

Concours B/L 2024

Économie

Épreuve commune sur dossier : oral

Jury : Nina Guyon et Mathieu Parenti

Sujet :
Inégalités d'accès aux soins

Dossier documentaire

Document 1 : Graphique issu d'une note de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), p.2

Document 2 : Graphique issu d'une note de la DREES, p.3-4

Document 3 : Article issu du journal *Pour l'éco*, p.4-5

Document 4 : Extrait d'un rapport d'information du Sénat, p.6-7

Document 5 : Extrait d'un rapport de l'Académie Nationale de Médecine, p.8

Document 1 : Evolution de l'accès aux soins

Legendre, B., « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et Résultats n°1206, Septembre 2021.

Tableau - Évolution de l'accessibilité moyenne des habitants les mieux dotés et les moins bien dotés en infirmiers, en masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes et médecins généralistes entre 2016 et 2019

	Accessibilité moyenne des 10 % les moins bien dotés			Accessibilité moyenne des 10 % les mieux dotés			Rapport entre l'accessibilité moyenne des mieux et des moins bien dotés		
	2016	2019	Évolution 2016-2019 (en %)	2016	2019	Évolution 2016-2019 (en %)	2016	2019	Évolution 2016-2019 (en %)
Infirmiers (en ETP pour 100 000 habitants standardisés)	48,9	53,7	10	327,5	351,7	7	6,7	6,6	-2
Masseurs-kinésithérapeutes (en ETP pour 100 000 habitants standardisés)	31,5	32,9	4	193,3	217,2	12	6,1	6,6	8
Sages-femmes (en ETP pour 100 000 femmes standardisées)	4,0	5,6	38	29,0	32,0	10	7,2	5,8	-20
Médecins généralistes (en nombre de consultations ou visites par an par habitant standardisé)	1,8	1,6	-10	5,9	5,7	-4	3,2	3,5	7

Lecture : En 2019, l'accessibilité moyenne des 10 % d'habitants les moins bien dotés en infirmiers est égale à 53,7 ETP pour 100 000 habitants. Celle des 10 % les mieux dotés est égale à 351,7 ETP pour 100 000 habitants, soit sept fois plus que l'accessibilité moyenne du premier décile.

Champ : Pour les infirmiers et les médecins généralistes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins et salariés en centres de santé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : professionnels de santé libéraux de 65 ans ou moins ; France entière, hors Mayotte.

Sources : CNAM, SNIIRAM 2016-2019 ; Insee, populations municipales 2014-2017 ; distancier METRIC 2016-2020 ; calculs DREES.

Document 2 : Le renoncement aux soins

Lapinte A. et B. Legendre, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », DREES, Études et Résultats, N° 1200, Juillet 2021.

Tableau - Probabilité d'avoir renoncé à des soins versus avoir satisfait l'ensemble de ses besoins de soins

	Risque relatif de renoncer non ajusté	Risque relatif de renoncer toutes choses égales par ailleurs	Intervalle de confiance 95 %	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Sexe				
Homme	0,93	1,01	0,83	1,22
Femme	1,08	Réf.	Réf.	Réf.
Âge				
16-29 ans	1,74	1,89	1,37	2,60
30-39 ans	1,32	Réf.	Réf.	Réf.
40-49 ans	1,04	0,71	0,52	0,97
50-59 ans	1,11	0,60	0,43	0,83
60 ans ou plus	0,45	0,30	0,16	0,53
Type de ménage				
Personne seule	1,12	1,24	0,95	1,60
Couple sans enfant	0,91	Réf.	Réf.	Réf.
Couple avec enfant(s)	1,06	0,96	0,73	1,26
Famille monoparentale	0,93	0,91	0,65	1,26
Situation professionnelle				
Actif occupé	1,18	Réf.	Réf.	Réf.
Chômage	3,00	1,35	0,98	1,83
Étudiant	0,77	0,73	0,44	1,17
Retraité	0,47	0,96	0,56	1,68
Autre	0,84	0,65	0,43	0,97
Niveau de diplôme				
Diplôme de niveau supérieur à bac+2	0,91	0,74	0,55	0,99
Diplôme de niveau bac+2	1,08	0,63	0,44	0,88
Bac, brevet professionnel ou équivalent	1,23	0,80	0,60	1,06
CAP, BEP et équivalent	1,23	Réf.	Réf.	Réf.
BEPC, DNB, brevet des collèges	0,73	0,70	0,45	1,04
Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	0,73	0,67	0,50	0,89
Complémentaire santé				
Oui	0,91	Réf.	Réf.	Réf.
Non	3,86	2,10	1,44	2,98
CMU-C	1,06	0,48	0,30	0,74
Indicateur de pauvreté				
Non pauvre en conditions de vie	0,80	Réf.	Réf.	Réf.
Pauvre en conditions de vie	2,95	2,80	2,21	3,52
Accessibilité géographique aux soins				
Commune très sous dotée en médecins généralistes	1,57	1,23	0,74	1,92
Commune moyennement ou bien dotée en médecins généralistes	0,97	Réf.	Réf.	Réf.
Interaction entre pauvreté et accessibilité géographique				
Pauvre en conditions de vie et vivant dans une commune très sous-dotée en médecins généralistes	1,57	2,82	1,32	5,75
Satisfaction des relations avec la famille				
Bonnes	0,80	Réf.	Réf.	Réf.
Moyennes	1,84	1,59	1,23	2,03
Mauvaises	3,33	2,31	1,61	3,24
Satisfaction des relations avec les amis				
Bonnes	0,86	Réf.	Réf.	Réf.
Moyennes	1,54	1,37	1,04	1,79
Mauvaises	2,71	1,52	1,00	2,25
ALD				
Non	1,16	Réf.	Réf.	Réf.
Oui	0,46	0,40	0,29	0,54
Limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne				
Aucune limitation	0,96	Réf.	Réf.	Réf.
Faibles limitations	1,26	2,10	1,67	2,62
Fortes limitations (handicap)	0,84	1,94	1,41	2,63

