maïeutique, proposées en Roumanie sont assez différentes de celles délivrées en France, une certaine appréhension existe à l'égard de ces exilés qui peinent à trouver des stages dans l'Hexagone. Mais, au regard du profil de ces expatriés et du fait de l'absence de préparation aux ECN par la formation roumaine, cette méfiance a peut-être trouvé ses fondements.

B) Un retour en France difficile

Malgré les revendications des pouvoirs publics, qui assurent que leur formation aux professions médicales est de grande qualité et qu'elle est dispensée à des étudiants aguerris, une certaine méfiance s'est aujourd'hui développée autour du cursus roumain. Les interrogations ne sont pas étrangères aux difficultés que vont éprouver ces expatriés français pour retourner exercer la médecine dans leur pays.

1. La qualité intrinsèque des étudiants questionnée

Pour comprendre les réticences et les doutes qui pèsent sur la formation roumaine aux professions médicales, il faut s'attarder sur le profil des étudiants qui partent chaque année se former à Cluj ou à Orada. Contrairement à ce qu'avancent les pouvoirs publics roumains⁹⁷⁶, il est difficile d'imaginer qu'un étudiant français décide de s'exiler à 2 000 km de chez lui pour

⁹⁷⁴ *Id.*

⁹⁷⁵ *LeFigaro.fr*; 28 janvier 2010, « La Roumanie, nouvel éden des étudiants en médecine »

⁹⁷⁶ LAIRES-TAVARES C., *art. cit.*

suivre une formation qui va lui coûter 5 000 euros tous les ans sans avoir essayé de franchir la barrière du *numerus clausus* de la Paces. S'il existe bien des cas particuliers où les étudiants partent en Roumanie directement après avoir obtenu leur baccalauréat, ils sont résiduels et ce comportement ne peut pas être généralisé comme le revendique pourtant les publicités qui défendent le contournement roumain⁹⁷⁷. Il y a fort à parier que ces étudiants soient, pour la plupart, des recalés au *numerus clausus*, qui ont échoué lors de leur(s) tentative(s) française(s) et qui ne veulent pas se résigner à abandonner leur vocation. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il s'agit d'élèves motivés car la distance à parcourir est importante et le dépaysement est total. Les étudiants qui partent laissent famille et amis derrière eux pour accéder à la formation de leur rêve, ce qui témoigne indiscutablement de leur motivation. Mais, s'agit-il pour autant de bons éléments ?

Dans des métiers difficiles comme la médecine ou l'odontologie, la force de la vocation est indispensable pour faire face au rythme de vie qu'une telle profession entraîne, mais elle ne suffit pas. La sélection méritocratique française avait pour but de sélectionner les meilleurs « scientifiques » possibles pour qu'ils deviennent les dentistes et les médecins de demain. Nous l'avons vu, cela n'est pas forcément le plus judicieux, mais ce dispositif sélectif a au moins le mérite de choisir des élèves travailleurs ; une autre qualité indispensable à l'exercice de ces professions. La difficulté toute relative du concours de première année ne devrait normalement pas ou peu filtrer les étudiants motivés. La charge de travail pour réussir sa Paces est certes importante mais certainement pas insurmontable pour tout étudiant qui se dit investi de la vocation médicale. Aussi, pourquoi ces élèves, indiscutablement motivés, se retrouvent-ils contraints à l'exil ? Pourquoi ont-ils échoué lors de leur première année ?

Il y a une grande différence entre l'idée que l'on se fait d'une profession et les qualités concrètes indispensables à son exercice. S'agit-il alors d'élèves un peu rêveurs qui ne conçoivent la profession que par ce qu'ils ont vu à la télévision et dans les médias ? Comprennent-ils que le travail qu'on exige d'eux lors de la Paces sera leur lot quotidien une fois diplômés ? Ces questions méritent d'être posées et justifient la méfiance qu'ont certains CHU à l'égard de ces élèves lorsque ces derniers leur réclament des stages pour l'été. Craignent-ils que ces étudiants ne soient pas en mesure de fournir la quantité de travail nécessaire ?

Une autre possibilité serait qu'il s'agisse en réalité d'étudiants motivés mais qui se sont retrouvés surpris par la réalité du concours et qui, une fois leur chance passée, tentent

⁹⁷⁷ www.medecineroumanie.org

désespérément de se raccrocher aux possibilités qui leur restent. L'évidente facilité que connaît aujourd'hui notre baccalauréat est ici une fois de plus à montrer du doigt.

Les pouvoirs publics, en encourageant des résultats toujours plus concluants, ne se sont-ils pas privés d'un organe sélectif effectif ? Ne sont-ils finalement pas responsables de cet exil massif vers la Roumanie ou la Belgique, pour lequel le retour en France demeure une véritable épreuve ?

2. Un retour en France compromis ?

a) *Des étudiants mal préparés*

Méfiant quant aux capacités concrètes des étudiants partis poursuivre leur formation en Roumanie, les hôpitaux français ont beaucoup de mal à accepter ces derniers chez eux, dans le cadre de stages d'apprentissage. Le nombre de places disponibles n'est en soi pas très important et il est assez naturel que les CHU privilégient les étudiants qu'ils forment au détriment de ceux qui se sont expatriés. Mais, les baisses successives du *numerus clausus* laissent aujourd'hui de nombreuses places vacantes et il faut donc justifier ce choix autrement. L'opacité qui entoure la formation roumaine, tout comme sa publicité tapageuse pour la formation destinée aux français⁹⁷⁸ sont autant de signaux qui finissent par limiter les possibilités de ces étudiants. Aussi, de nombreux français sont contraints de rester en Roumanie pour suivre leur stage estival, faute de trouver une opportunité dans l'Hexagone. Les universités francophones qui revendiquent un apprentissage mixte entre l'école et la formation sur le terrain en France n'est donc en pratique que peu efficiente⁹⁷⁹.

Pourtant, cette formation continue est nécessaire aux étudiants français car, nous l'avons vu, le contournement roumain ne les prépare pas aux ECN. Aussi, si nos compatriotes expatriés souhaitent exercer en France, ils doivent se préparer par eux-mêmes à ces épreuves. Et parce qu'ils n'ont pas accès à la formation pratique française, ils partent avec un sérieux handicap. Cet élément est d'une importance primordiale car, tous ces étudiants qui partent chaque année à Cluj doivent savoir que s'ils reviennent en France, ce ne sera probablement pas pour exercer la profession de chirurgien ou de radiologue. En effet, eu égard à leur préparation, il y a de fortes chances qu'ils soient contraints par leur classement aux ECN de choisir la fonction de médecin généraliste ou de médecin du travail, pour lesquelles des places restent toujours vacantes.

⁹⁷⁸ www.medecineroumanie.org

⁹⁷⁹ LAIRES-TAVARES C., *art. cit.*

Il leur reste cependant la possibilité de s'installer et d'exercer en Roumanie, mais il n'est pas certain que cette possibilité convienne à beaucoup d'étudiants qui ne voient leur passage dans ce pays que comme une nécessité temporaire.

La formation roumaine aux professions médicales, qui est réservée aux étudiants français est aujourd'hui en pleine expansion. Face à l'obsolescence programmée du contournement belge, les effectifs roumains ont bondi de 70% à partir de l'année 2012⁹⁸⁰. Si cette formation se revendique comme étant à la pointe de la technologie, la réalité nous interroge sur la qualité de cette voie d'évitement. Cette dernière étant proposée à un prix très élevé⁹⁸¹, certains accusent même ces étudiants d'acheter leur diplôme et les pouvoirs publics roumains ont du mal à prouver le contraire⁹⁸². Si la reconnaissance mutuelle des diplômes est bien effective, la formation roumaine, parce qu'elle ne va pas jusque-là, ne permet pas de contourner les ECN françaises. Les étudiants qui s'exilent, non préparés à ces épreuves, risquent fortement de devoir se restreindre aux derniers choix lors des résultats, en plus d'être confrontés à une profession qui leur est nettement hostile, sans que les pouvoirs publics ne leur viennent particulièrement en aide sur ce point.

b) Une profession réticente encouragée par les pouvoirs publics

La profession s'interroge d'abord sur le niveau réel des étudiants qui viennent des filières roumaines. Certains établissements estiment que le niveau présenté par les étudiants poursuivant une formation médicale en Roumanie et venus passer leur internat en France, est insuffisant et surtout incompatible avec le degré de responsabilité qui devrait être le leur au sein des établissements publics⁹⁸³.

Ainsi, le Professeur Philippe Jaury, professeur en médecine générale et coordinateur Ile-de-France des internes de médecine générale, regrette que les étudiants « roumains » aient une formation insuffisante au regard des exigences imposées aux internes, en terme d'autonomie. Le Professeur justifie par ailleurs son jugement : « On s'en était déjà rendu compte l'année dernière. Cette année, on a voulu évaluer ces étudiants formés à l'étranger pour qu'on ne puisse pas nous dire que ce sont des rumeurs. Et l'évaluation est assez consternante. Ce sont des étudiants en médecine, des internes, puisqu'ils ont été reçus au concours même avec 0 ou 1 à

⁹⁸⁰ *Ib.*

⁹⁸¹ 5 000 euros par an contre 300 euros en Belgique et 9 000 euros pour l'Université Fernando Pessoa de Toulon.

⁹⁸² *La Croix*, 9 mars 2010, « La France recrute ses médecins en Roumanie »

⁹⁸³ Après le passage des ECN, l'étudiant en médecine commence son internat, celui-ci est ponctué de gardes pendant lesquelles il est certes toujours placé sous l'autorité d'un chef, mais responsable de ses actes, dans une certaine mesure.

leur copie, qui ont un niveau de quatrième, au mieux de cinquième année de médecine. Les étudiants formés en France ont six ans d'études derrière eux. Parfois, il y a des problèmes de langue. C'est compliqué mais, à la limite, la langue ça s'apprend vite. Mais surtout, il leur manque beaucoup de compétences qu'on ne pourra pas rattraper en six mois »⁹⁸⁴.

La formation roumaine ne fait donc pas l'unanimité au sein des structures de santé et de formation françaises ; certains praticiens hésiteraient désormais à leur confier des responsabilités ou prennent sur leur temps pour parachever leur formation ; en témoignent les déclarations du proluxe Professeur Philippe Jaury : « Quand il n'y en a qu'un dans des services éparpillés, c'est différent. La plupart des chefs de service les ont pris à part. Ils les ont exonérés de garde pour les former. Certains leur donnent des cours de langue, mais ce n'est pas tenable. J'ai demandé à être reçu au ministère de la Santé, je n'ai même pas eu de réponse. On a fait ce qu'on a pu. On les a mis dans des services pour les évaluer, les former. Et, en plus, ils sont payés. Je peux vous dire que l'Assistance publique qui les paye n'est pas très contente »⁹⁸⁵.

Il demeure cependant difficile d'évaluer le niveau réel de ces étudiants. D'abord parce que, compte tenu de la nature même de ces candidats, souvent recalés aux examens de la Paces, leurs qualités intrinsèques ne sont sans doute pas les mêmes que celles des étudiants ayant suivi un parcours classique. Ils ne peuvent donc pas être considérés de la même manière. En effet, la qualité de la formation ne peut être le seul facteur responsable de leur – supposée – incompetence. Rien ne dit qu'un bon élément, c'est-à-dire un étudiant susceptible de réussir le concours de la Paces, fort de cette formation, ne présentera pas, au moment de son internat, d'éventuelles lacunes.

Un autre élément vient tempérer ces propos : la proportion d'étudiants issus des filières roumaines ayant été reçus à l'internat, soit 458 pour l'année 2016⁹⁸⁶. Si l'incompétence de ces étudiants était avérée, c'est tout le système de soin français qui serait considérablement impacté, des services entiers se retrouvant sans élément autonome.

Enfin, le principal responsable du faible niveau de certains internes en médecine semble, plutôt, être les épreuves nationales classantes. En effet, parce qu'elles assurent à l'ensemble des étudiants une place en stage dans un centre hospitalier de l'Hexagone, quel que soit le

⁹⁸⁴ *Franceinfo.fr*, 11 février 2016, « Etudiants en médecine : formés en Europe, ont-ils tous le même niveau ? ». Voir aussi *Le Monde*, 9 février 2016, « Les internes en médecine formés à l'étranger dans le viseur » ; *Actusoirs.com*, 11 février 2016, « Huit internes en médecine formés à l'étranger exclus pour incompetence »

⁹⁸⁵ *Franceinfo.fr*, 11 février 2016, « Etudiants en médecine : formés en Europe, ont-ils tous le même niveau ? »

⁹⁸⁶ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.25

classement ou la note du candidat, certains services sont nécessairement concernés par la venue d'étudiants ayant obtenu des « 0 et des 1 à leur copie ». Etablir une corrélation entre ces étudiants, qui ont échoués aux ECN, et les étudiants ayant obtenu leur diplôme en Roumanie n'est pas nécessairement aisé, surtout que de nombreux exemples viennent témoigner de la pérennité du contournement roumain⁹⁸⁷.

De manière parfaitement objective, les chiffres qu'avance l'Observatoire national de la démographie des professions de santé sont éloquentes et témoignent des véritables conséquences des filières roumaines sur la qualité puis l'offre de soin dans l'Hexagone. Si la voie de contournement roumaine gagne chaque année plus d'adeptes, les conséquences générales sur les effectifs de médecins ne sont pas nécessairement visibles. En effet, en 2014, 3% des médecins français⁹⁸⁸ avaient obtenu leurs diplômes à l'étranger ; en 2014 ils n'étaient que 2,9% et en 2016 2,8%⁹⁸⁹. Si la baisse n'est pas très significative et qu'elle est sans doute la conséquence directe de l'augmentation du *numerus clausus* et de la fermeture des filières belges, elle tempère sévèrement l'impact de ces étudiants sur les effectifs de praticiens amenés à exercer en France, et ce en dépit des craintes exacerbées de certains professionnels de santé⁹⁹⁰.

Parallèlement, sur la totalité des médecins exerçant en France avec un diplôme étranger, 16,4% l'avaient obtenu en Roumanie en 2012 contre 18,0 % en 2015⁹⁹¹. Cela témoigne de la popularité grandissante que connaît la filière depuis quelques années et en fait après l'Algérie, le principal pourvoyeur étranger de diplômes en médecine dans l'Hexagone⁹⁹².

Indépendamment de l'impact réel qu'imposent ces étudiants au système de santé public, les gouvernements successifs, poussés par une profession mécontente, ont tenté de bloquer ce type de contournement afin de réserver l'accès aux ECN aux « vainqueurs du *numerus clausus* »⁹⁹³. Comme nous l'avons d'ores et déjà évoqué, le 12 août 2011, est publié au Journal

⁹⁸⁷ *Le Quotidien du médecin*, 29 juillet 2015, « Recalé deux fois en P1 mais 168e aux ECN 2015, Charles Hervé est la fierté des étudiants français de Cluj »

⁹⁸⁸ Comprennez, de nationalité française.

⁹⁸⁹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.51

⁹⁹⁰ *Le monde*, 25 avril 2015, « A Cluj, le malaise des étudiants en médecine français »

⁹⁹¹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.49

⁹⁹² 21,6% de praticiens diplômés à l'étranger, l'ont été en Algérie, un chiffre en légère baisse ; ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.49

⁹⁹³ Voir Partie I, Titre II, Chapitre II « La nécessité d'assouplir le système sélectif français : l'intégration européenne comme solution ? »

Officiel, un décret⁹⁹⁴, qui tente de limiter l'exode des étudiants français en médecine vers les formations étrangères. Ce sont là les formations roumaines qui semblent principalement visées par l'exécutif. Ainsi, dans le premier article du décret, il est précisé que, « nul ne peut se présenter aux épreuves donnant accès au troisième cycle des études médicales s'il a épuisé les possibilités d'être admis à suivre des études médicales en France en application [des dispositions consacrant à la fois le *numerus clausus* et les ECN] ». En résumé, les étudiants qui auront épuisé toutes les possibilités de poursuivre une formation médicale dans l'Hexagone, parce qu'ils auront échoué deux fois au concours de la Paces, ne pourront pas s'inscrire aux ECN, même s'ils ont, finalement, obtenu leur diplôme dans un autre Etat de l'Union. Cette barrière semble directement viser les étudiants français qui partent en Roumanie, puisqu'en dépit de ce qu'affirment les universités de Cluj et de Napoca, la plupart des étudiants français qui viennent s'établir chez eux, ont déjà épuisé toutes leurs chances dans le système de sélection français.

Avec cet arsenal législatif, les filières roumaines de contournement du *numerus clausus*, semblaient définitivement écartées ; la profession avait alors gagné contre un dispositif qui aurait pu permettre une meilleure offre de soin dans le pays sans passer par une augmentation du personnel formé dans l'Hexagone, et une augmentation des dépenses corrélative. Mais, nous l'avons vu, un arrêt du conseil d'Etat du 23 janvier 2013 est venu abroger le dispositif mis en place en 2011 par le gouvernement Fillon, sur le fondement de la rupture d'égalité par rapport au système harmonisé LMD. Si la disposition n'est plus d'actualité elle témoigne néanmoins des velléités importantes que nourrissent les pouvoirs publics à l'encontre de ce type de contournement⁹⁹⁵.

Si les filières roumaines subsistent donc, malgré les efforts de la profession et des gouvernements pour en minimiser l'impact, elles ne sont pas les seules à concurrencer directement la formation française. En effet, certains cursus tentent même de s'implanter directement sur le territoire national pour offrir une formation aux français désabusés par le *numerus clausus*.

Paragraphe 2 : Des formations étrangères, à destination des français, en France

Devant le succès grandissant de l'initiative roumaine, certaines universités privées ont eu l'idée de proposer les mêmes services aux étudiants français, déçus par le *numerus clausus*, mais sans que ces derniers n'aient besoin de quitter le territoire national. Le projet, qui est

⁹⁹⁴ Décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, JORF n°0186, 12 août 2011, p.13860

⁹⁹⁵ Voir *supra*, « La tentative échouée de réserver les ECN aux seuls « vainqueurs » du *numerus clausus* »

aujourd'hui le plus célèbre, est celui proposé par l'Université de Porto Fernando Pessoa, qui a tenté de proposer sur les sites de La Garde et de Béziers, une formation en odontologie sans *numerus clausus*. Mais, face à la contestation forte et soutenue des syndicats de dentistes, cette initiative a depuis changé de formule pour se rapprocher de celle proposée par Cluj (A) ; la nouvelle loi « Fioraso » étant à ce jour un obstacle infranchissable pour ce type de projet (B).

A) *Une formation portugaise d'odontologie à destination des français, sur le territoire français*

La rentrée universitaire de 2012 a vu la création, à Toulon, d'une antenne portugaise de l'université privée de Porto : l'université Fernando Pessoa. Si elle n'est pas la première initiative privée française en matière d'enseignement pour les professions médicales – puisqu'il existe depuis de nombreuses années un institut catholique lillois qui dispense ces formations – elle est la première à proposer un contournement du *numerus clausus*⁹⁹⁶. L'UFP propose alors une formation portugaise en odontologie, reconnue en France grâce à l'équivalence des diplômes.

Aussi, il ne s'agit pas réellement d'un contournement interne, puisque la formation dispensée n'est pas française mais bien portugaise. Mais, à la différence des dispositifs roumain et belge, son enseignement se faisait, du moins pour les premières années, sur le territoire français et il était assuré par des professeurs et docteurs français. On peut donc y voir une forme de contournement externe déguisé.

Cette initiative a depuis été considérablement malmenée par la profession, qui n'a pas accepté ce contournement flagrant de la formation d'odontologie classique et par les pouvoirs publics, qui ont pris de nombreuses mesures pour la limiter. L'UFP – devenue Centre libre d'enseignement supérieur international, (le CLESI), puis finalement Ecoles supérieures d'études médicales (ESEM) – s'est aujourd'hui un peu éloignée de son objectif initial, puisque par deux arrêts du 27 septembre 2016, suivant deux actions distinctes de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL) et de l'UJCD-UD (devenue Union Dentaire), la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a ordonné à l'association CLESI de cesser de dispenser des cours dans le cadre d'une formation en odontologie, « tant dans son établissement situé à La Garde que dans tout autre établissement ouvert en France ».

Ce dispositif de contournement du *numerus clausus* ne peut donc plus assurer de formation en odontologie dans ses établissements de La Garde et de Béziers, mais la formation

⁹⁹⁶ L'institut Catholique de Lille est incorporé au *numerus clausus* qui lui octroie chaque année un nombre limité d'admis en deuxième année.

en kinésithérapie a été conservée. Mais, si l'interdiction d'enseigner l'odontologie a été posée pour le territoire français, rien n'empêche l'ESEM de maintenir son diplôme d'odontologie en proposant sa formation, toujours à destination des français, en Irlande dans un premier temps, au Portugal ensuite, faisant passer le dispositif de Monsieur Bruno Ravaz⁹⁹⁷ d'une voie de « contournement intérieur », à une voie de « contournement extérieur ».

1. De l'établissement d'un « contournement intérieur »

Les principales informations dont nous disposons, concernant cette initiative novatrice, proviennent de son vice-président, Monsieur Bruno Ravaz, qui est également chargé de la défense de l'établissement⁹⁹⁸. Afin de déterminer l'envergure du projet, il convient, dans un sujet qui anime actuellement de nombreuses polémiques, de tirer le vrai du faux entre des opposants farouches qui rechignent à ce que l'on touche à une profession réglementée comme l'odontologie et un président forcément partial pour le bien de ses étudiants et le succès de son entreprise.

a) *D'abord, une formation « à la Française »*

A la différence de la formation roumaine, l'UFP enseignait l'odontologie en France et le faisait à l'aide de professeurs français. Mais, cet avantage n'a pas suffi à lever les doutes sur le contenu concret des enseignements dispensés à Toulon, ni sur les infrastructures dont les étudiants pouvaient bénéficier. Si la formation dispensée par l'université Fernando Pessoa constituait en réalité un contournement extérieur au *numerus clausus*, puisqu'elle devait aboutir à la délivrance d'un diplôme portugais, elle avait la particularité d'assurer une partie de son enseignement dans l'Hexagone. C'est donc pour cela qu'elle a constitué une voie d'évitement que l'on pourrait qualifier d'interne, et ce malgré la nécessité de recourir à la reconnaissance des diplômes. Ainsi c'est à Toulon que cette antenne portugaise a élu domicile, non loin de la faculté de droit dont Bruno Ravaz, alors vice-président de l'UFP était autrefois le président.

Les formations que proposait l'UFP étaient alors entourées de nombreuses incertitudes, mais c'est finalement fort d'un enseignement aux professions d'odontologie et d'orthophonie qu'a été ouvert à la rentrée 2012, l'établissement. L'enseignement de la médecine, discipline phare, et source d'une considérable manne financière pour ce type d'établissement a été un temps envisagée, suite à l'ouverture de son hôpital privée par la faculté Fernando Pessoa, cette

⁹⁹⁷ Successivement, le président des initiatives UFP, CLESI et ESEM.

⁹⁹⁸ *Le Monde*, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

dernière ayant obtenue à Porto, l'autorisation de la part du ministère de l'enseignement supérieur portugais, d'en proposer la préparation⁹⁹⁹.

La grande différence qu'apportait alors l'UFP par rapport aux autres voies de contournement du *numerus clausus*, résidait dans un enseignement dispensé par des enseignants français sur le territoire français. Ces docteurs de l'université française étaient ainsi accrédités par le siège de l'établissement basé à Porto puis nommés comme professeurs extraordinaires de l'université Fernando Pessoa¹⁰⁰⁰. Ils étaient chargés de l'enseignement théorique ainsi que des enseignements pratiques de niveau laboratoire¹⁰⁰¹. Si concrètement l'UFP de Toulon ne disposait pas encore des infrastructures nécessaires à l'apprentissage pratique de l'odontologie, Bruno Ravaz répondait à ceux qui l'accusaient de ne proposer qu'une formation théorique, que « dans aucune faculté, il n'y a de travaux pratiques en orthophonie ou en dentaire dès la première année et qu'un équipement de grande qualité [allait] suivre¹⁰⁰² ». Pour cela, il souhaitait « ouvrir à Hyères un centre privé de soins comme l'université portugaise Fernando Pessoa l'a fait à Porto, avec un hôpital de 200 lits qui vient d'être inauguré¹⁰⁰³ ». S'il est vrai que le flou était alors total sur les possibilités concrètes mises à la disposition des étudiants qui souhaitaient s'inscrire à l'UFP toulonnaise, les ressources dont disposait l'Université de Porto, étaient alors autant de gages de sécurité et de belles promesses quant à son avenir, sa direction croulant alors sous le démarchage de fournisseurs très intéressés¹⁰⁰⁴. Il était prévu que l'enseignement soit dispensé à de toutes petites promotions, puisqu'à la rentrée 2012, l'UFP comptait 52 étudiants en odontologie et 29 pour l'orthophonie¹⁰⁰⁵ ; des chiffres qui ne devaient pas évoluer malgré le succès que devait rencontrer cette initiative, puisque Bruno Ravaz souhaitait conserver un format d'école avec des proportions très éloignées des effectifs de la formation universitaire publique¹⁰⁰⁶.

Qui étaient alors les étudiants visés ? Comme pour la formation dispensée par les universités francophones roumaines, l'UFP se targuait de ne choisir que de très bons étudiants. Bruno Ravaz aurait reçu près de 2 500 candidatures, parmi lesquelles il n'aurait retenu que la centaine d'étudiants susmentionnée¹⁰⁰⁷. « Certains étudiants ont eu la mention Très bien au bac

⁹⁹⁹ Voir annexe 1

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰⁰¹ *Ibid.*

¹⁰⁰² *Les Échos*, 25 février 2013, « L'Université portugaise de Béziers relance le débat sur le *numerus clausus* »

¹⁰⁰³ *Le Monde*, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

¹⁰⁰⁴ Voir annexe 1

¹⁰⁰⁵ *Le Monde*, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

¹⁰⁰⁶ Voir annexe 1

¹⁰⁰⁷ **Id**

et n'ont jamais été recalés au concours¹⁰⁰⁸ », ce qui semble témoigner de la dureté de la sélection que paraissait vouloir opérer l'UFP. Mais, on peut toutefois s'interroger sur la réalité de tels propos. Si Fernando Pessoa souhaitait s'imposer comme une structure parallèle à la formation française, en proposant une sélection encore plus rude, et non pas comme un contournement effectif du *numerus clausus* de la Paces, les 9 000 euros de droits de scolarité annuels, ainsi que l'incertitude qui pesait sur sa formation, auraient sans doute eu raison du succès envisagé. Etaient donc manifestement visés les étudiants déçus par leur résultat lors de la Paces, qui souhaitaient coûte que coûte poursuivre une formation d'odontologie sans avoir à s'exiler à l'étranger. La demande semblait alors très forte puisque rapidement une autre antenne de l'UFP s'est implantée à Béziers¹⁰⁰⁹.

Le coût des formations que proposait l'UFP était lui très important. Il fallait compter 7 500 euros annuels pour une formation en orthophonie et 9 000 euros pour l'odontologie¹⁰¹⁰. Ces prix, sans commune mesure avec les frais de scolarité que proposent les universités publiques françaises pour les mêmes disciplines, sont également beaucoup plus importants que ce que coûte une formation en Roumanie. Bruno Ravaz se défendait alors en affirmant qu'il s'agissait d'une tarification basse, et que si d'éventuels concurrents souhaitaient tenter l'expérience dans un but réellement lucratif ils devraient pour cela doubler ce tarif¹⁰¹¹. Ce prix ne semble toutefois pas refroidir certains étudiants qui n'ont alors pas hésité à contracter un prêt pour se permettre de financer leurs études¹⁰¹². Cette somme, multipliée par un nombre d'années d'études assez conséquent, ne représentait finalement pas grand-chose si elle aboutissait concrètement à une formation de dentiste reconnue. Elle n'était de plus pas si différente de ce que réclament nos écoles de commerce privées à leurs étudiants. Elle représente cependant près du double de ce que coûtent des études d'odontologie dans les universités francophones roumaines, ces dernières étant, non sans méfiance, parfaitement reconnues par la profession dans l'Hexagone. L'avantage non-négligeable sur lequel reposait l'initiative de l'UFP était qu'elle n'exigeait pas de ses étudiants de s'expatrier au Portugal et dispensait à un enseignement sur le territoire français.

Mais, parce que le ministère de l'enseignement supérieur portugais ne reconnaissait pas à l'antenne toulonnaise de l'UFP le droit de délivrer des diplômes portugais en dehors de son

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁰⁹ *Le Midi Libre*, 5 avril 2013, « Béziers : selon le recteur, l'université Pessoa "ne peut pas ouvrir !" »

¹⁰¹⁰ *Le Monde*, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

¹⁰¹¹ Voir annexe 1

¹⁰¹² *Le Monde*, 11 mars 2013, « A Toulon, les recalés du *numerus clausus* défendent leur fac privée »

territoire¹⁰¹³, une fois que les trois premières années d'enseignement se seraient déroulées en France, les suivantes devaient être effectuées au Portugal, afin que les étudiants puissent y recevoir leur diplôme. Une formation à la langue portugaise était alors proposée dans le cursus que proposait l'UFP¹⁰¹⁴.

b) *Ensuite, une reconnaissance portugaise*

Afin que les formations délivrées par l'UFP soient reconnues partout sur le territoire de l'Union européenne, il était induit dans le dispositif un départ des étudiants au Portugal pour valider leurs acquis. En effet, le ministère de l'enseignement supérieur portugais refusait de reconnaître au centre Pessoa le droit d'exporter son enseignement. Cette particularité a son importance car le prix réclamé aux candidats se justifiait s'ils n'avaient pas à s'expatrier.

Il a longtemps été reproché à l'initiative de Monsieur Ravaz que les disciplines proposées à Toulon ne soient pas dispensées par l'université de Porto, ce qui aurait posé un énorme problème de reconnaissance mutuelle des formations¹⁰¹⁵. Si l'UFP basée au Portugal avait été prise en défaut d'accréditations pour dispenser ces formations en France et au Portugal, les étudiants se seraient retrouvés au-devant de graves déconvenues. C'est en réalité un amalgame qui a alors été fait, puisque selon son site internet portugais Pessoa avait reçu le droit d'enseigner l'odontologie et c'est finalement pour l'orthophonie, qui ne bénéficie pas de la même appellation au Portugal, qu'un problème avait été soulevé. Selon Bruno Ravaz, cela partait d'une équivoque puisque l'orthophonie n'est pas dispensée sous ce nom au Portugal mais l'est comme la théorie de la parole¹⁰¹⁶. Il garantissait alors que l'UFP délivrait bien des crédits ECTS reconnus sur tout le territoire de l'Union et que si les deux formations s'avéraient différentes, il pourrait être exigé des étudiants qu'ils passent d'autres modules pour compléter la formation proposée et leur permettre d'exercer en France¹⁰¹⁷. L'UFP de Porto était donc bien habilitée à dispenser ces formations ; il va de soi que son antenne toulonnaise l'était également.

