

Changement de gouvernement, changement de politique; le sujet brûlant du numerus clausus est remis ces derniers temps à l'ordre du jour. Le climat est... glacial: en effet, le nombre de parties prenantes est important (les étudiants et leurs familles, les professionnels, les politiques, les académies de médecine... et plus largement tous les usagers du système de santé!) et donc les intérêts parfois divergents. Réflexions.

Hubert Jamart, Olivier Mariage, Pierre Drielsma, médecins, membres du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.

MOTS CLEFS : numerus clausus, analyse des besoins, politique de santé, médecine générale.

Contexte

Plusieurs médecins nous ont interpellés sur la façon d'appréhender la question du numerus clausus avec, entre autres, les étudiants de quatrième master qu'ils reçoivent actuellement. Le climat est glacial, on le comprend tout à fait. Plutôt qu'une réelle réponse, nous proposons des pistes de discussions pour avoir différentes approches du problème.

Rappelons avant tout quelques points clés quant à notre système de sécurité sociale. Il constitue en quelque sorte une assurance qui couvre l'ensemble des Belges grâce à une mise en commun de moyens financiers au départ de cotisations. C'est ce que l'on appelle un modèle Bismarckien (d'Otto Von Bismarck qui l'a mis au point fin du XIX^{ème} siècle). Les honoraires des professionnels de santé constituent une des dépenses majeures du système de santé (les disciplines concernées sont décrites dans un arrêté royal célèbre: l'arrêté royal 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé).

Bien sûr, on peut pratiquer en dehors de ce système assurantiel, mais la majeure partie de ce qui revient aux professionnels est tout de même issu de ce pot commun, qu'il faut donc gérer de façon scrupuleuse.

Il s'agit donc bien ici des moyens, et il faut les mettre en relation avec les besoins en matière de soins. L'équation est de savoir de combien de professionnels, et de quels

types, un système de soins a réellement besoin de façon à optimiser la prise en charge dans les soins de santé.

Dans le contexte budgétaire que l'on connaît, il est impératif de calculer cela au mieux. Historiquement, on vient d'une période assez longue de pléthore médicale. Il y a donc une crainte de revenir à cet état de fait, où les médecins étaient en panne de travail clinique car la concurrence était trop importante; on sait que beaucoup d'actes inutiles peuvent être induits par une offre trop abondante.

Le modèle du médecin généraliste de demain va façonner les besoins vis-à-vis de cette profession. Qui plus est, il faut se souvenir qu'il ne faut pas moins de neuf longues années pour qu'un étudiant frais et dispo puisse accéder (éventuellement?) à un numéro INAMI de médecin généraliste formé et donc agréé par la santé publique...C'est dire s'il faut bel et bien une prévision à longue échéance pour rectifier le tir!

Deux notions importantes doivent être gardées à l'esprit. Tout d'abord, le contingentement des numéros INAMI: le nombre des numéros INAMI à attribuer chaque année est limité pour les médecins généralistes et pour les médecins spécialistes. Ensuite, le numerus clausus: il s'agit des mécanismes que les Communautés (flamandes et wallonnes) ont éventuellement mis en place pour limiter le nombre d'étudiants qui viendraient se casser les dents sur le brise-lames fédéral du contingentement.

Quelques postulats

Le nombre de médecins à former pour les soins de santé doit être défini selon les besoins, lesquels doivent être clairement identifiés. Les mesures peuvent fortement diverger selon le temps moyen passé par patient, la durée des journées prestées, le souhait d'équilibrer la vie privée et le travail, la durée de la carrière,... En effet, il ne faut pas le même nombre de médecins si ceux-ci voient des patients tous les quarts d'heures pendant des journées de 10 heures, ou s'ils prennent une demi-heure par malade et ce 6 heures par jour: soit 40 patients (théoriquement) d'un côté et 12 de l'autre.

Il faudra en outre tenir compte de la façon d'organiser et de répartir le travail entre différentes professions. C'est ce que l'on appelle la subsidiarité: faire en sorte que le patient reçoive le meilleur soin, au meilleur endroit, délivré par la personne la plus appropriée. Il est en fait contre-productif que l'ensemble des services, soit offert à la fois à l'hôpital et dans les services ambulatoires: cela induit, surtout dans un système de rémunération à l'acte, une compétition financière entre les deux niveaux de soins au détriment de la qualité des

n'hésitaient pas à augmenter les rotations (plus de visite à domicile que nécessaire).