Réf. : Situation de référence. ALD : Affection de longue durée.

Lecture : Les personnes âgées de 16 à 29 ans sont 1,74 fois plus nombreuses parmi les personnes qui ont renoncé à des soins que parmi les personnes aux personnes qui n'ont pas renoncé. Toutes choses égales par ailleurs, elles ont 1,89 fois plus de risque de renoncer à des soins, relativement aux personnes âgées de 30 à 39 ans (situation de référence). L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est compris entre 1,37 et 2,60, ce qui signifie que ce rapport de risques a plus de 95% de chances d'être différent de 1 : on dit qu'il est statistiquement significativement différent de 1.

>> Suite de la note page suivante

Champ : Individus âgés de 16 ans ou plus, vivant dans un ménage ordinaire en France métropolitaine, ayant déclaré avoir eu besoin de soins ou d'exams médicaux au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. Cela correspond à 16 945 répondants dont 597 qui déclarent avoir renoncé.

Source : Enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie de l'Insee (SRCV) 2017 ; calculs DREES.

Document 3 : Le *numerus clausus*

Pour l'éco, « Numerus clausus et déserts médicaux : comment les médecins ont organisé leur propre pénurie », par Bessma Sikouk, publié le 13 mars 2024.

[...] L'accès aux soins s'est dégradé ces dernières années. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous ne cessent de s'allonger selon une étude de l'Observatoire de l'accès aux soins. Les déserts médicaux sont de plus en plus nombreux et commencent à toucher aussi davantage de zones urbaines. Dans les hôpitaux, des services entiers ferment faute de médecins. Comment en est-on arrivé là ? La limitation stricte du nombre d'étudiants pouvant accéder aux études médicales est une des causes majeures pouvant expliquer la pénurie. Une pénurie qui a été la conséquence d'une revendication des syndicats de médecins libéraux eux-mêmes : la mise en place d'un nombre fermé (*numerus clausus*) de médecins à former.

« C'est une réclamation des médecins libéraux depuis la deuxième moitié du 19^e siècle. C'est une des revendications qui a vraiment structuré le syndicalisme médical, explique Aude-Marie Lalanne Berdouticq, historienne des sciences et de la médecine. Donc il y a eu des pressions en faveur d'une limitation du nombre de médecins ». [...] Comme l'explique Daniel Wallach, médecin et auteur de « Numérus clausus : pourquoi on va manquer de médecins » : « Les médecins ont toujours pensé qu'il y avait trop de médecins. » Un constat que partage l'historienne de la médecine : « L'idée qu'il y a trop de médecins est plus de l'ordre du fantasme mais c'est quelque chose de très présent dans leur imaginaire. » Ces derniers ont peur qu'un trop grand nombre de médecins entraîne une trop forte concurrence, une baisse des honoraires et donc une paupérisation de la profession. Pour remédier à cela, ils vont énormément militer pour une régulation des étudiants pouvant accéder aux études de médecine. « L'idée est aussi d'asseoir le prestige de la médecine en la rendant très sélective », ajoute Aude-Marie Lalanne Berdouticq.

C'est donc en 1971, que le corps médical va obtenir l'instauration du *numerus clausus* en médecine. Si avant, le passage en deuxième année de médecine était conditionné à la réussite aux examens, désormais, les étudiants devront réussir un concours et figurer parmi les premiers pour accéder aux études médicales. De 1971 jusqu'aux années quatre-vingt-dix, le *numerus clausus* ne cessera de diminuer. « Le nombre d'étudiants a été divisé par deux et demi quasiment de 1971 au milieu des années quatre-vingt-dix », précise Marc-Olivier Deplaude. [...]

