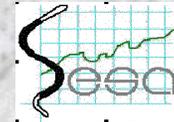


UCL Université catholique de Louvain



Socio-Economie de la Santé  
Health Systems Research



# Numerus clausus et Accès aux Etudes

**Prof. Denise Delière**

**Rapport au Parlement de la Communauté française de Belgique  
Commission de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Scientifique**

**janvier 2003**

# PLAN

1. **Pléthore et déficits** : quand et lesquels ?
2. Tendre à accroître N **agrément**s officiels
3. Problématique du **moment** de la sélection
4. Problématique du **lieu** de la sélection
5. **Conclusions** générales

# Pléthore et déficits : quand, lesquels

## 1.1. Besoins **actuels** ?

- Base : Effectifs actifs
- Pléthore ?

## 1.2. Besoins à **venir** ?

= Effectifs cibles selon critères

## 1.3. Besoins **solvables** ?

- Situation économique
- Assurance Maladie (scission ?)

# Pléthore et déficits : quand, lesquels

## 1.1. Besoins actuels = ?

### 1.1.1. Base = Effectifs d'actifs pondérés

Communautés française et germanophone , mi-99

(source : UCL, 2002)

20 559 médecins < 76 ans, dont :

**17 250 actifs "pondérés"** (càd 66-76 pour 50%) :

→ **Densité "pondérée" =**

**418 praticiens actifs / 100 000 habitants.**

**= très très élevée versus autres pays**

# 1.1. Besoins actuels = ? (2)

## 1.1.2. Pléthore ?

**Pas de critère universellement reconnu !**

**Exemple : Référence = voisin (Lequel ?)**

- France : 352 à 358 actifs "pondérés" / 100 000 habitants



**« Pléthore » estimée à  $\pm 15\%$**

**(mais pénuries en France !)**

- Par ailleurs : Communauté Flamande : 289 ( 30 % ?!)

# Pléthore et déficits : quand, lesquels

## 1.2. « Besoins » 1999 - 2019 ?

Augmentation attendue (hors régulation) :

- **Population** : + 6%
- **Féminisation** → impact : + 4 %
- **Durée du travail** : ?
- Tendances des **recours** : en hausse  
alors que déficits d'offre sont prévisibles !

## 1.2. « Besoins » 1999 - 2019 ? (2)

### Premières conclusions

- Une situation de pléthore An t **peut se transformer** en déficits An t+x et inversement
  - Les **paramètres - sont nombreux**
    - et évoluent
-  il faut régulièrement réévaluer - les hypothèses<sup>2</sup>  
et - les projections

## 1.2. « Besoins » 1999 - 2019 ? (3)

### Questions :

- Croissance des recours :  
s'agit-il d' un besoin ?
- Les « besoins » évalués sont-ils solvables ?

# Pléthore et déficits : quand, lesquels

## 1.3. « Besoins » solvables ?

### 1° Consommation sur **fonds publics**

→ pas de régulation par les prix

→ possibilités de demande induite (?)

### 2° **Coût déjà élevé**

Part Inami : ± 1500 € / habitant

( ≈ 6000 € / famille de 4)

hors part SPF Santé, hors part patient

Contribuables accepteront t ils poids croissant ?

### 3° Menace **scission de sécurité sociale**

40 % population, 50 % médecins

## 1.3. « Besoins » solvables ? (2)

### Conclusions 2

Grande **prudence** sur effectif cible souhaité

- vu possibilités économiques  
(menaces de ralentissement)
- vu menaces de scission  
assurance maladie (séisme !)

## 2. Accroître N Agréments officiels

### 2.1. Base : quel critère?

Si « besoins » sont contestés

Critère alternatif =

**Stabilisation de la force de travail**  
au niveau national

= Critère de la Commission de Planification en 1996

22/10/1996, art.16.

mais renié depuis.

