



POSITION DE L'AGL RELATIVE A LA PLANIFICATION DES ETUDES DE MEDECINE

INTRODUCTION

Assurer un système de soins de santé de qualité pour tous est un objectif d'une importance capitale pour une société démocratique et émancipatrice. Cet objectif nécessite la mise en place d'une couverture et d'une offre médicale suffisantes pour que les soins de santé restent accessibles tant géographiquement que financièrement à l'ensemble de la population.

Affirmer l'importance d'un système de santé de qualité pour tous, c'est donc développer et réaffirmer le besoin que les soins de santé soient vus comme un réel service public, correctement financé et organisé par les pouvoirs publics.

Les étudiants doivent pouvoir s'interroger sur ce système de soins de santé, pour deux raisons. D'abord parce qu'il a un impact sur les étudiants eux-mêmes, en tant que patients. Mais aussi parce qu'ils ont un impact sur la santé, **l'organisation des études du secteur de la santé et particulièrement des études de médecine ayant une influence énorme sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé.**

Les préoccupations d'assurer une couverture et une offre médicales suffisantes entrent cependant en contradiction avec les exigences de plus en plus pressantes de rentabilité et de compression budgétaire au sein des services publics, dont celui de la santé. Une logique austéritaire qui avait particulièrement impacté les soins de santé depuis 1993 (augmentation des honoraires médicaux suite au plan global Dehaene¹) couplée aux pressions de l'Absym a conduit en 1997 à la **mise en place du numerus clausus fédéral.**

L'argument principal justifiant la mise en place d'une planification centralisée de l'offre médicale et du numerus clausus fédéral est celui de la demande induite par l'offre. L'Absym estimait en effet que l'augmentation du nombre de médecins sur le marché de l'emploi conduirait à l'augmentation du nombre d'actes posés, donc nécessairement à une hausse des frais de soins de santé. Un argument qui a été contesté scientifiquement (voir plus loin).

La récurrence de la crise des INAMI depuis 20 ans et l'impact de l'organisation des études de médecine sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour toute la population nécessitent donc que l'AGL prenne position et apporte ses propositions au débat public.

Numerus clausus fédéral = planification par quotas INAMI décidés au niveau fédéral = contingentement INAMI. L'Etat fédéral, par un arrêté royal, décide à intervalles réguliers (tous les 15 ans) d'attribuer un certain nombre de quotas par spécialité. Ils sont distribués en fin de master, juste avant les formations liées aux spécialités.

Numerus clausus communautaire = concours en fin de BAC1. Existait en FWB jusqu'en 2008, supprimé avec succès suite aux actions des associations étudiantes, mais réinstauré en 2015.

¹ <http://www.dhnet.be/archive/en-1993-dehaene-sortait-le-plan-global-51b7e2d5e4b0de6db9944682>

LE NUMERUS CLAUSUS ACTUEL ET LES RAISONS DE SON INSTITUTION

Le numerus clausus actuel a été mis en place en 1997. Il s'agit d'une **restriction quantitative à l'accès aux spécialités de médecine** (la médecine générale est aussi comprise comme une spécialité, donc également contingentée), **organisée durant les études**. Les quotas sont définis arbitrairement par le gouvernement fédéral, sur base des recommandations de la Commission de planification. Depuis 2008, un cadastre de l'offre médicale (détaillant le nombre de médecins généralistes et spécialistes - sans préciser leur taux d'activité) existe² ; en 2015, un cadastre dynamique détaillant l'activité médicale exprimée en équivalents temps plein a été mis en place. Les planifications futures sont censées s'adapter aux besoins de la population définis par ces cadastres, quoique **la détermination de ce qu'est un besoin en termes d'offre médicale reste toute politique** et ne puisse être déterminée objectivement par des chiffres.

La mise en place du numerus clausus en 1997 répondait à **deux intérêts** :

- Les syndicats de médecins (Absym) voulaient éviter une "pléthore", une concurrence trop importante pour leurs affiliés, qui amènerait certains d'entre eux à ne pas exercer à plein temps et exercerait une pression à la baisse sur les honoraires médicaux ;
- Le gouvernement Dehaene, dans un tournant austéritaire, voulait restreindre les budgets alloués aux soins de santé en compressant les dépenses liées aux remboursements des soins de santé.