Certaines interrogations portaient également sur le niveau de formation que l'établissement était autorisé à dispenser, puisque l'enseignement offert ne semblait pas alors pouvoir dépasser le niveau Master¹⁰¹⁸. Comme nous l'avons vu, depuis l'intégration des professions de santé au système LMD, le diplôme de fin d'études ne peut s'obtenir qu'après une

¹⁰¹³ Question de M. Jean-Claude Leroy au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, *ouverture d'une université portugaise en France*, JO Sénat du 28mars 2013, n°5494.

¹⁰¹⁴ *Id.*

¹⁰¹⁵ *Id.*

¹⁰¹⁶ Voir annexe n°1

¹⁰¹⁷ *Ibid.*

¹⁰¹⁸ *Le Monde*, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

ou deux années de doctorat minimum. Il faut toutefois relativiser cet impact sur la formation des étudiants avant de crier à l'escroquerie¹⁰¹⁹. En effet, la directive de 2005, relative à l'harmonisation des qualifications professionnelles dans l'Union européenne, prône une reconnaissance mutuelle des diplômes, mais également une reconnaissance mutuelle des formations. Aussi, si les étudiants toulonnais disposent d'une reconnaissance de leur formation même si elle est insuffisante pour obtenir un diplôme, l'objectif sera rempli puisqu'ils auront contourné le *numerus clausus*. En effet, en faisant valoir leur niveau Master en odontologie, ils pourront, grâce à la directive de 2005, intégrer la formation française à partir de ce niveau et non plus dès la première année.

L'ultime problème que soulevait l'initiative de l'UFP concernait le pays compétent pour délivrer le diplôme. Le ministère de l'enseignement supérieur portugais ne reconnaissant pas le droit à l'UFP de délivrer des diplômes en dehors du Portugal, les étudiants toulonnais, pour faire valider leurs crédits ECTS devaient partir à Porto pour finaliser leur formation et acquérir un certificat afin de faire reconnaître les unités d'enseignement qu'ils avaient validées. L'université Fernando Pessoa basée au Portugal a construit son propre hôpital universitaire avec près de 200 lits ; aussi, c'est pour bénéficier de ces infrastructures flambant neuves que Bruno Ravaz tempérait la nécessité pour ses étudiants de s'exiler à Porto à compter de leur quatrième année¹⁰²⁰. Profitant ainsi des partenariats que l'université de Porto avait formés avec des cliniques pédagogiques, ils pouvaient ainsi effectuer leurs stages d'apprentissage ; ces cliniques étant composées d'enseignants portugais parlant le français et l'anglais¹⁰²¹.

Mais, la principale raison qui obligeait nos étudiants à partir au Portugal était l'absence d'habilitation donnée au centre Pessoa de Toulon pour délivrer des diplômes portugais en France. Le ministère de l'enseignement supérieur portugais affirmait en effet qu'aucune autorisation n'avait été délivrée à l'UFP pour qu'elle exporte sa formation en dehors du pays¹⁰²². Aussi, la formation que suivaient les étudiants de Toulon n'était reconnue par personne à part le centre Pessoa de Porto lui-même qui n'était habilité à valider la formation de ses élèves que sur le territoire du Portugal. Face à ces nombreuses déconvenues, l'initiative Fernando Pessoa s'est finalement muée en un contournement du *numerus clausus* très proche de celui offert par les filières roumaines.

¹⁰¹⁹ Question de M. Jean-Claude Leroy au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, *ouverture d'une université portugaise en France*, JO Sénat du 28 mars 2013, n°5494.

¹⁰²⁰ Voir annexe n°1

¹⁰²¹ *Id.*

¹⁰²² *Le Monde*, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

2. A un contournement extérieur proche de celui proposé par les filières roumaines, conséquence de l'arrêt du 27 septembre 2016 de la Cour d'appel d'Aix en Provence

Si l'initiative de Monsieur Ravaz semblait pérenne, c'était sans compter sur la profession qui s'est immédiatement insurgée contre ce projet¹⁰²³. D'abord contestée du fait même de l'emploi du terme « université », l'université Fernando Pessoa a dans un premier temps changé de nom pour devenir le Centre libre d'enseignement supérieur international, (le CLESI). Toujours installé à Béziers et prêt de Toulon, le projet demeurait le même ; il proposait à des étudiant français, une formation d'odontologie « portugaise » en français, sur le territoire français et sans sélection ni *numerus clausus*.

Mais, la loi du 22 juillet 2013¹⁰²⁴ est venue changer la donne pour l'initiative de Monsieur Ravaz. Dans son article 68, le législateur précise que « les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique et les formations paramédicales sont soumises à l'agrément conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ». Qualifiée par la presse de disposition « anti-CLESI », cet article permet aux pouvoirs publics de reprendre la main sur les initiatives privées en matière de formation médicale. En soumettant ce type d'établissement à l'agrément ministériel, le gouvernement obtient la possibilité de court-circuiter les projets de contournement du *numerus clausus* sur le territoire français et ainsi répondre favorablement aux syndicats de praticiens ulcérés par ce type d'initiative¹⁰²⁵.

C'est donc naturellement que le 3 juillet 2013, fort de ce nouvel arsenal législatif, la Fédération des syndicats dentaires libéraux (la FSDL) a assigné devant le tribunal de grande instance de Toulon l'association Université Fernando Pessoa, ayant pris la dénomination en cours d'instance de Centre Libre d'Enseignement Supérieur International (CLESI), pour obtenir la fermeture de son établissement à La Garde. Se fondant sur la loi du 22 juillet 2013, la FSDL reproche au CLESI de ne pas disposer des agréments ministériels nécessaires à l'ouverture de l'établissement. Mais, le Centre libre d'enseignement supérieur international ayant ouvert ses portes en octobre 2012, alors qu'il était encore appelé université Fernando Pessoa, n'est normalement pas soumis à cette législation et reste soumis à l'ancien régime. Or, nous l'avons vu, l'université Fernando Pessoa justifie bien d'une convention passée avec le centre hospitalier qui, avant l'entrée en vigueur de la loi de 2013, était la seule condition nécessaire pour

¹⁰²³ *Le Monde*, 11 mars 2013, « A Toulon, les recalés du *numerus clausus* défendent leur fac privée »

¹⁰²⁴ Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche publiée au JORF n°0169, 23 juillet 2013, p.12235

¹⁰²⁵ La France n'est, par ailleurs, pas la seule à avoir tout fait pour lutter contre cette initiative portugaise ; l'Italie a, parallèlement à la France, était confrontée à la volonté de cet établissement de s'implanter sur son territoire et a adopté les mesures nécessaires pour l'en empêcher. Voir annexe 3

l'ouverture d'un établissement privé destiné à la formation médicale. Aussi, en dépit du fait que cette convention a été dénoncée en janvier 2013, la loi du 22 juillet 2013 a par la suite abrogé l'obligation de disposer d'une convention hospitalière. Il s'ensuit « qu'au jour où le tribunal statue, il ne peut être reproché quelque irrégularité que ce soit dans le fonctionnement du CLESI »¹⁰²⁶.

Le centre CLESI semblait ainsi échapper à la nouvelle législation et pouvoir maintenir sa formation d'odontologie sur le sol français, mais la FSDL a interjeté appel.

Dans son arrêt du 27 septembre 2016, la Cour d'appel d'Aix en Provence a finalement tranché en faveur de la Fédération des syndicats dentaires libéraux¹⁰²⁷. Pour ce faire la Cour revient sur la chronologie administrative consécutive à l'ouverture de l'université Fernando Pessoa, et rappelle ainsi, « qu'elle a procédé, le 4 octobre 2012, à la déclaration prévue par l'article L.731-2 du code de l'éducation alors en vigueur, au préfet, au procureur de la République de Toulon et au recteur d'académie de Nice, en précisant s'apprêter à ouvrir, en novembre 2012, des formations en sciences pharmaceutiques et en odontologie médecine dentaire et orthophonie »¹⁰²⁸. Ainsi, nous l'avons vu, l'ouverture administrative de l'établissement est bien antérieure à la loi de 2013 et n'a donc pas à en subir les conséquences. Mais, la Cour ajoute que « si l'UFP se réclamait alors d'une installation provisoire à l'Hôpital Clémenceau - pavillon Coste Boyère à La Garde, il convient de constater que la convention passée avec cet établissement était une simple convention de mise à disposition de locaux d'enseignement qui ne peut répondre à l'impératif posé par l'article L 731-6 alors applicable prévoyant, pour les facultés de médecine et de pharmacie, que la déclaration d'ouverture doit établir que ces établissements disposent de 120 lits dans un hôpital ou un établissement public de santé ainsi que de salles de dissection, de laboratoires de chimie, physique et physiologie et de collections d'études ; que sa déclaration du 4 octobre 2012 ne remplissait donc pas les conditions légales d'ouverture, le fait que l'Université Fernando Pessoa de Porto dispose, quant à elle, d'un hôpital-école inauguré au Portugal par le ministre de la santé en décembre 2012, étant indifférent à l'égard de l'UFP France »¹⁰²⁹. La convention, préalable nécessaire à l'ouverture de l'établissement n'est donc pas régulière, comme l'a dénoncée, « le ministre de

¹⁰²⁶ Jugement du Tribunal de Grande Instance de TOULON en date du 27 février 2014 enregistré au répertoire général sous le n°13/03793

¹⁰²⁷ CA Aix-en-Provence, 27 septembre 2016, n° 14/05102

¹⁰²⁸ *Id.*

¹⁰²⁹ *Id.*

l'enseignement supérieur, Mme Geneviève FIORASO, dans un courrier du 1er mars 2013 adressé au président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) »¹⁰³⁰.

Il s'ensuit que le nouvel arsenal législatif apporté par la loi de 2013 demeure applicable à l'initiative du CLESI. L'établissement doit donc désormais justifier d'un agrément pour maintenir sa formation d'odontologie, comme en témoigne la décision de la Cour d'appel d'Aix en Provence, qui « ordonne à l'association CLESI de cesser de dispenser, tant dans son établissement situé à La Garde que dans tout autre établissement ouvert en France, des cours s'inscrivant dans le cadre d'une formation en odontologie, et ce dans le délai de deux mois suivant la signification de la présente décision, à peine d'une astreinte de 5.000 euros par jour de retard qui courra pendant une durée de trois mois passée laquelle il pourra être à nouveau statué »¹⁰³¹.

Consécutivement à la fermeture des formations d'odontologie sur ses sites de La garde et de Béziers survenue au prononcé de l'arrêt du 27 septembre 2016, ce sont 80 étudiants qui se retrouvent sans point de chute en dépit des sommes parfois considérables qu'ils ont avancées pour s'offrir la formation proposée par le CLESI. Si une alternative en biotechnologie leur est proposée, afin de leur permettre « de travailler sur les robots utilisés pour des opérations médicales »¹⁰³² et à terme leur offrir une équivalence auprès d'autres diplômes européens, elle ne risque pas de faire beaucoup d'émules, les étudiants choisiront sans doute de se retourner contre l'établissement qui n'est plus en mesure de leur offrir ce qu'il leur avait promis.

Mais, les établissements de Béziers et de la Garde ne ferment pas pour autant ; la nouvelle procédure d'agrément ne concernant que les professions médicales, le CLESI est toujours habilité à enseigner la kinésithérapie. L'initiative de Bruno Ravaz n'est pas pour autant abandonnée, car sur les cendres du CLESI, ont rapidement ouvert les écoles supérieures d'études médicales (ESEM), qui proposent une formation en odontologie en français. Pour contourner la nouvelle réglementation, qui réclame l'agrément des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, cette initiative ressemble désormais beaucoup plus aux dispositifs roumains. Le territoire français étant désormais proscrit pour ce type d'initiative, l'ESEM propose sa formation « française » à cheval sur l'Irlande et le Portugal. Ainsi, dans un premier temps, « l'ESEM France [...] propose d'intégrer le campus de son partenaire à Dublin, Irlande. Pendant ces premières années d'études, [...] seront proposés] les enseignements fondamentaux

¹⁰³⁰ *Ib.*

¹⁰³¹ *Ib.*

¹⁰³² *L'étudiant*, 27 septembre 2016, « Dentaire : clap de fin pour le Clesi, condamné à fermer »

et communs aux études médicales: l'anatomie, la biologie, la génétique, etc. Tous les cours et examens sont délivrés en langue française »¹⁰³³. Une formation en langue étrangère est ainsi proposée aux étudiants ; celle-ci deviendra indispensable pour finaliser leur formation, puisque « dès la fin de [la] deuxième année d'études en médecine dentaire à Dublin, [l'étudiant est] prêt à intégrer l'établissement de notre second partenaire, au Portugal »¹⁰³⁴ où les cours seront cette fois donnés en portugais ou en anglais¹⁰³⁵.

A terme, les étudiants obtiennent ainsi un diplôme portugais de chirurgien-dentiste, reconnu dans l'Union européenne mais également au Brésil. Ils peuvent ainsi le faire reconnaître et exercer sur le territoire français, mais peuvent également choisir de continuer leurs études de médecine dentaire pour se spécialiser en orthodontie ou en odontologie prothétique. Aujourd'hui, la formation proposée par Bruno Ravaz ne se différencie plus de celles qui ont cours en Roumanie. Il s'agit de diplômes étrangers, issus de l'Union européenne, dispensés à l'extérieur du territoire français ; Dublin pour l'ESEM et Cluj pour l'initiative roumaine, en français, qui permettent à terme d'obtenir, en France, la reconnaissance mutuelle du diplôme pour ceux qui souhaitent s'établir tout de suite ou de la formation, pour ceux qui souhaitent se spécialiser. Si le fonctionnement reste identique, les étudiants souhaitant contourner le *numerus clausus* conservent alors la possibilité de choisir entre ces deux initiatives, en fonction de leur coût, de la qualité des formations proposées et de leur situation géographique. Toutefois, d'autres formes de contournement existent.

B) Une formation croate de médecine à destination des français, sur le territoire français

Dans la veine de ce qu'a pu proposer un temps l'université Fernando Pessoa, un autre établissement a vu le jour et se pose également comme une alternative à la sélection universitaire française. La « prépa MOZ », pour Médecine Orléans Zagreb, propose à une cinquantaine d'étudiants français un accès à la formation médicale croate dispensée en français et sur le territoire français. Cette initiative est née de la faculté de médecine de Zagreb qui souhaite s'étendre sur le territoire de l'Union européenne pour offrir un plus grand rayonnement à ses institutions. Mais, c'est également un moyen d'obtenir des rentrées d'argent conséquentes. En effet, si la formation est accessible aux bacheliers et aux étudiants aux profils

¹⁰³³ www.esemfrance.fr

¹⁰³⁴ *Id.*

¹⁰³⁵ *Id.*

scientifiques, en premier cycle une contribution de 5 000 euros par année leur est demandée pour y accéder¹⁰³⁶.

La prépa Médecine Orléans Zagreb propose, comme en son temps l'université Fernando Pessoa, une formation en deux étapes, établie sur deux pays différents. Le cursus est composé d'une première année à Orléans, où sera enseigné aux candidats l'anatomie, l'atomistique, l'anglais, la biologie, la biologie cellulaire, la chimie des solutions, la chimie organique, l'histologie, la physique et les statistiques, puis d'un cursus « classique » croate en médecine dispensé à la faculté de Zagreb, en anglais. Précisons toutefois que chaque promotion ne comportera au maximum que 50 étudiants et que seuls les 15 meilleurs étudiants seront autorisés à poursuivre leur scolarité en Croatie¹⁰³⁷.

Aussi, il est difficile d'imaginer la prépa MOZ comme une véritable alternative à la formation médicale française, puisque l'étudiant qui y souscrit participe à une formation particulièrement onéreuse mais également très sélective. Il n'est donc pas étonnant que depuis 2015, date de l'émergence du projet, cette initiative ne bénéficie toujours pas de l'agrément des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, indispensable depuis la « loi Fioraso ». Plusieurs explications à cette absence d'agrément peuvent être trouvées. D'abord, les pouvoirs publics, soucieux d'entretenir de bonnes relations avec les corps de métiers des professions médicales, disposent maintenant d'un arsenal législatif conséquent pour limiter ce type d'initiatives particulièrement contestées par la profession. Ensuite, les éléments dont nous disposons actuellement ne garantissent absolument pas la pérennité du projet et de nombreux doutes entourent encore le devenir des étudiants qui pourraient être concernés.

Aussi, le sort et la viabilité de ces initiatives à destination des français se sont considérablement étoffés ces dernières années ; l'initiative roumaine, première arrivée sur le marché des « déçus du *numerus clausus* », est aujourd'hui bien installée et prospère sans concurrence notable. Les initiatives « franco-françaises », dans la veine de celle proposée par le CLESI, semblent aujourd'hui bloquées par la loi « Fioraso » et plus généralement par les pouvoirs publics, soucieux de répondre favorablement à la méfiance grandissante des professionnels de santé. En définitive, l'Etat conserve toujours la main sur ce type d'initiatives. Si dans un futur proche le gouvernement souhaitait répondre favorablement à ce type d'initiatives, parce qu'elles sont peu onéreuses pour l'Etat et qu'elles permettent de répondre

¹⁰³⁶ www.orleans-medecinezagreb.com

¹⁰³⁷ *Id.*

favorablement aux supposées carences provoquées par le *numerus clausus*, il conserve la possibilité d'encourager ce type de projet.

Précisons enfin que la France n'est pas la seule formation médicale contestée par des initiatives européennes privées. La Roumanie, parce qu'elle propose une formation en français est également une alternative viable pour les étudiants wallons dont les conditions d'accès à la médecine, l'odontologie et la maïeutique se durcissent considérablement ces dernières années. Parallèlement, l'université Semmelweis en Hongrie propose depuis plusieurs années une formation médicale en allemand, qui offre d'autres perspectives d'avenir à nos étudiants voisins d'outre-Rhin, déçus par la tournure qu'ont pris leurs études dans leur pays.

CONCLUSION DE CHAPITRE

Les conditions spécifiques d'exercice imposée par la France aux candidats à la pratique d'une profession de santé, sur son territoire, sans constituer des mesures discriminatoires au regard du droit de l'Union, semblent tout de même nettement favoriser les nationaux. En effet, parce que l'emploi de la langue française et l'exigence d'une expérience pratique plus ou moins longue dans un établissement sanitaire français, constituent des critères évidemment plus facilement remplis par les ressortissants français que par des ressortissants étrangers, ces derniers sont loin d'être avantagés.

Mais, malgré cela, les étudiants français disposent encore d'autres moyens d'accéder à l'exercice de la médecine sur le territoire national, quand bien même ils auraient été recalés par la rigueur du *numerus clausus*. En effet, la France n'est pas le seul Etat à proposer la délivrance de « diplômes à vocation française ». La rigidité de la sélection française semble avoir permis l'émergence de formations étrangères, à destination des français. Ces formations, établies sur le sol français ou à l'étranger, suscitent la méfiance des ordres professionnels mais ont le mérite d'offrir à la France un nombre de praticiens dont la formation n'aura rien coûté.

Il reste toutefois possible d'exercer la médecine, ou une autre profession de santé, en étant titulaire d'un diplôme étranger, ne s'adressant pas directement à un public français. En effet, les diplômes européens, du fait de l'existence de l'Union, ont désormais vocation à permettre un exercice en France, en Europe, voire même dans le monde.

CHAPITRE 2 : Un diplôme Européen pour exercer en France, dans l'Union, dans le monde

Si le diplôme « à vocation française » rassemble tous les dispositifs mis à disposition des étudiants français, les diplômes « à vocation européenne » concernent cette fois les formations susceptibles d'intéresser nos étudiants français, mais qui nécessiteront de leur part, une adaptation, car rien n'est mis en place pour favoriser leur venue. Parmi ces diplômes, nous trouvons tous ceux délivrés par nos pays frontaliers, qui souvent permettent à l'étudiant de poursuivre ses études en français. Cette faculté constitue souvent l'un des critères les plus importants dans leur recherche de contournement du *numerus clausus*, sans avoir à traverser tout le territoire de l'Union. Plus surprenant, les diplômes anglais et français doivent également être considérés comme des diplômes « à vocation européenne », voire mondiale selon les cas. Si les premiers représentent aujourd'hui une formidable ouverture sur le continent américain, qui nourrit bien des phantasmes et des ambitions chez les jeunes étudiants français, les seconds permettent, dans certains pays du Maghreb notamment, une meilleure reconnaissance professionnelle et de meilleurs revenus, et justifient de la part de leurs ressortissants un engouement certain.

Aussi il convient, parmi ces « diplômes à vocation européenne », de caractériser deux mouvements. Un mouvement que nous qualifierons de « flux entrant », qui vient suppléer les dispositifs de contournement du *numerus clausus* mis à disposition des étudiants français, ces derniers s'exilant chez l'un de nos voisins pour ensuite revenir exercer en France (Section 1). Et un mouvement qualifié de « flux sortant », qui tient compte de l'émigration des praticiens formés en France, qu'ils soient nés en France, ou dans un autre pays (Section 2).

Section 1 : Le flux entrant de praticiens : une réponse au système sélectif français

La caractérisation des flux qui entourent l'accès aux professions médicales se fait sur la finalité recherchée par l'étudiant ou le jeune diplômé. Quand l'étudiant quitte la France pour poursuivre sa formation dans un autre Etat membre de l'Union, il le fait dans le but de finalement revenir pour bénéficier du principe de reconnaissance mutuelle et s'établir dans l'Hexagone. Il s'agit donc ici, en dépit des apparences, d'un flux entrant, car ce type de démarche vient accroître le nombre de médecins disponibles en France, susceptibles de répondre à la demande de soin, à laquelle on oppose une offre limitée du fait du *numerus clausus*.

Parallèlement, un jeune diplômé d'origine européenne, ayant obtenu son diplôme dans un autre Etat de l'Union, qui choisit de s'établir en France, doit également être considéré comme faisant partie du « flux entrant », car il participe à l'offre de soins disponibles dans l'Hexagone. Si leur nombre est aujourd'hui très important – puisque 25% des médecins exerçant en France sont originaires d'un autre Etat membre de l'Union¹⁰³⁸ – il semble difficile d'établir une corrélation entre le système de formation sélectif français et cet afflux de praticiens étrangers.

Parmi ces « flux entrants » caractérisés, celui qui existe entre la France et la Belgique, un temps très largement privilégié par les étudiants français désireux de poursuivre leurs études médicales mais limités par le *numerus clausus*, tombe peu à peu en désuétude du fait des mesures draconiennes prises par les autorités belges soucieuses (Paragraphe 1). Par ailleurs, la « filiale belge » ne semble pas aujourd'hui trouver de successeur parmi nos frontaliers (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'essoufflement de la filière belge

De par sa spécificité culturelle et sa proximité géographique, la Belgique dispose de tous les éléments capables de caractériser un « diplôme à vocation française ». Seul autre pays de l'Union européenne où le français fait figure de langue majoritaire, la Belgique dispose également d'une très large frontière commune avec la France. Depuis l'instauration du *numerus clausus* limitant l'accès aux professions médicale dans l'Hexagone, le royaume fait l'objet d'un vif intérêt de la part des étudiants français qui, en dépit de deux échecs consécutifs aux examens de première année¹⁰³⁹, y voient un moyen privilégié pour poursuivre leur formation sans

¹⁰³⁸ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.51

¹⁰³⁹ Devenue la Paces en 2009.

encombre. Cette voie de contournement, à son apogée dans les années 1990, connaît aujourd'hui de sérieuses remises en question, au point d'être, depuis les années 2010 et l'instauration de la « roulette belge », tombée en désuétude.

Aujourd'hui, la voie de contournement belge n'est plus une voie de contournement privilégiée par les étudiants français en dépit d'une situation géographique et culturelle particulièrement intéressante (A) ; l'action des gouvernements successifs a finalement fait de ce diplôme, un « diplôme à vocation européenne » (B).

A) La Belgique, un intérêt géographique et culturel

Le système universitaire belge de formation aux études médicales constitue une voie d'évitement à la sélection française de grande qualité. Sa proximité, la pratique de la langue française, la quasi-gratuité sont autant d'atouts qui militent en faveur de ce contournement. Profitant de l'harmonisation européenne et de l'intégration de tous les cursus universitaires au système LMD, de nombreux étudiants français décident chaque année de franchir la frontière pour continuer leurs études d'odontologie ou de médecine après avoir été recalés par le concours de la Paces.

1. Une proximité inégalable

Le premier intérêt que revêt le contournement de la Paces par la Belgique est la proximité de la formation. Parce qu'elle dispose d'une frontière commune avec la France, la Wallonie¹⁰⁴⁰ est devenue, au fil des années, la destination privilégiée des étudiants qui ont échoué au concours de première année. Il n'est donc pas étonnant de voir qu'à l'Université de Mons, qui n'est située qu'à 200 kilomètres de Reims, 50% des étudiants en médecine sont français, comme 45% des étudiants en dentaire¹⁰⁴¹. L'ouverture des frontières résultant de la construction européenne, permet un accès très facile à la Belgique et aux cursus universitaires qu'elle propose puisqu'il suffit d'une simple carte d'identité française pour obtenir le droit de résider dans le pays. Les étudiants partis poursuivre leurs études dans ces universités peuvent ainsi envisager de rentrer chaque week-end dans leur famille.

La Belgique bénéficie donc d'une proximité très attractive pour la plupart des étudiants français qui participent fortement au succès que connaissent les études de santé wallonnes. Un

¹⁰⁴⁰ Communauté française de la Belgique qui comprend essentiellement le sud du pays ainsi que Bruxelles, disposant ainsi d'une frontière commune avec le nord de la France.

¹⁰⁴¹ *Le Monde*, 29 juin 2012, « La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire »

vol Paris-Cluj en plus d'être très onéreux, dure près de 4 heures ; les étudiants qui partent en Roumanie sont donc contraints de limiter au maximum leurs allers-retours et devront s'ils souhaitent s'intégrer à la vie locale apprendre une langue qui leur est bien souvent étrangère. Le français pratiqué couramment en Belgique constitue ainsi un second argument de poids qui favorise cette voie d'évitement.

a) Une pratique du français généralisée

Selon une loi de 1963¹⁰⁴², modifiée pour la dernière fois en 1982, la langue d'enseignement reconnue en Belgique dépend de la communauté concernée. Ainsi, l'article 4 prévoit que « la langue d'enseignement est le néerlandais dans la région de langue néerlandaise, le français dans la région de langue française et l'allemand dans la région de langue allemande¹⁰⁴³ ». Toutes les universités du sud du pays proposent donc leur enseignement en langue française, celles proposant la formation aux professions médicales ne faisant pas exception. La pratique généralisée du français dans une grande partie du pays constitue un intérêt non négligeable, car si les formations roumaines se targuent d'un cursus dispensé entièrement en langue française, les rapports patients-médecins auxquels seront confrontés les étudiants au cours de leurs stages nécessitent une pratique du roumain¹⁰⁴⁴ ou à minima de l'anglais. Cette éventualité n'existe pas en Belgique car l'organisation de l'offre de soin se fait au niveau des différentes communautés et l'apprenti dentiste ne sera jamais envoyé en Flandre pour ses stages. L'exception bruxelloise n'en n'est alors pas vraiment une puisque la ville se revendique comme entièrement bilingue. Il est toutefois possible que les étudiants soient confrontés à des patients venant d'autres communautés au cours de leur apprentissage dans les différents établissements de santé. S'il est vrai qu'on estime à 30% la quantité de population wallonne capable de comprendre et de pratiquer le néerlandais, on estime en revanche que 70% des habitants de la communauté néerlandaise sont rompus à un usage courant de la langue française¹⁰⁴⁵. Aussi, le français demeure à ce jour la langue la plus pratiquée dans le pays, ce qui constitue un intérêt pour les étudiants français qui s'exilent. Cet intérêt est à la fois scolaire et social, une dimension non négligeable quand on connaît la durée moyenne des études de santé.

¹⁰⁴² Loi concernant le régime linguistique dans l'enseignement du 30 juillet 1963, L.30-07-1963 M.B.22-08-1963.

¹⁰⁴³ Article 4 de la loi concernant le régime linguistique dans l'enseignement du 30 juillet 1963, L.30-07-1963 M.B.22-08-1963.

¹⁰⁴⁴ www.euroguidance-france.org

¹⁰⁴⁵ VAN PARYS J., WAUTERS S., « Les Connaissances Linguistiques en Belgique », *CEREC*, Document de travail, 2006/7, p.2

Le plurilinguisme qui caractérise la Belgique pourrait toutefois, dans les années à venir, se retourner contre les étudiants français. Les pouvoirs publics belges, soucieux de diminuer le nombre de « non-résidents » qui viennent chaque année poursuivre des études de santé pour ensuite retourner s'établir dans leur pays, réfléchissent à instaurer une épreuve de néerlandais en fin de première année¹⁰⁴⁶. Ce dispositif a toutefois peu de chance de voir le jour puisque, comme nous venons de le voir, cela permettrait effectivement d'empêcher l'accès aux formations médicales aux étudiants français, mais cela limiterait également sérieusement les chances de candidats belges francophones¹⁰⁴⁷.

b) Une synergie culturelle

Du fait de l'harmonisation européenne et de l'intégration de tous les cursus universitaires au système LMD, de fortes similitudes sont constatées entre la formation aux professions médicales belge et celle dispensée en France. Ainsi, les durées d'études sont similaires et elles évoluent dans une maquette pédagogique identique. Le système d'examen, de notation, ainsi que l'enseignement ressemblent ainsi fortement à ce que l'on trouve dans l'Hexagone, ce qui ne devrait pas dépayser les étudiants déçus par la Paces, qui viennent s'inscrire dans les universités wallonnes. La proximité des deux pays a de plus encouragé ces rapprochements culturels au point qu'ils évoluent aujourd'hui dans une synergie complète, les erreurs des uns servant de leçon pour les autres¹⁰⁴⁸.

Si les similitudes entre nos deux systèmes universitaires sont flagrantes, la Belgique dispose cependant d'une particularité de taille. En effet, nous l'avons vu, elle n'oppose pas à ses étudiants de sélection au cours de la première année de formation aux professions de santé. Cette absence de *numerus clausus*, adjointe aux grandes similitudes culturelles qui demeurent entre la France et la Belgique, laissent présager, pour les nombreux recalés de la Paces, une opportunité incroyable pour poursuivre leurs études, le tout à faible coût.