## 2. Accroître N Agréments officiels (2)

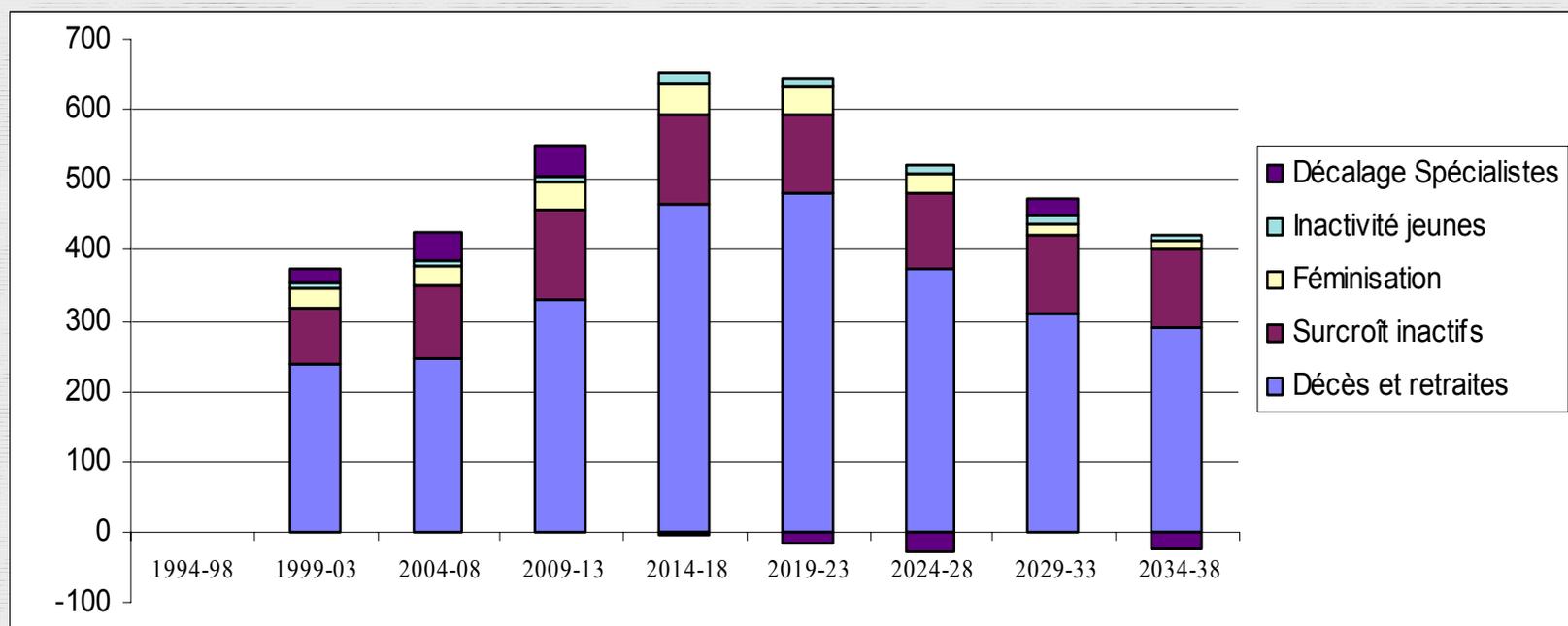
### 2.2. Pour assurer stabilisation :

- ⌘ Tenir compte des **sorties**  
décès, retraites, sorties précoces  
et d'autres besoins de remplacement
- ⌘ Bien anticiper la **bulle démographique**  
vu nombreux diplômés des années 70-80  
au moment où le numerus clausus  
eut été le plus utile  
(refusé à l'époque, faute d'anticipation)

## 2.2. Pour assurer stabilisation (2)

### Besoins de remplacement

Fort croissant au cours des 20 prochaines années (graph. 1).



**Graph.1 - Besoins de remplacement - médecins actifs < 66 ans**

## 2.2. Pour assurer stabilisation (3)

### Assurer au mieux les remplacements dans le pays

Le nombre de médecins sortant va croître en Communautés française et flamande (→ France aussi : numerus clausus porté à 5 100 , soit + 42 % en 5 ans).

Nous proposons

→ **± 1 000 diplômés pour le pays (900 à 1100)**

**Soit +/- 400 en Communauté française**

**+15% = 460**

## 2. Accroître N Agréments officiels (3)

### Conclusions 3

- ⌘ A Numerus Clausus fixé à 280 :
  - la CF ne peut pas faire face à ses besoins de remplacement
- ⌘ Grâce à « Surquota » de 15% de Ministre Dupuis, on pallie pour fonctions hors INAMI
- ⌘ Accroître Quota - ne signifie pas accroître effectifs
  - répond à bulle démographique
  - n'est donc pas « irresponsable »

## 3. Problématique du moment de la sélection

### Impact d'un report après 4e doc

1. Liberté de choix ?
2. Adéquation aux besoins ?
3. Égalité des chances ?
4. Risque de drames et procès ?
5. Qualité des études ?
6. Qualité de la sélection / de la médecine
7. Relations « Nord-Sud »

## 3. Quel moment pour la sélection (2)

### 3.1. Avantage d'un accès illimité

#### Liberté de choix en début de parcours

Une telle liberté est plutôt rare  
notamment en médecine

Liberté toute temporaire :

car verrou subsiste à la fin des études

→ Problème est reporté !