L'argument justifiant cette logique était celui de la **demande induite par l'offre** : l'augmentation du nombre de médecins sur le marché de l'emploi conduirait à l'augmentation du nombre d'actes posés, donc nécessairement à une hausse des frais de soins de santé. Cet argument n'a cependant jamais été vérifié scientifiquement. Au contraire, **certaines augmentations de l'offre médicale contribuent à une baisse des coûts des soins de santé** :

- L'augmentation de l'offre de première ligne (principalement les médecins généralistes) permet que les maladies soient prises plus à temps, et que les actes qui doivent être posés soient moins lourds, donc moins onéreux.
- L'augmentation du nombre de médecins favorise la concurrence entre eux et diminue donc le déconventionnement (logique selon laquelle des médecins fixent des honoraires plus élevés que le prix minimum). Les honoraires sont donc moins chers pour les patients.

Plus largement, l'augmentation des frais de santé ne doit pas être considérée comme négative si elle est nécessaire. Les services publics et le système de soins de santé n'ont pas de but de rentabilité ou de compétitivité, mais comme fonction d'assurer des soins de qualité pour la population. La population vieillissant, il devrait être normal d'augmenter la part du budget réservée à la santé pour maintenir un service de qualité accessible à toute la population.

² Selon certaines données, 4700 médecins âgés de moins de 76 ans sont sans activité, ce qui représente 4700 numéros INAMI potentiellement disponibles. Il est à noter également que dans la planification actuelle, les flux migratoires ne sont pas comptabilisés pour le calcul des quotas.

L’Absym fonde la légitimation de la planification sur un rapport de l’INAMI qui concluait à un lien entre le nombre de médecins et les coûts des soins de santé datant de 1996, argument qui est actuellement lui-même battu en brèche par l’institut. En aucun cas, une planification basée sur des prétextes économiques et corporatistes ne peut être légitime. Nous devons tout de même reconnaître qu’un autre type de planification ne saurait être vain, voire que le contraire serait des plus utiles si, bien évidemment, celle-ci est adaptée et prend en compte l’entièreté des éléments nécessaires. Une planification inadéquate va de pair avec un désengagement dans le service public de santé.

PROBLEMES CREEES PAR LE NUMERUS CLAUSUS

Dès sa mise en place, le numerus clausus a suscité une polémique intense et causé de nombreux problèmes. Ainsi :

- L’attribution des quotas durant les études est en contradiction avec le **principe de libre accès**, défendu de longue date par les étudiants. Il faut conjuguer le besoin d’assurer une offre médicale par spécialités pour fournir un service de soins de santé de qualité et accessible à tous ; et défendre que l’accès à des études ne soit pas conditionné par des besoins économiques immédiats.
- Le fait que les quotas de délivrance des attestations soit mis en place durant les études crée une **pression structurelle favorisant une sélection antisociale et antipédagogique**. C’est le système du numerus clausus qui a créé le problème des reçus-collés, et qui a failli empêcher à 50% des étudiants de dernière master d’accéder à leur spécialité, et donc à la possibilité de pouvoir développer les compétences nécessaires pour exercer la profession dont ils rêvaient.
- Le numerus clausus crée une **discrimination entre étudiants en formation en Belgique et médecins formés à l’étranger**. Les attestations INAMI sont délivrés aux jeunes médecins en cours de formation en Belgique si ceux-ci réussissent les concours (ces attestations sont contingentées), tandis que les médecins formés à l’étranger et qui viennent en Belgique pour y exercer ne sont soumis à aucune limitation et reçoivent une attestation INAMI suite à une simple formalité administrative, au moment de leur installation sur leur lieu de travail. Les quotas INAMI sont anachroniques étant donné le contexte de libre-circulation des travailleurs et services sur le territoire de l’Union européenne.
- Depuis sa mise en place en 1997, **le numerus clausus a créé une grave pénurie de médecins**. Les premiers éléments du cadastre dynamique de l’activité médicale témoignent d’un manque criant de généralistes et de plusieurs spécialités (médecine d’urgence, médecine aigüe, gériatrie, psychiatrie infanto-juvénile...). En moyenne, moins d’une commune sur deux du territoire belge dispose d’assez de médecins généralistes. Une situation qui s’aggraverait très rapidement : un médecin généraliste sur deux a plus de 55 ans en 2015, et d’ici 10 ans, seule... la moitié du nombre de médecins francophones

partant en retraite sera remplacée. A terme, sur l'ensemble de la population de médecins, à quotas inchangés, le taux de remplacement serait de seulement 75% en Belgique francophone (alors que nous sommes déjà en pénurie). Cette pénurie met à mal l'accessibilité géographique et financière des soins de santé, elle contribue à l'institution d'une médecine à deux vitesses.