2. La quasi-gratuité de la formation

Le dernier argument qui milite en faveur du contournement belge est son faible coût. Comme pour la plupart des études supérieures françaises, le cursus universitaire relatif à la formation des professions médicales se veut gratuit. Ainsi l'étudiant français qui souhaite s'inscrire à des études de médecine, de dentiste ou de sage-femme en Belgique doit d'abord faire

¹⁰⁴⁶ MARCHAND M., PESTIEAU P., *art. cit.*

¹⁰⁴⁷ VAN PARYS J., WAUTERS S., *rap. cit.*

¹⁰⁴⁸ MARCHAND M., PESTIEAU P., *art. cit.*

une demande de reconnaissance de son baccalauréat auprès de la fédération Wallonie-Bruxelles et fournir pour cela son diplôme, ses relevés de notes, une lettre de motivation et enfin un chèque de 174 euros pour couvrir les frais administratifs¹⁰⁴⁹. A cela doivent s'ajouter les frais de scolarité réels qui, en fonction de l'âge et de la situation sociale, évoluent entre 150 et 350 euros, allant jusqu'à 454 euros pour l'année de l'obtention du diplôme¹⁰⁵⁰. Le coût moyen des études médicales en Belgique avoisine pour les étudiants français ce qu'ils peuvent trouver dans l'Hexagone.

Le coût des études belges constitue donc également un avantage considérable, et assure à chaque étudiant la possibilité de poursuivre ses études médicales pour une somme très raisonnable. Cependant, il ne faut pas oublier que ces français sont tous des expatriés et n'ont donc pas la possibilité de rentrer tous les soirs au foyer familial. Il faut donc considérer en plus des frais de scolarité, des frais de logement, qui peuvent parfois s'avérer insurmontables pour certaines familles. Néanmoins, ce problème est également récurrent pour les études franco-françaises et ne saurait donc constituer une particularité belge.

Face à tous les avantages que contient le contournement wallon de la sélection aux études médicales, la Belgique a dû faire face, ces dernières années, à une véritable invasion de son système universitaire par des étudiants français confrontés à la sélection du *numerus clausus*. Ces étudiants, qui parfois privent certains belges d'un accès aux formations aux professions de santé¹⁰⁵¹, sont aujourd'hui mis sur la sellette par les pouvoirs publics qui leur reprochent de repartir dans leur pays une fois leur diplôme acquis et ainsi créer un déficit de nouveaux médecins sur le territoire belge. La Belgique, ne voulant plus former des médecins dont elle ne profitera pas, a récemment décidé de limiter l'accès à ses formations aux étudiants français par l'instauration de quotas, faisant tomber en désuétude cette voie d'évitement.

La filière belge, qui fournissait alors près de 500 diplômés à la France chaque année, va immanquablement en offrir de moins en moins, du fait de l'apparition des quotas antifrancsais qui viennent limiter l'accès de ces derniers aux formations médicales belges¹⁰⁵².

B) Un intérêt limité par les pouvoirs publics belges

Devant tous les avantages qu'offre la voie d'évitement belge, l'engouement français

¹⁰⁴⁹ *LeFigaro.fr*, 27 juin 2012, « Médecine : la Belgique veut moins d'étudiants français »

¹⁰⁵⁰ *Cursusmundus.com*, *Étudier en Belgique*, 27 avril 2012.

¹⁰⁵¹ *Le Monde*, 29 juin 2012, « La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire »

¹⁰⁵² *LeFigaro.fr*, 27 juin 2012, « Médecine : la Belgique veut moins d'étudiants français »

pour ces formations médicales était prévisible. Pour faire face à une situation devenue ubuesque, les universités wallonnes formant parfois autant de belges que de français, le gouvernement a choisi d'instaurer un système de quotas pour limiter le tourisme universitaire, qui fait peser sur l'offre de soin un fort risque de pénurie. Ces quotas ne semblent pas, pour certains, contrevenir au droit européen et au principe de libre circulation des travailleurs.

1. L'instauration de quotas « antifrçais »

Afin de limiter le nombre d'étudiants français qui viennent chaque année s'inscrire en médecine, en odontologie ou encore en maïeutique, le gouvernement belge a souhaité mettre en place un système de quotas. Devant l'engouement français que connaissent ces formations, les pouvoirs publics ont tenté de réagir pour endiguer l'une des principales conséquences de la reconnaissance mutuelle des diplômes prônée par l'Union européenne. Chaque année, ils sont des centaines à venir se former en Wallonie, pour poursuivre des études médicales soumises à une sélection moins importante que celle que l'on trouve en France ou au Royaume-Uni. Le véritable problème qui inquiète les autorités belges est l'éventualité d'une carence de l'offre médicale liée au nombre de ressortissants étrangers qui suivent ces formations. Ces derniers, composés à 90% de français¹⁰⁵³, n'ont en effet souvent aucune envie d'exercer leur future profession en Belgique, mais souhaitent plutôt, diplôme en poche, rentrer en France et bénéficier de la reconnaissance mutuelle des diplômes pour y pratiquer la médecine. Dans des universités comme celle de Mons, où 50% des effectifs sont français¹⁰⁵⁴, c'est autant de médecins, de dentistes ou de sages-femmes qui ne viendront pas renforcer l'offre de soins belge. Certaines écoles, comme l'Institut Libre Marie Haps ont même dû refuser des étudiants belges à cause du trop grand nombre de demandes d'inscriptions, le plus souvent lié à un très fort exil français. Aussi, pourquoi la Belgique continuerait-elle à former des médecins dont elle ne pourra pas bénéficier ? Et pourquoi le faire au détriment de ses propres étudiants ?

Depuis septembre 2012, le gouvernement belge a imposé certains quotas pour freiner l'engouement français que connaissent les formations aux professions médicales belges. Ainsi, les facultés francophones de médecine et de dentaire n'admettent plus que 30% d'effectifs « non-résidents », soit ceux qui ne justifient pas d'au moins trois ans de résidence en Belgique. Cette sélection dépend ainsi du nombre global d'étudiants belges qui s'inscrivent chaque année aux formations médicales dans la communauté wallonne. Aussi, si sur une année, l'engouement

¹⁰⁵³ *Id.*

¹⁰⁵⁴ *Id.*

national pour ce type de formation est plus faible, le nombre de « non-résidents » autorisés à suivre ces études le sera également. Nous l'aurons compris, chaque année des centaines de français fuient le *numerus clausus* de la Paces pour se retrouver confrontés à un nombre de places limitées en Belgique : un autre *numerus clausus*.

Ce *numerus clausus* n'est lui pas déterminé arbitrairement par les pouvoirs publics, mais il évolue uniquement en fonction des effectifs de nationaux qui souhaitent se former aux professions médicales. Le nombre d'étudiants qui sera autorisé à suivre ces formations est donc laissé à l'aléa des vocations, ce qui le rend imprévisible d'une année sur l'autre. Nous l'avons vu, le *numerus clausus* français fonde sa sélection sur des critères méritocratiques, les meilleurs étudiants ayant le plus de chance de le franchir. Les pouvoirs publics belges ont, eux, opté pour une solution radicalement différente car ça n'est ni plus ni moins que le hasard qui va décider du nombre de candidats admis à venir étudier en Belgique. Chaque étudiant n'a le droit de tenter cette procédure que dans une seule et unique université belge¹⁰⁵⁵, au risque de voir sa candidature définitivement rejetée. Il doit pour cela se présenter en personne dans l'école ou l'université d'accueil pour que soient déterminés, sous contrôle d'un huissier, les heureux élus.

Ce tirage au sort, que certains ont qualifié de « roulette belge »¹⁰⁵⁶, est donc la réponse wallonne à la sélection méritocratique Française et si parfois, « le hasard fait plus que la science », qu'en pense la CJUE ?

2. Une approbation implicite de ces quotas par le droit de l'Union

Après l'instauration de quotas pour les études de médecine et d'odontologie, qui faisaient suite à ceux instaurés pour la kinésithérapie et la médecine vétérinaire en 2006, le gouvernement belge a tenté d'étendre ce dispositif à toutes les professions en lien avec la santé¹⁰⁵⁷. Ainsi, les professions de sage-femme, d'ergothérapie, de logopédie, de podologie-podothérapie, d'audiologie et d'éducateur spécialisé en accompagnement psychoéducatif se sont vues appliquer cette sélection visant à limiter l'accès à ces études aux étudiants « non-résidents ». Mais, suite à de nombreuses plaintes déposées par des étudiants, pour la plupart français, devant les hautes juridictions belges pour entrave au principe de libre circulation au sein de l'Union européenne, la Cour constitutionnelle a pu invalider certains de ces quotas¹⁰⁵⁸. Elle répond donc favorablement à la jurisprudence de la CJUE qui s'était déjà exprimée sur la

¹⁰⁵⁵ *LeFigaro.fr*, 27 juin 2012, « Médecine : la Belgique veut moins d'étudiants français »

¹⁰⁵⁶ *Le Monde*, 29 juin 2012, « La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire »

¹⁰⁵⁷ *LeFigaro.fr*, 27 juin 2012, « Médecine : la Belgique veut moins d'étudiants français »

¹⁰⁵⁸ Arrêt de la Cour Constitutionnelle Belge du 31 mai 2011, n°89/2011

question, dans son arrêt *Bressol c. gouvernement de la communauté française* de 2010¹⁰⁵⁹. Comme nous l'avons vu supra, la Cour de justice de l'Union a reconnu que la mise en place de ces quotas constituait une entrave au principe de libre circulation des travailleurs, dès lors qu'ils n'étaient pas justifiés¹⁰⁶⁰. Aussi, le gouvernement Wallon oppose à ces principes le risque concret de pénurie médicale qu'il encourt s'il continue de former des professionnels de santé dont il ne pourra bénéficier. La CJUE valide finalement les seuls quotas applicables aux études de vétérinaire et de kinésithérapie. La Cour Constitutionnelle belge prend acte de la décision et supprime ainsi les quotas destinés aux études de sage-femme, d'ergothérapie, de logopédie, de podologie-podothérapie, d'audiologie et d'éducateur spécialisé en accompagnement psychoéducatif et conserve ceux instaurés en 2006¹⁰⁶¹.

Aussi, aucune plainte n'a encore été déposée pour s'opposer aux quotas instaurés par le gouvernement wallon limitant l'accès aux études de médecine et d'odontologie, intervenus ultérieurement. N'ont été visées par la jurisprudence européenne que les professions susmentionnées ainsi que celles visées par le décret de 2006. Si les études de maïeutique ne peuvent disposer de ce type de quotas, rien ne dit que la CJUE sera du même avis pour les autres professions médicales. Le tourisme universitaire que connaît la formation à la profession de sage-femme n'est en rien comparable à celui que connaissent la médecine et l'odontologie. Lorsque certaines universités voient leurs effectifs composés à 50% de ressortissants étrangers pour ces formations¹⁰⁶², le risque d'entrave à la santé publique semble majeur et c'est en ce sens que devraient, *a priori*, répondre les juges européens si la question leur était posée.

Destination privilégiée du tourisme universitaire pour les professions médicales pendant des décennies, la Belgique n'a aujourd'hui plus le même attrait. La reconnaissance mutuelle des diplômes a d'abord eu un effet désastreux pour les universités wallonnes, forçant le gouvernement à réagir. En effet, ce dernier a tenté d'introduire un *numerus clausus* limitant l'accès en deuxième année des étudiants en médecine. Véritable Léviathan de l'éducation supérieur belge, le projet de *numerus clausus* a toujours été au centre des débats quant à son instauration ou non¹⁰⁶³. Finalement, un décret du 23 juin 2015 a pu instaurer un « filtre » en fin de 1ère année de médecine et dentisterie. Le but poursuivi est de faire correspondre le nombre de numéros INAMI délivrés au nombre de praticiens attendus. Ce *numerus clausus* a pu être

¹⁰⁵⁹ Voir supra, « La tentative échouée de réserver les ECN aux seuls « vainqueurs » du *numerus clausus* »

¹⁰⁶⁰ CJUE, Gde Ch., *Bressol c. Gouvernement de la Communauté Française*, 13 avril 2010, affaire C-73-08

¹⁰⁶¹ Arrêt de la Cour Constitutionnelle Belge du 31 mai 2011, n°89/2011

¹⁰⁶² *Le Monde*, 29 juin 2012, « La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire »

¹⁰⁶³ MARCHAND M., PESTIEAU P., *art. cit.*

mis en place dans la plupart des universités francophones dès la rentrée 2016¹⁰⁶⁴. Ainsi, l'Université de Liège, l'Université Catholique de Louvain, l'Université Libre de Bruxelles, l'Université de Mons et l'Université de Namur, cibles privilégiées des étudiants français, ont donc pour la première fois instauré un nombre filtrant, limitant l'accès à la deuxième année des formations médicales.

Si les conséquences de ce *numerus clausus* belge ne sont pas encore connues, il convient d'en relever deux éléments particulièrement symptomatiques.

Au regard des premières estimations, le taux de réussite des étudiants en première année de médecine dans ces universités ne semble pas avoir été impacté. En effet, « avant même la mise en place du concours, seuls 25 à 30% des étudiants inscrits en première année de médecine accédaient à la deuxième année, un taux de réussite proche de celui des autres filières universitaires »¹⁰⁶⁵. Or, le nombre filtrant ainsi instauré par les autorités belges limite cet accès à un chiffre qui avoisine les 20%. Les conséquences en termes de résultats sont donc, pour les étudiants, bien loin des taux affichés dans l'Hexagone. Il y a fort à parier qu'au regard de l'impact incontestable qu'ont eu quarante années de *numerus clausus* sur la formation française aux professions médicales de santé et surtout sur l'offre de soins dans le pays, le gouvernement belge a eu à cœur de tempérer son propre « nombre filtrant » pour ne pas aggraver des conditions de soins loin d'être optimales dans le royaume¹⁰⁶⁶.

Mais, un autre élément témoigne sans doute de la volonté réelle des pouvoirs publics belges, dissimulée derrière ce *numerus clausus*. Les universités susmentionnées, jusqu'alors très souvent plébiscitées par les étudiants français souhaitant contourner la Paces, ont connu, pour la rentrée 2016, une baisse des demandes, d'inscription considérables. On estime en effet que le nombre de français demandeurs de formation « à la belge » a chuté de 15% ; certaines universités ayant même pu se passer pour cette rentrée de la fameuse « roulette belge »¹⁰⁶⁷. La mesure est toutefois contestée par les étudiants belges eux-mêmes. Ainsi, au regard des difficultés que le gouvernement a pu rencontrer pour mettre en place son « nombre filtrant », la mesure ne sera peut-être pas conservée. Mais, tant que celle-ci se maintient, l'intérêt de la

¹⁰⁶⁴ *LeFigaro.fr*, 4 mai 2016, « Etudes de médecine en Belgique : est-ce encore un bon plan ? »

¹⁰⁶⁵ *Ibid.*, citation de Dominique Vanpee, président du Collège des doyens de médecine de la communauté française de Belgique et doyen de la faculté de médecine de l'Université Catholique de Louvain.

¹⁰⁶⁶ VIGNEUL M., « Principales caractéristiques du système de Santé belge (niveau fédéral) », Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), 2013 ; (<http://www.coopami.org/fr/coopami/realisation/2013/pdf/2013110401.pdf>)

¹⁰⁶⁷ *LeFigaro.fr*, 4 mai 2016, « Etudes de médecine en Belgique : est-ce encore un bon plan ? » ; citant Dominique Vanpee, président du Collège des doyens de médecine de la communauté française de Belgique et doyen de la faculté de médecine de l'Université Catholique de Louvain.

Belgique pour les étudiants français souhaitant éviter la sélection universitaire dans l'accès aux professions médicales, tombe en désuétude.

Nous pouvons donc aujourd'hui aisément considérer la formation médicale belge comme « diplôme à vocation européenne » et non comme un « diplôme à vocation française », rien n'étant fait pour faciliter son accès aux ressortissants français. La mise en place de « la roulette belge » et dernièrement la tentative d'instauration de *numerus clausus*, dès la fin de la première année, sont autant de messages décourageant pour l'étudiant recalé au concours de la Paces et leur nombre devrait radicalement chuter dans les années qui viennent. Aucune solution ne semble par ailleurs s'offrir à ce type de candidats lorsqu'on observe les autres flux potentiels.

Paragraphe 2 : Les autres flux, une impasse linguistique et culturelle

Parce que le diplôme français demeure inaccessible à de nombreux étudiants qui n'ont alors plus aucun moyen de poursuivre leurs études médicales dans l'Hexagone, l'Union européenne peut être vue comme la source d'un catalogue inépuisable de formations accessibles pour tous ces déçus de la Paces. Si la Belgique ne fait plus aujourd'hui figure de destination privilégiée du fait de l'élaboration de quotas « anti français », qu'en est-il des autres pays frontaliers où la pratique du français est courante ?

Le Luxembourg, la Suisse ou encore la principauté d'Andorre sont autant de destinations qui semblent pouvoir offrir de nouvelles perspectives à nos étudiants. Nous constatons que ce type de contournement reste encore très marginal, du fait du particularisme de chacun des Etats concernés, qui limitent grandement l'accès des français à leur formation médicale (A), et que le flux contraire, s'il n'est plus à démontrer puisque de nombreux praticiens étrangers exercent déjà dans l'Hexagone, n'est pas lié à notre système sélectif universitaire (B).

A) Pour contourner le numerus clausus

La Belgique n'étant pas le seul pays limitrophe où la pratique du français est institutionnalisée, il convient de passer en revue les formations proposées par nos voisins, afin de caractériser ou non l'existence de flux convergeant vers la France. Le Luxembourg, pays membre de l'Union, la Suisse, partie à l'Espace Economique Européen bénéficiant à ce titre d'une extension des grands principes qui régissent la libre circulation des travailleurs et la Principauté d'Andorre, liée à la France par un accord bilatéral de reconnaissance mutuelle des diplômes constituent, à ce jour, les perspectives les plus facilement envisageables après la Belgique. Les chiffres dont nous nous servons pour illustrer nos propos concernent ici, à chaque

fois, la part de praticiens exerçant, sur le sol français, avec un diplôme de la nationalité envisagée – luxembourgeoise, suisse, andorrane – qu’il s’agisse de ressortissants français ou de nationaux du pays. Il nous est donc impossible de connaître la part exacte de français partis obtenir un diplôme luxembourgeois, suisse ou andorran pour ensuite exercer en France, mais cette proportion est nécessairement contenue dans les chiffres ici présentés.

1. Contourner le *numerus clausus* au Luxembourg

Selon les chiffres avancés par l’ONDPS, on estime que 0,3 % des médecins exerçant en France le font avec un diplôme de médecine obtenu au Luxembourg. Cela correspond à un effectif total de 30 praticiens dans tout l’Hexagone¹⁰⁶⁸. Aucun chirurgien-dentiste exerçant en France avec un diplôme luxembourgeois n’est à ce jour recensé ; leur nombre peut par ailleurs être si résiduel qu’il n’a pu être relevé par l’Observatoire national et démographique des professions de santé dans son étude. En ce qui concerne le diplôme de maïeutique, les chiffres de 2015 précisent que 0,4% des sages-femmes exerçant dans l’Hexagone ont obtenu leur diplôme au Luxembourg, ce qui représentait alors un effectif de quatre praticiens¹⁰⁶⁹. Enfin pour les pharmaciens, toujours selon les chiffres de l’ONDPS, seuls 2 professionnels exerçant actuellement en France ont obtenu leur diplôme au Luxembourg¹⁰⁷⁰. Fort de ces chiffres, il semble établi que, s’il existe un moyen de contourner le *numerus clausus* via l’obtention d’un diplôme Luxembourgeois, celui-ci n’est à ce jour absolument pas exploité.

La raison du faible engouement des étudiants français pour la formation luxembourgeoise réside dans son fonctionnement très particulier. Le Luxembourg possède en effet deux langues nationales, le français et l’allemand. Le pays exige donc naturellement une bonne connaissance des deux langues en préalable à toute inscription universitaire. Le niveau demandé est particulièrement important, puisqu’il est précisé que l’étudiant étranger, s’il est francophone, devra justifier d’un niveau « C1 »¹⁰⁷¹ en allemand ; s’il est germanophone d’un niveau « C1 » en français ou à défaut, de justifier de 10 années de formation

¹⁰⁶⁸ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.48

¹⁰⁶⁹ *Id.*, p.71

¹⁰⁷⁰ *Id.*, p.79

¹⁰⁷¹ Indice du Cadre Européen Commun De Référence Pour Les Langues, (CECRL) qui correspond à un niveau « Utilisateur expérimenté ». Le candidat est alors considéré comme pouvant comprendre une grande gamme de textes longs et exigeants et capable de saisir des significations implicites. Il peut par ailleurs s’exprimer spontanément et couramment sans trop devoir chercher ses mots ; utiliser la langue de façon efficace et souple dans sa vie sociale, professionnelle ou académique ; s’exprimer sur des sujets complexes de façon claire et bien structurée et manifester son contrôle des outils d’organisation, d’articulation et de cohésion du discours.

luxembourgeoise¹⁰⁷². Cet écueil considérable justifie à lui seul l'absence totale de demande d'inscription des étudiants français dans la filière luxembourgeoise.

Par ailleurs, le Luxembourg met en place un « examen concours » lorsque le nombre de candidats admissibles à la formation concernée dépasse la capacité d'accueil¹⁰⁷³ et les universités luxembourgeoises se réservent le droit de refuser l'inscription en médecine, en odontologie ou en pharmacie des candidats dont le dossier scolaire est jugé insuffisant. La sélection des futurs professionnels de santé opérée par le Luxembourg est donc encore plus drastique que celle pratiquée en France, puisqu'en plus d'un examen limitatif en fin de première année, il exige la pratique courante de deux langues et peut limiter l'inscription aux formations en fonction des dossiers scolaires.

En résumé, la formation universitaire luxembourgeoise aux professions médicales rassemble tous les éléments les plus sélectifs des différentes formations proposées dans l'Union. Avec tous ces éléments dissuasifs, il est peu probable que les étudiants français comme allemand voient dans cette filière une opportunité pérenne de poursuivre leur formation médicale. Aussi, les très faibles effectifs de professionnels de santé diplômés au Luxembourg et exerçant en France ne sont sans doute que l'illustration de quelques cas très spécifiques de binationalité. Il est même probable que les étudiants luxembourgeois jugent le système sélectif français plus clément que le leur et préfèrent profiter de leur proximité avec la France pour suivre leur formation dans l'Hexagone.

2. Contourner le *numerus clausus* en Suisse

La Suisse, si elle ne fait pas partie de l'Union européenne, a tout de même participé à l'élaboration de l'Espace économique européen dans les années 1990, dans l'hypothèse d'une prochaine intégration à l'Union. Le rejet, par référendum populaire, de cette intégration ne change en rien l'extension du domaine d'application des grands principes de l'Union. Ainsi, la Suisse – comme l'Islande et les autres Etats, parties à l'Espace économique européen – bénéficie de l'application des principes de reconnaissance mutuelle automatique des diplômes et de non-discrimination. Concernant notre sujet d'étude, la Suisse peut être envisagée comme un Etat membre de l'UE à part entière.

¹⁰⁷² Règlement grand-ducal du 7 mars 2015 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 26 mai 2004 déterminant les conditions d'accès, les études ainsi que les conditions de réussite de la formation spécifique en médecine générale.

¹⁰⁷³ *Id.*

Les chiffres que propose l'Observatoire national des professions de santé sont, concernant la Confédération helvétique, plus parlants que ceux relevés pour le Luxembourg. S'il s'agit d'un pays plus important en terme de superficie, là ne peut être la seule explication, car il s'agit malgré tout d'une nation divisée en trois communautés, chacune défendant une langue différente. Si l'on se réfère uniquement à la communauté francophone helvétique, l'espace territorial sur lequel elle est établie n'est pas plus imposant que l'Etat du Luxembourg. La comparaison est donc parfaitement recevable.

On estime aujourd'hui que 1,1% des médecins exerçant en France le font avec un diplôme suisse, ce qui constitue, sur tout notre territoire, un effectif de 97 praticiens¹⁰⁷⁴. Pour les chirurgiens-dentistes, on estime que 36 praticiens exerçant en France ont été diplômés en Suisse, soit 0,1% des effectifs totaux¹⁰⁷⁵. Le nombre de sages-femmes exerçant en France avec un diplôme suisse est lui en revanche assez conséquent ; avec 47 praticiens dans l'Hexagone, il constitue le deuxième plus gros contingent de sages-femmes exerçant avec un diplôme étranger, après la Belgique, dans l'Hexagone¹⁰⁷⁶. Enfin, toujours selon les chiffres de l'ONDPS, 0,4% des pharmaciens exerçant en France le font avec un diplôme suisse¹⁰⁷⁷. Si ces chiffres sont déjà plus importants que ceux observables pour le Luxembourg, il nous est néanmoins impossible d'identifier une quelconque « filiale suisse » ; tout au plus peut-on admettre l'existence de quelques cas isolés, parvenus à intégrer le système suisse en vue de poursuivre une formation médicale qui leur était limitée en France.

Il existe en Suisse cinq universités susceptibles d'offrir une formation médicale reconnue par l'Union européenne. Mais, toutes ne réclament pas la pratique du français. On trouve ainsi les facultés de Bâle, Berne et Zurich, qui sont exclusivement germanophones et les universités de Genève et Lausanne, qui sont exclusivement francophones. Par ailleurs, deux universités permettent d'effectuer le début des études de médecine en faculté des sciences ; celles de Neuchâtel, exclusivement en français et celle de Fribourg, en français et en allemand¹⁰⁷⁸. Le système de formation et de sélection n'est, en Suisse, pas le même en fonction des Fédérations et donc en fonction des universités. Concernant les universités francophones, a priori davantage susceptibles d'intéresser les étudiants français, le système de formation et de

¹⁰⁷⁴ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.48

¹⁰⁷⁵ *Id.*, p.64

¹⁰⁷⁶ *Id.*, p.71

¹⁰⁷⁷ *Id.*, p.78

¹⁰⁷⁸ *Remede.org*, 9 septembre 2004, « Un petit descriptif pour savoir comment exercer le plus beau métier du monde dans le plus beau pays du monde, avec un accent (un peu traînant) sur Genève »

sélection n'est pas suffisamment différent de celui pratiqué dans l'Hexagone pour donner lieu à un quelconque engouement autour de ces filières. Principe de reconnaissance des diplômes oblige, la formation médicale s'étend, en Suisse, sur six années, comme en France, et repose sur un principe de gratuité, nécessairement tempéré par le coût de frais d'inscription universitaires substantiellement plus élevés qu'en France – de l'ordre de 1 000 francs suisse¹⁰⁷⁹. A ce coût doit évidemment être ajouté celui de la vie en Suisse, qui est, là aussi, plus élevé qu'en France. Une première barrière, non négligeable s'érige ainsi devant les étudiants français en mal de formation médicale.

A la différence des universités germanophones, ainsi que de celle de Fribourg, les universités francophones suisses n'imposent pas de *numerus clausus*, filtrant la première année. Toutefois, le taux de réussite affiché en première année demeure très faible, puisque seuls 25% des étudiants sont ainsi autorisés à poursuivre leurs études en deuxième année. Par ailleurs, comme pour le Luxembourg, l'inscription en première année se fait sur dossier et seuls les meilleurs éléments sont sélectionnés. Enfin, en fin de 5^{ème} année, les étudiants suisses passent l'examen final fédéral, qui lui est national et exige de la part des candidats un bon niveau dans les deux langues officielles helvétiques.

Aussi, à la lecture de ces conditions d'accès, le contournement suisse semble actuellement assez limité car les conditions requises pour espérer suivre une formation médicale sont nombreuses, bien qu'aucun « nombre filtrant », tant redouté dans l'Hexagone, n'existe. Force est de constater que ce contournement ne rencontre pas le succès, ce qui semble par ailleurs contenter les universités suisses, loin de souhaiter les mêmes déconvenues que la Belgique. Ainsi, la Suisse semble préférer se prémunir contre une « invasion » d'étudiants français sur les bancs de ses facultés, et opère, par la sélection des dossiers à l'inscription, une présélection que nous pourrions qualifier de discriminatoire à bien des égards¹⁰⁸⁰.

3. Contourner le *numerus clausus* en Andorre

L'Andorre ne fait pas partie de l'Union européenne, ni de l'Espace économique européen et ne bénéficie pas, contrairement à la Suisse, d'une extension des principes européens de reconnaissance mutuelle des diplômes et de non-discrimination. En revanche, la Principauté a signé avec certains Etats de l'Union – la France et l'Espagne en tête – des accords bilatéraux

¹⁰⁷⁹ Aux alentours de 700 euros.

¹⁰⁸⁰ *Lesmetiers.net*, 6 septembre 2014, « Est-il possible de partir faire ses études de médecine en Suisse ? »

de reconnaissance mutuelle des diplômes, qui permettent aux praticiens diplômés en Andorre de bénéficier de la reconnaissance de leur titre sur le territoire français.

Si la situation géographique du pays semble propice à l'établissement d'un contournement de la sélection universitaire française dans l'accès aux professions médicales, les chiffres de l'ONDPS ne permettent pas d'observer le moindre engouement français pour cette formation. Pour en comprendre les raisons, il convient de revenir sur les études médicales telles qu'elles sont organisées dans la Principauté.

La principauté d'Andorre ne dispose que d'une seule faculté, l'Universitat de les Valls, qui ne dispose pas à proprement parler de formation médicale autonome. Le catalogue de ses formations médicales repose sur des partenariats privés passés avec d'autres universités implantées dans différents pays de l'Union. En l'espèce, la formation d'odontologie proposée est en fait celle de l'université Fernando Pessoa au Portugal. Les étudiants inscrits à l'université andorrane ressortent avec un diplôme portugais qu'ils peuvent faire reconnaître partout dans l'Union. Cette opportunité ressemble fort à celle un temps proposée sur le sol français et, débarrassée des blocages de la loi Fioraso, pourrait constituer une voie de contournement du *numerus clausus* pour les étudiants français désireux d'obtenir une formation en odontologie.

Mais, l'élément majeur venant définitivement enterrer l'éventuel contournement andorran repose sur la langue d'enseignement. En effet, l'enseignement est exclusivement délivré en catalan, ce qui limite sérieusement l'attrait d'une telle formation pour une grande majorité d'étudiants français. Il peut en revanche s'agir d'une alternative viable pour de nombreux étudiants hispanophones.

Force est de constater qu'en dépit d'une réelle proximité avec la France, de nombreux pays susceptibles d'offrir une alternative à la sélection universitaire dans la formation médicale délivrée dans l'Hexagone, n'ont en réalité pas les faveurs des étudiant français, déçus de la Paces. Tantôt plus sélectif, tantôt plus onéreux, ou bien limité par l'apprentissage d'une autre langue, les contournements andorrans, luxembourgeois et suisses semblent aujourd'hui se limiter à des cas marginaux.

