Groupement Belge des Omnipraticiens

INTERVENTION DU GBO A LA CONFERENCE-UCL DU 21/3/2012

«Le numerus clausus et la planification à l'installation en question»

Avant d'aborder la question du NC et de la planification à l'installation, il est nécessaire de se poser deux questions préalables:

1. quels sont les besoins en santé en Belgique ? Parmi ces besoins lesquels sont rencontrés et lesquels ne trouvent pas de réponse.

2. Par rapport à ces besoins en santé, qui fait quoi ? Quel est le praticien le mieux placé pour apporter la réponse la plus efficiente à un besoin donné ?

Ces deux questions sont à aborder non seulement en fonction de la situation actuelle, mais aussi en fonction de la situation telle que l'on peut la prévoir dans les années à venir.

Ces deux questions préliminaires permettront d'essayer d'approcher les vrais besoins en personnel médical et les moyens à mettre en œuvre pour y répondre : NC aux études ? Planification à l'installation ? Quelle planification à l'installation ? Liberté totale ?

Je vais donc parcourir une série de constats pour illustrer ces questions préliminaires.

Les fondements de notre système de soins de santé et la politique de santé

- Accepter d'étudier les problèmes de régulation et de planification, c'est accepter de mettre en question les fondements de l'organisation de notre système de soins de santé
- C'est accepter de dépasser la politique budgétaire de santé qui prévaut dans notre pays pour déterminer une politique qui se soucie mieux des besoins insuffisamment rencontrés (la prévention au niveau de la première ligne par exemple).
- C'est donc accepter d'imaginer une politique de santé qui se soucie en priorité des soins primaires (traduit de l'Anglais: **primary**, essentiel), non pour répondre à des revendications peut-être corporatistes de quelconque syndicat mais pour répondre aux

68, rue Solleveld – 1200 Bruxelles - Tel : 02/538.73.65 – Fax : 02/538.51.05
gbocartel@skynet.be – http://www.le-gbo.be
IBAN BE51 0000 1968 7562 – BIC BPOTBEB1

besoins de santé publique en terme d'efficacité, d'accessibilité, d'équité et de protection face à la iatrogénicité des soins.

Sur le terrain : témoignages

- Médecins de salles d'urgences excédés par l'excès de travail, principalement du travail appartenant à la MG et confisquant leur temps précieux pour la médecine d'urgence.
- Premier rendez-vous possible dans 4 mois en médecine universitaire, sauf dans les 10 jours en contact privé et avec supplément…
- Plaintes de patients parce que le médecin n'a pas pris le temps d'expliquer.
- Plaintes de prestataires, menacés de burn out, qui souffrent de ne pas pouvoir prendre le temps.
- Assistants épuisés, médecins de garde 1 jour sur 3 dans certaines régions.
- Parents médecins souffrant de leur trop grande absence auprès de leurs enfants.
- Actes techniques réalisés à la place d'un contact relationnel, parce que l'écoute, l'information, le «counseling» sont si mal honorés par le payement à l'acte.
- Paupérisation de certains prestataires par manque de rentabilité de leur travail.
- Contact difficile avec un médecin étranger, étranger à la langue du pays et parfois aussi étranger à la dynamique relationnelle de négociation développée dans nos relations thérapeutiques…

La liste des doléances est longue.

Pléthore et pénurie

Dans un contexte général peut-être encore de pléthore, nous sommes bien confrontés à des phénomènes de pénurie : pénurie de candidats MG, pénurie dans certaines poches géographiques: certains quartiers difficiles de grandes villes et certaines régions rurales, pénurie de nuit et de WE provoquant une couverture insuffisante de la continuité des soins dans des régions où il y a parfois encore pléthore de jour, pénurie de remplaçants pour les vacances ou pour les médecins plus âgés qui désirent lever le pied, pénurie de spécialistes hospitaliers (en particulier urgentistes et

pédiatres hospitaliers), pénurie de pédopsychiatres, de gériatres, de médecins du travail, de médecins dans le tiers monde.

Osons dire que dans l'état actuel des choses, le numerus clausus et la limitation du nombre de numéros INAMI délivrés sont une absurdité au vu des 3 faits suivants :

- **L'offre médicale est trop partiellement évaluée.**
- **Les besoins en santé de la population sont trop peu évalués (quelle évolution des besoins provoque le vieillissement de la population ?).**
- **Nous assistons à une désorganisation de notre système de soins de santé.**
- **Dans un contexte européen avec liberté de circulation des prestataires.**

Préalable à toute évaluation des besoins : le cadastre des pratiques

Une démarche préalable à toute évaluation des besoins est la photographie la plus exacte possible de la réalité actuelle des pratiques sur le terrain (aujourd'hui 1800 médecins sont répertoriés comme MG à BXL : nous savons que seuls 1200 sont en activité réelle de MG).
Il est indispensable de savoir qui travaille, où et comment (avec quels horaires et quelles disponibilités). Le changement dans l'organisation des modes de vie amènent hommes et femmes à consacrer un temps plus important à la gestion de la vie de famille. Les temps partiels ne sont plus rares… peut-être en passe de devenir le modèle dominant. Le nombre de médecins de 60 ans et plus qui souhaitent alléger leurs activités est non négligeable.

