

Note technique

Avis du Conseil National GBO 24/08/16 : [Régulation de l'offre médicale](#)

La position du GBO : agir en souplesse avant et après les études

Arrêts du Conseil d'Etat invalidant le « concours-boucherie » de fin de 1ère année de médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles, incertitude des étudiants francophones quant à l'obtention d'un numéro Inami en fin de cursus, promesses du duo ennemi De Block-Marcourt d'enterrer la hache de guerre pour construire une solution acceptable, brise communautaire que certains font souffler sur les braises... L'actualité de cet été a ramené à l'avant-plan le vieux dossier du contingentement des professions médicales. A une problématique à composantes multiples, le GBO avance des solutions combinées. Plutôt qu'un carcan unique, verrouillé sur les seuls étudiants en Belgique, flanqué d'un large laisser-faire à la sortie, le GBO propose une régulation souple et modulée, à l'entrée ET à la sortie des études, avec des numéros Inami attachés non plus à un individu mais à une pratique.

Fin juillet, une information tirée de statistiques Inami faisait les gros titres : près d'un quart - 23% - des nouveaux médecins sont titulaires d'un diplôme étranger, et la proportion passe à 27% en médecine générale. Est-ce bien raisonnable ? L'Etat belge ne peut se soustraire au principe de la liberté de circulation et d'installation des médecins européens. Mais pour sa part, le GBO ne peut se résoudre à ce que la seule régulation effective consiste dans la limitation du nombre d'étudiants à pouvoir étudier la médecine dans nos universités belges, assortie d'une limitation d'attribution des numéros INAMI avant leur spécialisation. Il est atterrant de refuser l'accès aux études à des jeunes motivés et compétents dans nos facultés. Il faudrait donc, même il s'agit probablement d'un point délicat à concrétiser, **commencer par réguler les entrées européennes.**

Au-delà de l'aspect de concurrence avec les étudiants belges, une conséquence non négligeable de l'afflux de médecins de l'Union doit être examinée : ces praticiens sont issus de pays qui n'ont pas forcément mis en place les mêmes réformes que la Belgique en matière de soins de santé, en particulier en ce qui concerne les droits du patient avec par exemple l'établissement d'un partenariat soigné/soignant. Des différences nationales persistent au sein même de l'UE dans les législations et attitudes concernant l'IVG (interdite à Malte et fortement limitée en Irlande et en Pologne), l'euthanasie (qui n'est autorisée qu'aux Pays-Bas et en Belgique) ou encore les soins palliatifs. Le « métissage » actuel du corps médical ne risque-t-il pas de mettre en péril ces avancées majeures engrangées dans notre pays ?

Dans une démarche de développement d'une politique de santé publique, des mesures de régulation sont indispensables pour permettre l'adéquation du nombre de praticiens aux besoins de la population et l'aspect de concurrence avec les diplômés étrangers n'est qu'un des constituants de la problématique de la régulation de l'offre médicale. En voici bien d'autres.

Préalablement, il convient de fournir aux jeunes qui s'apprentent à faire un choix de carrière une information objective et claire sur la volonté politique de disposer d'un rapport harmonieux entre

l'offre de soins et les besoins - par exemple lors des séances d'information/orientation traditionnellement proposées aux rhétoriciens. Cela permettra de communiquer une fourchette raisonnable du nombre de praticiens dont les citoyens belges auront besoin, et ce dans chaque discipline.

1/ UNE FAUSSE BONNE IDÉE, LE « DROIT AUX ÉTUDES » ?

Le point de vue des étudiants qui réclament un accès généralisé aux études de médecine pour quiconque a réussi ses secondaires peut se défendre. Qu'en est-il alors de l'accès à la profession ?

