

Numerus clausus : une alternative qui semble faire consensus

Olivier Mariage, médecin généraliste à la maison médicale le Gué, membre de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales

Le numerus clausus en médecine, installé en 1997 pour répondre au problème de la pléthore, génère une série d'effets pervers, tant pour les étudiants, qu'en terme de couverture de certaines zones moins favorisées du territoire. La question de l'organisation optimale de l'offre de soins reste ainsi ouverte. A l'instigation d'Ecolo, des représentants des syndicats de généralistes et de la Fédération des étudiants francophones, premiers concernés par la planification, ont élaboré une série de propositions pour dépasser ces difficultés.

Mots clefs : soins de santé primaires, formation médicale, syndicalisme, politique de santé.

Début 2005, les services d'études du parti écologiste publiaient une étude au sujet de l'évolution de la démographie en médecine générale. Les conclusions étaient inquiétantes : alors que le numerus clausus a été mis en place en 1997, et a commencé à produire ses effets en 2004, on se rend compte que le nombre de médecins généralistes nouvellement installés entre 1991 et 2001 est en chute libre, de près de trois fois inférieur aux quotas fixés par le Gouvernement, et ce dans les trois régions du pays. En faisant une analyse plus fine par commune, on observe également une très nette tendance des jeunes médecins à bouder les zones rurales ou urbaines précarisées. Alors qu'aujourd'hui il existe une répartition très homogène

sur l'ensemble du territoire, dans les décennies à venir certaines régions risquent d'être désertées ; l'accessibilité aux soins de proximité est gravement compromise.

Suite à ce constat, une discussion a été ouverte avec les syndicats de généralistes et la Fédération des étudiants francophones (FEF), qui, pour d'autres raisons, fustige la limitation de l'accès aux études depuis toujours. Objectif : trouver une troisième voie entre la « porte grande ouverte » et le système actuel qui, de toute manière, n'apporte aucune réponse au problème de la répartition géographique au-delà de la dimension communautaire, et n'est qu'une réponse à la pléthore du passé alors qu'aujourd'hui c'est aussi la pénurie que se dessine.

La réforme proposée repose sur cinq grands axes

Premier axe : passer d'un système de numerus clausus via une limitation des numéros INAMI à un système de « régulation ». On sait aujourd'hui que la pléthore côtoie la pénurie (à certains endroits, ou à certaines heures). A côté de limitations, il faudra sans doute créer des incitants. Certaines mesures de ce type sont déjà en œuvre (comme les forfaits de disponibilité), d'autres sont en préparation chez le ministre Demotte (primes d'installation).

Deuxième axe : garder une répartition géographique homogène. Ceci est un enjeu fondamental pour garantir une accessibilité maximale à la « première ligne ». Ceci implique une territorialisation, et le découpage du territoire en « zones de médecine générale »

(taille optimale 5 à 15.000 habitants). Un tel découpage n'existe pas : les cercles sont trop grands, les communes trop inégales. Mais il va de soi que ce découpage doit pouvoir se superposer à celui des cercles (et donc des zones de gardes) pour garder la cohérence du système.

Troisième axe : la décentralisation de l'analyse du rapport entre l'offre et la demande. Actuellement, la commission de planification se base sur des études « macro », sur des comparaisons avec les pays voisins. La répartition géographique des quotas est plus que grossière, et se limite aux communautés. Il lui est impossible de tenir compte des particularités locales. Elle ne connaît pas l'offre existante, ni son adéquation avec les besoins de la population. C'est pourquoi il est proposé de constituer dans chaque « bassin de soins » (zone comprenant un ou plusieurs cercles) un « Comité subrégional de l'offre de soins ».

Ceux-ci seraient constitués de représentants de généralistes, d'autres soignants, d'acteurs sociaux et de représentants de la population. Des représentants de la Région pourraient y être associés. Ces comités auraient pour mission d'analyser finement l'offre existante, son adéquation avec les besoins ressentis ou objectivés et d'en faire rapport à la Commission fédérale de planification.

Quatrième axe : remplacer les quotas de numéros INAMI par une limitation de nombre de cabinets par zone. A partir d'une date donnée, toute nouvelle implantation devrait faire l'objet d'une autorisation de la santé publique pour ouvrir un cabinet (solo ou de groupe). Pour éviter la revente, les cabinets ne seraient pas cessibles.

Cinquième axe : avoir une vision claire de l'offre existante via un cadastre établi et remis à jour régulièrement permettant d'objectiver le volume réel du potentiel d'offre de soins au niveau local.

Sur base des rapports fournis par les Comités subrégionaux et du cadastre, la Commission de planification déterminerait annuellement pour chaque zone un quota de cabinets (en équivalents temps plein), avec une fourchette permettant de tenir compte de particularités locales. Il serait interdit d'ouvrir un nouveau cabinet dans une zone pléthorique ; et dans les zones en pénurie, des incitants pourraient être mis en place.

Parallèlement, la santé publique

organiserait chaque année un concours pour départager les candidats quand le nombre de demande dépasse les places disponibles dans une zone donnée. Une réserve de recrutement serait ainsi constituée de médecins pour lesquels une nouvelle catégorie serait créée : les médecins « remplaçants », disposant d'un statut particulier. Dans cette catégorie on retrouverait les généralistes qui n'ont pas ou ne souhaitent pas avoir de cabinet pour diverses raisons.

Un mécanisme équivalent serait mis en place pour les spécialistes, mais sur des zones plus grandes, les bassins de soins eux-mêmes.

Sur un plan politique, cette proposition a le mérite de rouvrir un débat bloqué

depuis plusieurs années : la Fédération des étudiants francophones l'appuie, et du côté des syndicats de généralistes, le GBO se montre intéressé ; même chez certains représentants de l'ABSyM, on se dit ouvert à l'idée du remplacement du numerus clausus par un système de régulation. Autre élément important : nos amis du Nord sont très frileux à l'idée de remettre en question le numerus clausus en raison du fait qu'il y a plus de médecins en activité du côté francophone. Avec cette proposition, la dimension communautaire disparaît.

Ce qui est particulièrement nouveau, c'est que c'est la première fois qu'un début de consensus est recherché entre étudiants et médecins, entre tenants et opposants au « numerus clausus ». C'est un débat complexe : il s'agit de concilier libre accès aux études, principe de démocratie auquel nous sommes très attachés, bonne utilisation des ressources de l'assurance maladie et une accessibilité maximale aux soins.

A elle seule, cette réforme ne suffira pas à résoudre tous les problèmes : la médecine générale doit encore être revalorisée, il faudra mieux tenir compte de la féminisation, et valoriser les métiers médicaux autres que le soin : recherche, médecine préventive ou du travail pour lesquels on manque d'effectifs. Aussi pour éviter que sept années d'études universitaires ne se terminent en cul de sac.

Muriel Gerkens, députée fédérale Ecolo, compte déposer une proposition de loi allant en ce sens dans les prochaines semaines. A-t-elle quelque chance d'aboutir ?