B) Pour contourner les déserts médicaux

Lorsque l'on s'interroge sur l'existence et l'influence d'une éventuelle migration de médecins originaires d'autres pays de l'Union vers la France, les chiffres sont éloquentes. Selon le dernier rapport de l'Observatoire national démographique des professions de santé, 25% des

praticiens sur le sol français sont originaires d'un autre Etat de l'Union européenne¹⁰⁸¹. Mais, si l'objet de notre travail consiste à déterminer les conséquences de la sélection universitaire dans l'accès aux professions de santé sur la démographie médicale dans l'Hexagone, rien ne permet d'établir que ce contingent de médecins étrangers exerce en France pour contrer les conséquences néfastes de son système de formation sélectif. C'est même le contraire qui semble se profiler : les pouvoirs publics ont choisi, pour faire face au développement des déserts médicaux et à la pénurie grandissante de personnel médical résultant du *numerus clausus*, de promouvoir et d'encourager la main d'œuvre venant du Maghreb, qu'elle juge, par le truchement des « faisant fonction d'interne » moins onéreuse¹⁰⁸². Aussi, nous ne pouvons caractériser aujourd'hui un quelconque appel d'air de médecins étrangers dans notre pays du fait de notre système universitaire sélectif ; les motivations de ces praticiens sont le plus souvent d'ordre social et parfois même uniquement financières.

Mais il convient de revenir sur certains chiffres pour le moins troublants avancés par l'Observatoire national de la démographie des professions médicales. En 2015, 16,7% des praticiens en France sont d'origine roumaine¹⁰⁸³. Il ne s'agit pas de la part d'étudiants français exerçant en France avec un diplôme roumain, mais bien de professionnels, toutes nationalités confondues, exerçant en France avec un diplôme roumain. Mais si, sur le nombre total des praticiens exerçant en France avec un diplôme roumain, seul 2% sont d'origine française¹⁰⁸⁴, c'est sans doute la filière « française » de Cluj qui est à l'origine de ce flux. En effet, si de nombreuses universités roumaines ont choisi de se spécialiser dans l'accueil et la formation des étudiants francophones, l'inscription n'est bien sûr pas limitée aux seuls ressortissants belges ou français et de nombreux roumains y voient une passerelle vers la France. Aussi, c'est la sélection universitaire qui a engendré la mise en place des filières roumaines et c'est l'existence de ces filières qui semble provoquer actuellement l'exode important de praticiens roumains dans notre pays. S'il ne s'agit pas de la seule raison identifiable, puisque la Roumanie est l'un des premiers pays à avoir signé, dès les années 1920, un principe de reconnaissance des diplômes avec la France, préambule d'un rapprochement inéluctable entre ces deux pays, la présence de ces praticiens dans l'Hexagone peut toutefois être considérée comme la

¹⁰⁸¹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.51

¹⁰⁸² V. Section suivante : « Le flux sortant de praticiens : le diplôme français, gage de qualité à l'étranger ? »

¹⁰⁸³ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.51

¹⁰⁸⁴ *Id.*, p.52

conséquence indirecte de la mise en place de la sélection universitaire dans l'accès aux formations médicales par la France.

L'arrivée de diplômés étrangers de professions médicales sur le sol français recouvre donc différentes situations, qui ne permettent que difficilement de distinguer les diplômés de nationalité française des diplômés de nationalité d'autres pays membres de l'UE. Dès lors, la part totale de praticiens à diplôme européen exerçant en France ne peut être entièrement imputée à une volonté quelconque d'échapper au système sélectif de la formation française. En revanche, le flux sortant de praticiens à diplôme français, émigrant pour exercer dans un pays tiers, interroge sur la qualité attachée à ce diplôme.

Section 2 : Le flux sortant de praticiens : le diplôme français, gage de qualité à l'étranger ?

La problématique des flux sortants de praticiens à diplôme français interroge sur le point suivant : le diplôme français de médecine constitue-t-il un sésame pour les professionnels de santé souhaitant s'exporter ? Si l'on se fie à la vigueur avec laquelle la profession, puis les institutions, défendent le diplôme français de docteur en médecine, face à une éventuelle concurrence venue de l'étranger, on est tenté de voir en ce diplôme un véritable gage de qualité de la formation française. Or, une telle qualité devrait, *a priori*, facilement s'exporter. Mais, si le prestige attaché à la formation française peut sans doute expliquer la forte demande des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), pour les postes de faisant fonction d'interne (FFI), il ne suffit pas à provoquer une forte émigration de médecins français, qui trouveraient à pratiquer partout dans le monde. Ainsi, s'intéresser au flux sortant de praticiens à diplôme français met en évidence deux réalités antagonistes. Dans un premier temps, alors qu'ils ont longtemps constitué un véritable flux entrant de médecins pour la France, les FFI sont, depuis quelques années maintenant, une catégorie à inscrire en tant que flux sortant de praticiens venus se former en France (Paragraphe 1), pour ensuite exercer dans de meilleures conditions dans leur pays d'origine. Puis, dans un second temps, et contrairement à l'idée que l'on pourrait s'en faire, les médecins français ont peu recours à l'émigration, qui reste un phénomène nettement marginal, bien qu'*a priori* en expansion (Paragraphe 2). Ainsi, le flux sortant de praticiens à diplôme français est entièrement créé par la France elle-même à travers le renvoi de médecins étrangers, venus obtenir un diplôme de spécialisation.

Paragraphe 1 : Les faisant fonction d'interne, un flux sortant de praticiens à diplôme étranger, hors Union européenne

Pendant longtemps passé sous silence ou dénoncé comme un détournement de la procédure rigoureuse de sélection des jeunes médecins français, le recours aux praticiens étrangers a souffert d'un encadrement juridique flou, favorisant les fantasmes. Or, peut-on réellement voir la venue de médecins étrangers comme une voie de contournement du *numerus clausus* ? En réalité, on est passé d'une relative augmentation du nombre de médecins étrangers dans les années 1980, entraînant la crainte d'une concurrence « déloyale », à une forte restriction des possibilités de recrutement des professionnels médicaux étrangers et à une précarisation de leur statut. Dès lors, les possibilités de régularisation étant très minces, ces personnels ont vocation à retourner dans leur pays d'origine, après avoir suivi une formation en France. Il s'agit donc bien d'un flux sortant pour la France, qui ne bénéficie pas de ces médecins

sur le long terme mais profite de leur « bas coût » à court terme. On est donc passé d'un recours aux médecins étrangers, à l'interdiction de leur recrutement (A), ce qui a permis au statut de faisant fonction d'interne de devenir le statut privilégié des praticiens étrangers (B).

A) *Du recours aux médecins étrangers à l'interdiction de recrutement*

Ce qui, au départ, apparaissait comme un flux entrant de médecins étrangers venus exercer en France, devient au fil du temps un véritable flux sortant de professionnels de santé, étrangers, bénéficiant d'une formation française à faire, à terme, valoriser dans leur pays d'origine.

1. Au départ, la constitution d'un flux entrant de médecins étrangers

La mise en place progressive de la réforme des études médicales dans les années 1970, puis l'instauration d'un budget global, ont favorisé un accroissement sensible du nombre de médecins étrangers dans les hôpitaux publics français, du fait d'une réduction des postes budgétaires hospitaliers¹⁰⁸⁵. A cette époque déjà, la pratique de la médecine de ville connaît un vif succès, au détriment de la médecine hospitalière qui est, en outre, confrontée à différentes politiques de restrictions budgétaires. En effet, le gouvernement mise fortement sur le développement des hôpitaux généraux, de proximité, afin de garantir un accès aux soins amélioré pour l'ensemble de la population. Lorsque l'on interroge les médecins, on s'aperçoit que cette mutation de l'offre médicale, en cours depuis les années 1960, date d'une époque durant laquelle « le pays imaginait un hôpital à la porte de chaque citoyen »¹⁰⁸⁶. L'émergence de nombreux hôpitaux de proximité a progressivement fait apparaître de telles difficultés – de coût, de complexité des techniques, de démographie médicale, modifiée par le *numerus clausus* – qu'une réorganisation de l'offre de soins hospitaliers est devenue obligatoire. A ce moment-là, « des autorisations d'exercice ont été soumises à des quotas d'activité, des fermetures de petites structures ont été envisagées, des fusions, des reconversions (notamment vers des structures de soins de suite, de moyens et longs séjours) »¹⁰⁸⁷.

Or, cet éclatement de l'offre hospitalière et les difficultés rencontrées par les centres hospitaliers généraux au regard du nombre de vacances de postes observées, réclament un accroissement du nombre de postes. Ici, le désamour des nouveaux diplômés pour l'exercice

¹⁰⁸⁵ LOCHARD Y., MEILLAND C., VIPREY M., « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *La Revue de l'Ires*, 2007/1 (n° 53), p.83-110

¹⁰⁸⁶ Voir annexe 2

¹⁰⁸⁷ *Id.*

hospitalier pose de réelles difficultés, auxquelles le recours aux médecins étrangers offre finalement une réponse. En effet, pour faire face à ces phénomènes mettant en danger la continuité des soins sur le territoire national, les hôpitaux généraux¹⁰⁸⁸ ont recours à une « immigration silencieuse de près de 8 000 médecins à diplôme non européen, immigration dont le système de santé ne découvre l'ampleur qu'à la fin des années 90 »¹⁰⁸⁹.

Ainsi, alors que les médecins étrangers, souvent arrivés en France sous un statut de stagiaires, bénéficient de plusieurs prolongations de stages, pour finalement s'inscrire dans des positions quasi-permanentes, les titres et les droits dont ils bénéficient n'ont, eux, rien de commun avec ceux détenus par les médecins nationaux. En 1995, on estime que le secteur hospitalier emploie environ 7 500 médecins à diplôme étranger, non européen, pour la plupart issus des pays du pourtour méditerranéen, des anciennes colonies ou de zones francophones. A ces médecins étrangers il faut ajouter les médecins immigrés ou réfugiés jouissant d'une autorisation d'exercice, ce qui porte le nombre total de médecins à diplôme hors Union européenne à 10 000, soit environ 5% de l'effectif de médecins de l'époque¹⁰⁹⁰. De manière générale, les médecins étrangers exercent dans des spécialités manquant d'effectifs et dans celles qui nécessitent le plus d'astreintes et de gardes. Toutefois, tous les médecins à diplôme étranger ne sont pas logés à la même enseigne puisque différents statuts coexistent.

2. Différentes voies d'accès à l'exercice de la médecine en France pour les diplômés de l'étranger

Pour obtenir le droit d'exercer sur le territoire français, les médecins à diplôme hors UE ont à leur disposition des voies d'accès propres, débouchant sur l'octroi de diplômes et d'attestations qui leur sont spécifiquement destinés. Pour autant, ces derniers ne donnent pas droit à l'exercice plein et entier de la spécialité. En effet, on se réfère ici aux conditions classiques d'autorisation de la médecine en France. Or, la médecine est une profession réglementée qui répond donc à des conditions de nationalité, de diplôme et d'inscription à l'ordre. Les conditions de diplôme et de nationalité ont bien entendu été aménagées au regard des exigences du droit de l'Union européenne. En dehors de ces considérations, les personnes à diplôme étranger doivent, pour pouvoir exercer en France, obtenir une autorisation

¹⁰⁸⁸ Parce qu'avec la réforme des études médicales, les centres hospitaliers universitaires bénéficient de la main d'œuvre, sans cesse renouvelée, des internes, en formation pratique, ce sont les centres hospitaliers généraux qui souffrent le plus du manque de praticiens attirés par l'exercice de la médecine hospitalière.

¹⁰⁸⁹ BUI DANG HA DOAN J., « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2004, vol.44/3, p.271-348

¹⁰⁹⁰ LOCHARD Y., MEILLAND C., VIPREY M., « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *ibid.*

ministérielle d'exercice, notamment dans le cadre d'une Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE). Depuis 1999, un principe d'interdiction de tout recrutement de praticiens à diplôme étranger est en effet en vigueur, en l'absence d'obtention d'une autorisation d'exercice. Cette situation est née d'une succession de revendications et de réformes pour tenter d'offrir une réelle place aux médecins à diplôme étranger.

En 1994, les médecins à diplôme étranger concentrent les critiques, souvent injustifiées, mais sans doute dues à leur absence de statut réel. Par exemple, dans un rapport de l'Académie nationale de médecine, le professeur Mercadier, après avoir indiqué que le personnel médical étranger rassemble 24% du personnel médical des hôpitaux publics, dénonce un système de santé « laxiste et intolérable », faisant appel à des « médecins étrangers non qualifiés », « infratitrés », pour la plupart « originaires du pourtour méditerranéen et des pays de l'Est »¹⁰⁹¹. Ces dénonciations démontrent, outre un amalgame malheureux entre médecins étrangers et médecins incompetents, le désarroi des professionnels du secteur face à une catégorie de praticiens inscrits dans des emplois précaires à l'hôpital, sans statut clairement identifié. En effet, les praticiens étrangers peuvent exercer à l'hôpital en tant que médecin attaché associé¹⁰⁹², assistant associé¹⁰⁹³ ou faisant fonction d'interne (FFI)¹⁰⁹⁴. Les attachés associés sont nommés pour un an, les assistants hospitaliers associés pour une durée de quatre ans et les FFI, assimilés à des internes, sont nommés pour des stages d'une durée de six mois, renouvelable. Ces statuts, particulièrement précaires, ne s'accompagnent donc pas d'un droit d'exercice plein et entier, puisque ceux qui en bénéficient peuvent exercer des fonctions de diagnostic, de traitement, de soins et de prévention, mais toujours sous l'autorité du chef de service¹⁰⁹⁵. Toutefois, dans les faits, les médecins étrangers voient fréquemment leur contrat renouvelé plus de fois qu'autorisé et exercent bien souvent en dehors de toute supervision, s'agissant de médecins diplômés et autonomes.

¹⁰⁹¹ Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 26 avril 1994, 178, n°4, p.702 ; Voir également ETTAHIRI L., « Médecins étrangers : quel avenir en France ? », *Plein droit*, n° 26, octobre 1994

¹⁰⁹² Créé par le décret n°81-291 du 30 mars 1981 portant statut des attachés et des attachés associés des établissements d'hospitalisation publics, JORF du 2 avril 1981, p.918

¹⁰⁹³ Créé par le décret n°87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux, JORF du 29 septembre 1987, p.11360

¹⁰⁹⁴ Créé par le décret n°83-785 du 2 septembre 1983 fixant le statut des internes en médecine et en pharmacie, JORF du 7 septembre 1983, p.2722

¹⁰⁹⁵ LOCHARD Y., MEILLAND C., VIPREY M., « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *ibid.*

Afin de remédier à cet éclatement des statuts et face à une situation de pénurie en personnels, un nouveau statut est créé par une loi de 1995¹⁰⁹⁶ ; celui de praticien adjoint contractuel (PAC). La loi prévoit alors que « les médecins hospitaliers en situation précaire, exerçant à l'hôpital en qualité d'étudiant "faisant fonction d'interne (FFI)", d'attaché associé ou d'assistant associé, [peuvent] se présenter à des épreuves d'aptitude leur permettant d'accéder au statut de "praticien adjoint contractuel" »¹⁰⁹⁷. Le statut de PAC fait office d'autorisation d'exercice restreinte, toujours sous l'autorité du chef de service et uniquement dans un établissement désigné par arrêté de nomination¹⁰⁹⁸. Des sessions d'épreuves d'aptitudes sont donc organisées les années suivantes. Mais, si le dispositif paraît louable dans ses intentions, en réalité il a conduit à l'exclusion d'une grande majorité des médecins étrangers concernés. Des conditions drastiques d'accès sont posées à l'inscription à l'examen, alors que tout recrutement de médecin à diplôme étranger n'ayant pas réussi cet examen devient interdit. Par ailleurs, cette possibilité de recrutement par examen doit cesser en 1999. Sur les 8 000 médecins à diplôme étrangers que compte la France, on estime alors que plus de 4 000 risquent de se voir interdire l'exercice de leur métier¹⁰⁹⁹.

Ainsi, en 1996, sur 2 126 candidats admissibles, seuls 1 036 ont obtenu un statut de praticien adjoint contractuel, soit 49 % seulement des médecins concernés, sachant qu'au total, 4 200 praticiens étaient inscrits aux épreuves. L'année suivante, 3 277 médecins à diplôme étrangers étaient inscrits au PAC et seulement 913 ont réussi. En 1998, ce sont 1 216 praticiens adjoints contractuels qui sont nommés. En somme, sur les trois années concernées, 3 165 praticiens ont obtenu le statut de PAC. En réalité, la sélection des médecins à diplôme étranger a été « faite selon les besoins des hôpitaux en spécialistes et non pas en fonction de [leur] compétence »¹¹⁰⁰.

Mais, parce que le système hospitalier français ne peut pas se permettre de perdre une telle main d'œuvre et alors que les années 1996-1999 sont marquées par une grande incertitude pour les médecins étrangers en attente d'un statut, la loi CMU du 27 juillet 1999 modifie le régime des PAC et de nouvelles procédures d'autorisation d'exercice sont créées à destination

¹⁰⁹⁶ Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n°31 du 5 février 1995, p.1992

¹⁰⁹⁷ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.10

¹⁰⁹⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹⁹ WOLMARK C., « Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité », *Plein droit*, vol. 92, n°1, 2012, p.36-40

¹¹⁰⁰ *Le Monde*, 8 février 1997

des médecins à diplôme étranger¹¹⁰¹. En l'espace de cinq années, de 1999 à 2003, ce sont plus de 10 000 médecins à diplôme hors UE qui sont finalement autorisés à exercer la plénitude de leur fonction en France. Pour les autres, il semble bien que le statut de FFI soit de loin celui que privilégient les praticiens étrangers pour obtenir une qualification en France, à faire valoriser plus tard dans leur pays d'origine.

B) Le faisant fonction d'interne, statut privilégié des praticiens étrangers

Au regard de la part qu'il représente sur l'ensemble des praticiens à diplôme étranger hors UE, le statut de FFI, bien que renvoyant à une simple qualité d'étudiant, est celui que semblent privilégier tant les médecins concernés que les établissements offrant des postes, alors même que la reconnaissance attachée à ce statut est loin d'être satisfaisante.

1. Un statut d'étudiant spécifique

La loi CMU de 1999 a posé, à destination des hôpitaux, un principe d'interdiction, pour l'avenir, du recrutement de médecins à diplôme étranger, non européen, sauf pour les médecins faisant état de fonctions dans un établissement public de santé, avant la publication de la loi. L'objectif poursuivi par la loi est donc celui de l'intégration des médecins étrangers, exerçant déjà en France, tout en stoppant une nouvelle immigration. Pourtant, comme nous l'avons évoqué, cet objectif n'a pas été pleinement rempli et tous les praticiens pouvant prétendre à une intégration, en France, ne sont pas parvenus à remplir les conditions posées. Ce sont plutôt les étrangers en formation, ayant vocation à rentrer dans leur pays avec une attestation de formation ou un diplôme français qui constituent l'essentiel des effectifs de praticiens à diplôme étranger, hors UE, qui exercent en France, et notamment les FFI.

En effet, un praticien, diplômé à l'étranger, n'a plus aujourd'hui que quelques voies d'accès restreintes pour espérer exercer en France. Des exceptions au principe d'interdiction de nouveaux recrutements de praticiens titulaires de diplômes hors Union européenne subsistent, comme pour ceux justifiant avoir occupé des fonctions hospitalières dans un établissement public de santé avant le 28 juillet 1999 pour les médecins, et avant le 18 janvier 2002 pour les chirurgiens-dentistes¹¹⁰². De même, les réfugiés, apatrides, bénéficiaires de la protection subsidiaire et les français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises en raison d'une situation de crise, peuvent toujours être recrutés sans condition

¹¹⁰¹ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°0172 du 28 juillet 1999, p.11229

¹¹⁰² Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002, p.1008

d'ancienneté. Mais, ce sont là les seuls cas de figure permettant à des praticiens à diplôme étranger d'être recrutés par un établissement hospitalier français. Les titulaires d'un diplôme étranger hors UE peuvent en revanche toujours venir en France pour se former.

La France ne rechigne en effet pas à accueillir des professionnels médicaux et des pharmaciens à diplôme étranger en formation sur son territoire, dans ses hôpitaux. On trouve ainsi des internes à titre étranger et des médecins et pharmaciens préparant un diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) ou un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA)¹¹⁰³. Il s'agit là des anciennes attestations de formation spécialisée (AFS) et attestations de formation spécialisée approfondie (AFSA). Ces diplômes sont destinés aux praticiens étrangers qui viennent en France, en qualité d'étudiants, travailler en tant que FFI et ont donc vocation, au terme de ces formations, à retourner dans leur pays¹¹⁰⁴. Ces diplômes s'adressent aux médecins et pharmaciens, de nationalité hors Union européenne, titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou d'obtention, et leur ouvrent l'accès aux enseignements théoriques et aux stages de formations pratiques correspondant aux diplôme d'études spécialisées (DES) et diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) nationaux. Ainsi, les candidats à un DFMS doivent être titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de la médecine dans leur pays d'origine et être en cours de formation médicale spécialisée, alors que les candidats à un DFMSA doivent être titulaires d'un diplôme de médecin spécialiste permettant l'exercice de la spécialité dans leur pays d'origine ou d'obtention du diplôme. Le DFMS dure de un à trois ans et le DFMSA de six mois à un an¹¹⁰⁵. Le Code de la santé publique prévoit que ces étudiants sont désignés en qualité de faisant fonction d'interne¹¹⁰⁶. A la fin de leur formation, ils doivent soit se soumettre à la procédure d'autorisation d'exercice, soit retourner exercer dans leur pays.

Les praticiens étrangers remplissant les conditions d'inscription dans un DFSM ou DFSMA et occupant un poste de FFI, sont donc intégrés dans les hôpitaux français sous un statut d'interne spécifique, de second choix. En effet, les textes réglementaires prévoient que

¹¹⁰³ Arrêté du 3 août 2010 relatif au diplôme de formation médicale spécialisée et au diplôme de formation médicale spécialisée approfondie, BOMESR n°32 du 9 septembre 2010, modifié par l'arrêté du 10 juillet 2012, BOMESR n°30 du 23 août 2012

¹¹⁰⁴ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.10

¹¹⁰⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Instruction du gouvernement n°DGOS/RH1/RH2/RH4/2014/318 du 17 novembre 2014 relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires de diplômes étrangers.

¹¹⁰⁶ Article R.6153-42, 1° du Code de la santé publique.

« dans le cas où un poste, dans une structure agréée, susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie » appartenant à une certaine catégorie¹¹⁰⁷.

Les postes de FFI s'adressent donc, indifféremment, à des praticiens étrangers diplômés, médecins ou pharmaciens, et à des étudiants en médecine ou pharmacie, étrangers ou non. Les candidats étrangers sont nécessairement diplômés, praticiens dans leur pays, alors que des candidats français, européens ou issus d'un pays de l'EEE, peuvent obtenir un poste de FFI en tant qu'interne donc en tant qu'étudiant de sixième ou septième année¹¹⁰⁸. Autrement dit, un même statut peut concerner aussi bien un étudiant qu'un praticien diplômé, pourvu que tous deux souhaitent poursuivre une formation en France. En théorie, les FFI, puisqu'assimilés à des internes, bénéficient des mêmes prérogatives et droits que ces derniers concernant le temps de travail, les congés ou encore les garanties disciplinaires, mais ils ne peuvent en revanche pas demander à effectuer une année de recherche, prendre des disponibilités ou encore postuler à un stage d'internat à l'étranger¹¹⁰⁹. Par ailleurs, la rémunération d'un FFI est fixe – elle est de 15 105,87 € bruts annuels depuis le 1^{er} juillet 2016 – alors que celle d'un interne évolue suivant le nombre de semestres effectués – allant de 16 605,13 € pour un interne de 1^{ère} année, à 25 500,55 € bruts annuels pour un interne de 3^{ème} année¹¹¹⁰. Les gardes sont en revanche rémunérées de la même manière pour les internes et les FFI, ce qui explique le nombre élevé de gardes effectuées par ces derniers.

Malgré les apparences, on ne peut donc pas dire que les FFI jouissent des mêmes droits que les internes et quand bien même ce serait le cas, le fait que ces postes soient essentiellement occupés par des médecins étrangers, titulaires de leur diplôme, et non par des étudiants, marque la spécificité de ce statut.

¹¹⁰⁷ *Id.*

¹¹⁰⁸ Il s'agit alors généralement d'étudiants ayant validé le concours de l'internat, qui souhaitent exercer en attendant que les stages de troisième cycle ne commencent. Ils peuvent dès lors postuler à des postes de FFI.

¹¹⁰⁹ *Remede.org*, 26 juillet 2017, « Les FFI forcés de l'hôpital » : <https://www.remede.org/documents/les-ffi-forcats-de-l-hopital.html>

¹¹¹⁰ Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé, JORF n°0151 du 30 juin 2016

2. Une pratique encouragée mais offrant une moindre reconnaissance

Même si le statut de faisant fonction d'interne n'est pas réservé aux praticiens étrangers échappant au bénéfice de la reconnaissance mutuelle des diplômes, face aux faibles rémunérations qu'apportent ces postes, ils sont, en pratique, majoritairement exercés par des étudiants et des médecins, le plus souvent maghrébins. Une préférence particulière est faite pour ces derniers, qui maîtrisent la langue française et disposent généralement d'une formation complète, permettant aux services qui font appel à eux de se garantir une force de travail effective. Parce qu'ils ne parviennent que difficilement à obtenir une reconnaissance de leur formation à travers la réussite du concours de la PAE, la France dispose ainsi d'une main d'œuvre hospitalière de premier ordre qu'elle paye au prix d'un étudiant, le temps de leur formation. La pénurie de l'offre médicale, et en particulier de l'offre médicale hospitalière, constatée dans l'Hexagone encourage les pouvoirs publics à recourir à ce dispositif peu coûteux.

Les responsabilités qui pèsent sur ces praticiens sont les mêmes que celles pesant sur les internes traditionnels. Ils ne sont donc pas inscrits à l'ordre des médecins et ne peuvent exercer la médecine que sous la surveillance d'un praticien hospitalier présent sur place. Mais en pratique, leurs prérogatives sont souvent bien plus élevées. En effet, devant la carence d'effectifs soignant au sein des hôpitaux, les FFI sont souvent amenés à outrepasser les fonctions pour lesquelles ils sont normalement engagés¹¹¹¹. La question se pose ici de savoir dans quelle mesure les pouvoirs publics profitent de cette situation, puisque cela leur coûte moins cher. Ils peuvent ainsi se permettre de rémunérer des médecins capables de remplir les fonctions d'un praticien hospitalier, avec le salaire d'un interne, voire moins. Or, il s'agit là d'internes au profil bien particulier puisque, ayant terminé leur formation dans leur pays, ces médecins arrivent souvent en France à plus de trente ans, avec à leur charge une famille et une vie dans l'Hexagone très coûteuse au regard de ce qu'ils perçoivent¹¹¹². On comprend donc bien les raisons qui peuvent pousser la France à faire du statut de FFI une pratique encouragée.

Ainsi, en 2006 « on peut estimer à environ 7 000 le nombre de praticiens à diplôme hors UE exerçant en France sans la plénitude d'exercice »¹¹¹³. Quasiment la moitié d'entre eux est en formation, avec pour vocation l'idée de retourner dans son pays d'origine avec une attestation de formation spécialisée. C'est-à-dire que, selon l'enquête de la Direction de

¹¹¹¹ Voir annexe 2

¹¹¹² *Ibid.*

¹¹¹³ Communiqué de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des Solidarités, 12 janvier 2006

l'hospitalisation et de l'organisation des soins¹¹¹⁴, réalisée sur des bases déclaratives, sur l'ensemble de ces praticiens, 48% avaient un statut de FFI ; 28% des praticiens concernés avaient un statut de praticien attaché associé et 15% celui d'assistant associé. Les 9% restant exerçaient irrégulièrement ou sur des postes non agréés¹¹¹⁵. Une nouvelle enquête de la DHOS de 2007 estimait que près de 6 800 praticiens à diplôme extra-européen travaillaient dans un établissement public de santé (EPS) ou un établissement public de santé hospitalier (EPSH). Parmi eux, 3 443 étaient des FFI – soit 50,6% – contre 34,9% d'attachés associés, 11,8% d'assistants associés et 4% de faisant fonction d'infirmiers. Plus récemment, une étude du CNG – Centre national de gestion – de 2011 rapportait que 42% des praticiens à diplômes hors UE, exerçaient en qualité de FFI médicaux¹¹¹⁶. On s'aperçoit donc que la part de FFI diminue – sans doute du fait des interdictions de recrutement successives des années 1999, 2002 et 2012¹¹¹⁷ – mais que ce statut reste celui que privilégient les praticiens à diplôme étranger, hors UE.

Pourtant, plusieurs études ont montré que les praticiens à diplôme étranger détiennent généralement plus de diplômes que leurs confrères européens : « 90% en possèdent au moins deux et 17,9% en affichent plus de quatre contre seulement 1,6% des médecins européens »¹¹¹⁸. Cette tendance à l'accumulation de diplômes a pu être analysée comme « une aspiration à montrer qu'ils sont au même niveau que leurs confrères nationaux »¹¹¹⁹. Mais, il s'agit aussi et surtout d'un « moyen de prolonger leur formation en France, de différer un retour difficile dans leur pays d'origine ou d'attendre une naturalisation »¹¹²⁰. Au total, les « FFI représenteraient entre 40 et 50% des effectifs estimés de PADHUE »¹¹²¹. Pourtant, la reconnaissance dont ils jouissent n'est clairement pas en mesure d'expliquer cette forte proportion.

Sous la pression du besoin, mais aussi pour service rendu, l'État offre la possibilité aux FFI de valider leurs acquis, et ainsi d'obtenir l'équivalence du diplôme français, par la voie de la procédure d'autorisation d'exercice. Cette reconnaissance est toutefois limitée à la réussite d'un examen associant un contrôle des connaissances et une vérification de l'acquisition de la

¹¹¹⁴ Devenue en 2010, la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

¹¹¹⁵ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.26

¹¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹¹⁷ *Id.*, p.27

¹¹¹⁸ LOCHARD Y., MEILLAND C., VIPREY M., « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *art. cit.*

¹¹¹⁹ COLDEFY M., « 7 500 médecins à diplômes non européen dans les hôpitaux français en 1995 », *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n° 1, 1999, p.49

¹¹²⁰ *Ibid.*

¹¹²¹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.26

langue française. Mais, parce que ce concours d'entrée ne peut pas être une porte ouverte à une immigration non choisie, les pouvoirs publics ne pouvant financer un trop grand nombre de nouveaux praticiens, les épreuves sont très sélectives et ne laissent la place qu'à très peu d'élus¹¹²². Par ailleurs, les étudiants inscrits en DFMS doivent, dans un premier temps, faire valider leur formation française dans leur pays afin d'obtenir leur diplôme de spécialité¹¹²³. En définitive, parmi les FFI étrangers, une grande majorité des praticiens a vocation à retourner dans son pays d'origine et parmi ceux obtenant une autorisation d'exercice, rien ne garantit qu'ils fassent le choix de la pratique hospitalière.