L'évaluation des besoins en santé et les cercles des médecins généralistes

L'évaluation des besoins doit tenir compte des réalités de terrain quant à la population rencontrée : « densité, type de terrain (mobilité, distances), profil de population (âge moyen en campagne et en ville, paupérisation), zone à risque majoré de pollution, variation de population (zones touristiques, cités dortoirs, zones évoluant selon les emplois créés ou perdus), types d'habitat: logement social, résidentiel…»

« Pour ces raisons, il parait pertinent de recourir à un **découpage fonctionnel** plutôt que démographique du territoire en zones ou **bassins de soins**. Pourquoi pas en prenant exemple sur les zones des cercles de médecins généralistes qui constituent un découpage naturel et fonctionnel. De plus, les MG connaissent « au jour le jour » les besoins de terrain en médecins généralistes et ont également une perception intéressante, à questionner et à entendre, des lacunes et excès en offre spécialisée ou hospitalière ainsi qu'en services à la population (enfance, santé mentale, soins à domicile etc). » (Axel Hoffman)

L'indispensable structuration des soins de santé

Mais quoi que le monde politique mette en place comme régulation, le principal écueil reste l'organisation véritable du partage des tâches entre prestataires par un **échelonnement non contraignant** des soins pour **promouvoir le meilleur acte, au meilleur endroit, par l'acteur le plus approprié.**

Les quotas de répartition des étudiants MG et MS (45/55 en passe de devenir 30/70 : chiffres absurdes si l'on accepte de prendre en compte les besoins réels en santé de la population), l'indispensable équilibre entre les activités hospitalières ou ambulatoires des MS, et la planification de l'installation n'ont de sens que si la répartition des tâches est optimalisée sur le terrain. Cette optimalisation ne pourra être effective que si le principe de l'échelonnement des soins est coulé dans les termes d'une loi qui en confirme le bien fondé en santé publique et que si ce principe est **enseigné** et intégré dans les mentalités des soignants et des soignés.

Chaque prestataire doit être formé, reconnu et financé pour les spécificités de sa profession. Le MG, maillon central dans l'organisation des soins de santé, c'est de la MG qu'il pratique, dans une vision globalisante et transversale des problèmes de santé. Le MS apporte, lui, l'atout spécialisé, pointu, complémentaire à l'apport généraliste. La pratique d'une certaine forme de MG par des MS travaillant en ambulatoire ou même en hôpital est responsable d'une réelle désorganisation du système (l'exemple type est ce pédiatre qui vaccine et mesure les enfants sur RV sans se rendre disponible aux urgences pédiatriques, c'est cet hématologue universitaire qui contrôle mensuellement l'INR de ses patients sous sintrom).

Il est remarquable que les généralistes tiennent actuellement trop souvent le rôle de roue de secours, la médecine générale étant réduite à une médecine subalterne, économique – peu chère, administrative, d'appoint.

Il est regrettable de voir certains MS se déspécialiser en remplissant leurs agenda en pratique privée, certes plus lucrative, de tâches plus généralistes ou d'actes techniques sans risques et se rendre de facto insuffisamment disponibles pour les urgences et mises au point complexes spécialisées. Il est tout aussi regrettable de voir quantité de MG détournés de la MG par un travail en hôpital en salle d'urgence ou pour la surveillance des hospitalisés vu la pénurie des MS pour ces tâches, pénurie due à la fuite des MS de l'hôpital vers l'ambulatoire. Il va vraiment falloir que la MS accepte une planification à ce niveau-là, pour équilibrer l'ambulatoire et l'hospitalier.
Il est aussi regrettable que certains MG se déspécialisent en remplissant leurs consultations d'actes qu'ils pourraient déléguer au paramédical.

- **L'information** entre prestataire est probablement l'outil majeur de cet échelonnement non contraignant. Le DMG en est la concrétisation… encore faut-il que la médecine spécialisée ait à cœur de le remplir de toutes informations utiles. **Sachant que l'information est à la MG ce que la technicité est à la MS.**

- Nous savons aussi qu'une première ligne forte est garante d'une meilleure santé publique et d'un attrait certain de la MG pour les étudiants.