- Il est de plus **très difficile de pouvoir prédire à long terme l'évolution des besoins** de la population en soins de santé. En une dizaine d'années, de nombreuses choses peuvent changer. Les techniques médicales évoluent vite, les pratiques médicales se transforment. La féminisation du métier, le partage du temps de travail augmenté, les maladies nouvelles dues aux évolutions environnementales et à la pollution, les impacts du vieillissement de la population... tous ces éléments sont difficilement prédictibles, encore plus à une échelle d'une douzaine d'années³.
- Un système de planification par des quotas INAMI décidés par l'Etat fédéral ne permettra pas de **faire face aux besoins particuliers locaux**, et surtout de résorber les poches de pénurie locales. Comme l'attribution des attestations n'est pas liée au lieu de travail, on verra une tendance des médecins à se concentrer dans les grandes villes et les lieux où les revenus sont les plus élevés.
- Les quotas décidés par un pouvoir politique exécutif n'échappent pas à **l'influence des lobbies centralisés**, puisque la détermination des besoins de la population, sur base des chiffres de l'activité médicale, est toute politique. L'influence persistante de l'Absym au sein de la commission de planification et auprès des décideurs politiques contribuera à continuer de sous-évaluer les besoins de la population et soumet le choix des quotas INAMI à une logique économique bien plus que de service public.

PROPOSITION – UNE PLANIFICATION ALTERNATIVE

- **Cesser la discrimination : délier l'attestation INAMI des études**

Pour garantir une égalité de traitement entre étudiants en formation en Belgique et médecins formés en Belgique, les attestations INAMI devraient pouvoir être déliées de l'accès aux spécialités⁴. La planification aurait donc lieu après, au moment de l'installation sur le marché du travail, ce qui mettrait les médecins formés en Belgique et ceux formés à l'étranger sur un pied d'égalité : les deux seraient soumis aux mêmes exigences et formalités liées à des questions de santé publique.

³ En cas de concours en fin de BAC1, le nombre de places en BAC2 sont déterminés en fonction des quotas fédéraux. La formation BAC+MA dure 6 ans, les spécialités entre 3 et 6 ans (donc 9 à 12 ans en tout).

⁴ Pour prévenir l'apparition de spécialités en pénurie, diverses mesures incitatives peuvent être mises en place pour garantir l'attractivité des différentes filières. On pourrait également imaginer le maintien de certains quotas minimaux provisoires.

- **Démocratiser les études de médecine : déconnecter la planification de la sélection**

Le fait de délivrer une attestation INAMI au moment de l'installation dans un cabinet, et non plus durant les études, assouplit la tension que créait l'inadéquation entre l'entrée et la sortie des études. Le libre accès couplé à des quotas à la sortie aboutissait à une situation intenable où des étudiants étaient pris en otage avec seules deux échappatoires : imposer des quotas à l'entrée, ou faire sauter la planification. La sortie d'un système de quotas durant les études permettra que la question de l'organisation de l'entrée des études de médecine se pose avec beaucoup plus de souplesse et d'ouverture qu'aujourd'hui.

- **Renforcer la prédictibilité : une planification de courte durée**

Pour éviter que les évolutions des besoins de la population ne varient trop par rapport à des quotas décidés longtemps à l'avance et garantir la souplesse du système, la planification doit pouvoir se faire sans que de nombreuses années se soient écoulées. Si la délivrance des attestations avait lieu à l'installation et non pas au début de la formation, ces délais pourraient être considérablement réduits.