Mieux

Des études du Centre fédéral d'expertise montrent en Belgique une diminution des médecins cliniciens en médecine générale. Actuellement, les quotas ne sont pas remplis. Le numerus clausus ne change donc rien au nombre de médecins généralistes formés car la majorité des étudiants choisissent de se spécialiser, ce dont les facultés sont en partie responsables. Les quotas fédéraux prévoient 47 % de médecins généralistes et 53 % de médecins spécialistes; or on approche une répartition 25 %/75 %. Ces quotas sont fixés par la ministre et le service public fédéral Santé publique en lien avec la Commission de planification de l'offre médicale où sont présents des médecins, généralistes et spécialistes, francophones et néerlandophones, du banc syndical et du banc universitaire. Le service public fédéral Santé publique transmet ensuite à l'INAMI le nombre de médecins qui ont le droit d'avoir un numéro.

L'équation est de savoir de combien de professionnels, et de quels types, un système de soins a réellement besoin de façon à optimiser la prise en charge dans les soins de santé.

services et de leur efficacité. On sait qu'à pathologie similaire et traitable en première ligne, le coût des soins sera démultiplié très fortement dans une prise en charge à l'hôpital. A résultats équivalents, bien entendu.

Nous plaillons pour que l'accès aux études soit libre pour tous, tout en tenant compte de la haute qualité qui doit être maintenue. Il faut que les enseignants dans les hôpitaux, etc. soient en nombre suffisant. Par contre l'accès à une pratique dans le cadre de la sécurité sociale, lui, ne saurait être entièrement libre; cet accès dépend de la force de travail nécessaire en fonction des besoins, et aussi des moyens disponibles.

Controverses

Il apparaît dans certaines études que la pléthore de médecins peut induire un certain nombre d'actes inutiles. On observe ainsi une incidence supérieure de prothèses de hanches là où le nombre de chirurgiens orthopédiques est élevé; et, quand le nombre de généralistes était au sommet (années '80), certains

Par ailleurs, on fait appel à des médecins étrangers pour pallier les déficits que l'on n'arrive plus à combler par la production 'locale' de médecins. En même temps, on observe que le nombre de médecins spécialistes dépasse les quotas prévus, en particulier dans le sud du pays. Certains rapports de l'INAMI montrent qu'entre 2006 et 2009, les écarts se sont creusés entre les communautés (+1,9 % en Flandre, -3,8 % en Fédération Wallonie Bruxelles). Les communautés essaient de réguler à leur niveau les quotas imposés par l'état fédéral (mécanisme de filtres, de limitations, d'examen, etc.); les disparités Nord-Sud subsistent néanmoins, ce qui est sans doute lié à des modèles de médecins généralistes qui ne sont pas entièrement superposables.

Enfin, on observe que la répartition géographique des nouveaux médecins généralistes installés est très inégale; si cela se poursuit - et même si le quota global est suffisant - il y aura des zones en pénurie grave (par exemple une réduction de 50 % est annoncée dans le Hainaut occidental en 2024) alors que d'autres régions (grandes villes, Brabant wallon, ...) pourraient connaître un excédent.

Historiquement, on a toujours remarqué une disparité dans l'installation des médecins: les coins reculés (si tant est qu'on puisse réellement parler de coins reculés dans un pays aussi petit que la Belgique - pensons au Canada...) ont toujours eu un succès plus limité. C'est d'autant plus vrai aujourd'hui que la médecine n'est plus le sacerdoce qu'elle était parfois autrefois: à la vie plus dure d'un amateur de basse campagne, les jeunes médecins préfèrent le confort: commodités plus proches, transports en commun, distances courtes pour les enfants, pour les activités... Finalement, on peut aussi se dire que les pommes tombent au pied du pommier: c'est-à-dire que les médecins s'installent de préférence à côté de l'université où ils ont été formés. Car ils ont fait la plupart de leurs stages non loin de là, ils connaissent un minimum le réseau avec lequel ils pourraient collaborer, etc.

Quelles évolutions ?

Il y a bien un excès de médecins spécialistes, particulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Mais c'est l'inverse en Flandre.