Des décisions politiques courageuses au profit de la santé publique

Que faire aussi de cette organisation des soins de santé sur le terrain qui attire encore plus le patient vers la médecine spécialisée : les centres de référence qui n'en ont que le nom parce que en première ligne, ces centres de « vaccinologie », ces « prostamobiles », et autres…eux aussi en première ligne ? Il nous faut ici des décisions politiques courageuses pour en questionner la pertinence, les repositionner en seconde ligne et développer leur collaboration avec les MG.
On peut penser que l'accessibilité en première ligne des centres spécialisés, de référence ou hospitaliers, améliore l'efficacité des soins pour certains publics cibles, ou certaines maladies. Mais il est certain que cette stratégie est une négation du principe de **subsidiarité**, qu'elle répond moins bien aux besoins globaux de la population.

Des décisions politiques courageuses pour préserver la qualité de vie des prestataires

Aujourd'hui les jeunes médecins revendiquent une meilleure qualité de vie, quitte à gagner moins. La loi sur le temps de travail est un élément à prendre en compte dans le cadre de l'avenir hospitalier. Mais une des hypocrisies de cette loi est qu'elle ne concerne que les médecins salariés. La revendication "qualité de vie" devient un des nouveaux moteurs des exigences du jeune corps médical. Quelques exemples : quelle protection des grossesses ? Quelle gestion par les pouvoirs publics de la garde et la continuité des soins ? Quel statut social digne de ce nom ? Quelle gestion du burn out, quelle gestion des horaires de travail favorable à un équilibre familial et professionnel ?
Parce que je suis convaincue que le challenge fondamental est d'apprécier, en regard des besoins de la nation en terme de santé, les contours de la population médicale qui nous remplacera : que veulent-ils, que craignent-ils, quelles sont leurs attentes dans la vie et dans le métier, quelle est leur vision du futur ?
C'est en mettant en face l'un de l'autre les besoins de la société et ceux de la jeune population médicale que l'on pourra dessiner les contours des moyens à mettre en œuvre, attirant les plus jeunes dans les voies de la MG ou de la MS, en parfaite complémentarité. Ici je fais un appel vibrant à votre participation à la défense professionnelle syndicale.

Le numerus clausus et la limitation des numéros INAMI en question

Quant au NC dans les études de médecine, il porte en lui le germe délétère de la compétition entre prestataires qui devront pourtant être partenaires dans leur vie professionnelle. Il risque de sélectionner ceux qui sont capables de bosser beaucoup sans suffisamment garantir leur capacité à l'approche humaniste pourtant essentielle à notre profession.
Par ailleurs, la limitation pure et simple des numéros INAMI sans **planification de l'organisation des pratiques** sur le terrain ne répond nullement à la nécessaire prise en compte des besoins en santé de la population.
Il nous est problématique de voir d'un côté l'engagement dans les hôpitaux de médecins étrangers dont nous n'avons pas de garantie suffisante quant à la qualité de leur formation et qui appauvrissent leur propre pays par leur départ, et d'autre part l'écartement d'étudiants

formés dans nos universités n'ayant pas accès à la pratique curative. Nous pouvons redouter que la motivation première à cet état de chose est purement financière, au dépend de la qualité des soins.
Quel sens donc a une régulation de ce type lorsqu'on connaît le contexte libertaire européen, créant une réelle discrimination envers les futurs médecins étudiant en Belgique par rapport aux étudiants étrangers?

Une réflexion sans tabous

Il faut donc s'atteler, rapidement et sans tabous, à éviter les situations absurdes actuelles qui malmènent réellement la performance de notre système de soins de santé.

- Un test d'aptitude contraignant mais **non déterminant** pour orienter et éclairer les étudiants en première année ? pourquoi pas. Mais ce test doit garantir un accès démocratique aux études.
  Les études doivent intégrer l'apprentissage de la MG dès le début du curriculum.
- Une **planification quantitative et qualitative à l'installation** doit intégrer tous les médecins (instruits en Belgique et ailleurs) en répondant aux besoins en santé des différents bassins de soins établis (villes, campagnes…), et tenant compte de l'activité réelle des praticiens et de leur désir d'harmonie entre vie de famille et vie professionnelle.
- Dans un système de soins qui articule les différentes lignes de soins, complémentaires et non rivales, et qui articule efficacement l'ambulatoire et l'hospitalier en MS… au service de la santé publique… notre souci à tous, nous médecins.

Dr. Anne Gillet-Verhaegen
Vice-présidente
21/03/2012

68, rue Solleveld – 1200 Bruxelles - Tel : 02/538.73.65 – Fax : 02/538.51.05
gbocartel@skynet.be – http://www.le-gbo.be
IBAN BE51 0000 1968 7562 – BIC BPOTBEB1