## 3. Quel moment pour la sélection (3)

### 3.2. Équité : Assurer égalité des chances

Quid si l'accès aux études de médecine se limite aux **familles riches** pouvant se permettre le risque de 7 années d'études sans garantie de débouché ultérieur ?

→ Faut-il égalité réelle ou égalité formelle ?

## 3. Quel moment pour la sélection <sup>(4)</sup> ?

### 3.3. Adéquation aux besoins

#### 3.3.1. Quid si flux d'étudiants dépasse besoins ?

◆ Quota subsiste,

On ne supprime pas verrou fédéral à la sortie  
→ On ne résout pas nécessairement le problème des déficits en activités de soins  
(activités peu accessibles aux surquota)

◆ **Surquota 10 -15 %** : justifié mais suffisant

Quels Besoins de fonctions hors quota ?

- En 1999 CFG :
  - ± 13 à 16 % des ETP actifs : surquota se justifie  
MAIS nombreuses en cumul avec curatif
  - ± 9 % seulement (7 à 12%) **exclusivement hors curatif**
    - peu de remplacements !
    - quel avenir pour les jeunes ?

## 3.3.1. Quid si flux d'étudiants dépasse besoins ? <sup>(2)</sup>

- **Avenir des fonctions hors quota ?**

1. - A t-on largement rempli besoins insatisfaits ?

Ou - Ces fonctions **vont elles encore augmenter ?**

2. Les **titulaires « quota » vont-ils postuler** pour les fonctions hors quota ?

3. Les francophones vont ils remplir **fonctions non-curatives des Néerlandophones ?**



Quid si on libère entièrement accès à études ?

**Risque : Offre de surquota explose et > « besoins »**

## 3.3. Adéquation aux besoins (2)

### 3.3.2. Quid si afflux d'étudiants étrangers / flamands?

France: seuls 10% sont sélectionnés après 1ère candi !

➔ Rumeur = « numerus clausus est supprimé » risque reflux chez nous !

Risque : moins de médecins belges franc. agréés?

- notre investissement bénéficie à France/Flandre ?

- nos hôpitaux sont désorganisés ?

(pénuries accentuées par les retours au point d'origine)

## 3. Quel moment pour la sélection <sup>(5)</sup> ?

### 3.4. Risque drames et procès ?

3.4.1. Possibilité de **réorientations** précoces, évite certains **drames** d'étudiants refoulés après 7 ans ?

3.4.2. Quel est le risque de **procès ultérieurs** :  
- jeunes que l'on aurait laissé étudier 7 ans et qui se heurtent à verrou final ?  
- parents : reprochant investissement économique lourd ?

## 3. Quel moment pour la sélection <sup>(6)</sup> ?

### 3.5. Qualité des études

3.5.1. Risque : **bachotages** liés à sélection,  
Contre-productif pour une formation plus globale ?

3.5.2. Quid si **afflux** d'étudiants  
(notamment étrangers : cf. école vétérinaire) ?  
Nombre d'auditoires, labos, stages, lits, ...

## 3. Quel moment pour la sélection (7)?

### 3.6. Qualité de sélection / médecine

#### 3.6.1. **Evaluation** du système antérieur :

- Candi hautement prédictif
- Reste à évaluer :
  - . impact sur la qualité de l'enseignement
  - . impact sur l'esprit au sein des étudiants
  - . analyse des systèmes à l'étranger
  - . désirs des étudiants

## 3.6. Qualité de sélection / médecine<sup>(2)</sup>

3.6.2. Faudrait-il **regrouper les visas A et B** pour la sélection finale ?

- Oui : permet de **repêcher** des étudiants brillants qui se révèlent tardivement.
- Non : **remet la décision** finale après 7 ans d'études

(entraînant manque de collaboration, stress, investissement incertain, ...)

## 3.6. Qualité de sélection / médecine

### 3.6.3. Amendements éventuels au projet

(3)

- a) Transitoirement : garder système antérieur pour 3 candi en cours (avant évaluation ?)
- b) Compromis à envisager :
  - accorder un visa A définitif précocement (en 1e ou 2e candi ?)
  - à par ex 80% des quotas
  - + visa B à 20% quota + 15% surquota
    - permet repêchage
    - limite incertitude à une fraction d'étudiants

## 3.6. Qualité de sélection / médecine

(4)

### 3.6.4. Rumeurs :

- climat catastrophique
- manque de formation à collaboration

**Enjeu** : Ancrer **confraternité (ou compétition ?)**

Qualités essentielles pour la qualité ultérieure des soins : travail d'équipe, coordination, soins intégrés, ...

➔ Ceci plaide pour une sélection précoce !