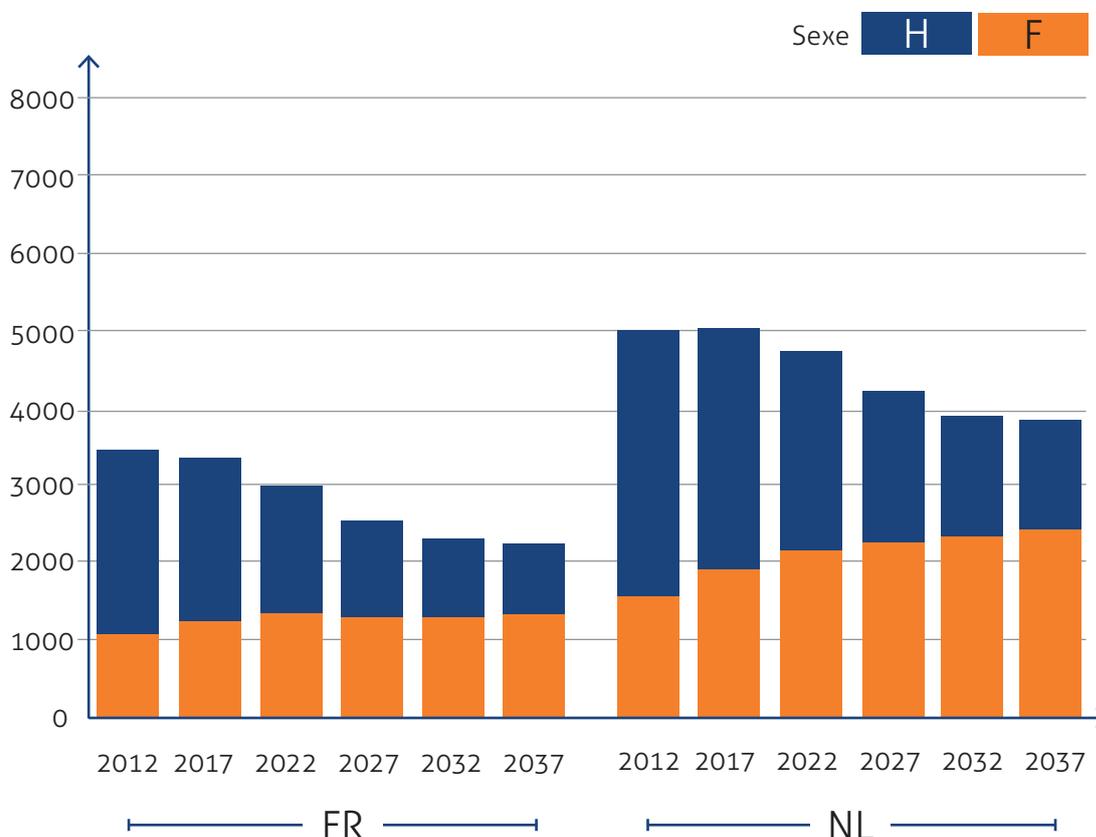
Il faut en outre signaler que le profil du médecin généraliste «étalon» en Flandre est plutôt un homme de 55 ans, travaillant beaucoup (aux environs de 60h/semaine). Cependant, la féminisation est de plus en plus prégnante sur tout le territoire, avec des durées hebdomadaires de travail bien moindres.

Il faut tenir compte, bien sûr, de l'ensemble de ces paramètres pour planifier une offre médicale réaliste. Tenir compte des profils des médecins, de leurs envies, de l'équilibre qu'on souhaite leur offrir entre vie privée et vie publique. On atteint en Wallonie-Bruxelles environ 36% de la force de travail de médecine générale du pays, alors que nous représentons 40% de la population...

Que pourrions-nous envisager ?

Il faut que tout étudiant qui entame ses études sache exactement quelles seront ses possibilités en fin de parcours (pratiquer ou non dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité). On ne peut plus se permettre de changer continuellement les règles au milieu du par-

Projection de l'évolution des équivalents temps plein INAMI âgés de 20 à 69 ans pour médecine générale¹



1. Prévission de base – Evolution de la force de travail par spécialité médicale, Rapport Intermédiaire, Couplage des données INAMI-SPF SPSCAE – Partie 2, Mai 2014.

cours. Les études sont déjà suffisamment difficiles à gérer sans à avoir à affronter ce stress supplémentaire.