Un diplôme français peut donc constituer un sésame pour exercer ailleurs dans le monde. La stratégie française d'éviction des étrangers est ici en partie responsable d'un système abusif contraignant les étrangers dans un statut précaire et potentiellement dévalorisant par rapport à leurs qualifications, mais leur permettant un accès à la formation française, valorisante dans leur pays d'origine. A terme, s'il semble que personne ne soit réellement perdant, ce sont finalement les hôpitaux français qui pâtissent le plus de ce mécanisme puisqu'ils contribuent à la formation de médecins qui, au bout de quelques années, repartent dans leur pays. Or, les médecins français sont de moins en moins enclins à l'exercice hospitalier de la médecine. Ainsi, dans l'optique d'un recrutement plus éthique des personnels médicaux à diplôme étranger, il revient finalement à l'établissement offrant un poste de FFI de veiller à ce que le profil du candidat retenu corresponde bien à ce qu'a entendu mettre en œuvre la loi ; « dans la mesure du possible, le recours à des faisant fonction d'interne devrait être ainsi limité aux étudiants en médecine de l'EEE et de l'UE et aux seuls médecins à diplôme étranger qui ne peuvent pas être recrutés sur un autre statut moins précaire »¹¹²⁴. Sans cela, la France se rend complice d'un détournement de son propre système de soins et de formation médicale en continuant de sélectionner drastiquement les étudiants nationaux, pour finalement embaucher, à moindre coût, des médecins étrangers, qualifiés, disposant d'une protection moindre.

Cette problématique rejoint par ailleurs celle de l'émigration de professionnels de santé, qui touche principalement des pays en développement, dont les médecins préfèrent parfois partir exercer dans de meilleures conditions, dans des pays plus riches. Ce phénomène touche donc la France en tant que pays destinataire d'une telle émigration, pour laquelle une certaine

¹¹²² *Ibid.*

¹¹²³ Circulaire du 30 avril relative au traitement des dossiers de demande d'autorisation de travail en vue de recrutement des médecins étrangers par les établissements publics de santé, des ministères des Affaires sociales et de la Santé et de l'Intérieur, NOR : INTV1311421C

¹¹²⁴ DREXLER A., *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008, p.37

éthique de recrutement doit être appliquée. Mais, la question se pose également de savoir si la France subit un phénomène d'émigration de médecins, formés et diplômés sur son territoire, à la recherche de meilleures conditions de travail.

Paragraphe 2 : L'émigration de professionnels de santé français : vers la fuite des médecins formés en France ?

Bien que certains Etats, comme l'Angleterre, aient fait du recrutement de médecins étrangers une spécialité, la France n'a jamais fait partie des pays fournissant le plus de main d'œuvre. Alors que la question n'est que rarement analysée, certaines études ont pu montrer que la part de professionnels de santé français faisant le choix de l'émigration est largement résiduelle. Sans doute la France peut-elle se féliciter de cela, bien que le phénomène tende à s'accroître et puisse, à terme, constituer une nouvelle difficulté à laquelle les pouvoirs publics seront confrontés (A). En effet, la fuite des professionnels de santé peut constituer, pour un Etat, une véritable catastrophe, que l'adoption d'un Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, élaboré par l'OMS, entend éviter (B).

A) L'émigration de médecins à diplôme français : un phénomène marginal potentiellement dangereux

L'émigration de professionnels de santé est un phénomène relativement peu connu en France, tant les chiffres sont faibles et peu recensés. Quelques études seulement se sont intéressées à cette réalité. Une première analyse a permis de mettre en évidence les flux migratoires de médecins à partir d'une analyse des lieux de formation des praticiens sur une longue période de plus de dix ans, entre 1991 et 2004. En France, le CNOM a pu calculer le « taux d'évaporation » de professionnels de santé en comparant le nombre de nouveaux praticiens inscrits à l'Ordre au nombre de nouveaux diplômés. Ce taux d'évaporation peut s'expliquer par diverses raisons : exercice d'une activité ne nécessitant pas l'inscription au tableau de l'Ordre, exercice d'une autre activité professionnelle ou départ pour un temps variable à l'étranger. Il est donc difficile d'avoir une vision claire de la situation tant ces calculs sont largement perfectibles. Toutefois, ils permettent d'offrir un premier regard sur l'émigration française. Cette dernière concerne par ailleurs peu les médecins, par rapport aux autres professions médicales. Ainsi, d'après les données recensées par leurs Ordres respectifs, comparées aux chiffres de l'ONDPS concernant le nombre de médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens diplômés chaque année, le taux d'évaporation des chirurgiens-dentistes peut être évalué à 10%, quand celui des sages-femmes avoisinerait les

30% et 24% pour les pharmaciens non titulaires d'un doctorat. En revanche, selon leur Ordre, le phénomène ne toucherait que très peu les médecins, pour lesquels aucun chiffre n'est d'ailleurs communiqué¹¹²⁵.

Globalement, on remarque que de nombreux rapports se sont intéressés à la question de l'exercice, en France, de praticiens formés à l'étranger, mais peu se sont consacrés à l'exercice à l'étranger, de professionnels de santé formés en France. Cette question a longtemps été considérée comme un sujet marginal, tant les personnes concernées par un tel parcours étaient peu nombreuses. Or, il semble de plus en plus délicat d'ignorer « le décalage grandissant ces dernières années [observé par l'Ordre des médecins] entre le nombre de médecins nouvellement diplômés et le nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre [qui] amène à poser, en particulier, la question de l'exercice hors de France de ces nouveaux professionnels »¹¹²⁶.

Ainsi, en 2011, il semble qu'au moins 3 600 médecins, formés en France, soient partis exercer dans un pays de l'OCDE, autre que leur pays de formation. La « fuite des cerveaux », concernant les médecins français, ne serait donc, en effet, pas très développée. Par ailleurs, cette idée se confirme lorsqu'on observe la part de médecins français exerçant dans les Etats comprenant pourtant un fort taux de médecins à diplôme étranger, y compris lorsqu'il s'agit effectivement de destinations privilégiées par les médecins formés en France, comme les Etats-Unis ou la Suisse¹¹²⁷. Ainsi, les Etats-Unis comptent environ un quart de leurs effectifs de médecins formés à l'étranger. Pourtant, sur cette forte proportion, les médecins formés en France ne représentent qu'un médecin sur 1 000, faisant de la France le 60^e pays pourvoyeur de médecins à diplôme étranger des Etats-Unis¹¹²⁸.

Plus généralement, la France fait partie, avec l'Espagne et l'Italie, des pays faisant état des plus faibles taux de médecins ayant migré à l'étranger. Seulement 1,9% des médecins diplômés en France font le choix de l'émigration, contre 1,1% pour l'Espagne et 2,2% pour l'Italie. A l'extrême opposé, le Luxembourg compte 31,3% de ses médecins exerçant à l'étranger, 29,2% pour l'Islande et 26,8% pour Malte¹¹²⁹. Ces chiffres sont par ailleurs très stables puisqu'en 2004, la France présentait déjà un taux d'émigration de ses médecins de 2%.

¹¹²⁵ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.90

¹¹²⁶ *Id.*, p.88

¹¹²⁷ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.86

¹¹²⁸ *Id.*, p.94

¹¹²⁹ EUROPEAN COMMISSION, « EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study », 29 Mai 2012, p.101

Parmi les pays d'émigration des médecins français se trouvent essentiellement des pays voisins comme la Belgique, qui accueillent environ 1 400 médecins français, l'Allemagne et l'Italie qui comptent chacun environ 250 médecins français et le Royaume-Uni, qui en accueillent à peu près 500¹¹³⁰.

Ainsi, l'étude des destinations privilégiées par les médecins formés en France peut offrir quelques clés de compréhension à un phénomène qui, jusque-là, ne suscitait que peu l'intérêt des observateurs. Le pays qui accueillerait la part la plus importante de médecins formés en France serait donc la Belgique, avec environ 30% de l'ensemble des médecins français faisant le choix de l'émigration y exerçant. La deuxième destination privilégiée par les français serait les Etats-Unis, puis trois autres pays s'affirment comme destinations favorisées par les médecins français : le Canada, Israël et l'Italie. Enfin, l'Allemagne, la Suisse et le Royaume-Uni complètent la liste. Dès lors, on s'aperçoit que les lieux d'exercice privilégiés par les médecins formés en France faisant le choix de l'émigration ne sont pas nécessairement des pays francophones, ni forcément des pays voisins ou limitrophes¹¹³¹.

Tout comme il existe peu de travaux permettant de saisir la réalité du phénomène d'émigration des professionnels de santé formés en France, il est difficile de trouver des données tentant d'expliquer les raisons de ces phénomènes. Une étude menée en Angleterre a toutefois permis de sonder les motivations de généralistes français partis s'installer à Londres¹¹³². Ainsi, trois types de facteurs justifiant un départ ont pu être identifiés : des facteurs d'incitation, d'activation et de facilitation. Par facteurs d'incitation on entend généralement, sur le plan personnel, le souhait du praticien de changer de vie, d'expérimenter de nouvelles expériences culturelles, alors que sur le plan professionnel s'exprime un mécontentement lié aux conditions d'exercice de la médecine générale en France. Une praticienne française expliquait en ce sens au journal *Le Monde* en 2008 que ce sont les conditions de travail offertes par le *NHS* qui l'ont séduite et convaincue de partir exercer en Angleterre¹¹³³. En effet, les cabinets médicaux anglais bénéficient des services de personnels administratifs et respectent des horaires limités, ce qui diffère nettement des conditions de travail d'un médecin libéral en

¹¹³⁰ MOULLAN Y., BOURGUEIL Y., « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *Questions d'économie de la Santé/IRDES*, n°203, 2014

¹¹³¹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.94

¹¹³² BALLARD K., ROBINSON S., LAURENCE P., « Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study », *British Journal of General Practice*, 54(507), 2004, p.747-752

¹¹³³ *Le Monde*, 31 octobre 2008, « Un tiers des 250 000 médecins exerçant au Royaume-Uni n'ont pas été formés dans ce pays »

France. La majorité des médecins généralistes interrogés ont ainsi choisi d'exercer en Angleterre davantage par souhait de quitter la France et ses conditions d'exercice que guider par la volonté de s'installer outre-Manche. En revanche, les facteurs d'activation désignent eux, la volonté explicite de quitter la France pour rejoindre spécifiquement l'organisation du *NHS* anglais et les possibilités offertes de travailler à temps partiel, sous un statut de salarié ou encore de travailler en équipe. Des raisons plus personnelles peuvent toutefois motiver le choix des généralistes français partis exercer à Londres, comme une attraction pour la ville de Londres ou le souhait d'améliorer son anglais ou celui des membres de sa famille¹¹³⁴. En revanche, peu de médecins interrogés expliquent leur départ par la mise en place de mesures qui leur étaient spécifiquement destinées, ayant facilité leur installation à Londres. En définitive, il convient de relativiser ce phénomène puisque, si au Royaume-Uni, plus de 35% des médecins en exercice ont un diplôme étranger, les praticiens à diplôme français ne représentent qu'une part très limitée de ces derniers. Par exemple, sur la période 2003-2008, les médecins à diplôme français représentaient 1% de l'ensemble des médecins à diplôme étranger inscrits sur les registres du *General Medical Council*, l'Ordre des médecins britanniques¹¹³⁵.

S'il n'existe que très peu de données fiables, disponibles, pour nous permettre de déterminer d'une part l'ampleur du phénomène d'émigration et d'autre part les raisons ayant poussé des médecins formés en France à exercer à l'étranger, c'est que les professionnels de santé faisant le choix de l'émigration ne sont aucunement obligés de faire connaître leur décision aux autorités françaises. Ainsi, le CNOM tient à jour une liste des médecins migrants, mais ces derniers ne sont pas tenus de s'y inscrire. Par ailleurs, un aspect spécifique de l'émigration médicale reste inconnu ; celui des phénomènes frontaliers de mobilité internationale. Il est en effet difficile, voire impossible de déterminer le nombre de médecins formés et diplômés en France résidant le long d'une frontière belge, allemande, suisse ou luxembourgeoise et exerçant dans l'un de ces pays. De même, il est très difficile de faire la part des choses entre les médecins partis définitivement et ceux ayant fait le choix d'un départ temporaire ou ayant obtenu un contrat de travail à durée déterminée. Enfin, les échanges

¹¹³⁴ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.99

¹¹³⁵ WISMAR M., MAIER B., GLINOS A., DUSSAULT G., FIGUERAS J., *Health Professional Mobility and Health Systems : Evidence from 17 European countries*, Copenhagen, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, 632p

universitaires ne sont pas toujours documentés et peuvent donc laisser échapper un certain nombre de médecins français partis à l'étranger des chiffres officiels¹¹³⁶.

En définitive, si effectivement le phénomène de migration des professionnels médicaux formés et diplômés en France reste marginal, il est toutefois en augmentation puisque, pour cinq pays notamment – l'Allemagne, la Belgique, le Canada, Israël et la Nouvelle-Zélande – le nombre total de médecins français est passé de 1 590 en 2000 à 2 334 en 2013, soit une augmentation de 47%. Dans le détail, l'accroissement le plus significatif est enregistré en Belgique, avec une augmentation de 156%. En revanche, sur une période plus courte, les données concernant les États-Unis, le Royaume-Uni et la Suisse montrent que les effectifs de médecins formés en France baissent légèrement dans les deux premiers pays – de 4,4% aux États-Unis et de 6,9% au Royaume-Uni entre 2006 et 2013 – alors qu'ils sont en hausse pour la Suisse – de 49,1% entre 2008 et 2012¹¹³⁷. Il semble donc particulièrement difficile d'analyser ces phénomènes de migration médicale, peu documentés, mais dont le potentiel d'expansion suscite la crainte, tant la question de la démographie médicale pose déjà des difficultés que les pouvoirs publics français peinent à résoudre.

B) Contre les risques de l'émigration médicale : l'adoption d'un Code mondial de bonne pratique

Le recrutement de professionnels de santé formés à l'étranger révèle généralement des difficultés quant à la répartition de la démographie médicale du pays. En ce sens, la France peut se réjouir de ne pas connaître un fort taux de migration de la part de ses effectifs médicaux, qui aurait tendance à accroître le problème des déserts médicaux, bien qu'*a priori*, elle ne soit pas à l'abri d'un accroissement du nombre de départ de médecins vers l'étranger. Ainsi, alors qu'elle n'a recourt qu'à un faible taux de médecins à diplôme étranger, la Belgique est confrontée depuis plusieurs années à une véritable problématique de fuite des professionnels de santé formés dans ses universités et hôpitaux. Ce sont notamment les français et néerlandais venant se former en Belgique, sans intention d'y exercer une fois leur diplôme obtenu, qui exposent le pays à une situation de pénurie de praticiens dans certains secteurs géographiques. Ainsi, certaines professions médicales ont même vu se former, dans les universités et centres

¹¹³⁶ DELAMAIRE M-L., SCHWEYER F-X., « Nationally moderate, locally significant : France and health professional mobility from far and near », in WISMAR M. et al., *Health Professional Mobility and Health Systems : Evidence from 17 European countries*, op. cit., p.181-210

¹¹³⁷ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », rap. cit., p.95

de formation, plus d'étrangers que de belges¹¹³⁸. Or, la politique d'autosuffisance poursuivie par la Belgique, qui n'entend former que le nombre nécessaire de professionnels de santé, entre forcément en contradiction avec cette réalité de forte mobilité des diplômés belges. Malgré tout, aucune politique de recrutement à l'étranger n'est menée par les pouvoirs publics belges, qui ont toutefois mis un frein à l'immigration étudiante européenne avec le décret « non-résidents » précédemment mentionné¹¹³⁹. En revanche, certaines initiatives individuelles ont vu le jour de la part d'établissements hospitaliers en manque de personnels et des sociétés spécialisées dans le recrutement de professionnels à l'étranger ont émergé. Ce sont essentiellement les infirmiers qui sont visés par ces opérations, ainsi que certains spécialistes médicaux, comme les psychiatres ou les gériatres¹¹⁴⁰.

Ensuite, au Canada, pays dont environ un quart des médecins fait état d'un diplôme étranger, certaines provinces connaissant un vif phénomène de désertification médicale, peuvent avoir jusqu'à plus de la moitié de leurs effectifs médicaux formés à l'étranger. Aucune politique de recrutement à destination de l'étranger n'est en vigueur au niveau national, bien que certaines provinces soient clairement proactives en la matière. Ainsi, certaines provinces ont mis en place une véritable organisation, faite de déplacements dans des pays cibles afin d'offrir un accompagnement dans la formation des futurs professionnels de santé, de faciliter la reconnaissance de leur diplôme, voire d'offrir une assistance pour les formalités d'immigration ou d'installation. Or, la France ne semble pas faire partie des pays ciblés par le Canada¹¹⁴¹. Cet Etat fait donc clairement appel à l'immigration médicale pour tenter de pallier le manque de professionnels de santé dans certaines provinces.

En revanche, d'autres Etats semblent confrontés, malgré eux, à l'immigration de médecins et autres professionnels de santé. Par exemple, la Suisse, qui compte environ 40% de médecins formés à l'étranger, selon le registre de la Société des médecins helvètes et qui, depuis 2002, applique le principe de libre circulation des travailleurs avec l'Union européenne, a craint une forte arrivée de médecins étrangers à diplôme européen. Une « clause du besoin » a été adoptée en réponse à cette crainte¹¹⁴², démontrant ainsi que la Suisse subit plus qu'elle

¹¹³⁸ DIRECTION GENERALE SOINS DE SANTE, « Médecins : mobilités internationales », note de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, mars 2015 : http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19103421_fr.pdf

¹¹³⁹ V. *supra*, « Les restrictions à l'installation »

¹¹⁴⁰ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.101-102

¹¹⁴¹ *Id.*, p.103-104

¹¹⁴² Voir *supra*, « Les restrictions à l'installation »

n'encourage la venue de médecins à diplôme étranger. Ce sont majoritairement des médecins formés en Allemagne qui viennent exercer en Suisse, bien que la part de praticiens formés en France soit en constante augmentation¹¹⁴³.

Aussi, face à l'augmentation probable du phénomène des migrations de professionnels de santé, dans un monde où les échanges sont de plus en plus importants et facilités, des mesures ont été prises au niveau international afin de garantir les meilleures conditions possibles. Ainsi, en 2003, les pays du Commonwealth, sous l'impulsion du Royaume-Uni, ont adopté un guide de bonnes pratiques dans le but de réduire le recours à une main d'œuvre étrangère, originaire de pays souffrant eux-mêmes de pénurie, situés principalement en Afrique¹¹⁴⁴. De son côté, si l'OMS s'intéresse depuis longtemps au phénomène de pénurie de professionnels de santé dans les différents pays du monde, cela ne fait qu'une dizaine d'années qu'elle prend en considération les migrations de praticiens en tant que facteur d'explication de ces pénuries. En effet, l'OMS s'évertue désormais à dénoncer les pratiques de certains pays qui recrutent en abondance des professionnels de santé formés en dehors de leurs frontières, provoquant ainsi, ou accentuant, une situation de pénurie. Dans ce sens, un Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé a été élaboré et adopté par l'Organisation le 21 mai 2010¹¹⁴⁵. Ce Code vise principalement à promouvoir un recrutement international éthique des personnels de santé, « tenant compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants »¹¹⁴⁶. Ce Code entend prioritairement protéger les pays en développement, premières victimes de la fuite des professionnels de santé pour des pays plus riches. Cette initiative fait évidemment écho à l'idée défendue précédemment d'un recrutement plus éthique des FFI, en France. Il s'agit donc, à travers ce code de bonnes pratiques, « d'atténuer les effets négatifs des migrations de personnels de santé sur le système de santé des pays en développement »¹¹⁴⁷. Pour cela, le Code propose que « les pays développés [...], dans la mesure du possible, [fournissent] une assistance technique et financière aux pays en développement et aux pays à économie en transition afin de renforcer les systèmes de santé, y compris sur le plan du développement des personnels de

¹¹⁴³ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.111

¹¹⁴⁴ MOULLAN Y., BOURGUEIL Y., « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *art. cit.*

¹¹⁴⁵ OMS, Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé, 2010, 17p

¹¹⁴⁶ Article 1 du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

¹¹⁴⁷ Article 3.2 du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

santé »¹¹⁴⁸. Si les 193 Etats membres de l'Organisation mondiale de la santé ont adopté ce Code, son application effective repose sur le principe du volontariat. Or, rapidement, son entrée en vigueur s'est heurtée à la fronde de certains médecins qui, sur le fondement de l'article 13.2 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme et du Citoyen garantissant le « droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays », ont invoqué leur droit de se déplacer à l'international, y compris pour y travailler¹¹⁴⁹. L'adoption d'une politique publique globale sur cette question est donc particulièrement délicate.

On le comprend aisément, le Code de pratique mondial de l'OMS entend tout particulièrement protéger les pays en développement. En effet, l'Inde et les Philippines sont les pays exportant le plus de médecins à l'étranger, et bien qu'ils soient suivis du Canada et du Royaume-Uni, l'Afrique subsaharienne, qui souffre de la densité médicale la plus faible au monde, connaît un taux d'émigration relativement élevé, de 19% en moyenne en 2004¹¹⁵⁰. Aussi, la France, en n'arrivant qu'au 25^{ème} rang des Etats exportateurs de médecins, semble relativement à l'abri. Pourtant, selon les observateurs, « l'émigration des professionnels de santé formés en France est un phénomène qui est potentiellement en croissance »¹¹⁵¹, du fait de l'évolution de la réglementation et du profil des professionnels de santé. Aussi, même si une analyse plus récente des migrations entend mettre en évidence ses potentiels effets bénéfiques pour les pays d'origine des médecins concernés, à travers trois types d'explications¹¹⁵², il semble qu'en définitive, « le nombre de médecins qui émigre n'est jamais totalement compensé par le nombre de personnes qui sont incitées à devenir médecin »¹¹⁵³. Si le phénomène des migrations de professionnels de santé devait se développer en France, pays d'ores et déjà confronté aux déséquilibres de la densité médicale, la situation pourrait rapidement devenir problématique pour des pouvoirs publics toujours plus soucieux de préserver la qualité d'une formation médicale à la française, face à une concurrence mondialisée dont on peine à saisir la réalité.

¹¹⁴⁸ Article 3.3 du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

¹¹⁴⁹ MOULLAN Y., BOURGUEIL Y., « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *art. cit.*

¹¹⁵⁰ *Id.*

¹¹⁵¹ ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », *rap. cit.*, p.87

¹¹⁵² Les migrations de médecins pourraient ainsi représenter, pour les pays d'origines des médecins, « une incitation à l'éducation pour les personnes restées dans le pays d'origine », mais également une source financière grâce aux fonds envoyés par les migrants à leur famille, ou encore un intéressant partage d'expérience provoqué par le retour des migrants dans leur pays d'origine. V. MOULLAN Y., BOURGUEIL Y., « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *art. cit.*

¹¹⁵³ *Ibid.*

CONCLUSION DE CHAPITRE

De nombreuses formations aux études en santé sont disponibles sur le territoire de l'Union, sans être directement à destination d'un public d'étudiants français. Ces derniers peuvent toutefois les privilégier aux « diplômes à vocation française » pour des raisons de confort géographique ou linguistique. Ainsi, plusieurs « diplômes à vocation européenne » – c'est-à-dire permettant un exercice sur l'ensemble du territoire du fait du principe de reconnaissance mutuelle, sans viser spécifiquement un public français – viennent compléter l'offre de formation à disposition des étudiants français, recalés ou simplement refroidis par le système sélectif national.

Ces diplômes à vocation européenne, parmi lesquels il est dès lors possible de ranger le diplôme français, donnent lieu à deux tendances observables sur le territoire national : l'une contribue à l'existence d'un flux entrant de praticiens, titulaires d'un diplôme étranger mais souhaitant s'établir en France ; l'autre à celle d'un flux sortant de praticiens, titulaires d'un diplôme français dans le but de s'établir dans un autre Etat.

CONCLUSION DE TITRE

Les conditions spécifiques, notamment de langue et de nationalité, posées par la France à l'exercice des professions médicales, en s'appliquant à tous les candidats titulaires d'un diplôme européen, ne sont pas discriminatoires et sont donc admises par le droit de l'UE. Dès lors, les titulaires d'un diplôme français, de nationalité française, restent les candidats privilégiés par le système français.

Pourtant, d'autres moyens existent pour les nationaux de se voir autoriser à pratiquer en France, munis d'un diplôme étranger. En effet, certains Etats, voire certaines initiatives privées, se sont spécialisés dans le recrutement d'étudiants français, recalés en France, en leur garantissant, une fois le diplôme obtenu, un exercice dans leur pays d'origine. Ces formations, souvent onéreuses, fournissent un diplôme à vocation française, qui permettra facilement à un ressortissant français d'exercer dans son pays dès sa reconnaissance obtenue.

La réalité de ces formations peut toutefois inquiéter ; des interrogations subsistent quant à leur qualité, mais également quant à la qualité même des étudiants admis puisque le recrutement se fait, le plus souvent, essentiellement sur un critère financier. Certains diplômes étrangers sont donc la cible de vives critiques de la part de la profession médicale, bien que le fondement de ces critiques soit parfois à rechercher dans une absence de connaissance. Il paraît

en effet difficile de connaître la totalité des diplômes européens disponibles sur le territoire, d'autant que certains diplômes, en ne s'adressant pas directement à un public d'étudiants français, peuvent tout de même être sollicités par ces derniers. Le marché des diplômes permettant un exercice effectif de la médecine, l'odontologie, la maïeutique ou la pharmacie en France, et en Europe, est particulièrement important et attire même des candidats extérieurs à l'Union. La France est ainsi confrontée à un marché mondialisé de l'offre de formations et de diplômes aux études de santé, avec lequel il faut composer.

CONCLUSION DE PARTIE

L'arsenal juridique de l'Union européen permet à un étudiant français de choisir le lieu de sa formation, sur la totalité du territoire européen, et de pouvoir ensuite s'établir en France, grâce à l'application des principes de reconnaissance mutuelle des diplômes et de non-discrimination. Aussi, les candidats aux professions de santé ont un large choix de formations à leur disposition, présentant chacune des avantages et des inconvénients par rapport à la formation française. Cette dernière, particulièrement sélective, présente toutefois l'avantage de permettre un exercice automatique, une fois le diplôme en poche. En effet, les conditions d'exercice des professions de santé, imposées par la France, sont largement à l'avantage des nationaux, qui sont réputés maîtriser la langue française et disposent d'un diplôme français.

Mais, pour les étudiants en situation d'échec face au couperet que constitue le *numerus clausus*, les formations étrangères, européennes, constituent de véritables voies de contournement, qui permettent, une fois un diplôme européen en poche, de s'établir en France. Une véritable concurrence existe donc entre ces voies d'évitement et la formation française, marquée par sa rigueur. Or, cette concurrence, souvent jugée déloyale par la profession, est perçue d'un mauvais œil et les formations étrangères, qui se sont spécialisées dans le recrutement d'étudiants français déçus, sont facilement assimilées à des formations de moindre qualité.

Pourtant, la France est forcée de s'inscrire dans ce marché de la formation aux professions de santé mondialisé et en tire même profit, lorsqu'il s'agit d'accueillir des médecins à diplôme étranger, hors UE, dans ses hôpitaux, sans pour autant leur offrir un droit de plein exercice. La réalité de ce marché des formations médicales est donc complexe et exige de chacun des acteurs impliqués une participation la plus honnête possible afin que les déséquilibres de l'offre de soins, observés sur la quasi-totalité du territoire européen, n'en sortent pas aggravés ; les premières victimes étant évidemment les patients.

CONCLUSION GENERALE

D'abord justifiée par des raisons structurelles, la sélection universitaire française dans l'accès aux professions médicales, s'est peu à peu recentrée sur des critères purement économiques. Le *numerus clausus*, principal outil sélectif mis en place par les pouvoirs publics, s'est rapidement trouvé au centre d'un débat qui déchire encore la profession. D'un côté, la médecine libérale, encouragée par les gouvernements successifs, recommandait une baisse systématique du *numerus clausus* afin de diminuer les dépenses de santé, de l'autre, la médecine hospitalière et les syndicats de patients réclamaient son augmentation pour garantir une offre et une qualité de soins constante à travers tout le pays.

Force est de constater qu'après quarante années d'existence, les partisans d'un abaissement systématique du *numerus clausus* ont gagné. Ce dispositif s'est peu à peu réduit à son minimum pour atteindre le chiffre dangereusement bas de 3 500 admis dans les années quatre-vingt-dix. Les conséquences sont aujourd'hui symptomatiques et il semble que le nombre de médecins formés chaque année est insuffisant pour permettre la relève des effectifs en place. C'est à un phénomène de pénurie de l'offre de soins que l'on est aujourd'hui confronté. Si les pouvoirs publics ont depuis réagi, le mal est fait puisqu'on estime aujourd'hui qu'il manque 50 000 praticiens pour assurer et garantir une offre de soin suffisante, pour les années à venir. Ainsi, après un demi-siècle de sélection universitaire, le bilan est catastrophique. Les dépenses de santé n'ont pas diminué et les praticiens commencent à manquer dans tous les secteurs de santé.

De leur côté, les opposants à cette sélection – et cela concerne principalement les étudiants mais également les structures hospitalières en mal de personnels – se sont tournés vers l'Union européenne pour trouver de nouvelles solutions. Avec la reconnaissance mutuelle des diplômes consacrée sur tout le territoire de l'Union, les déçus du *numerus clausus* peuvent poursuivre la formation qu'ils ont entamée en France dans un autre Etat membre, pour ensuite revenir exercer dans l'hexagone après leur inscription dûment faite à l'ordre des médecins. Ce dispositif de contournement s'est rapidement développé et de nombreuses structures à but lucratif ont vu le jour et se sont spécialement destinées à des candidats français stoppés par leur échec à l'examen de la Paces.

Ainsi, de nombreuses structures européennes ont vu le jour pour permettre aux étudiants français de contourner le *numerus clausus*. Si ces établissements ne s'étaient installés jusqu'alors que dans d'autres Etats membres, la récente initiative Fernando Pessoa nous montre qu'ils

envisagent désormais de s'installer en France, au plus près de leur cible. Devant les incertitudes qui entourent ces formations, les étudiants sont parfois peu au fait des conséquences de ce choix qu'ils font à grand coût. Mais, le constat et les résultats sont là, puisque ces structures connaissent un succès de plus en plus probant.

Aussi, on a pu penser, au début des années 2010, que la rigueur attachée à la sélection universitaire française, dans le cadre des études en santé, n'était plus justifiée et était donc amenée à disparaître. En effet, alors que la filière roumaine devenait pérenne, que certaines initiatives privées commençaient à voir le jour sur le sol français et que la reconnaissance mutuelle des diplômes, généralisée par la directive de 2005 et entamée par les directives sectorielles des années soixante-dix, devaient permettre aux professionnels de santé de s'installer et d'exercer où bon leur semble dans l'Union européenne, il semblait bien que la France n'avait plus les moyens d'être aussi sélective.

