

la carte blanche

Professeur Philippe Baele Anesthésie-Réanimation, Université catholique de Louvain (l'auteur s'exprime à titre personnel. Ses opinions n'engagent pas l'institution hospitalière ni l'université dont il fait partie).

Etudiants et numéros Inami : un problème mal posé

Un débat équilibré sur l'attribution des numéros Inami ne peut se tenir qu'en dissociant deux concepts : le droit de prescrire et le cadastre de l'activité médicale.

Des centaines de jeunes médecins risquent de ne pouvoir pratiquer. Comment en est-on arrivé là ? Comment sortir de l'impasse ? Il y a pénurie de médecins : ici, là, ou encore là-bas... Non, il y a trop de médecins... Qui croire ? Et si le problème était tout simplement mal posé ?

Le problème réside dans l'instrument de mesure.

Le fameux numéro Inami octroie un droit : le droit de prescrire et de voir ses prescriptions suivies de remboursement. Personne n'a jamais dit qu'il y avait obligation d'exercer ce droit. Ni qu'il était obligatoire de l'exercer

à plein-temps. Il y a trente ans, cependant, cela allait de soi. On devenait médecin pour exercer et pour exercer à plein-temps. Le modèle dominant était celui du médecin disponible jour et nuit, jeune ou vieux, jusqu'à son dernier souffle.

En trente ans, les techniques ont évolué, les coûts des examens et des médicaments aussi ; mais pas seulement. La société aussi a évolué. Voici près de vingt ans, nous avons étudié les facteurs de cette évolution pour la spécialité de médecin anesthésiste-réanimateur. Elle influence énormément le temps de prestation des médecins.

Il y a d'abord la féminisation de la profession. En quelques décennies, les jeunes femmes sont passées de 25 à 60 % des auditoires. La biologie n'a pas changé : ce sont elles aussi qui sont enceintes, allaitent les bébés. La so-

ciété a évolué quant aux rôles parentaux, mais pas autant qu'on pourrait le penser : elles doivent encore consacrer plus de temps aux enfants que leurs compagnons. Une fois médecin, elles demandent donc, de façon très légitime, de limiter leur disponibilité dans des cadres horaires bien précis.

La société a influencé la manière de travailler des médecins

Les hommes aussi ont appris à limiter leur temps professionnel. Une proportion élevée d'hommes et de femmes n'exercent pas pendant une demi-journée ou une journée par semaine, voire plus. Il ne me viendrait pas à l'idée de critiquer leurs raisons : moi-même je n'exerce plus qu'à mi-temps pour consacrer mon énergie à la coopération au développement, et nous connaissons tous un médecin qui partage efficacement son temps entre son cabinet de médecin et son cabinet de ministre.

Il y a quarante ans, l'épouse du médecin tenait son secrétariat, sa comptabilité, se dévouait à leur famille, lui laissant l'opportunité de travailler en clinique soixante heures par semaine, ou plus, sans compter le temps passé en réunions, à enseigner, à publier. Bien ou mal, c'était la réalité. Aujourd'hui, l'épouse du médecin travaille. Et lui ne désire plus travailler quatre-vingts heures par semaine.

Il y a ensuite l'attitude des médecins face à leur fin de carrière. Mourir au chevet d'un patient n'est plus l'idéal que caresse le médecin vieillissant. Comme tant d'autres concitoyens, il/elle désire un jour ralentir la cadence,

passer la main, souffler. Beaucoup cherchent déjà à réduire leur temps de travail avant leur pension. Il y a plusieurs raisons à cela : la technicité qui exige un degré croissant de précision et un effort croissant de mise à niveau, les exigences du public et son pendant médico-légal, tous engendrent un stress professionnel inconnu auparavant.

Enfin, dans de nombreuses structures existe aujourd'hui une limite d'âge précise à laquelle le praticien doit partir.

Au même moment, nous abordons le papy-boom. Dans certaines spécialités, les départs à la pension vont même être multipliés par deux ou trois dans les cinq années à venir. Tous ces pensionnés voudront conserver leur droit de prescrire, ne serait-ce que pour eux-mêmes et leur famille.

On le voit, si chaque numéro Inami représentait une pratique médicale à plein-temps il y a trente ans, il n'en est plus du tout pareil aujourd'hui.

Le problème est qu'on fait encore cet amalgame, alors que personne ne sait quel est le facteur de correction qu'il conviendrait d'appliquer, spécialité par spécialité.

Nous assistons à une répétition de la discussion sur le numerus clausus, laquelle fut viciée par l'utilisation de la même unité de mesure.

Il est urgent de complètement dissocier ces deux concepts : le numéro Inami (= le droit de prescrire) et le cadastre de l'activité médicale. Ces deux choses sont devenues très différentes et les considérer encore liées empoisonne le débat, empêche de trouver une solution, et empêche toute saine programmation des besoins du pays. ■