- Si ce droit, cette liberté d'étudier, est garanti, une limitation de l'accès à la profession pourrait en être le corollaire pour éviter des dérives telles que l'impossibilité de vivre de son métier parce qu'il y a trop de concœurs/confrères sur le marché ou celle d'acquérir une expérience suffisante pour exercer de façon sûre. L'autorisation de pratiquer risquerait d'être retirée à celui ou celle qui n'atteint pas un certain seuil d'activité et de diversité de situations cliniques prises en charge.
- Dans le scénario d'une **planification à l'installation**, l'accès libre aux études n'est donc pas une garantie que chaque diplômé aura un job dans le domaine ou le sous-domaine qu'il affectionne.
- Mais si l'on souhaite que chaque étudiant dispose du droit d'accéder à des études de qualité et d'un droit effectif d'exercer en Belgique à l'issue de son cursus, il semble alors qu'il **faille limiter l'accès à ces études**. De ce point de vue, **une épreuve d'entrée**, comme il en existe pour les études d'ingénieur, constitue **la modalité optimale**.

L'hétérogénéité de l'enseignement secondaire, argument avancé pour refuser le concept d'un examen d'entrée, est une objection qui prévaut également pour les futurs ingénieurs. La réponse apportée dans leur secteur n'est pas un filtre placé en fin de 1ère année mais bien une année préparatoire facultative (dite « math spéciale »). Une méthode analogue pourrait être appliquée en médecine, avec des bourses intégrales délivrées aux postulants à cette **année propédeutique (que l'on pourrait baptiser de « bio-psycho-sociale », commune en sciences de la santé)** issus de milieux moins favorisés/d'écoles de moins bon niveau.

Le GBO propose donc une combinaison des deux régulations :

- l'organisation d'un **examen d'entrée** (et non un concours) préalable aux études de médecine, qui ne porterait **pas exclusivement sur les matières scientifiques pures et dures, mais aussi sur les qualités humaines et relationnelles**. Celles-ci pourraient être testées, par exemple, à la faveur d'un stage d'observation active d'un mois en médecine générale et/ou psychiatrie et/ou gériatrie, **avec année préparatoire facultative** (la seule limite au nombre d'étudiants accueillis est la préservation de la qualité de l'enseignement, par exemple au regard du nombre de maîtres de stage disponibles).
- **Et une planification à l'installation** après la spécialisation en médecine générale ou spécialisée.

2/ DES QUOTAS FÉDÉRAUX INFÉRÉS DES BESOINS, ET UNE RÉGULATION COMPLÉMENTAIRE

Dès lors que le choix est opéré d'une planification à l'installation et/ou d'un examen d'entrée, **la question des quotas fédéraux se résume à une estimation la plus pointue possible des besoins globaux** en médecins cliniciens.

Or, pour rappel, les quotas actuels ne sont pas établis en fonction des besoins. Ils sont calculés de sorte à maintenir une force de travail antérieure en tenant compte des évolutions macroscopiques observables au niveau des pratiques (féminisation de la médecine, diminution de la disponibilité horaire, progression du travail à temps partiel, allongement des consultations, etc.).

Le GBO estime que **cette méthode est très insatisfaisante**, en particulier pour la médecine générale.

De plus, les soins de santé sont au-devant de changements significatifs (télé médecine, miniaturisation des outils diagnostiques, ultrasons et « minilab » en première ligne...). Il est nécessaire d'introduire ces paramètres dans les équations en vue de la production de praticiens à moyen terme.

Par ailleurs, une régulation complémentaire doit être envisagée sur le terrain de la pratique veillant à :

- une répartition géographique harmonieuse des praticiens (cela réclamerait des dispositions légales organisant l'installation, sur la base d'une planification territoriale. En médecine générale, il pourrait y avoir des incitants (voire une contrainte temporelle) de s'installer prioritairement dans les zones en pénurie) ;
- un accès aux soins optimisé, de sorte qu'ils soient prodigués par le bon prestataire, au bon moment, au bon endroit (lire ci-dessous) ;
- une répartition des tâches clarifiée et optimisée entre les différents professionnels de santé (lire ci-dessous).
- une couverture suffisante des besoins en médecine préventive et administrative, avec la préservation de la possibilité de mixité des pratiques (temps partiel en médecine générale combiné à une pratique en centre de planning familial, par exemple)

Cela signifie que la première question urgente à régler est celle de la division du travail clinique entre spécialistes, entre spécialistes et généralistes, entre médecins et non-médecins, et enfin parmi les non-médecins.