Pourtant, le système de formation sélectif français dans l'accès aux professions médicales est toujours en vigueur aujourd'hui et ne semble nullement remis en question par les voies d'évitement du *numerus clausus*. Les pouvoirs publics, sans systématiquement les interdire, n'encouragent pas ces dernières, malgré leur gratuité pour l'Etat et le fait qu'elles puissent représenter une véritable solution aux problèmes des déserts médicaux. Le souci de satisfaire une profession toujours plus remontée prime toujours pour l'Etat. Les initiatives privées, tentant de délivrer sur le sol français des diplômes européens d'odontologie ou de médecine, sont désormais sérieusement limitées par la procédure d'agrément mise en place par la loi « Fioraso » de 2013. Ces mesures protectrices et tendant au protectionnisme sont en effet les seules à la disposition d'un Etat malgré tout soumis aux principes de l'Union européenne. Les initiatives comme celles qu'a pu, un temps, proposer Monsieur Bruno Ravaz ne semblent plus pouvoir se développer dans l'hexagone sans un aval ministériel préalable. Or, cet aval ne sera a priori pas obtenu, tant la mesure vise spécifiquement ce type de dispositifs et cherche à répondre favorablement à la volonté des principaux syndicats des formations médicales. Aussi, c'est sans risque que nous pouvons aujourd'hui affirmer qu'il n'y aura plus d'initiative « interne », dans la veine de celle du « CLESI » en France, et il est peu probable que l'école préparatoire « Médecine Orléans Zagreb » puisse un jour ouvrir ses portes, sans un revirement radical de la part des pouvoirs publics. Sur son sol, la formation médicale française remporte donc une victoire pleine et sans contestation.

De leur côté, les formations roumaines maintiennent leurs objectifs et assurent à leurs étudiants la promesse d'une formation médicale en médecine ou en odontologie, exemptée de

toute sélection, moyennant un financement assez conséquent. Les résultats décevants affichés par les étudiants « roumains » à l'épreuve des ECN ne viennent pas tempérer l'engouement que génère auprès des déçus de la Paces ce type de formation. Ces derniers savent qu'ils ne pourront sans doute pas accéder aux meilleures spécialités et qu'ils devront se cantonner aux choix restant pour leur internat. La possibilité pour eux d'obtenir le diplôme de médecin et de pouvoir exercer cette profession dans l'hexagone semble plus forte, et emporte la conviction des candidats.

Malgré un succès certain de ces initiatives à l'égard des étudiants, prêts à tout pour devenir des professionnels de santé, les professions concernées et les pouvoirs publics ne semblent pas partager cet engouement. En effet, entre la loi « Fioraso » et les nombreux articles de presse relayant le rejet des médecins à l'encontre de ces voies de contournement, force est de constater que la sélection française a encore de beaux jours devant elles. Aussi, à la question de savoir s'il est possible d'empêcher les étudiants formés à l'étranger de revenir exercer en France pour faire jouer l'équivalence de leur formation ou de leur diplôme, et ce, dans le but de protéger la profession et sa formation, nous sommes contraints de répondre par la négative.

L'harmonisation européenne mise en place par l'Union n'est pas totale et ne permet pas d'aboutir à une réelle « Europe blanche », où chaque diplôme de médecin est interchangeable, sur l'ensemble du territoire européen. Ici, l'esprit de corps et les ambitions conservatrices des professions réglementées semblent devoir être tenues pour responsables, chaque profession et chaque Etat ayant préféré maintenir ses spécificités. La conséquence directe de ce conservatisme est finalement une harmonisation à minima : le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes repose sur des critères restreints, facilement remplis, mais qui ne présagent en rien de l'équivalence effective des formations. Pourtant, en se limitant à une harmonisation minimale, les membres de l'Union sont parvenus à obtenir une reconnaissance mutuelle des diplômes tellement effective qu'elle en est devenue automatique. En n'imposant jamais aux Etats de modifier leur formation aux professions médicales et ainsi permettre à une logique européenne d'émerger, l'harmonisation européenne repose finalement sur un socle commun minimal, automatique et souvent bien éloigné de la réalité de l'équivalence.

Cette automaticité et cette effectivité du principe de reconnaissance mutuelle des diplômes aboutissent à son application stricte. Tant que les initiatives de contournement du *numerus clausus* sont européennes et protégées par le droit de l'Union, la France ne peut que les accepter.

Au-delà d'une simple acceptation, forçant la France à subir l'assaut de formations étrangères concurrençant l'université française et son *numerus clausus*, une véritable exploitation de ces voies de contournement semble possible, notamment dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux. En effet, quitte à maintenir l'existence d'un *numerus clausus* permettant de former le nombre de médecins que la France peut financièrement se permettre, pourquoi ne pas profiter des effectifs, formés à l'étranger et souhaitant exercer en France ? En effet, ces effectifs à diplôme roumain ou autre n'auraient pas vocation à se substituer aux professionnels à diplôme français, mais au contraire à assurer la continuité des soins, dans les zones géographiques ou les spécialités délaissées par les médecins français. Abordée sous cet angle, la question peut être posée de la capacité réelle de l'Etat à se passer d'initiatives privées comme celle de l'université Fernando Pessoa. Il semble que les pouvoirs publics, sous l'influence des professions médicales concernées, préfèrent rejeter en bloc toute tentative concurrençant le *numerus clausus* afin d'être toujours en mesure d'en défendre le principe. Admettre que les étudiants formés à l'étranger apportent en réalité une contribution non négligeable en matière de répartition de l'offre de soins, reviendrait certainement à devoir admettre que le système sélectif français et la rigueur du *numerus clausus* ne sont plus justifiés. Or, la France n'a pas plus de moyens aujourd'hui qu'à la fin des années 1970 pour se permettre de former davantage de médecins prescripteurs, engageant les dépenses de santé.

La situation française renvoie ainsi à un véritable statut quo, dans lequel la rigueur et l'excellence attachées aux formations médicales, coexistent avec les obligations, constitutionnelle et européenne, imposant à la France d'accueillir les étudiants à diplôme étranger. Les craintes exprimées par la profession à l'encontre des diplômes étrangers obtenus par les nationaux, ayant subi un ou plusieurs échecs à la Paces, constituent en effet l'essentiel des arguments opposés aux formations étrangères. En ce sens, les syndicats ou les ordres sont généralement les premiers à s'opposer à de telles initiatives, en tant que représentants des professions médicales. La question peut se poser de savoir si ces actions sont gouvernées par le seul souci de protéger le diplôme français, ou bien si la volonté de conserver un pouvoir certain en matière d'organisation de la profession, peut en constituer une justification. Or, la qualité intrinsèque des diplômes délivrés hors les frontières françaises suscite de nombreux fantasmes, mais, nous l'avons vu, ces derniers sont souvent injustifiés. Plutôt que le diplôme, c'est souvent la qualité de l'étudiant qui semble plus directement en cause.

Enfin, les craintes exprimées à l'encontre des diplômes européens semblent plutôt renvoyer à une crainte plus générale à l'encontre des capacités de l'Union. L'une des

inquiétudes est liée à la nature même de l'UE du fait du champ des possibles offerts à l'ensemble des travailleurs ; cette liberté semble inquiéter alors que dans les faits elle est largement contestée par les velléités souverainistes des Etats. In fine, l'UE est bien souvent entravée pour ce qu'elle pourrait permettre, plutôt que pour ce qu'elle fait réellement. Ce syndrome est particulièrement vivace concernant les professions médicales depuis la construction de l'UE. C'est lui qui empêche la réalisation complète d'une « Europe blanche » dans les années 1970, nous offrant des directives et une reconnaissance mutuelle à minima ; c'est encore lui qui, aujourd'hui, génère une inquiétude démesurée de la part des professions médicales réglementées.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

AUBY J-B., DIDER J-P., TAILLEFAIT A., AUBY J-M., *Droit de la fonction publique*, 7^{ème} éd., Paris, Dalloz, 2012, 880p

BERTHOD-WURMSER M., *La santé en Europe*, Paris, La Documentation française, 1994, 377p

BLIN O., *Droit institutionnel, matériel et contentieux de l'Union européenne*, Belgique, Larcier, 2016, 390p

BOURDIEU P., PASSERON J-C., *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Les Editions de Minuit, « Le sens commun », 1964, 192p

BOURDIEU P., PASSERON J-C., *La Reproduction. Éléments d'une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Editions de Minuit, « Le sens commun », 1970, 284p

BOUTAYEB C., *Droit matériel de l'Union européenne*, Paris, LGDJ, « Systèmes », 2012, 272p

BREDIN J-D., LOUSSOUARN Y., *Droit du commerce international*, Paris, Sirey, 1969, 1036p

CARLIER J.-Y., *La condition des personnes dans l'Union européenne*, Bruxelles, Larcier, 2007, 485p

CHAUVIRE C., OGIEN A., QUERE L., *Dynamiques de l'erreur*, Paris, EHESS, « Raisons pratiques » n°19, 2009, 348p

CHEVANDIER C., *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, 2009, 490p

CORNU G., *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 2007, 986p

DE GROVE-VALDEYRON N., *Droit du marché intérieur européen*, Paris, LGDJ, 2017, 248p

DEBRE R., *L'honneur de vivre*, Paris, Librairie Générale Française, 1977, 699p

DRUESNE G., *Droit matériel et politiques de la Communauté européenne*, Paris, PUF, 1991

DUBOUIS L., BLUMANN C., *Droit matériel de l'Union européenne*, Paris, LGDJ, 6^e éd., 2015, 878p

GOLDMAN B., LYON-CAEN A., VOGEL L., *Droit commercial européen*, Paris, Dalloz, 1997, 880p

GUINCHARD S., DEBARD T., *Lexique des termes juridiques*, 24^e éd., Paris, Dalloz, 2016, 1176p

ICARD P., *Droit matériel et politiques communautaires*, Paris, Eska, 2001, 63p

LECA A., *Droit pharmaceutique*, Bordeaux, LEH, 2012, 456p

MILES R., BROWN M., *Racism*, 2nd ed., London-New York, Routledge, 2003

NOIRIEL G., *Immigration, antisémitisme et racisme en France. Discours publics, humiliations privées (XIX^e-XX^e siècle)*, Paris, Fayard, « Littérature générale », 2007, 717p

PAULY A., *De Schengen à Maastricht : voie royale et course d'obstacles*, Maastricht, European Institute of Public Administration, 1996, 285p

PRIOLLAUD F-X., SIRITZKY D., *Traités européens après le traité de Lisbonne*, Paris, La Documentation Française, 2016, 448p

RONSE T., *Les compétences de l'Union européenne*, Bruxelles, Les Editions de l'Université de Bruxelles, « Commentaire J. Mégret », 2017, 364p

OUVRAGES SPÉCIALISÉS

BELANGER M., *Les Communautés européennes et la santé*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 1985, 134p

BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, 192p

BERTHET T. (Dir.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés*, Céreq, coll. Relief, n° 17, nov. 2006

BLOY G., SCHWEYER F-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Paris, Presses de l'EHESP, 2010, 424p

BOESKEN W.H., KÜHNE H-H., HEUSEL W. (éd), *Postgraduate Studies for Medical Specialists and the Freedom of Establishment for Doctors in the Internal Market*, Köln, Bundesanzeiger Verlagsges, 1994, 200p

CABROL C., *Parole de médecin*, Paris, Hachette, 1991, 216p

CEREXHE E., *Le droit européen, la libre circulation des personnes et des entreprises*, Bruxelles, Nauwelaerts, 1982, 476p

CONSTANTINESCO V., KOVAR R., JACQUE J-P., SIMON D., *Traité instituant la CEE. Commentaire article par article*, Paris, Economica, 1992, 1648p

DE CRAYENCOUR J-P., *Communauté européenne et libre circulation des professions libérales – reconnaissance mutuelle des diplômes*, Luxembourg, OPOCE, 1982, 137p

DEPLAUDE M-O., *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2015, 416p

DHORDAIN A. (Dir.), *Le CHU - L'hôpital de tous les défis*, Toulouse, Privat, 2008, 367p

DRUESNE G., *Le droit d'établissement et la libre prestation de services dans la Communauté européenne*, Luxembourg, Editpress, 1986, 117p

DURAND-FARDEL R., *L'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris - centenaire de l'internat 1802-1902*, Paris, Steinheil, 1902, 286p

DUTHEIL DE LA ROCHERE J., *Droit communautaire matériel*, Paris, Hachette, 2001, 159p

GARRONE P., *La liberté de circulation des personnes : liberté de mouvement, égalité, liberté économique*, Zürich, Schulthess Polygraphischer Verlag, « Collection de droit européen », 1993, 304p

GILBERT C., HENRY E., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, « Recherches/Territoires du politique », 2009, 296p

GLORIEUX P., *Barreau et médecins face au droit d'établissement*, Louvain, Librairie universitaire, « Centre d'études européennes », 1968, 149p

GOLDMAN B., *Droit commercial européen*, Paris, Dalloz, 3^e éd., 1975, 834p

DE GROVE-VALDEYRON N., *Droit européen de la santé*, Paris, LGDJ, « Systèmes », 2013, 212p

JACOBS F.G., *European law and the individual*, Amsterdam, New-Holland Publishing, 1976, 211p

L'Europe et le droit. Mélanges en hommage à Jean Boulouis, Paris, Dalloz, 1991, 556p

L'Europe des professions, Aix-en-Provence, PUAM, 1991, 168p

L'internationalisation du droit. Mélanges en l'honneur de Yvon LOUSSOUARN, Paris, Dalloz, 1994, 416p

LEONARD J. , *Les Médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, thèse de doctorat, Université Paris IV, 1976 (impr. 1978), 3 vol., 1 570p et 248p d'annexes

LEONARD J., *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977, 285p

MARTIN D., *La libre circulation des personnes dans l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 1995

MARTIN D., *Égalité et non-discrimination dans la jurisprudence communautaire, Étude critique à la lumière d'une approche comparative*, Bruxelles, Bruylant, 2006, 669p

MASSART-PIERARD F. (dir), *L'Europe de la santé : hasard et/ou nécessité ?*, Louvain-la-Neuve, Eurospectives, 1988, 238p

MASSON A., NIHOUL P., *Droit de l'Union européenne, droit institutionnel et droit matériel* Bruxelles, Larcier, 3^e éd., 2011, 574p

OLIVA A-M., *Leçons de droit matériel de l'Union européenne*, Paris, Ellipses, 2013, 302p

OSMAN F., *Vers un code européen de la consommation*, Bruxelles, Bruylant, 1998, 421p

PERTEK J., *Diplômes et professions en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2008, 284p

SIMON D., *Le système juridique communautaire*, Paris, PUF, 2001, 779p

TABUTEAU D., *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, Ophrys, 2006, 420p

WALLACH D., *Numerus clausus : pourquoi la France va manquer de médecins*, Paris, Springer Verlag France, 2011, 289p

WEBERT F., *Les professions médicales et paramédicales dans la CEE*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1982, 88p

WISMAR M., MAIER B., GLINOS A., DUSSAULT G., FIGUERAS J., *Health Professional Mobility and Health Systems : Evidence from 17 European countries*, Copenhagen, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, 632p

THÈSES - MÉMOIRES

BOYLOUD-GHIDOSSO C., *La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité*. Thèse Médecine, Grenoble, 2011, 107p

DREXLER A., *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008, 92p

JAZOTTES G., *La notion d'exigences impératives dans la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes*, Thèse Droit, Toulouse I, 1997

LOISELET-DOULCET B., *La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995*, Thèse Médecine, Université de Bretagne occidentale, 2008, 65p

MATHIEU P, MORTAS D., *Le médecin généraliste dans la société : place de la femme médecin. Etude qualitative de sept focus groups de patients du bassin vizillois (Isère)*, Thèse Méd., Univ. Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble, 2011, 162p

MOREAU F., *La mobilité des travailleurs dans les relations extérieures de l'Union européenne*, Thèse Droit, Paris 1, 2011, 612p

NOURISSAT C., *Le régime de la profession médicale en droit communautaire*, Thèse Droit, Lyon III, 1998, 600p

PICOD F., *Réglementations nationales et libre circulation intracommunautaire des marchandises*, Paris, LGDJ, 1997, « Bibliothèque de droit international et communautaire », T.110

SZATMARI, G., *Droits fondamentaux et liberté de circulation*, Thèse Droit, Lyon III, 2006

TABARY M., *La sélection universitaire française dans l'accès aux professions médicales dans le droit de l'Union européenne*, Mémoire droit, Aix-en-Provence, 2013, 163p

ZAMPINI F., *La responsabilité de l'Etat du fait du droit communautaire*, Thèse Droit, Lyon III, 1992, 405p

RAPPORTS

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHELDE M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et Résultats*, DREES, 2009, 8p

AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, SALIBA-SERRE B, VENTELOU B, VERGER P., « L'exercice de la médecine générale libérale », *Etudes et résultats*, DREES, n°610, 2007

BACH J-F., « Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme – L1 santé », Rapport remis au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, février 2008

BACHELET M., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n°894, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2014

BACHELET M., ANGUIS M., « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Etudes et résultats*, DREES, n°1011, mai 2017

BARLET M., CAVILLON M., « La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », Document de travail, DREES, n°101, novembre 2010

BARLET M., COLDEFY M., COLLIN C., LUCAS-GABRIELLI V., « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Études et Résultats*, DREES, n°795, 2012, 8p

BARLET M., COLDEFY M., COLLIN C., LUCAS-GABRIELLI V., « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », Document de travail, *Série Études et Recherches*, Drees-Irdes, 2012, 61p

BARLET M., MARBOT C. (Dir.), « Portrait des professionnels de santé - édition 2016 », DREES, « Collection Panoramas de la Drees – Santé », avril 2016

BERLAND Y., GAUSSERON T., « Mission "démographie des professions de santé" », Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2002, 114p

BERLAND Y., « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », rapport d'étape, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003

BESSIÈRE S., BREUILGENIER P., DARRINÉ S., « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Etudes et résultats*, DREES, n° 352, novembre 2004

BILLAUT A., « Les cessations d'activités des médecins », *Études et résultats*, DREES, n°484, avril 2006

BLOY G., « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », Document de travail, *Série Études et Recherches*, DREES, 2011, 144p

BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A., « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », IRDES, 2006, 70p

BRANCIARD A., « Démographie médicale : étude de synthèse 1958-1985 », rapport préparatoire pour la MIRE, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, CNRS, mai 1987

BRANCIARD A., HUARD P., « Les médecins inscrits à l'Agence Nationale pour l'Emploi en 1987 », Rapport final d'une étude réalisée pour et financée par la Direction Générale de l'ANPE, Aix en Provence, juillet 1988

BROUILLET F., « Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? », *Note d'information Enseignement supérieur & Recherche*, MESR-SIES, mai 2011, n°11-09

CASH R., ULMANN P., « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France », *OECD Health Working Papers*, n°36, 2008, 117p

CASTERAN SACRESTE B., « La formation aux professions de la santé en 2014 », Document de travail, *Série Statistiques*, DREES, 2016, n°198, 122p

CAVILLON M., « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et résultats*, DREES, 2012, 8p

CEDH, *Guide sur l'article 2 du Protocole n°1 à la Convention européenne des droits de l'homme - Droit à l'instruction*, 30 avril 2017

Centre d'analyse stratégique, « La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français », 2012, 12p

COLDEFY M., « 7 500 médecins à diplômes non européen dans les hôpitaux français en 1995 », *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n° 1, 1999

COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V., MARCOUX L., « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 », Document de travail, DREES-IRDES, n°22, juin 2011

COLLET M., SICARD D., « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°594, septembre 2007

CNOM, « La démographie médicale future », 14 décembre 2001, 22p

CNOM, « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France (inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins) », 2007, 115p

CNOM, « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne. Situation au 1er janvier 2010 », 2010, 42p

CNOM, « Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France : situation au 1er janvier 2012 », 2012, 111p

CNOM, « Les flux migratoires et trajectoire des médecins. Situation en 2014 », 2014, 136p

CNOM, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1er janvier 2015, 322p

CNOM, « Atlas de la démographie médicale en France », situation au 1er janvier 2016, 326p

Cour des comptes, « Rapport sur la Sécurité sociale », Paris, Les Éditions du Journal officiel, 1997

Cour des comptes, « La Sécurité sociale », septembre 2011

DGS, Rapport sur la démographie médicale, 2001, 77p

DHOS, « Enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France. Enquête PADHUE au 1 mars 2005 », synthèse publiée par la FPS (Fédération des praticiens de santé), 2005, 17p

DHOS, « Enquête sur les médecins à diplôme hors Union européenne. Enquête PADHUE au 1 mars 2007 », rapport publié par la FPS (Fédération des praticiens de santé), 2007, 14p

DIRECTION GENERALE SOINS DE SANTE, « Médecins : mobilités internationales », note de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, mars 2015

DREES, « Données sur les médecins au 1er janvier issues de l'exploitation statistique du RPPS », *Sources et définitions*, 2015, 6p

DREES, « Exploitations statistiques au 1er janvier des données sur les professions de santé (hors médecins) tirées du Répertoire ADELI et du RPPS », 2015, 6p

EUROPEAN COMMISSION, « EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study », 29 Mai 2012

FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F., « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », *Études et Résultats*, DREES, juillet 2015, n°927

HARDY-DUBERNET A-C., ARLIAUD M., HORELLOU-LAFARGE C., LE ROY F., BLANC M-A., « La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », Paris, MIRE, 2001, 165p

HARDY-DUBERNET A-C., FAURE Y., « Le choix d'une vie... étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », Document de travail, série Études, DREES, 2006

HAS, « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? » - Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008, 61p

HAS, « Coopération entre professionnels de santé » - Mode d'emploi, avril 2012

HAS, « Les protocoles de coopération art. 51 » - Bilan du dispositif, Évaluation 2014, novembre 2015, 147p

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, rapport annuel, 23 janvier 2004

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, 24 mai 2007

INSPECTION GENERALE DES FINANCES, « Les professions réglementées - Tome 1 », Paris, La Documentation Française, 2013

IRDES, « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *Questions d'économie de la santé*, 2014, n°203, 8p

JACCARD-RUEDIN H., WIDMER M., « Immigration du personnel de santé vers la Suisse », Neuchâtel, *Observatoire suisse de la santé*, 2010, 98p

KAHN-BENSAUDE I, *La féminisation : une chance à saisir*, Rapport du Conseil National de l'ordre des médecins, 2005

LAZAR P., « 12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale », Rapport d'étape à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et à Monsieur le Ministre Délégué chargé de la Santé, octobre 1990

MICHEAU J., ALLIOT F., « Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? Note de synthèse », CNOSF, 2014, 12p

Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, « Participation des universités à la modernisation des épreuves classantes nationales (ECN) de médecine », Paris, 31 décembre 2014

MOULLAN Y., BOURGUEIL Y., « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques », *Questions d'économie de la Santé/IRDES*, n°203, 2014

OCDE, « Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale », *Synthèses de l'OCDE*, 2010, 8p

OCDE, « Perspectives des migrations internationales », Paris, Éditions OCDE, 2015, 388p

OMS, « Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé », Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé, 2010, 17p

ONDPS, « Rapport 2010-2011, Des professions de santé en évolution : pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation », Tome 3, 2011, 139p

ONDPS, « La régulation démographique des professionnels de santé par les flux d'étudiants. Le *numerus clausus* des trois professions médicales et des pharmaciens », Rapport 2013-2014, 2014

ONDPS, « Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », vol.1, mars 2015, 101p

ONDPS, « Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales », octobre 2015, 64p

ONDPS, « Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens- dentistes, sages-femmes et pharmaciens », Paris, FNORS, 2016/08, 185p

Ordre National des Médecins, *Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie - Note d'analyse*, Séance plénière du 23 septembre 2016

Ordre National des Pharmaciens. *Les pharmaciens. Panorama au 1er janvier 2015*, 2015, 48p

Rapport du groupe de travail « Education nationale - Affaires sociales » sur la réforme des études médicales, *Le concours médical*, vol.91, n°40, octobre 1969

Rapport sur l'organisation des études médicales, Paris, *La Documentation française*, 1970, 123p

RIGAUDIAT D., *Les médecins en provenance d'un pays hors CEE dans l'hôpital public*, Fondation de l'Avenir ; pour le compte de la DPM (Direction de la Population et des Migrations) du Ministère des Affaires Sociales, Appel d'Offres 1990, Paris, 1991, 101p

SAUTORY O., « La démocratisation de l'enseignement supérieur : évolution comparée des caractéristiques sociodémographiques des bacheliers et des étudiants », *Education et formations*, n°74, 2007, p.59

SÉNAT, « La démographie médicale », Étude de législation comparée n° 185, mai 2008

SÉNAT, « Déserts médicaux : agir vraiment », Rapport d'information n°335 (2012-2013) de M. Hervé MAUREY, fait au nom de la commission du développement durable, 133p

THULLIEZ Christian, « Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD », rapport, juillet 2006

UFC Que Choisir, « Accès aux soins », Direction des études, octobre 2012

VAN PARYS J., WAUTERS S., « Les Connaissances Linguistiques en Belgique », *CEREC*, Document de travail, 2006/7, 6p

VIGNEUL M., « Principales caractéristiques du système de Santé belge (niveau fédéral) », Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), 2013

ARTICLES

- **Articles de doctrine**

ANRYS H., « Les professions médicales et paramédicales dans le Marché commun », *Revue internationale de droit comparé*, 1972, Vol.24/n°2, p.475

ANRYS H., « La libre circulation des médecins », in MASSART-PIERARD F. (dir), *L'Europe de la santé : hasard et/ou nécessité ?*, Louvain-la-Neuve, Eurospectives, 1988, p.131s

BADEL M., « La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ? », *RDSS*, mai-juin 2012, p.528

BALLARD K., ROBINSON S., LAURENCE P., « Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study », *British Journal of General Practice*, 54(507), 2004, p.747-752

BARNAY T., « Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2007, p.109-126

BASZANGER I., « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, 1983, vol. 25, n°3, p.275-294

BERLAND Y., « La démographie des professions de santé : constat, analyse et solutions envisageables », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.11-34

BESSIERE S., « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *RFAS*, 2005, p.19-33

BONNECHERE M., « La libre circulation des travailleurs dans l'Union européenne », *Droit ouvrier*, 1995, p.319

BRIQUET N., « Vers une Europe de la santé : synthèse des travaux communautaires dans le domaine sanitaire », *Revue du Marché Commun*, 1974, p.491-496

BROCKLISS L., ROGERS R., « L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation », *Histoire de l'éducation*, n° 42, 1989, p.79-110

BUI DANG HA DOAN J., « La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004) », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2004, vol.44/3, p.271-348

BUNGENER M., « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, Vol.2, n°1, 1984, p.77-110

CAILLE P-O., « Les internes en médecine ne sont pas des doctorants comme les autres », *AJDA*, 2014, p.1619

CARLIER J.-Y., « Le devenir de la libre circulation des personnes dans l'Union européenne, regards sur la directive 2004/38 », *Cahiers de droit européen*, 2006, p.13

CASTELOT P., « Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine : le stage mis au cœur des études médicales. Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine : JORF, n°0146 du 26 juin 2013 », *Droit & Santé*, nov. 2013, p.784

CEREXHE E., « Article 57 », in CONSTANTINESCO V., KOVAR R., JACQUE J-P., SIMON D., *Traité instituant la CEE. Commentaire article par article*, Paris, Economica, 1992, p.299

COTTEREAU V., « Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en France : Quand les hôpitaux ont recours à des médecins-migrants », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2015, 16p

COUZINET J-F., « La détermination des personnes bénéficiaires de la libre circulation dans la Communauté économique européenne », *LPA*, 1992, n°94, p.39

DARMON M., HUGLO J.G., « L'égalité de traitement entre les hommes et les femmes dans la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes: un univers en expansion », *RTDE*, 1992, p.10

DE CARA J.-Y., « La libre circulation des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques dans la Communauté européenne », in DRUESNE G., *Le droit d'établissement et la libre prestation de services dans la Communauté européenne*, Luxembourg, Editpress, 1986, p.5 et s.

DE CRAYENCOUR J-P, « La reconnaissance mutuelle des diplômes dans le traité de Rome », *Revue du Marché Commun*, 1970, p.449

DE CRAYENCOUR J-P, « La reconnaissance mutuelle des diplômes, un retentissant échec ? », *Revue du Marché Commun*, 1973, p.265

DE GROVE-VALDEYRON N., « Santé publique », *Répertoire de droit communautaire*, Août 2008

DELAMAIRE M-L., SCHWEYER F-X., « Nationally moderate, locally significant : France and health professional mobility from far and near », in WISMAR M. et al., *Health Professional Mobility and Health Systems : Evidence from 17 European countries*, op. cit., p.181-210

DEPLAUDE M-O., « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1/2009 (N° 2), p.79-100

DEPLAUDE M-O., « Une fiction d'institution : les "besoins de santé" de la population », in GILBERT C., HENRY E., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, « Recherches/Territoires du politique », 2009, p.255-272

DEPLAUDE M.-O., « De l'erreur en politique. Le cas de la régulation démographique du corps médical en France (1980-2005) », in CHAUVIRE C., OGIEN A., QUERE L., *Dynamiques de l'erreur*, Paris, EHESS, « Raisons pratiques » n°19, 2009, p.335-361

DEPLAUDE M-O., « Une xénophobie d'État ? Les "médecins étrangers" en France (1945-2006) », *Politix*, 2011/3 (n° 95), p.207-231

DUBERNET A-C., « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ? », *ADSP*, n° 32, septembre 2000, p.26

DUBOUIS L., « Détermination de l'autorité compétente pour prendre les mesures de mise en œuvre d'une directive communautaire : *Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Alpes-Maritimes c. M. Boucq* », *RFDA*, 1989, p.347-351

DUBOUIS L., « Du bon usage du droit communautaire relatif à la liberté d'établissement des membres des professions de santé », *RDSS*, 1991 p.214-217

DUBOUIS L., « L'ouverture de la fonction publique aux ressortissants des autres États de la Communauté européenne », *RFDA*, 1991, p.903

ETTAHIRI L., « Médecins étrangers : quel avenir en France ? », *Plein droit*, n° 26, octobre 1994

EVLETH D., « Vichy France and the continuity of medical nationalism », *Social History of Medicine*, 1995, p.95-116

FERGUSON E, JAMES D, MADELEY L., « Factors associated with success in medical school : systematic review of the literature », *British Medical Journal*, 2002/324, p.952-957

FITTE-DUVAL A., « L'admissibilité aux emplois publics », *Encyclopédie des collectivités locales Dalloz*, juin 2015

HARDY-DUBERNET A-C., Le ROY F., « La discrimination élective, l'exemple du concours de première année de médecine », in BERTHET T. (Dir.), *Discriminations dans les mondes de l'éducation et de la formation : regards croisés*, Céreq, coll. Relief, n° 17, nov. 2006, p.25-34

HARDY A-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *RDSS*, 2013, p.631

HENNION-MOREAU S., « Le travail ou les limites de la citoyenneté européenne », in *Mélanges E. Alfandari*, Dalloz, Paris, 2000, p.289

HERVIEU N., « Le *numerus clausus* et la sélection universitaire passent avec succès l'épreuve européenne », *Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF*, 8 avril 2013

HCERNI B., « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des sciences médicales*, 1998/1, p.63-67

HURWITZ L., « La libre circulation des médecins dans la communauté européenne. Le cas de la France », *Revue française des affaires sociales*, 42 (3), 1988

IDOT L., « Libre circulation des travailleurs et accords de coopération ou d'association », in *Trente ans de libre circulation des travailleurs*, La documentation française, Paris, 1998

JEAMMAUD A., « Unification, uniformisation, harmonisation : de quoi s'agit-il ? », in OSMAN F., *Vers un code européen de la consommation*, Bruxelles, Bruylant, 1998, p.35 s.