## 3. Quel moment pour la sélection <sup>(8)</sup> ?

### 3.7. Relations « Nord / Sud »

#### **Enjeu : Scission Assurance maladie**

- **Sud dépense plus**

Certes largement justifié (standardisation)

Mais image subsiste et slogans circulent

- Styles de vie

- Examens techniques

- **Sud a plus de médecins / hab**

Considéré comme facteur de dépenses

## 3.7. Relations « Nord / Sud »

### Assurance maladie (2)

Risque : image d'une Communauté  
qui ne veut pas réguler ses dépenses !

Lever le verrou à l'entrée peut accélérer  
les forces centrifuges

Ces forces sont déjà puissantes !

**Or Assurance maladie**

**= garantie de soins pour tous  
et de financement ad hoc du système**

## 4. Problématique du lieu de sélection : Universités ou Jury ?

### Objectifs :

- Favoriser liberté de **choix de la spécialité**
- Assurer **égalité de traitement**
- Assurer **qualité de la sélection**
- Assurer **égalité entre universités**
- Faciliter **l'adéquation aux lois fédérales**

## 4. Quel lieu pour la sélection (2) ?

### 4.1. Liberté de choix

- Possibilité de s'inscrire à plusieurs épreuves (diverses spécialités)
- Possibilité de réorientation via une série d'examens successifs.
  - ➔ Ceci plaide pour une sélection dans les universités

## 4. Quel lieu pour la sélection (3) ?

### 4.2. Egalité de traitement

#### 4.2.1. Egalité des étudiants de **diverses Facultés**

Dans toutes les autres Facultés, les résultats dépendent d'une évaluation universitaire

#### 4.2.2. Une sélection centralisée garantit-elle mieux l'égalité des chances (au-delà de processus formel) ? Notamment :

#### 4.2.3. Prise en compte des résultats Med 21-24 garantit-elle égalité ? Critères d'attribution des grades sont ils identiques selon les Universités ?

## 4. Quel lieu pour la sélection (4) ?

### 4.3. Assurer qualité de la sélection

#### 4.3.1. Comment évaluer motivation ?

(concept très complexe en sociologie)

- Risque : loterie due à la malchance,  
Réussite d'une carrière suspendue au bagout de 10 '  
de « entretien de motivation », peu formalisable.
- Y a-t-il intérêt à jauger motivations par un long  
suivi sur le terrain ?  
attitudes au lit du patient, intérêt scientifique, relations  
humaines avec les patients, le personnel et les collègues,

## 4.3. Assurer qualité de la sélection (2)

### 4.3.2. Egalité est-elle garantie dans les petits jurys inter-universitaires ?

- Risque : poids et personnalité d'un homme dans une commission.
- Vrai aussi dans chaque université, mais les risques ne sont ils pas mieux répartis ? (un plus grand nombre de têtes).

## 4.3. Assurer qualité de la sélection (2)

### 4.3.3. Etaler sélection dans le temps :

temps donné aux étudiants pour préparer diverses matières et réorienter leur choix



Ceci plaide pour une sélection  
dans les universités

## 4. Quel lieu pour la sélection (5) ?

### 4.4. Assurer égalité entre universités

Risque du jury central =

création d'Universités à deux vitesses :

- les « bonnes », où les chances de succès sont plus faibles;
- les « faibles », où les chances de succès sont plus fortes

Une répartition a priori des places selon N étudiants assure mieux égalité et sérénité

## 4. Quel lieu pour la sélection (6) ?

### 4.5. Faciliter l'adéquation aux lois fédérales

Enveloppe fédérale est établie par groupes de spécialités :

→ arbitrages internes pouvant varier selon les années

➔ Ceci plaide pour une sélection dans les universités

## 5. Conclusions Générales<sup>5</sup>

1. **Pléthore peut se transformer en déficits**
2. **Paramètres nombreux et évoluent**  
→ Projections à réévaluer
3. **Pourra-t-on payer effectifs idéaux ?**
4. **Visons à stabiliser les effectifs du pays**  
Ceci est impossible avec quota 700  
(Large bulle de sorties 2010-25)  
Proposons 1000 au fédéral (400 pour CF)

## 5. Conclusions Générales (2)

**5. Grâce à surquota : déficits moins sévères :**  
fonctions non curatives pourront être remplies

Celles-ci = 7 à 12 % des actifs (16% des ETP)

→ (+ celles que Flamands ne pourront remplir ?)

Surquota suffisant pour non curatif

## 5. Conclusions Générales (3)

### 6. Accès libre à études ?

- Gâteau « liberté » restera-t-il savoureux ?
- Égalité est-elle mieux garantie ?
- Esprit pour qualité de médecine en danger
- Risque majeur : scission assurance maladie

### 7. **Sélection primaire dans universités**

facilite choix successifs des étudiants et mémorisation étalée