Résultat de près de 50 ans de cette politique : une pénurie de médecins, non pas seulement dans les zones dites de désert médicaux mais dans l'ensemble de la France. C'est ce que nous indique le rapport de l'Académie de médecine publié en juin 2023. « Les déserts médicaux sont une tragédie d'autant

plus qu'ils s'aggravent et s'étendent aujourd'hui à presque tous les territoires et concerne, désormais, au-delà de la médecine générale, toutes les spécialités ». [...] Et les experts sont unanimes, la pénurie de médecins actuelle est incontestablement la conséquence de la baisse du nombre d'étudiants formés ces cinquante dernières années.

Pour en sortir, l'académie de médecine a établi des recommandations, parmi elles, on retrouve l'augmentation du *numerus clausus* devenu *numerus apertus* (nombre ouvert) lors de la réforme de 2020 de la première année de santé. Il faut « augmenter immédiatement et de manière conséquente le *numerus apertus* en l'adaptant aux besoins réels des territoires grâce à une cartographie précise et actualisée, comportant le nombre des médecins exerçant à temps partiel, le nombre des médecins n'exerçant pas ou que très peu. Une conséquence est qu'il faut en moyenne plus de deux médecins pour remplacer un médecin partant à la retraite », peut-on lire dans le rapport datant d'octobre 2022.

Si l'académie de médecine recommande une augmentation "très significative", ce que les premiers résultats de la réforme montrent c'est que la hausse du nombre d'étudiants pouvant accéder aux études de médecine n'est qu'aux alentours des 15-20%. Pour Colline Trayssac, vice-présidente chargée de l'enseignement supérieur à l'association nationale des étudiants de médecine de France (ANEMF) et elle-même passée par la réforme, le *numerus clausus* n'a pas vraiment été supprimé. « En réalité, c'est le terme qui a été supprimé mais pas la sélection qui va avec qui est toujours extrêmement importante et difficile. » Rappelons-le, le taux d'échec est de 75% en première année de santé. Par ailleurs, les effets de la réforme ne se feront pas sentir avant 2030 ajoute Benoît Veber, vice-président de la conférence des doyens. « Cette hausse ne changera rien avant 10 ans, il faut donc proposer d'autres solutions aux Français », conclut-il. La pléthore médicale n'est donc pas pour demain, la pénurie, elle, est bien installée.

Document 4 : L'origine des étudiants en médecine

Rojouan, B., « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », Rapport d'information du Sénat n° 589 (2021-2022), fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, déposé le 29 mars 2022

Avant la rentrée universitaire 2020-2021, l'admission dans les études de santé - maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie – se faisait presque exclusivement via la première année commune aux études de santé (PACES). La réforme du premier cycle des études de médecine a permis de diversifier les voies d'accès aux études médicales. Les universités ont mis en place de nouvelles modalités d'accès aux études de santé après une, deux ou trois années d'études supérieures de santé et chaque étudiant peut présenter à deux reprises sa candidature aux études de santé. Les lycéens peuvent ainsi choisir entre plusieurs parcours, intégrés dans les mentions de licence : une licence avec une option « accès santé » (L.AS) ou un parcours spécifique « accès santé », avec le choix d'une option dans une autre discipline (PASS). L'un des objectifs attendus de la réforme de l'entrée dans les études de santé est de diversifier les profils et l'origine des étudiants.

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques et scolaires parmi les primants de première année de 2009-2010 à 2013-2014 (en %)

	PCEM1 et PCEP1 2009-2010	PACES en 2010-2011	PACES en 2011-2012	PACES en 2012-2013	PACES en 2013-2014
Part des bacheliers S de l'année	91	92	92	91	90
Part des femmes	64	64	64	64	65
Part des étudiants « à l'heure »	77	79	78	79	80
Part des étudiants étrangers	5	4	5	5	5
Origine sociale¹					
Agriculteurs	2	2	2	2	2
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	9	9	9	9	9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	42	42	41	40	39
Professions intermédiaires	14	13	14	14	14
Employés	12	11	12	13	14
Ouvriers	10	10	10	10	11
Retraités	4	4	4	4	4
Autres inactifs	4	4	4	5	5
Origine sociale non précisée	4	4	4	5	3

Bacheliers S : bacheliers de la série scientifique ; PCEM : premier cycle d'études médicales ; PCEP1 : premier cycle d'études pharmaceutiques ; PACES : première année commune aux études de santé.

1. La profession du père de l'étudiant, si ce dernier est encore en vie et si elle est connue, est prise en compte, à défaut, c'est la profession de la mère ou du tuteur légal.