JOUQUAN J., « Le choix des étudiants candidats aux études de médecines : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique », *Pédagogie Médicale*, Vol.4, n°1, février 2003, p.5-8

KAUFF-GAZIN F., « Accès des étudiants aux études médicales et paramédicales en Belgique », *Europe*, juin 2010, n°6

KOHLER C., BRAUN M., MARI G., ROLAND J., « Evolution du profil des étudiants ayant passé le concours de PCEM1 à la Faculté de Médecine de Nancy de 1992 à 2001 », *Pédagogie Médicale*, vol.4, n°1, février 2003, p.12-17

KOVAR R., « Les accords liant les Communautés européennes et l'ordre juridique communautaire », *RTDE*, 1974, p.345

KOVAR R., « Chroniques de jurisprudence », *JDI*, 1978, p.957-964

KOVAR R., « Chroniques de jurisprudence », *JDI*, 1978, p.964-966

LAPEYRE N., LE FEUVRE N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, 2005, p.59-81

LE BRIS R-F., « L'étranger et ses métamorphoses, quelques considérations contemporaines », *in L'internationalisation du droit. Mélanges en l'honneur de Yvon LOUSSOUARN*, Paris, Dalloz, 1994, p.233

LE FUR P., « Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé*, n° 144, IRDES, 2009, 8p

LECA A., « Le *numerus clausus* médical : un système absurde et unique qui génère des dérives croissantes », *RGDM*, n°51, juin 2014, p.187-194

LECA A., AGRESTI J-P., BERLAND C., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.35-53

LENAERTS K., « L'égalité de traitement en droit communautaire. Un principe unique aux apparences multiples », *Cahiers de droit européen*, 1991, p.3-41

LESGUILLONS H., « L'extension des compétences de la CEE par l'article 235 du traité de Rome », *Annuaire français de droit international*, 1974, p.886-904

LETTERON R., « Le droit à l'instruction, et la sélection à l'Université », 15 avril 2013 (<http://libertescherries.blogspot.fr/2013/04/le-droit-linstruction-et-la-selection.html>)

LOCHARD Y., MEILLAND C., VIPREY M., « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle », *La Revue de l'Ires*, 2007/1 (n° 53), p.83-110

LOUSSOUARN Y., « Droit d'établissement », *RTDE*, 1975, p.518-531

LOY O., « Le dynamisme de la CJCE dans la libération de l'établissement et de la prestation de services », *JDI*, 1975, p.728-752

LYON-CAEN A., « La libre circulation des travailleurs dans la Communauté économique européenne », *Droit social*, 1989, p.526

LYON-CAEN A., « Le droit, la mobilité et les relations de travail, quelques perspectives », *Revue du Marché commun*, 1991, p.108

LYON-CAEN A., « Les bénéficiaires de la libre circulation », in *Trente ans de libre circulation*, La documentation française, 1998, p.9

MANDIN F., « Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le CESP », *RDSS*, 2013, p.591

MARCHAND M., PESTIEAU P., « Le *numerus clausus* en médecine : pourquoi et comment ? », *Reflets et perspectives de la vie économiques*, 1/2003, p.59-70

MARIÉ R., « La politique d'amélioration de la répartition géographique des médecins libéraux en question », *RDSS*, 2012, p.404

MARIÉ R., « Nouvelle convention médicale : quelques changements mais guère d'innovations ! », *RDSS*, 2017, p.71

MARTIN D., « Discriminations, entraves et raisons impérieuses dans le traité CE, trois concepts en quête d'identité », *Cahiers de droit européen*, 1998, p.261

NICOLAS G., « Les déserts médicaux sous l'éclairage du droit comparé : l'exemple anglais », in BERLAND-BENHAIM C., NGAMPIO-OBELE-BELE U. (Dir.), *Les déserts médicaux*, Bordeaux, LEH, « Les cahiers de droit de la santé », n°19, 2014, p.179-190

NIEL X., « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2001, 41(2), p.141-172

NOVAK K., « Le juge administratif et le principe de liberté d'installation des médecins », *RDS*, n° 46, 2012, p.277-279

OGIEN A., « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2001, p.51-57

PEERS S., « Towards equality : actual and potential rights of third-country nationals in the European Union », *Common Market Law Review*, 1996/33, p.7-50

PERTEK J., « Professions médicales et paramédicales », *JurisClasseur Europe*, fasc. 740

PERTEK J., « La reconnaissance des diplômes, un acquis original à développer », *Journal des Tribunaux. Droit européen*, n°62, 1999, p.177-183

PERTEK J., « L'Europe des professionnels de la santé », *Revue des affaires européennes*, 2003-2004/2, p.221

POIRIER J., « Fonctions et privilèges des externes des hôpitaux de Paris (1802-1968) », *La revue du praticien*, janvier 2014, vol.64, p.142-145

POUPEAU D., « Les étudiants en médecine formés à l'étranger après un échec en France ne peuvent être écartés de l'accès à l'internat français. Arrêt rendu par Conseil d'Etat, 23-01-2013, n° 353300 », *AJDA*, 2013, p.203

POUPEAU D., « Médecine : accès à l'internat des étudiants formés à l'étranger-CE 23 janv. 2013, req. n°353300 », *Dalloz actualité*, 05 février 2013

PUTMAN, E., « Marché unique et libre circulation des travailleurs indépendants », in *L'Europe des professions*, Aix-en-Provence, PUAM, 1991, p.45

RAMBAUD P., « La discrimination à rebours et le droit communautaire : un mythe juridique ? », *Gaz. Pal.*, 1992, p.339

RABIER C., « Une révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre révolution et empire », *Annales historiques de la Révolution française*, 2010/359, p.141-159

REILLY L., « Freedom of Establishment in the Internal Market for Medical Specialist », in BOESKEN W.H., KÜHNE H-H., HEUSEL W. (éd), *Postgraduate Studies for Medical Specialists and the Freedom of Establishment for Doctors in the Internal Market*, Köln, Bundesanzeiger Verlagsges, 1994, p.31s

ROLLAND C., SICOT F., « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n°3, 2012, p.53-75

ROUSSET G., « La lutte contre les "déserts médicaux" depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux », *RDSS*, 2012, p.1061

ROUSSET G., « Fasc. 5 : PRINCIPES COMMUNS. – Accès à la qualification », *Encyclopédie Droit médical et hospitalier, Litec*, 20 avril 2014

ROUSSIER S., « Les internes en médecine sont des doctorants comme les autres », *AJDA*, 2014, p.938

SOUBEYROL J., « Les médecins dans la C.E.E. », *RTDE*, 1976, p.601-623

SOURNIA J-C., « Les fondements du décret du 14 frimaire an II (4 décembre 1794) (instituant pour la première fois une coopération entre l'hôpital et la faculté de médecine) », *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, n°78, 2/1995, p.47-50

STANGOS P-N., « Les ressortissants d'États tiers au sein de l'ordre juridique communautaire », *Cahiers de droit européen*, 1992, p.306

SUDRE F., « La Communauté européenne et les droits fondamentaux après le traité d'Amsterdam : vers un nouveau système européen de protection des droits de l'Homme ? », *JCP G*, 1998, n°1

TABUTEAU D., « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 1/2010, n°26, p.103-121

VACHET G., « L'égalité de traitement entre travailleurs communautaires », *Droit social*, 1989, p.534

VALLANCIEN G., « Le médecin du XXI^e siècle. Sa place et son rôle », *Le Débat*, 2011/5, n° 167, p.80-99

VAN RAEPENBUSCH S., « La libre circulation des personnes », *Revue de jurisprudence sociale*, 1995, p.75

VIGNES D., « Le rapprochement des législations mérite-t-il encore son nom ? », *in L'Europe et le droit. Mélanges Jean Boulouis*, Paris, Dalloz, p.533s

VIOUJAS V., « La responsabilisation des médecins, vecteur de transformation de la médecine libérale. », *RGDM*, n°43, juin 2012, p.289

WÄGENBAUR R., « La reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles », *JCI Europe*, fasc. 720

WÄGENBAUR R., « Où en est la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin dans la CEE », *RTDE*, 1973, p.426-437

WÄGENBAUR R., « La mise en œuvre de la libre circulation des médecins dans la Communauté européenne », *RMC*, 1977, p.311

WOLMARK C., « Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité », *Plein droit*, vol. 92, n°1, 2012, p.36-40

- **Articles de presse spécialisée**

Acteurs publics, 8 février 2017, « Frédéric Valletoux : “Il faut donner plus de souplesse aux managers hospitaliers” »

Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 26 avril 1994, 178, n°4, p.702

Bulletin de l'Ordre des médecins, année 47-48, n° 1, novembre 1947, 2 mars 1948

Bulletin de l'Ordre des médecins, janvier-février 2012, p.9

BURDILLAT M., « Avons-nous trop de médecins en France ? », *Questions de Santé Publique*, n°9, 2010/06

Conseil national de l'Ordre des médecins, « L'Ordre des médecins prend acte de la hausse du *numerus clausus* mais rappelle que cette mesure ne saurait résoudre les problèmes d'accès aux soins dans les territoires », Communiqué de presse, 25 novembre 2016

DUCLOUX M, COHEN BF, « Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise », Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre, *Ordre National des Médecins*, 2003

HUGUIER M., ROMESTAING P., « *Numerus clausus* et démographie médicale en France », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2014, 198, n°7, p.1367-1378

La Gazette des communes, 1^{er} février 2016, « Accroître la présence médicale en zone désertée : gros plan sur la "V2" du Pacte territoire santé »

LAIRES-TAVARES C., « Roumanie : ces carabins français qui passent à l'Est », *Le generaliste.fr*, 14 septembre 2012, n°2613

Le médecin de France, n° 202, 9 mai 1980, reproduction du «Touche à tout», n°7, juillet 1910

Le Moniteur des Pharmacies, 12 mars 2011

Le Moniteur des Pharmacies, n°2897, 17 septembre 2011

Le Moniteur Pharmaceutique, n°2929, 14 avril 2012

Le Moniteur des Pharmacies, 10 février 2016, « Installation des médecins : les petites villes en faveur de la coercition »

Le Quotidien du médecin, n°4482, 8 mars 1990

Le Quotidien du médecin, 16 décembre 2011, « Remplacer les médecins ruraux par des vétérinaires : l'idée provoque un tollé »

Le Quotidien du médecin, 3 novembre 2014, « Comment réguler la démographie au niveau de l'Union européenne ? L'Académie et l'Ordre plaident pour une harmonisation des *numerus clausus* »

Le Quotidien du médecin, 29 juillet 2015, « Recalé deux fois en P1 mais 168e aux ECN 2015, Charles Hervé est la fierté des étudiants français de Cluj »

Le Quotidien du médecin, 20 juin 2017, « Pataquès aux ECNi : un dossier clinique "recyclé", le CNG n'exclut pas une nouvelle épreuve jeudi »

Le Quotidien du médecin, 22 juin 2017, « Fiasco des ECNi : une seconde épreuve annulée, l'Enseignement supérieur lance une enquête »

Remede.org, 9 septembre 2004, « Un petit descriptif pour savoir comment exercer le plus beau métier du monde dans le plus beau pays du monde, avec un accent (un peu traînant) sur Genève »

Remede.org, 26 juillet 2017, « Les FFI forçats de l'hôpital »

SICARD A., « Sur la situation actuelle de la chirurgie française », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 172 (9), 1988

- **Articles de presse généraliste**

Actusoins.com, 11 février 2016, « Huit internes en médecine formés à l'étranger exclus pour incompétence »

L'Etudiant, 3 décembre 2013, « L'UA : un coup d'avance sur les études de médecine »

L'Etudiant, 7 mars 2014, « Licence santé : les sept expérimentations retenues publiées au JO »

L'Etudiant, 1^{er} novembre 2014, « Faire médecine en Roumanie : bon plan ou pas ? »

L'Etudiant, 3 décembre 2014, « Licence santé : trois nouvelles expérimentations pour la rentrée 2015 »

L'étudiant, 27 septembre 2016, « Dentaire : clap de fin pour le Clesi, condamné à fermer »

L'Etudiant, 25 novembre 2016, « Les universités cherchent toujours une alternative à la Paces »

L'Etudiant, 13 décembre 2016, « Exclusif. *Numerus clausus* en médecine : comment sont réparties les places en plus ? »

L'étudiant.fr, 13 décembre 2016, « *Numerus clausus* en médecine : combien de places supplémentaires dans votre fac en 2017 ? »

L'étudiant, 9 juin 2017, « PACES : le classement 2017 des facs de médecine »

La Croix, 9 mars 2010, « La France recrute ses médecins en Roumanie »

La Croix, 22 septembre 2015, « La nécessaire "démocratisation" des études de médecine »

LeFigaro.fr, 15 octobre 2007, « La France s'attaque enfin au risque de "déserts médicaux" »

LeFigaro.fr, 28 janvier 2010, « La Roumanie, nouvel éden des étudiants en médecine »

LeFigaro.fr, 27 juin 2012, « Médecine : la Belgique veut moins d'étudiants français »

LeFigaro.fr, 5 décembre 2012, « Les médecins étrangers coûteux et mal encadrés »

LeFigaro.fr, publié le 3 avril 2014, « Internes: 60% de stage en médecine générale »

LeFigaro.fr, 4 mai 2016, « Etudes de médecine en Belgique : est-ce encore un bon plan ? »

Le Figaro, 20 mars 2017, « Les maisons de santé pour lutter contre les "déserts médicaux" »

Le Midi Libre, 5 avril 2013, « Béziers : selon le recteur, l'université Pessoa "ne peut pas ouvrir !" »

Le Monde, 18 mai 1994, « Des boucs émissaires »

Le Monde, 8 février 1997

Le Monde, 31 octobre 2008, « Un tiers des 250 000 médecins exerçant au Royaume-Uni n'ont pas été formés dans ce pays »

Le Monde, 29 juin 2012, « La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire »

Le Monde, 11 mars 2013, « A Toulon, les recalés du *numerus clausus* défendent leur fac privée »

Le Monde, 25 mars 2013, « Fernando Pessoa de Toulon, ses demi-mensonges et ses vraies omissions »

Le Monde, 25 avril 2015, « A Cluj, le malaise des étudiants en médecine français »

Le Monde, 6 février 2017, « Après un échec en fac de médecine, que sont-ils devenus ? »

Le Monde, 9 février 2016, « Les internes en médecine formés à l'étranger dans le viseur »

Le Monde, 23 février 2017, « Les doyens des facs de médecine demandent la suppression du *numerus clausus* »

Le Monde, 21 juin 2017, « Colère des étudiants de médecine après l'annulation d'une épreuve de l'internat (ECN) »

Le Parisien, 3 avril 2014, « 60% des internes ont fait un stage en médecine générale en 2013 »

Le temps, 27 avril 2016, « Le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux réanimé »

Les Échos, 25 février 2013, « L'Université portugaise de Béziers relance le débat sur le *numerus clausus* »

Lesmetiers.net, 6 septembre 2014, « Est-il possible de partir faire ses études de médecine en Suisse ? »

MILHAUD G. (chef de service à l'hôpital Saint-Antoine, membre fondateur du SAEM), « Jusqu'où cette grève ira-t-elle ? », *La Nation*, 7-8 novembre 1969

WALLACH D., « A-t-on besoin d'un *numerus clausus* ? », *Le Monde*, 8 février 2011

ANNEXES

Annexe 1. Entretien avec Bruno Ravaz, ancien vice-président de l'Université Fernando Pessoa

Annexe 2. Libres propos du Docteur Nicolas Tabary, chef de service d'anesthésie au Centre hospitalier Intercommunal de Poissy, au sujet des FFI

Annexe 3. Décret italien du 16 février 2012 interdisant l'ouverture de l'université Fernando Pessoa - traduction

Annexe 1

ENTRETIEN AVEC BRUNO RAVAZ, VICE-PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ FERNANDO PESSOA¹¹⁵⁴

Marc Tabary : *Dans quel pays auront lieu les formations, proposées par l'UFP ?*

Bruno Ravaz : « Les trois premières années composées principalement d'enseignement théorique, plus quelques enseignements pratiques en laboratoires que nous sommes en train d'équiper se dérouleront en France. Les fournisseurs se battent, actuellement pour nous présenter leur marchandise, nous offrant ainsi les moyens d'équiper correctement nos étudiants. Puis, la convention d'affiliation académique avec l'université de Porto, prévoit que les stages pratiques et cliniques qui sont essentiels aux professions de santé se dérouleront eux, à partir de la 4^{ème} année, tous au Portugal ».

M.T : *Qui dispensera l'enseignement ?*

B.R : « Nos enseignements théoriques seront faits ici par des enseignants qui auront été validés par l'université Fernando Pessoa, des docteurs de l'université française, pour la plupart afin d'éviter toute contestation. Ces docteurs agréés et nommés en tant que professeurs extraordinaires de l'université de Porto, sont chargés de l'enseignement théorique, ainsi que des enseignements pratiques de niveau laboratoire. Ensuite les étudiants pour les stages cliniques et l'apprentissage de leur relation avec le patient, partent au Portugal.

Ils y trouveront un hôpital portugais, que l'école a elle-même financé à hauteur de 45 millions d'euros, sans recours à des capitaux publics. En plus de cet hôpital école mis à leur disposition, l'université Fernando Pessoa a conclu, depuis longtemps un partenariat avec ce qu'on appelle des cliniques pédagogiques, pour l'odontologie et l'orthophonie, composées d'enseignants portugais qui parlent le français et l'anglais ».

M.T : *La maîtrise du français serait donc suffisante ?*

B.R : « Au Portugal, dès lors qu'il y a des étrangers, tous les enseignements ont lieu en anglais, y compris pour les étudiants portugais. Nous formons donc à l'anglais nos étudiants dès le début

¹¹⁵⁴ Entretien réalisé le 25 avril 2013 sur le site de La Garde, près de Toulon.

du cursus lorsqu'ils entrent dans l'école, quelle que soit la discipline ; ensuite à partir du second semestre, on leur offre en plus des cours de portugais ».

M.T : *Quelles sont les formations que vous proposez ?*

B.R : « Nous n'avons ouvert pour l'instant que 2 formations ; odontologie et orthophonie. L'an prochain, si tout va bien, nous ouvrirons aussi physiothérapie. Nous avons prévu, en *e-learning* des formations en science humaines, mais finalement nous avons décidé de ne pas les monter ».

M.T : *Y a-t-il aujourd'hui une corrélation entre l'université de Toulon et votre établissement ?*

B.R : « Il n'y a pas de partenariat avec l'université de Toulon, mais une complémentarité, en tant qu'ancien maître de conférence et ancien président de l'université de Toulon, cela ne me choquait pas d'aider, quelque part, l'éclosion de cette université privée.

Je ne sens aucune concurrence entre les deux universités, parce que la fac de Toulon n'assure aucune formation de santé.

Je vais maintenant enlever toute référence à cette complémentarité, parce que selon certain cela sera source de confusion, même si dans mon esprit ça ne l'est pas du tout ».

M.T : *D'où viennent vos étudiants ?*

B.R : « Notre recrutement se fait sur toute la France, il n'est pas réservé aux toulonnais, il n'y en a d'ailleurs aujourd'hui que très peu au sein de notre établissement ».

M.T : *Une éventuelle formation des médecins est-elle prévue ?*

B.R : « On envisage la médecine mais seulement lorsque l'université de porto sera elle-même habilitée. Le processus d'habilitation pour médecine est actuellement en cours. Il fallait pour cela que l'UFP ait son propre hôpital ce qui est le cas depuis quelques semaines ».

M.T : *Il existe donc bien une nécessaire réciprocité entre les formations proposées à Porto et les vôtres. Quid des déclarations du CNPS qui vous reprochent de ne pas respecter cette réciprocité ?*

B.R : « Cela part d'une équivoque. L'orthophonie n'est pas dispensée sous ce nom au Portugal, en effet cela s'appelle, théorie de la parole. La formation dispose sensiblement des même cours et des mêmes crédits ECTS. Après si les contenus s'avèrent être différents, il pourra être exigé à nos étudiants d'obtenir certains crédits ECTS en plus de la formation que nous proposons.

L'ordonnance de 2005, n'a pas prévue l'équivalence des diplômes pour l'orthophonie, nous allons donc devoir préciser les choses.

L'université de Porto délivre des crédits ECTS, ces crédits sont valables partout dans l'Union Européenne ».

M.T : *Quelle est la valeur actuelle des diplômes portugais de professions de santé?*

B.R : « J'espère que l'écart est aujourd'hui réduit avec le diplôme français. Il existe une certaine discrimination de la part des universités françaises, et je suis bien placé pour en parler. Ce qui demeure certain c'est qu'à la différence de la Roumanie, les étudiants qui seront reçus à l'université de Porto, disposeront d'un matériel performant et moderne.

L'université de Porto, a investie des sommes considérables dans la qualité du matériel, l'hôpital qui viens d'ouvrir, est par exemple très bien équipé, en scanner et en IRM.

Tout l'effectif de Toulon sera accueilli au sein de cet hôpital plus les cliniques pédagogiques, afin d'assurer à nos élèves une grande qualité de formation ».

M.T : *La possibilité d'une rentrée en quinconce sera-t-elle maintenue ?*

B.R : « La rentrée en quinconce n'était prévue que pour les débuts de l'établissement, l'expérience ne va pas être réitérée. Cela s'est produit pour avoir le choix entre plusieurs candidats, notamment au regard des premiers résultats ».

M.T : *Le contentieux lié au terme « université »...*

B.R : « Nous somme présumé innocent, et j'ai été entendu par la police sur la question. Après si le recours abouti, nous envisageront un recours devant le conseil Constitutionnel, parce que le décret date de 1876, et que les choses ont un petit peu évoluées.

Le titre est galvaudé par tout le monde, et personne n'a jamais rien dit, ni réagis.

Enfin nous envisageons également une question préjudicielle devant la cours de l'union européenne, parce que les traités internationaux, notamment, depuis 1958, permettent la liberté d'établissement. Une antenne de l'université portugaise, n'est pas condamnable, et je trouve ahurissant que l'on se fonde sur ce texte qui est à mon avis, totalement obsolète ».

M.T : *Est-ce là le seul contentieux que vous connaissez ?*

B.R : « Les pouvoir public vont sans doute se baser sur d'autres fondements juridiques comme l'escroquerie par exemple, cela leur permettra de saisir un juge d'instruction qui, au mépris du droit, pourra très bien prendre des mesures coercitives. Je ne me fais guère d'illusion la dessus, malgré le fait que nous soyons dans un état de droit, il faut parfois des années pour le faire reconnaître ».

M.T : *L'expérience UFP, a d'abord échouée en Italie, qu'en pensez-vous ?*

B.R : « L'expérience a été refusée, parce que Fernando Pessoa a demandé au ministère l'autorisation de installer, soit parce qu'il s'agit d'un régime d'autorisation préalable, soit pour tenir compte des acteurs préexistant ».

M.T : *Que pensez-vous du numerus clausus ?*

B.R : « Je comprends très bien qu'il existe un *numerus clausus*, l'État n'a pas les moyens de financer ni de répondre à toute les demandes. Pour former en dentaire par exemple, il faut avoir des « fantômes », qui sont de plus en plus sophistiqués. Ce sont des mannequins, qui enregistrent un certain nombre de réactions suite à l'action mécanique du praticien.

Tout ce matériel la coûte très cher il faut le financer.

Il y a donc des limites budgétaires que je comprends très bien, mais le public n'a pas vocation à être le seul à enseigner l'art dentaire. Pourquoi le privé ne le ferait-il pas ?

Nous demeurons aujourd'hui avec l'université catholique de Lille la seule initiative privée dans l'enseignement de l'odontologie ».

M.T : *Votre initiative ne s'adresse qu'aux étudiants s'étant heurtés au numerus clausus ?*

B.R : « Nos étudiants ont eu pour certain la mention « très bien » au bac et n'ont jamais été recalé au concours. On a aujourd'hui près de 2500 étudiants qui postulent.

Nous sommes donc en train de mettre en place le processus de sélection pour l'année prochaine.

Nous n'aurons donc que de très bon étudiants, maintenant auraient ils réussi le concours je n'en sais rien.

Nous recherchons avant tout la motivation des étudiants, on préfère faire la sélection pendant les 5 années de formation plutôt que de la faire à l'entrée, sur les mathématiques qui ne sont au Portugal qu'une option. En France vous ne pouvez pas être un bon dentiste si vous n'êtes pas un bon matheux ».

M.T : *Si le numerus clausus venait à disparaître, votre établissement perdrait son intérêt ?*

B.R : « Rien ne nous empêche de faire des formations excellence. Ce n'est pas parce que la formation est privée qu'elle est mauvaise. Nous n'avons certes pas encore fait nos preuves mais l'université de Porto les a faites. Dans les classements, au Portugal, elle est considérée comme la meilleure université privée du pays.

Une université capable d'autofinancer son hôpital représente une chance inouïe, dans un pays où le gouvernement n'arrive plus à financer le fonctionnement de ses propres hôpitaux.

La ministre de la santé n'a d'ailleurs pas pris position contre nous, notre initiative pourrait être salvatrice pour la sécurité sociale si nos étudiants pouvaient exercer les tarifs de la Sécurité sociale, nonobstant l'avis défavorable de l'ARS.

Cette xénophobie est un frein terrible à l'Europe ».

M.T : *Sur les tarifs que vous pratiquez...*

B.R : « Nous sommes partis sur une tarification basse, donc d'éventuels concurrents, s'ils poursuivaient un but lucratif, devraient doubler ce tarif pour rendre l'expérience rentable ».

Annexe 2

LIBRES PROPOS DU DOCTEUR NICOLAS TABARY, CHEF DE SERVICE D'ANESTHÉSIE AU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY AU SUJET DES FFI

« Chef de service d'anesthésie depuis une dizaine d'années dans un hôpital général de la région Île de France, j'ai dû recourir régulièrement à l'embauche de médecins étrangers.

En fait, dans mon cas, le service ayant l'agrément pour la qualification des internes DES, il m'était possible de recruter des médecins ayant fait leurs études de médecine dans leur pays (ou un autre, mais hors communauté européenne), ayant débuté leurs spécialisation en anesthésie (AFS puis DFMS aujourd'hui) ou même validé (AFSA, DFMSA) en dehors de la France, et qui souhaitent compléter leur formation chez nous.

Ces médecins sont comme tous les étudiants, inscrits à l'Université, ils ont des cours théoriques souvent en même temps que les DES français, font des stages dans nos hôpitaux, ont une carte de séjour, et une autorisation de travail

Dans le principe, il n'y a rien d'anormal, La France offre à des ressortissants étrangers la possibilité de compléter leur formation ; ils ont un programme d'études sur deux ans (trois maximum) et doivent retourner dans leur pays par la suite. En temps qu'étudiant en formation, leur rémunération est voisine de celle d'un DES français, il n'y a pas exploitation ; Cependant, ayant déjà réalisé leur cursus dans leur pays quand ils arrivent en France, ils sont souvent âgés de plus de 30 ans, ont charge de famille, et sont confronté à un coût de la vie souvent beaucoup plus élevé que chez eux.

Leur responsabilité juridique n'est pas la même : ils sont étudiants, non-inscrits à l'ordre des médecins, et ne peuvent exercer que sous la responsabilité d'un praticien hospitalier présent sur place (quand ils sont de garde, sur l'ensemble des médecins anesthésistes présents, il y a toujours un PH). Cependant, en pratique, ils gèrent des anesthésies, en association avec les infirmières IADE, et assurent les mêmes actes que les médecins anesthésistes à diplôme français.

A plusieurs reprises, sous la pression du besoin, mais aussi d'une certaine justice pour service rendu, l'État leur a ouvert la possibilité de valider leurs acquis, et d'obtenir l'équivalence du diplôme français sous réserve de réussite à un examen associant contrôle des connaissances et vérification de l'acquisition de la langue française. Cet examen ne pouvait pas être une porte

ouverte à une immigration non choisie, les épreuves étaient réellement sélectives, et d'un examen, c'est devenu dans les faits l'équivalent d'un concours assez restrictif.

Cette équivalence, et c'est juridiquement normal, leur ouvre les mêmes droits qu'à tout médecin français ayant obtenu le même diplôme quelle que soit la voie choisie, et ils peuvent exercer dans les mêmes conditions, en particulier en mode libéral ; Ils peuvent également s'ils le souhaitent, comme tout français à équivalence de diplôme, présenter le concours de la fonction publique et devenir praticien hospitalier.

Je ne connais pas personnellement le pourcentage, mais parmi les médecins étrangers venu se former dans le service, beaucoup sont repartis dans leur pays ayant obtenu un poste, auréolés d'une formation à la française, un certain nombre, avec leur équivalence de diplôme, ont choisi d'exercer dans des structures privées ; quelques-uns (deux à ce jour) ont choisi de passer le concours de praticien hospitalier, et exercent encore chez nous.

Parallèlement à ce « mode de recrutement » l'organisation de la médecine française a fait face à beaucoup de restructuration : dans les années 60, le pays imaginait un hôpital à la porte de chaque citoyen, et de nombreux hôpitaux de proximité ont vu le jour.

Puis, le coût, la complexité des techniques, la démographie médicale restreinte par le *numerus clausus*, ont obligé à revoir notre organisation. Une certaine qualité des soins nécessite que les équipes soient habitués aux pathologies et aux actes qu'ils doivent assumer ; les autorisations d'exercice ont été soumises à des quotas d'activité, des fermetures de petites structures ont été envisagées, des fusions, des reconversions (notamment vers des structures de soins de suite, de moyens et longs séjours) ; mais les soignants n'étaient pas préparés, ni la population, et chaque mutation s'est opposée à une résistance politique locale que l'ARH (puis l'ARS) ne pouvait pas ignorer, et la mutation des hôpitaux publics n'en est toujours qu'à son début.

L'organisation du temps de travail, avec les « 35 heures » mais surtout le repos de sécurité après 24h de garde, ont aggravé la pénurie de médecin dans certains hôpitaux, ce d'autant que la réforme de la permanence des soins voulue par l'ARS (un à deux hôpitaux maximum par département pour gérer les urgences de nuit), subit les mêmes difficultés et continue à aggraver la pénurie de médecin notamment anesthésistes.