Aucune planification rationnelle n'est possible en l'absence d'une répartition des rôles la plus fine possible.

Le GBO estime qu'idéalement, l'organisation des soins de santé devrait être régie par le **principe de subsidiarité** que les médecins généralistes appellent aussi **échelonnement**.

Ce principe que porte le GBO est très bien résumé dans son slogan de toujours : **les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au prix le plus juste.**

Le principe de subsidiarité fait descendre les tâches du haut vers le bas. En cas de mise en œuvre en Belgique, on observerait les processus simultanés suivants :

- le besoin en spécialistes serait moindre, en tous cas pour la délivrance directe des soins courants. Hormis pour des gestes techniques pointus nécessitant une pratique fréquente et qui leur seraient

réservés, les médecins spécialistes seraient amenés à évoluer de plus en plus vers un rôle de conseil et d'expertise, par exemple pour la gestion épidémiologique de populations au niveau des zones de soins. Pour les spécialités d'organes, il faudrait établir la liste des pathologies/situations confiées aux spécialistes. Dans cette optique, un cardiologue ou un néphrologue ne pourraient par exemple suivre un hypertendu qu'en cas d'échec thérapeutique en première ligne ; le diabétologue se cantonnerait aux schémas insuliniques complexes et à l'appui et au conseil aux intervenants de première ligne.

- les médecins généralistes verraient certaines de leurs tâches déléguées à des « infirmiers de pratique » (*nurse practitioners*), à des diététiciens, des éducateurs... mais, parallèlement, hériteraient des tâches les plus simples et routinières des médecins spécialistes. Ils récupérerait aussi les actes de première ligne abusivement posés à l'heure actuelle par des spécialistes, par exemple les vaccinations et le suivi des enfants sains et des affections courantes bénignes qu'assurent les pédiatres. Ou, dans le champ de la gynécologie, la prescription de contraceptifs, une partie du suivi de grossesse (avec les sages-femmes), les frottis de col, les vaginites, les condylomes, etc.

Le GBO estime que la force de travail actuelle en médecine générale ne peut en aucun cas être diminuée, compte tenu par ailleurs que les médecines préventives et administratives puisent leur main d'œuvre préférentiellement dans le contingent généraliste.

3/ UNE RÉPARTITION GÉNÉRALISTES/SPÉCIALISTES (LES « SOUS-QUOTAS ») À AJUSTER... ET RESPECTER !

Les sous quotas **relatifs** définis au début de l'application du numerus clausus étaient de 43% de médecins généralistes contre 57% de médecins spécialistes. Ils n'ont **jamais été réalisés au sud du pays**, à cause de la mauvaise grâce des universités francophones et de la complicité/passivité de la tutelle. En 2013, par exemple, on en était à un rapport 30/70.

Certes, les quotas **absolus** ont été récemment atteints à l'occasion d'un **dépassement indu global** des quotas absolus. Il faut revenir à plus de rigueur. **Mais il faut oser dire qu'il faudra probablement ajuster les quotas de médecins généralistes à la hausse en Wallonie et à Bruxelles.**

La logique voudrait que la ventilation théorique de départ (43/57) soit modifiée en faveur de la médecine générale. Dans l'attente de cet idéal, **le respect strict de cette proportion constituerait déjà un progrès.**

Les décisions du ministre-président de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Rudy Demotte, à ce sujet sont impatiemment attendues.

4/ « CES FLÉMARDS DE FRANCOPHONES », OU LES LIMITES DU CRITÈRE DE LA PRODUCTION D'ACTES

Une partie de la Flandre a l'épiderme particulièrement chatouilleux dès que l'on parle d'augmenter les quotas de médecins francophones. Ces derniers sont souvent accusés, au nord du pays, de flâner aux frais de la sécurité sociale fédérale. Un entretien du GBO avec la ministre De Block sur le sujet ne laisse planer aucun doute quant à cette interprétation courante...