Tous les étudiants qui sont dans le cursus doivent avoir un numéro INAMI, en priorité dans les métiers en pénurie (médecine générale, psycho pédiatrie, gériatrie...).

Un cadastre fin doit être réalisé en collaboration avec les cercles de médecins généralistes, qui sont sans doute les plus à même d'identifier les zones de pénurie. Cela permettrait de planifier et d'organiser, par exemple, l'accession à des numéros INAMI liés à l'endroit où l'on pratiquerait. Plusieurs cadastres existent déjà, mais ils ne sont pas suffisamment étayés.

Pour éviter que des étudiants ne fassent des cursus inutilement, nous ne sommes a priori pas opposés à un certain filtre à l'entrée des études, mais les tests ne doivent pas être limités aux sciences dures : il faut également tester les compétences humaines et relationnelles des futurs candidats. Une solution plus élégante, quoique plus compliquée à mettre en place, serait d'organiser des écoles de la santé regroupant dans un tronc commun le début des études des différentes professions ; cela permettrait d'avoir des passerelles verticales (d'une année à l'autre) mais aussi des passerelles naturellement structurées, horizontales, et donc de faire évoluer les étudiants vers l'une ou l'autre discipline au gré de leurs progrès et de leurs aspirations.

Une loi d'installation pourrait aussi en partie résoudre le problème, partant du fait que la libre installation conduit les médecins à s'installer près des villes plutôt que dans les zones en pénurie. Il faudrait dès lors attribuer les numéros INAMI sur une base territoriale : un numéro INAMI serait 'attaché' à une région, au moins pendant un certain temps (cinq années par exemple).

Par ailleurs, pour trouver des solutions à la pénurie, il faudrait aussi de façon rationnelle se poser la question de la répartition des tâches entre les professionnels. En effet, il est important que les tâches, gestes, actes posés le soient par la personne la plus adéquate dans le système de soins à l'endroit de contact le plus approprié pour le patient (cf. plus haut sur la subsidiarité). Par exemple, lors d'un contact avec l'infirmière dans

le cadre d'une vaccination contre la grippe, le sujet du tabagisme peut être abordé ; alors que classiquement, c'est le médecin qui aborde ces sujets. De cette façon, on profite de chaque occasion pour faire avancer, dans ce cas, la prévention ; et ce quel que soit l'intervenant. On peut évidemment aussi transposer cette logique vers encore d'autres professions (accueil, kiné...). D'où l'intérêt de coordonner ces actions dans une équipe multidisciplinaire et de repenser logiquement les tâches de chacun dans l'intérêt du suivi. Il est difficile de concevoir une autre répartition des tâches dans le système actuel, qui est majoritairement à l'acte ; un chantier est en cours à la Fédération des maisons médicales à ce sujet.

Enfin, il faut réellement promouvoir la médecine générale au sein des facultés. Ainsi, la spécialisation en médecine générale doit être un choix positif, et les quotas doivent être respectés ! On se tourne ici du côté des doyens, qui, à l'heure actuelle, répartissent à leur guise les différents pourcentages entre leurs étudiants, à la faveur systématique des médecins spécialistes.

Il faut également promouvoir (du côté du politique et des facultés) toutes les autres professions qui ne relèvent pas du système de sécurité sociale (INAMI), mais pour lequel un diplôme de médecin est requis : médecine du travail, médecine scolaire, médecine d'expertise, conseil dans les mutuelles, santé publique...

En guise de conclusion

On voit donc surgir, sous le couvert d'un dossier assez basique comme celui du numerus clausus, une foule de questions et une critique élargie du système de santé que nous voulons en relation avec les moyens que nous sommes prêts à y engager. Outre le système de santé, cela pose la question de l'accès aux études de médecine en particulier, et au savoir d'une façon générale. Le barrage de l'accès renforcerait, plus largement, les inégalités déjà consacrées en amont : les chances de chacun d'accéder à des études supérieures sont en partie liées au degré de scolarité des parents. Les arcanes du savoir, de la sécurité sociale, du prestige espéré - mais rarement atteint - sont entachés de bien des obstacles qu'il faut avoir à l'esprit pour comprendre ce à quoi il faut s'attendre. ■

Le numerus clausus ne change rien au nombre de médecins généralistes formés car la majorité des étudiants choisissent de se spécialiser.