Aujourd'hui plusieurs contradictions s'affrontent. Une réalité financière, avec des soins de plus en plus chers, et un pays qui n'a plus forcément les moyens d'offrir la même protection sociale qu'auparavant. Une restructuration de l'offre de soins publique qui peine à s'organiser,

pendant que les structures privées ont-elles su se regrouper, et offrent une qualité de soins parfois supérieure à beaucoup d'hôpitaux paralysés par leur absence de projet. Une volonté de restreindre la production d'actes médicaux par le biais du *numerus clausus*, mais sans réforme en profondeur du système de santé, sans orientation claire avec soutien des structures publiques, mais intervention de l'état dans son organisation ou libéralisation de la médecine, sans information, voire éducation de la population vers une offre de soins plus raisonnée....

Alors, que dans une telle situation, apparaisse une contradiction de plus en refusant à nos étudiants des places en médecine, tout en allant chercher à l'étranger des médecins qui à l'échelon mondial, feront défaut à leur propre pays, oui, mais qui acceptera de poser les bonnes questions et organisera une réforme dont les effets ne pourront se faire sentir que des dizaines d'années plus tard ?

Comment la médecine européenne va-t-elle évoluer avec cette équivalence de diplôme et ce droit d'exercer n'importe où au sein de la communauté ?

La Médecine est aujourd'hui en grande mutation, c'est source d'angoisse, mais aussi de beaucoup de possible et d'espoir ».

Annexe 3

DÉCRET DU 16 FÉVRIER 2012 - TRADUCTION

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA DECRETO

16 febbraio 2012

Revoca del l'autorizzazione all'Universita' Ferdinando Pessoa di Lisbona ed Oporto ad aprire una filiazione in italia. (12A01972)

(GU n. 45 del 23-2-2012)

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

Vista la legge 14 gennaio 1999, n. 4, ed in particolare, l'art. 2, relativo alle filiazioni in Italia di universita' e istituti superiori di insegnamento a livello universitario stranieri; Vista la direttiva ministeriale del 23 maggio 2000 relativa alle «Attivita' istruttorie per i provvedimenti di autorizzazione all'attivita' di filiazioni in Italia di universita' e istituti superiori di insegnamento a livello universitario stranieri»; Vista l'istanza presentata in data 4 agosto 2011 dal legale

rappresentante dell'Universita' portoghese «Fernando Pessoa» di Lisbona e Oporto; Viste le osservazioni trasmesse dal Ministero degli affari esteri con nota del 16 settembre 2011 e del Ministero dell'interno con note del 15 settembre 2011 e del 24 ottobre 2011; Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241, che in caso di silenzio assenso consente alla Pubblica amministrazione di intervenire esercitando il potere di revoca; Considerato che ai sensi della normativa suindicata la filiazione di una Universita' straniera e' autorizzata a svolgere in Italia parte dei programmi dei corsi istituiti ed attivati nella Universita'madre; Considerato che nel caso specifico l'autorizzazione della filiazione concernente l'offerta di corsi di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, scienze infermieristiche e fisioterapia non presenta alcun valore aggiunto per studenti interessati a seguire corsi in una universita' portoghese. Tali corsi presentano infatti caratteristiche peculiari sul piano del diritto comunitario in quanto materie regolate dalla direttiva comunitaria 2005/36/CE, che disciplina la libera circolazione dei professionisti nei Paesi della UE;

Considerato inoltre che per i corsi di odontoiatria e protesi dentaria e in scienze infermieristiche il diritto comunitario sopracitato impone agli Stati una preventiva armonizzazione della formazione e questa condizione opera sin dagli anni 80;

Ritenuto che autorizzare la frequenza in Italia dei suindicati corsi, confrontabili con i percorsi formativi attivati nelle Università italiane, ma sottoposti alla legislazione di un altro Stato membro, genera una disparità di trattamento tra studenti che seguono in Italia due corsi sostanzialmente identici ma assoggettati rispettivamente uno alla normativa portoghese e l'altro alla normativa italiana, e determina una grave alterazione del mercato dei servizi professionali caratterizzato da rilevanti investimenti pubblici sia materiali che immateriali;

Considerato altresì che dalla suindicata autorizzazione ne consegue anche l'accesso alle relative professioni senza le limitazioni previste dalla normativa italiana individuate nel numero chiuso per l'accesso al corso di laurea e nel superamento dell'Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale;

Valutata la necessità di procedere alla revoca dell'autorizzazione di cui all'art. 2, comma 3, della legge 14 gennaio 1999, n. 4;

Decreta:

Articolo unico

Per i motivi di cui alle premesse alla Filiazione dell'Università Ferdinando Pessoa di Lisbona e Oporto (Portogallo) è revocata l'autorizzazione di cui all'art. 2, comma 3, della legge 14 gennaio 1999, n. 4.

L'Università Ferdinando Pessoa non è autorizzata a svolgere in Italia l'attività di cui al comma 3 della suindicata legge.

Il presente decreto è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 16 febbraio 2012

Il Ministro: Profumo

TRADUCTION

De Christine Pomares

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION, DE L'UNIVERSITÉ ET DE LA RECHERCHE

Décret du 16 février 2012.

Retrait de l'autorisation faite à l'Université Ferdinand Pessoa de Lisbonne et Porto d'ouvrir une filiale en Italie.

Le ministère de l'Instruction, de l'Université et de la Recherche

- Vu la loi du 14 janvier 1999, n.4, et en particulier l'article 2, relatif à la filiation, en Italie, d'universités et d'institut supérieurs d'enseignement universitaire étrangers ;

- Vu la directive ministérielle du 23 mai 2000 relative aux « activités d'enquête préalables aux mesures d'autorisation de l'ouverture de filiales en Italie d'universités et d'instituts supérieurs d'enseignement universitaire étrangers »

- Vu l'instance présentée le 4 août 2011 par le représentant légal de l'université portugaise « Fernando Pessoa » de Lisbonne et Porto

- Vu les observations transmises par le ministère des Affaires étrangères via la note du 16 septembre 2011 et par le ministère de l'Intérieur via les notes du 15 septembre 2011 et du 24 octobre 2011

- vue la loi du 7 août 1990, n.241, selon laquelle en cas de silence, il est fait autorisation à l'administration publique d'intervenir en exerçant son pouvoir de révocation

Considérant qu'aux termes de la norme indiquée ci-dessus, la filiale d'une université étrangère est autorisée à développer en Italie une part des programmes dispensés dans l'université mère

Considérant que dans ce cas spécifique, l'autorisation de la filiation concernant l'offre de formations diplômantes en odontologie et prothèse dentaire, sciences de l'infirmier et physiothérapie ne présente aucune valeur ajoutée pour les étudiants voulant suivre les cours dans une université portugaise. De tels cours présentent en effet des caractéristiques particulières sur le plan du droit communautaire pour ces matières régies par la directive communautaire 2005/36/CE, qui régit la libre circulation des professions *libérales (ou professionnels, les deux traductions sont proposées dans mon dictionnaire)* dans les pays de l'UE

Considérant en outre que pour les cours d'odontologie et prothèse dentaire et de sciences de l'infirmier le droit communautaire cité ci-dessus impose aux États une harmonisation préalable de la formation, et ce depuis les années 80

Retenant qu'autoriser en Italie les cours indiqués ci-dessus, comparables aux cours dispensés dans les universités italiennes, mais soumis à la législation d'un autre État membre, génère une disparité de traitement entre les étudiants qui suivent en Italie deux cours substantiellement identiques mais assujettis respectivement, les uns à la norme portugaise et les autres à la norme

italienne et détermine une grave altération du marché des services professionnels caractérisé par l'importance des investissements publics tant matériels qu'immatériels

Considérant également que, de l'autorisation ci-dessus, il s'ensuit aussi l'accès aux professions en question sans les limites prévues par la législation italienne pour l'accès aux cours de la formation diplômante et l'examen d'état pour l'habilitation à l'exercice professionnel

Évalué la nécessité de procéder au retrait de l'autorisation visée à l'article 2, alinéa 3, de la loi du 14 janvier 1999, n°4.

DECRETE

Article 1 :

Pour les raisons suivantes, des conditions préalables à la filiation de l'Université Fernando Pessoa de Lisbonne et Porto (Portogallo), est retirée l'autorisation visée à l'article 2, alinéa 3 de la loi du 14 janvier 1999, n°4.

L'université Fernando Pessoa n'est pas autorisée à développer en Italie l'activité visée à l'alinéa 3 de la loi indiquée ci-dessus.

Le présent décret est publié dans la Gazette officielle de la République italienne,

Rome, le 16 février 2012

Le ministre

TABLE DES MATIERES

Remerciements	V
Abréviations	VII
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I - La sélection universitaire française ou la restriction de l'accès à la profession médicale	19
TITRE 1 : L'intérêt de l'Etat pour la sélection et la formation médicales.....	21
CHAPITRE 1 : La nécessité de réguler l'accès aux études médicales	23
Section 1 : Une régulation nécessaire pour garantir la qualité de la formation médicale 25	
Paragraphe 1 : Moins d'étudiants pour une meilleure formation : l'intérêt du <i>numerus clausus</i>	25
A) La nécessaire limitation du nombre d'étudiants inscrits en médecine	25
1. L'explosion progressive de la demande par rapport à l'offre : les échecs de l'externat.....	26
2. La suppression de l'externat et les revendications étudiantes.....	28
B) La volonté de maintenir le prestige d'une profession	29
1. Les revendications des médecins en vue de protéger la profession	30
2. L'instauration du <i>numerus clausus</i> comme solution.....	31
Paragraphe 2 : De l'internat à l'instauration d'un examen classant : la généralisation d'un enseignement pratique de qualité	33
A) Les particularités du statut d'interne, entre formation théorique universitaire et formation pratique hospitalière	33
1. L'élève-interne inspiré de l'ancien compagnon chirurgien.....	34
2. La création d'un véritable statut de l'interne.....	35
a) Evolution des conditions et du statut de l'interne depuis 1802.....	36
b) Une formation pratique de qualité	38
B) La spécialisation, une dimension essentielle de l'internat	40
1. L'internat avant 1982	40

a)	Un concours aux finalités diverses	40
b)	L'émergence de craintes liées au risque d'une hyperspécialisation	42
2.	L'internat après 1982	43
Section 2 : Une régulation nécessaire pour garantir une efficacité au diplôme de médecin		47
Paragraphe 1 : <i>Le numerus clausus</i> comme outil de régulation des dépenses de santé.....		47
A)	Maîtriser les dépenses de santé en maîtrisant l'offre de soins	48
1.	Les conséquences démographiques de l'externat pour tous.....	48
2.	Le médecin créateur de demande de santé	50
B)	Maîtriser les dépenses en anticipant les besoins	52
1)	Le choix politique d'une anticipation des besoins en personnel médical	52
2)	La volonté illusoire d'anticiper les besoins en santé de la population	55
a)	Différentes techniques d'évaluation des besoins en santé	55
b)	Justifier le numerus clausus par les besoins réels en santé ?	56
Paragraphe 2 : Les ECN comme outil de répartition de l'offre de soins		58
A)	L'internat à l'origine d'un déséquilibre de l'offre de soins sur le territoire.....	58
1.	Une absence de réflexion préalable due à la crainte de la pléthore médicale	59
2.	Les motifs d'une mutation de la démographie médicale.....	61
B)	Une meilleure répartition des médecins induite par la réorganisation des études médicales	62
1.	Les effets de la suppression de l'internat et de la création des ECN.....	62
2.	L'impact du classement.....	64
CONCLUSION DE CHAPITRE		65
CHAPITRE 2 : Une compétence étatique en matière de sélection et de formation médicales, sous contraintes		67
Section 1 : La mise en place difficile d'une formation médicale cohérente, entre université et hôpital, sous la responsabilité de l'Etat		69

Paragraphe 1 : De l'éclatement à la fusion des compétences universitaire et hospitalière	69
A) La formation médicale avant la réforme Debré de 1958 ou l'absence de politique cohérente des études médicales	70
1. Des tentatives de réformes avortées	70
2. La mise en place d'un Comité interministériel pour une formation unifiée	71
B) La formation médicale après la réforme Debré ou la consécration de la fusion hospitalo-universitaire	73
1. La mise en place de la réforme Debré, vers une unité de la formation médicale.	73
2. La création des CHU et la mise en place d'une véritable réforme des études médicales	76
Paragraphe 2 : L'instauration du <i>numerus clausus</i> : une conciliation délicate des intérêts universitaires et sanitaires.....	78
A) La quête du meilleur argument possible justifiant la mise en place d'une sélection.....	78
1. Les réticences du ministre de l'Education nationale à l'encontre du <i>numerus clausus</i>	79
2. La spécificité des études médicales comme justification idéale du <i>numerus clausus</i>	80
a) Le manque de places de formation	80
b) L'impact de la suppression de l'externat	81
B) La quête du meilleur régime possible pour la mise en place du <i>numerus clausus</i>	82
1. La recherche d'un fondement juridique à la sélection universitaire dans les études de médecine.....	83
a) La logique réglementaire face à la logique législative.....	83
b) La loi instaurant le <i>numerus clausus</i> , le résultat d'un compromis	85
2. La fixation du <i>numerus clausus</i> ou l'art de concilier des intérêts divergents	86
a) Les CCHU comme interface entre étudiants et ministères	86

b) Une application graduelle de la règle du <i>numerus clausus</i>	88
Section 2 : Les échecs d'une politique étatique fondée exclusivement sur la maîtrise des dépenses de santé	91
Paragraphe 1 : Diminuer les dépenses de santé en réduisant drastiquement le <i>numerus clausus</i>	91
A) Une réduction toujours plus importante du <i>numerus clausus</i>	91
1. Une baisse constante et vertigineuse du <i>numerus clausus</i> en vingt ans d'existence	92
2. Un juste équilibre délicat à trouver	93
B) Les inquiétudes suscitées par la baisse constante du <i>numerus clausus</i>	95
Paragraphe 2 : Diminuer les dépenses de santé en réduisant l'offre de soins : le besoin de mesures d'effet immédiat	96
A) Réduire le nombre d'actes	97
1. Une réflexion globale pour réduire le nombre de prescriptions : l'idée d'une « enveloppe globale » des dépenses	97
2. Le consensus autour de la création de deux secteurs de conventionnement	98
B) Réduire le nombre de médecins	99
1. Favoriser les départs anticipés à la retraite des médecins	99
2. Encourager les reconversions de médecins	100
CONCLUSION DE CHAPITRE	102
CONCLUSION DE TITRE	102
TITRE 2 : La sélection dans l'accès à la profession médicale : d'une pénurie organisée à l'intégration de mécanismes européens.....	105
CHAPITRE 1 : La rigidité de la sélection universitaire française à l'origine du phénomène infernal des déserts médicaux ?.....	107
Section 1 : Un phénomène confus, aux causes multiples.....	109
Paragraphe 1 : Un net manque de contrôle de la démographie médicale.....	110
A) Un phénomène aux multiples causes	110
1. Le système des ECN créateur d'inégalités dans l'accès aux soins	110

2.	De nouvelles modalités d'exercice de la médecine non prises en compte par le système de sélection	113
	a) La féminisation de la profession médicale.....	113
	b) Les modifications induites dans les modes d'exercice de la médecine moderne	115
	B) Des secteurs touchés de façon inégale	117
1.	Des carences dans certains secteurs de la médecine libérale	118
	a) La distance à parcourir pour accéder à un médecin libéral.....	119
	b) Le temps d'accès à un médecin libéral	119
	c) Le coût d'accès à un médecin libéral	120
2.	Une défaillance de la médecine générale	121
	Paragraphe 2 : Une multitude de mesures incitatives envisagées contre les déserts médicaux	123
	A) Les actions visant directement les étudiants en médecine	124
1.	Des mesures d'orientation intégrées aux épreuves de sélection	124
	a) Les mesures touchant le numerus clausus	124
	b) Les mesures touchant les ECN	126
2.	Des mesures intégrées à la formation initiale.....	128
	a) La réalisation de stages obligatoires dans les disciplines touchées par les déserts médicaux	128
	b) Le contrat d'engagement de service public	130
	B) Les actions visant les médecins en exercice.....	131
1.	Miser sur l'exercice groupé de la médecine, nouvel outil de la politique publique en matière d'offre de soins	132
2.	Miser sur l'incitation financière, outil traditionnel de la politique publique en matière d'offre de soins	135
Section 2 : La France face aux déserts médicaux : entre obstacles indépasseables et inspirations venues de l'étranger.....		139

Paragraphe 1 : La conciliation apparemment impossible entre liberté d'accès aux soins et liberté d'installation	139
A) Le respect des libertés médicales, une limite indépassable ?.....	140
B) Le rejet systématique des mesures coercitives	143
1. Le rejet des mesures touchant à la liberté d'installation des médecins libéraux	144
2. Le rejet des mesures touchant à la liberté de prescription des médecins libéraux	146
Paragraphe 2 : La réponse d'autres Etats aux déserts médicaux.....	148
A) Les mesures restrictives	149
1. Les restrictions à l'accès aux études de médecine	149
2. Les restrictions à l'installation	151
B) Les mesures incitatives.....	154
1. Les incitations à l'installation	155
2. Entre bilan mitigé et mesures novatrices.....	156
CONCLUSION DE CHAPITRE	158
CHAPITRE 2 : La nécessité d'assouplir le système sélectif français : l'intégration européenne comme solution ?.....	161
Section 1 : Une intégration européenne sans remise en cause du système sélectif français d'accès à la profession médicale	163
Paragraphe 1 : L'application du système LMD aux études médicales	163
A) L'intérêt d'une intégration de la formation médicale au système LMD	163
1. La nécessité d'une normalisation européenne des études médicales	164
2. Une conciliation nécessaire entre sélectivité des études médicales et système européen de formation.....	165
B) La réforme des études médicales induite par la réforme LMD.....	166
1. L'introduction d'une Première année commune aux études de santé, intégrée à une Licence Santé	167
2. Les deuxième et troisième cycles des études médicales adaptés au modèle européen	169

Paragraphe 2 : L'absence de remise en cause des épreuves de sélection au sein du cursus médical	172
A) Le <i>numerus clausus</i> compatible avec le droit européen	172
1. Une absence de recours contre le <i>numerus clausus</i> dans le droit de l'Union européenne	172
2. Le principe de la sélection par <i>numerus clausus</i> admis par la Cour européenne des droits de l'homme.....	174
B) Les ECN, un instrument de sélection féroce protégé par les acteurs français	176
1. La tentative échouée de réserver les ECN aux seuls « vainqueurs » du <i>numerus clausus</i>	177
2. Retour en France et ECN : entre respect du principe d'égalité et perte de chance	180
Section 2 : Une remise en question nécessaire du système sélectif français.....	185
Paragraphe 1 : Une formation médicale inadaptée ?.....	185
A) Modifier le contenu de la formation médicale	185
1. Une place prépondérante des sciences dures.....	185
2. La part réduite des sciences humaines et sociales	188
B) Modifier le profil des étudiants recrutés.....	190
1. Un double intérêt à l'étude du profil des étudiants en médecine	190
2. Etudes médicales : entre reproduction sociale et inégalités des chances	192
Paragraphe 2 : Le développement accru d'alternatives à la Paces au profit des exclus du <i>numerus clausus</i>	195
A) Le <i>numerus clausus</i> toujours au centre des critiques	195
1. Le <i>numerus clausus</i> , un système daté, faillible, voire inadapté	195
2. Le <i>numerus clausus</i> , un système radical et excluant.....	197
B) Réorientations et alternatives à la Paces, ou la réponse à la rigidité de la sélection	199
1. L'institutionnalisation de la réorientation des déçus de la Paces	200

2. Les alternatives à la Paces : l'existence de passerelles permettant d'intégrer la faculté de médecine en échappant au concours.....	203
a) Des passerelles classiques d'admission en deuxième et troisième année d'études de santé	203
b) Des passerelles expérimentales pour un accès direct en licence de santé : accélérer la diversification du profil des professionnels de santé ?	205
CONCLUSION DE CHAPITRE	207
CONCLUSION DE TITRE	208
CONCLUSION DE PARTIE.....	209
PARTIE II : La sélection universitaire française assouplie et contournée grâce au droit de l'Union européenne	211
TITRE 1 : Un droit de l'Union facilitant le contournement de la sélection universitaire française	213
CHAPITRE 1 : L'effectivité de la reconnaissance mutuelle des diplômes, instrument de contournement du <i>numerus clausus</i>	215
Section 1: Une coordination européenne minimale pour une reconnaissance automatique des diplômes.....	217
Paragraphe 1 : La coordination, préalable à l'automatisme de la reconnaissance des diplômes	218
A) La coordination avant la reconnaissance mutuelle.....	218
1. Une coordination à portée minimale, contrainte par la politique protectionniste des Etats membres	219
a) Une notion non définie par le Traité	219
b) Un objectif de coordination contesté et amoindri	220
c) La persistance d'une coordination minimale	221
2. Reconnaissance mutuelle des diplômes à défaut d'une véritable équivalence des diplômes	222
a) Le choix d'une reconnaissance au détriment d'une équivalence.....	222
b) Un choix confirmé par le juge.....	223

B) La subordination de la reconnaissance mutuelle à la coordination encouragée par le Traité	225
1. La portée de la reconnaissance mutuelle, spécifique à la profession médicale..	225
a) La séparation de la liberté d'établissement et de la reconnaissance mutuelle souhaitée par la Cour.....	225
b) La reconnaissance mutuelle des diplômes préservée par la libre circulation des travailleurs.....	227
2. Une reconnaissance subordonnée pour des formations coordonnées	228
Paragraphe 2 : L'automaticité, garantie d'une bonne effectivité de la reconnaissance mutuelle.....	230
A) Le caractère objectif de cette reconnaissance mutuelle automatique.....	230
1. Quant aux bénéficiaires	230
a) Du silence de la Commission.....	230
b) Au principe de libre circulation	231
2. Quant aux formations	232
B) Le caractère contraignant de la reconnaissance mutuelle	235
1. Le recours en manquement, une contrainte à l'échelle de l'Union	236
2. L'effet direct des directives, une contrainte à l'échelle nationale.....	239
Section 2 : La directive, instrument privilégié par l'Union européenne pour rendre effective la reconnaissance mutuelle des diplômes.....	243
Paragraphe 1 : La profession médicale au centre des directives de reconnaissance mutuelle des diplômes.....	243
A) La reconnaissance mutuelle des diplômes de médecin, un modèle communautaire restreint ?.....	244
1. Une approche tempérée justifiée	245
2. Une approche évolutive affirmée	247
B) Un modèle communautaire détaillé, socle d'un principe général de reconnaissance mutuelle des diplômes.....	250
1. Les critères de formation.....	250

a)	Des critères qualitatifs rigides.....	251
b)	Des critères quantitatifs souples.....	252
2.	Les titres de formation.....	252
	Paragraphe 2 : Une harmonisation générale aboutissant à la directive de 2005	253
	A) La reconnaissance mutuelle pour les autres professions médicales	253
1.	La multiplication des directives sectorielles	254
2.	Un élargissement confirmé par la Cour.....	255
	B) 2005 et 2013, un régime général de reconnaissance mutuelle des diplômes, fondé sur les directives médecins	257
1.	Le regroupement législatif de 2005.....	258
2.	La directive de 2013	258
	CONCLUSION DE CHAPITRE	260
	CHAPITRE 2 : Le principe de non-discrimination, garantie supplétive du contournement de la sélection universitaire française	261
	Section 1 : Le principe de non-discrimination, un principe supplétif et ambivalent.....	265
	Paragraphe 1 : Une conception <i>rationae personae</i> extensive	265
	A) Le médecin, ressortissant d'un état membre de l'Union	266
1.	Une contribution institutionnelle limitée.....	266
2.	Une contribution jurisprudentielle effective	268
a)	Caractérisation de la situation propre à l'Union	268
b)	La situation purement interne et les discriminations « à rebours ».....	270
B)	Le médecin issu d'un Etat tiers à l'Union européenne.....	271
1.	Le bénéfice direct pour le ressortissant tiers du principe de non-discrimination.....	272
2.	Le bénéfice « par ricochet » pour le ressortissant tiers du principe de non- discrimination.....	274
	Paragraphe 2 : Une conception <i>rationae materiae</i> extensive.....	277
	A) Le régime juridique des discriminations	278

1.	Le critère direct ou indirect de la nationalité comme source de discrimination	278
a)	Définition jurisprudentielle	278
b)	La nationalité, un critère direct ou indirect	280
2.	La censure systématique par la Cour de ces discriminations	281
B)	La nature juridique des discriminations	282
Section 2 : Le principe de non-discrimination, un principe questionné		285
Paragraphe 1 : Un principe de non-discrimination encadré par la Cour		285
A)	Des limitations tirées du motif de santé publique restreintes	286
B)	Des limitations résiduelles liées à la profession médicale	289
1.	Les activités médicales participant à l'exercice de l'autorité publique	289
2.	Les emplois dans la fonction publique hospitalière	291
Paragraphe 2 : La méfiance des praticiens français à l'encontre des formations étrangères		292
A)	Une xénophobie assumée jusqu'à la reconnaissance mutuelle des diplômes par l'Union européenne	293
1.	Une xénophobie d'Etat assumée	293
2.	Dérogations aux exigences de nationalité française	295
B)	Une discrimination extra communautaire atténuée par des critères économiques	296
1.	Les années 70 et l'amorce d'une ouverture progressive prônée par l'Union	297
a)	Une ouverture encouragée par les baisses d'effectif	298
b)	Une ouverture provoquée par les contraintes budgétaires	300
2.	La préexistence d'une « xénophobie » extra communautaire	301
a)	Une xénophobie issue de la profession	301
b)	Une réponse sociétale et gouvernementale tardive	302
CONCLUSION DE CHAPITRE		304
CONCLUSION DE TITRE		304

TITRE 2 : Le droit de l'Union européenne, voie d'évitement de la formation médicale française	307
CHAPITRE 1 : Un diplôme Français pour exercer en France	311
Section 1 : Les modalités d'exercice de la profession médicale : nouvelle source de sélection.....	313
Paragraphe 1 : Les conditions d'exercice pour les ressortissants français et européens.....	313
A) La « nationalité » du diplôme au détriment de la nationalité des personnes..	313
1. Une condition de nationalité au sens large pour les médecins, dentistes et sages-femmes	314
2. Une conception encadrée de la nationalité pour les pharmaciens	316
a) Une condition de nationalité empirique	316
b) Un régime d'autorisation préalable.....	317
B) Des conditions supplétives strictes et encadrées	318
1. Les diplômes français reconnus pour exercer	318
a) Le diplôme de médecin	319
b) Le diplôme de chirurgien-dentiste	319
c) Le diplôme de sage-femme.....	320
d) Le diplôme de pharmacien.....	320
2. L'inscription aux tableaux des Ordres.....	321
Paragraphe 2 : Les conditions d'exercices pour les ressortissants diplômés en dehors de l'Union européenne.....	322
A) Une reconnaissance du diplôme soumise à une procédure d'admission.....	322
1. La procédure d'autorisation d'exercice classique	322
a) Une bonne expérience exigée	323
b) Un examen pour certains, un concours pour d'autres.....	325
2. Les procédures d'autorisation d'exercice exceptionnelles.....	327
a) La procédure Hoczman	327

b) La procédure Dreessen.....	329
B) Vers la caractérisation d'une nouvelle voie de contournement ?.....	330
Section 2 : Des dispositifs étrangers à destination des français	335
Paragraphe 1 : La Roumanie, une formation à destination des français à l'étranger	335
A) Une formation différente	336
1. Un recrutement des étudiants fondé sur l'expérience	337
2. Vers une plus grande praticité de la formation	338
B) Un retour en France difficile	339
1. La qualité intrinsèque des étudiants questionnée	339
2. Un retour en France compromis ?	341
a) Des étudiants mal préparés	341
b) Une profession réticente encouragée par les pouvoirs publics.....	342
Paragraphe 2 : Des formations étrangères, à destination des français, en France	345
A) Une formation portugaise d'ontologie à destination des français, sur le territoire français	346
1. De l'établissement d'un « contournement intérieur »	347
a) D'abord, une formation « à la Française ».....	347
b) Ensuite, une reconnaissance portugaise	350
2. A un contournement extérieur proche de celui proposé par les filières roumaines, conséquence de l'arrêt du 27 septembre 2016 de la Cour d'appel d'Aix en Provence	352
B) Une formation croate de médecine à destination des français, sur le territoire français	355
CONCLUSION DE CHAPITRE	357
CHAPITRE 2 : Un diplôme Européen pour exercer en France, dans l'Union, dans le monde	359
Section 1 : Le flux entrant de praticiens : une réponse au système sélectif français.....	361

Paragraphe 1 : L'essoufflement de la filière belge.....	361
A) La Belgique, un intérêt géographique et culturel	362
1. Une proximité inégalable	362
a) Une pratique du français généralisée	363
b) Une synergie culturelle	364
2. La quasi-gratuité de la formation	364
B) Un intérêt limité par les pouvoirs publics belges	365
1. L'instauration de quotas « antifrçais »	366
2. Une approbation implicite de ces quotas par le droit de l'Union	367
Paragraphe 2 : Les autres flux, une impasse linguistique et culturelle	370
A) Pour contourner le <i>numerus clausus</i>	370
1. Contourner le <i>numerus clausus</i> au Luxembourg.....	371
2. Contourner le <i>numerus clausus</i> en Suisse	372
3. Contourner le <i>numerus clausus</i> en Andorre	374
B) Pour contourner les déserts médicaux	375
Section 2 : Le flux sortant de praticiens : le diplôme français, gage de qualité à l'étranger ?	
.....	379
Paragraphe 1 : Les faisant fonction d'interne, un flux sortant de praticiens à	
diplôme étranger, hors Union européenne	379
A) Du recours aux médecins étrangers à l'interdiction de recrutement	380
1. Au départ, la constitution d'un flux entrant de médecins étrangers.....	380
2. Différentes voies d'accès à l'exercice de la médecine en France pour les diplômés	
de l'étranger.....	381
B) Le faisant fonction d'interne, statut privilégié des praticiens étrangers.....	384
1. Un statut d'étudiant spécifique.....	384
2. Une pratique encouragée mais offrant une moindre reconnaissance	387
Paragraphe 2 : L'émigration de professionnels de santé français : vers la fuite	
des médecins formés en France ?.....	390

A) L'émigration de médecins à diplôme français : un phénomène marginal potentiellement dangereux	390
B) Contre les risques de l'émigration médicale : l'adoption d'un Code mondial de bonne pratique	394
CONCLUSION DE CHAPITRE	398
CONCLUSION DE TITRE	398
CONCLUSION DE PARTIE	399
CONCLUSION GENERALE	401
BIBLIOGRAPHIE	407
ANNEXES	431
TABLE DES MATIERES	447