Dans la littérature, de nombreuses études ont établi une corrélation entre le nombre de spécialistes et le nombre d'interventions programmées (non urgentes). Par ailleurs, B. Starfield et ses suiveurs montrent également qu'une pléthore de spécialistes se traduit par l'augmentation des maladies iatrogènes (au contraire de ce qui se passe en médecine générale). Les travaux de Pascal Meeus et al., de la direction recherche, développement et qualité de l'Inami, indiquent que la quantité d'actes

prestés par praticien de la même discipline est assez variable. Au surplus, une part de la variance s'explique par la région où le praticien officie.

Il est possible que le patient flamand soit plus discipliné, que le patient francophone énonce davantage de problèmes par consultation. Il est possible que les médecins généralistes francophones ne souhaitent pas faire de « l'abattage », qu'ils ne désirent plus travailler 60 heures par semaine.

Cette nouvelle manière d'exercer leur métier est respectable. Mais elle ne devrait **pas coûter plus cher** à la sécurité sociale.

Il faudrait déterminer, au moyen d'une étude scientifique, les déterminants de la moindre production (en actes) de la médecine bruxelloise et wallonne. Si ces déterminants se révèlent des choix personnels de confort des médecins francophones, ils devraient être imputés aux médecins et ne pas générer de financement supplémentaire par tête. En revanche, **si cette faible production est (partiellement) attribuable à des caractéristiques médicales, sociales ou ethniques** de la population francophone, **elle devrait constituer un correctif admissible.**

A ce propos, le Pr De Maeseneer, responsable du département de médecine générale et des soins de santé primaires à l'UGent, pense que les patients allochtones devraient générer des forfaits plus élevés. Cette discussion rejoint le vieux débat sur la (revalorisation de la) consultation de longue durée. Or, on sait que Bruxelles et la Wallonie gèrent ensemble deux tiers de l'immigration, alors que ces deux régions ne représentent que 42,5% de la population.

5/ NUMÉROS INAMI : DE L'ATTRIBUTION PAR TÊTE À L'ATTRIBUTION PAR PRATIQUE

Au total, toutes choses étant égales par ailleurs, les médecins (les spécialistes aussi, sous réserve de se cantonner à la stricte médecine spécialisée) devraient pouvoir être plus nombreux que les estimations classiques, simplement **pour des raisons d'équilibre de vie privée et pour autant qu'ils ne tombent pas au-dessous d'un seuil d'activité nécessaire au maintien des connaissances et compétences.**

Mais ce surnombre justifié par la préservation de la qualité de vie ne devrait pas induire de coût supplémentaire pour la sécurité sociale. Les allocations de pratique attribuées per capita permettent d'éviter ce surcoût. Le système actuel de la prime informatique est intéressant car, dans le cas d'un exercice de groupe, il admet qu'un paramètre soit rempli collectivement : le généraliste « peu productif » sera considéré comme en ordre s'il s'est associé avec d'autres « plus productifs » et qu'ils atteignent, ensemble, le seuil d'usage exigé.

En s'inspirant de la même logique, **on pourrait repenser le système d'octroi des numéros Inami, lesquels porteraient non plus sur des têtes mais sur des pratiques**, qui devraient compter un certain nombre de patients, définis - idéalement - par l'existence d'un DMG. Ce système permettrait d'aisément **intégrer au sein de ces cabinets de groupe des « fractions »** de médecins (« fractions » parce ce que ne représentant pas un actif temps plein).

C'est ainsi qu'on organiserait les nouvelles installations de généralistes (et respectivement de spécialistes dans les hôpitaux) dans des pratiques groupées desservant - imaginons - 3.000 patients standard. On entend par patient standard un patient qui correspond à la médiane des dépenses Inami ; a contrario, un patient plus malade « pèsera » plus (il vaudra par exemple 1,5 patient standard).

En partant de la situation actuelle, on considérerait qu'un généraliste s'occupe classiquement de 1.000 patients standard. Si de jeunes confrères sont désireux de panacher leur activité avec d'autres occupations que la médecine générale ou de travailler moins, à hauteur de, disons, 750 patients standard chacun, ils seraient quatre à disposer du droit d'exercer dans cette pratique, à la place de trois. **Le dispositif augmenterait donc la capacité d' « absorption » des jeunes diplômés**, le même raisonnement pouvant d'ailleurs être appliqué *mutatis mutandis* aux hôpitaux.