- **Eviter les inadaptations et s'adapter aux besoins locaux : décentraliser**

Les quotas déterminés par l'Etat fédéral ne tiennent pas compte de besoins locaux. Une planification à l'installation permettrait de lier les attestations aux contextes locaux. En clair, les postes vacants seraient ceux dans les régions où un manque de médecins aura été constaté, et la planification pourra donc être proche du terrain et géographiquement homogène.

- **Limiter l'influence des lobbies : déterminer par les acteurs**

Comment déterminer ces besoins locaux et la délivrance des attestations? Par les acteurs de la santé eux-mêmes. Le territoire peut être découpé en dispositifs de médecine générale (identiques aux zones de garde), et en bassins de soins (regroupant les spécialistes). Au sein de chacun de ces groupements locaux, les médecins, la patientèle, les acteurs des soins à domicile et les autres acteurs se regrouperaient pour définir, sur base d'une fourchette fournie par la Commission de planification, le nombre de cabinets à ouvrir.

L'AGL propose donc de fixer ces trois critères à la mise en place d'une autre politique de planification de l'organisation médicale :

- **Une planification démocratique.** L'organisation de l'offre médicale doit pouvoir être collectivement décidée, et la détermination de l'offre doit pouvoir être faite sur base de la récolte d'informations, mais surtout des besoins des premiers concernés.

- **Une planification à l'installation.** La délivrance des attestations INAMI, pour ne pas être discriminante et s'adapter dans une courte durée aux évolutions des besoins, doit pouvoir se faire au moment de l'installation du médecin sur son lieu de travail.

- **Une planification décentralisée.** Les acteurs locaux doivent pouvoir déterminer leurs besoins et les spécificités culturelles et d'organisation des différentes régions du pays être prises en compte.

La régulation tertiaire résoudrait ainsi bon nombre de problèmes :

- Elle permet de diminuer voire d'arrêter la désertification et la déshérence en milieu rural
- C'est un système extrêmement flexible permettant de s'adapter à la réalité du terrain au plus vite.
- Il permet de prendre en compte les différences présentes entre le Nord et le Sud du pays.
- C'est un système des plus justes puisqu'il permet de fragiliser les barrières socio-économiques et amènerait les études médicales et dentaires vers un peu plus de démocratisation.

Évidemment, ce système fonctionnerait avec des mesures d'accompagnement dans l'installation.

AUTRES DEBATS POUR UNE MEDECINE DE QUALITE POUR TOUS

Le système de planification alternative qui est esquissé ici ne peut fonctionner sans que d'autres mesures soient mises en place. Ces mesures touchent cependant plus l'organisation du service public de la santé que celle des études médicales, et leur complexité demanderait davantage de développements. L'on se contentera donc de les citer ici.

- Echelonner les soins

L'échelonnement des soins consiste en la hiérarchisation des lignes de soins de santé au sein du système organisé. La hiérarchie se traduit concrètement par une incitation à ce que le patient entre dans le système de soins par le niveau le plus bas possible. Ainsi, l'échelonnement tend à donner au médecin généraliste (première ligne) une place prépondérante dans le système.

- Revaloriser la médecine générale

Le développement d'une offre médicale de qualité pour tous passe par la revalorisation de la médecine générale, qui n'est aujourd'hui que peu valorisée au sein de nos universités, face aux autres spécialités. L'on pourrait penser à la mise en place de stages en médecine générale au tout début du cursus, ou à une attention portée par les universités à assurer une proportion plus importante de médecins généralistes dans le corps professoral.

- Améliorer le cadastre dynamique de l'activité médicale

Pour pouvoir fournir aux comités locaux une information détaillée, et permettre une détermination juste des spécialités les plus rares, le cadastre dynamique de l'activité médicale doit être amélioré. Il ne se base aujourd'hui pas sur une définition commune de l'activité médicale, et ainsi, ne prend pas en compte la pratique des médecins qui travaillent plus qu'un temps plein. La notion doit également évoluer au vu de l'évolution des pratiques de la profession, et notamment le partage du temps de travail, dans le calcul d'un ETP.

- Déterminer un référentiel de tâches

Pour pouvoir déterminer les besoins en médecine générale et au sein des différentes spécialités, il est nécessaire de savoir quels actes chacun est en mesure de poser, chose que permettrait la rédaction d'un référentiel de tâches.