

« Inami, au plan politique c'est un sujet explosif »

Dans le dossier des numéros Inami, sans décision forte on court à la catastrophe, estime le professeur Denise Delière

ENTRETIEN

Numéros Inami, contingentement des diplômés, restriction à l'entrée des études de médecine... À la faveur d'un accord entre les ministres Marcourt et De Block tout serait réglé. Denise Delière, professeur émérite à l'UCL, s'insurge en faux. Longtemps membre active de la Commission de planification de l'offre médicale, pionnière dans le domaine de la socioéconomie de la santé, initiatrice du Centre d'information sur les professions médicales, elle revient sur l'actualité récente dans le secteur.

La solution proposée par Maggie de Block suscite selon vous bien des interrogations ?

Bien entendu, et à plusieurs niveaux. La ministre annonce que le nombre d'étudiants qui entament la formation ne peut excéder le nombre de diplômés. Or, c'est très dangereux comme position ! D'une part, parce que parmi les étudiants il y aura des abandons et des décès. D'autre part parce qu'on a besoin de médecins pour exercer bien d'autres fonctions médicales que les prestations Inami. Le Centre d'information sur les professions médicales (CIPM) a déterminé que 15 % de l'activité se déroule hors Inami. On risque de créer une double pénurie. Ce qui s'annonce est grave ! L'urgence est de définir des entrées aux études de médecine et des quotas qui tiennent compte de ces éléments.

Actuellement tout est réglé...

Aujourd'hui, aucun texte législatif n'est là pour organiser le concours en fin de premier bac ni pour intégrer les surnuméraires ou pour modifier les termes du lissage. Si on n'agit pas rapidement, l'avenir s'annonce gravissime : plusieurs promotions en-

tières de médecins restent sous la menace d'une privation de numéros Inami.

Maggie de Block annonce pourtant une priorité au cadastre...

J'entends partout que le cadastre va nous aider à définir les besoins... C'est absolument faux ! Le cadastre ne décrit que l'offre et ne prend nullement en compte les besoins. De plus, même pour ce qui concerne l'offre, il ne tient pas compte des activités non curatives. Ni même, dit-on, des activités qui vont au-delà du temps plein, ce qui est probablement souvent le cas en Flandre. Ceci risque de donner une idée biaisée des différences entre Wallonie et Flandre.

Mais on parle d'un cadastre confrontant offre et besoins ?

Comment évaluer les besoins ? Ils ne sont pas détectables par le cadastre ! Établir les besoins pour l'avenir c'est extrêmement compliqué. Rien n'a été fait jusqu'à présent. C'est d'autant plus compliqué dans notre pays où, historiquement, le système de santé est organisé différemment entre le Nord et le Sud. Cela se ressent dès l'entrée des études : l'attractivité pour la profession est plus forte du côté francophone que du côté néerlandophone. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les Flamands ont moins de surnuméraires. Leur examen d'entrée n'est pas un concours, ce n'est rien d'autre qu'une épreuve équivalente à nos examens de fin de premier bac. Cela se ressent aussi sur la façon de travailler : côté francophone le partage du travail se fait sur un plus grand nombre de têtes. Ce qui amène à se poser la question : faut-il vraiment une médecine super-productive ou peut-on aussi privilégier une médecine plus humaine.

De plus, l'argument selon lequel l'offre médicale induit la consommation de soins est battu en brèche grâce aux études menées par l'Inami lui-même. Ce qui était avancé dans les années 90 pour dénoncer la surconsommation wallonne est aujourd'hui remis en cause. Ainsi, sur le plan politique, c'est un sujet explosif !

Nous allons en faire les frais ?

Un exemple : selon le CIPM, environ 10.000 médecins francophones arriveront à l'âge de la retraite dans les 15 prochaines années. Si, dans ce contexte on maintient les quotas francophones à leur niveau actuel - 492 numéros par an - on ne rem-

placera que trois départs sur quatre. Côté flamand, les départs sont identiques mais comme ils ont droit à 60 % des quotas, ils vont remplacer davantage. Si de surcroît il faut assurer le fameux lissage négatif que vont devenir les soins de santé francophones ?

A-t-on le temps de planifier ?

Malheureusement depuis 20 ans, on planifie à contre temps, en fonction des éléments du moment, en fonction aussi de ce qui est politiquement intéressant au moment où on le fait. Dès 1970, nous avons prévu qu'il y aurait pléthore et dès 1996 qu'il y aurait pénurie, mais personne n'a voulu nous écouter. En fait, la planification belge prolonge une sinussoïde qui n'a rien à voir avec les besoins réels. Malgré la Commission de planification, c'est le politique qui, par lobbys interposés, impose des décisions qui ne tiennent pas compte de l'analyse scientifique. Toutes ces mises en garde ne visent pas à critiquer pour critiquer, mais à montrer qu'un sujet aussi complexe nécessite une approche approfondie. ■

Propos recueillis par
ÉRIC BURGRAFF