Les médecins pratiquant en solo seraient, dans cette optique de réduction du temps de travail, invités à s'associer en réseau.

Les modes de paiement (mixtes à priori) devraient garantir que cette formule « à la carte » n'implique pas de surcoût pour la sécurité sociale. Dès lors, si au sud, l'arbitrage s'opère en faveur de la qualité de la vie tandis qu'au nord, les praticiens conservent une logique davantage économique, cette différence sera acceptable pour les deux parties, car elle ne créera aucun déséquilibre.

Il va de soi que, pour mettre en œuvre cette **politique de temps/d'intensité de pratique choisis, les paiements forfaitaires se révèlent les plus commodes. Mais l'acte n'est pas pour autant exclu** du système ; il faudrait juste poser des bornes aux actes réalisés par patient, en moyenne.

EN RÉSUMÉ de la position du CARTEL (ASGB-GBO-MoDeS)

La suite de la saga du numerus clausus pour les études de médecine soulève de nombreuses questions attenantes.

Le Cartel propose une régulation souple et modulée à l'entrée et à la sortie des études pour assurer le maintien d'une offre médicale adaptée **aux besoins** de notre système de soins, dont l'organisation mérite d'être repensée afin de garantir des soins de qualité pour tous.

Pour le Cartel, les propositions de résolution s'axent sur plusieurs aspects :

De la régulation de l'accès aux études de médecine...

Nous défendons un système centré sur les points suivants :

- **L'organisation d'un examen d'entrée** dans les facultés de médecine, en ne se focalisant toutefois pas sur les seules matières scientifiques, **assorti d'une année préparatoire facultative portant sur les matières du champ bio-psycho-social et relationnel.**
- **L'information des élèves du secondaire de façon objective et claire, en amont de l'université, de la volonté politique d'équilibrer le nombre de praticiens et les besoins de la population.**

... A la régulation de leur sortie...

- **L'octroi d'un numéro INAMI provisoire après le master** pour permettre à chacun d'accéder à la médecine générale ou spécialisée.
- **Une réflexion en profondeur à propos du contexte législatif européen en matière de liberté de circulation des diplômés médecins en Europe**, susceptible de déstructurer le modèle de planification et d'organisation des soins des différents pays européens.
- **Le respect en conséquence d'une meilleure équité entre diplômés belges et européens**, en espérant éviter les dérives actuelles de création de pénurie dans leurs pays d'origine des européens non-belges recrutés via des agences spécialisées pour venir travailler en Belgique.

... Pour mieux organiser le système de soins de santé en garantissant son efficience :

- **L'installation doit être renforcée par une organisation « multifacettes »** (Prise en compte des besoins de la population, de la répartition géographique des médecins, d'une clarification des rôles de chaque professionnel, réfléchir à l'échelonnement des soins...).
- **Organiser une meilleure répartition géographique des praticiens sur le territoire.** A défaut d'une loi d'installation, encourager, par exemple, la pratique de vacation dans les zones en pénurie.
- **Les quotas fédéraux, basés sur une organisation « multifacettes », doivent porter non plus sur des têtes mais sur des pratiques**, solo, en réseau ou groupées, et en incluant le paradigme actuel qui fait prévaloir une qualité de vie pour les praticiens avec un meilleur équilibre entre vie professionnelle et privée.
- Au niveau des sous-quotas, **la répartition de 43/57 % entre généralistes et spécialistes** doit être atteinte en poursuivant les efforts de valorisation de la médecine générale, première ligne déjà actuellement en pénurie à certains endroits. Tout comme pour certaines autres spécialités en pénurie comme, par exemple, la gériatrie, la médecine d'urgence, la pédopsychiatrie, ou en voie de le devenir comme l'anatomopathologie ou la biologie clinique.
En même temps, il faut aussi prêter une attention particulière à la pléthore actuelle dans certaines spécialités comme la radiologie ou la chirurgie, par exemple.