Note : Est défini comme primant un étudiant s'inscrivant pour la première fois en études de santé. Il peut s'agir d'un nouveau bachelier, mais aussi d'un étudiant se réorientant, en reprise d'études, différant son entrée dans l'enseignement supérieur, ou encore d'un étudiant ayant suivi un cursus à l'étranger. La PACES a été mise en place à la rentrée universitaire 2010 et a regroupé les quatre filières de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique.

Sources : MENESR, DGESIP, DGRI, SIES, bases SISE le 15 janvier de chaque année.

Issu de : Fauvet, L., S. Jakoubovitch, et F. Mikol, « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé », DREES, Etudes et Résultats n°927, Juillet 2015.

Les efforts doivent donc désormais porter sur une diversification accentuée de l'origine socio-économique des étudiants, pour former de nouveaux profils d'étudiants répondant mieux aux besoins des zones sous-denses. La littérature scientifique enseigne en effet les conséquences importantes de ce type de mesure en matière d'installation dans les territoires sous-denses : la Drees a ainsi mis en évidence* que « les résultats convergents des études sur l'influence des médecins sur les choix d'installation ainsi que le succès de plusieurs expériences, menées notamment aux États-Unis, ont conduit plusieurs pays à s'appuyer davantage sur la formation pour accroître la présence médicale dans les zones mal desservies. Le levier principal est la sélection des étudiants admis en école de médecine, pour augmenter la part de ceux qui sont issus de communautés défavorisées en termes d'accès aux soins. Pour atteindre cet objectif, une démarche de décentralisation des lieux de formation a été mise en œuvre, complétée par des démarches positives vis-à-vis des élèves du secondaire et des processus de sélection adaptés pour donner la priorité, à performance égale, aux étudiants issus de zones moins favorisées ou qui souhaitent y exercer. »

Il convient d'être plus ambitieux pour favoriser la diversité des étudiants en santé, par un système de bourse au profit des étudiants issus de zones sous dotées et d'accompagner spécifiquement les étudiants issus de la filière L.AS entrant en deuxième année de médecine. Cet effort de diversification reposerait sur des logiques de discrimination positive, grâce par exemple à des journées d'orientation au bénéfice des lycées ruraux, un accompagnement scolaire et financier des lycéens et néo-bacheliers issus des zones sous-denses souhaitant s'orienter vers les filières médicales.

Document 5 : Comment lutter contre les déserts médicaux ?

Queneau, P. et R. Ourabah, rapporteurs, “Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes”, Rapport et recommandations de l'Académie Nationale de Médecine (ANM), Rapport 23-11, Bulletin de l'ANM, Vol. 207, Issue 7, August 2023, Pages 860-871.

L'extrême gravité de la pénurie en médecins en France et la complexité du problème posé ont conduit l'Académie nationale de médecine à établir un état des lieux précis et à exprimer les recommandations suivantes :

(i) Proposer d'urgence :

- l'instauration d'un service médical citoyen d'un an pour les médecins nouvellement diplômés dans le cadre d'un engagement contractuel s'appuyant sur leur conscience professionnelle et excluant toute forme de régulation ou de coercition, notamment concernant l'installation. Ce service médical citoyen permettrait de renforcer la médicalisation des zones sous-denses et d'éclairer le choix de carrière des jeunes médecins par une expérience de terrain ;
- toutes mesures favorisant le cumul emploi-retraite des médecins récemment retraités tout en permettant à leurs cotisations de générer des droits supplémentaires ;
- favoriser l'exercice multisite qui a déjà fait ses preuves dans notre pays lorsqu'il fut confronté à un déficit de soignants après la seconde guerre mondiale, et qui devrait retrouver une place privilégiée dans la lutte contre les déserts médicaux (par exemple un groupe de 5 médecins exerçant ensemble pourrait assurer une journée de consultations par semaine dans un cabinet décentralisé, avec des aides de la collectivité locale qui l'accueille). [...]

(ii) Mettre en place au plus vite les autres mesures suivantes :

- redonner au médecin du temps médical : en optimisant les délégations de tâches à d'autres professionnels de santé et en allégeant la charge administrative [...];
- promouvoir et faciliter l'exercice et les installations précoces dans les zones sous-denses (guichet unique, incitation au cumul emploi-retraite, exercices multisites, consultations délocalisées, bon usage de la télémédecine) ; [...]
- réactiver les visites à domicile, en les valorisant financièrement et en les facilitant techniquement ;
- densifier localement les interactions avec l'hôpital ;
- augmenter immédiatement et significativement le « *numerus apertus* », en l'adaptant aux besoins des territoires, évalués avec les élus locaux, les médecins (libéraux, hospitaliers, universitaires) et les autres professionnels de santé, ainsi que les représentants des patients ;
- diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiants par des incitations et des accompagnements dès le lycée ;
- développer les stages en zones sous-denses dès le deuxième cycle, en augmentant le nombre de stages et de maîtres de stage, et en créant des tuteurs. [...]