

# Numéros Inami LE COMPTE N'EST TOUJOURS PAS BON

**La Belgique continuera de raboter les contingents francophones de médecins, jugés excédentaires. Pourtant, face à la pénurie qui frappe déjà Bruxelles et la Wallonie, une commission de professionnels de la santé recommandait de les augmenter...**

**D**eux partis, la N-VA et le CD&V, ont dit non. Et le gouvernement MR/N-VA/CD&V/VLD a capitulé: la répartition des numéros Inami, sésame à l'exercice de la profession, entre médecins francophones (40 %) et néerlandophones (60 %) restera inchangée. Exit l'analyse de la commission de planification de l'offre médicale qui recommandait un partage 56,5 % contre 43,5 %. En 2022, l'État délivrera ainsi 528 numéros Inami aux diplômés francophones. La commission en souhaitait une cinquantaine de plus.

On procédera, par ailleurs, à un "lissage négatif" des numéros accordés aux francophones. L'absence d'examen d'entrée au Sud y a en effet entraîné un surplus de diplômés estimé au triple de celui constaté au Nord, où l'examen est organisé depuis 1997. Sauf que, peste le Pr Élie Cogan, "la réalité médicale est tout autre". En 1997, sous la pression des syndicats médicaux et des mutuelles, soucieux de contenir l'offre médicale et les coûts de la santé, un *numerus clausus* est instauré. Un quota fédéral, 60 %/40 % donc, est fixé pour la délivrance des numéros Inami. Une clé de répartition communément appliquée en Belgique (à la SNCB, etc.) car elle fige grossièrement le nombre de néerlandophones et de francophones.

À l'époque, sans cadastre médical sérieux, on ne tenait compte ni de l'âge des praticiens ni de la féminisation de la profession, ni de l'activité réelle des médecins. Or, aujourd'hui, ces quotas entretiennent, voire aggravent, selon le Pr Cogan, une pénurie de généralistes et de spécialistes. En Wallonie, le Luxembourg, le sud du Namurois et du Hainaut sont touchés en même temps que les quartiers populaires de Bruxelles. Plus de la moitié des généralistes ont plus de 55 ans. Quatre jeunes médecins sur dix sont des femmes, qui généralement ont des horaires moins chargés. Conséquence: cette situation entraîne un recours croissant à la main-d'œuvre médicale étrangère. D'un peu plus de 10 % (5.326 praticiens) en 2012, celle-ci représente 23 % des nouveaux médecins enregistrés en 2015, exerçant à l'hôpital ou en cabinet privé. En tête, les Français, Hollandais, Roumains, Grecs et Luxembourgeois.

## ❑ Vous qualifiez de "dogmatique" l'actuelle répartition 60/40...

**ÉLIE COGAN** - Et de choquante. Notre commission a analysé les besoins en praticiens, spécialité par spécialité, région par région, en fonction de plusieurs variables dont la féminisation et le vieillissement de la profession ainsi que le vieillissement de la population. Nous avons constaté que les deux totaux obtenus, sans a priori, pour le Nord et pour le Sud donnaient la clé 56,5/43,5. Le 60/40, c'est du politique. Le 56,5/43,5, c'est du scientifique raisonné. Il aurait fallu, dès le début, instaurer un filtre identique au Nord et au Sud. Il nous aurait évité la problématique des reçus-collés (*que la justice autorise finalement à s'inscrire en 2<sup>e</sup> bac même s'ils ne se sont pas placés en ordre utile au concours - NDLR*) en fin de 1<sup>er</sup> année et permis de faire passer cette répartition à 56,5/43,5. Les reçus-collés ont beaucoup énervé les Flamands. Dans ce contexte, il était inimaginable de leur faire accepter la nouvelle clé.

## ❑ Pourquoi les francophones n'ont-ils pas voulu d'examen d'entrée?

**E.C.** - Des raisons sociales, la difficulté concrète de la sélection. Ou encore la volonté des universités, surtout incomplètes, de ne pas se priver du financement d'un grand nombre d'étudiants. On ne peut plus continuer comme cela. Que Marcourt mette en place un examen d'entrée. Ou un concours organisé en fonction des capacités de formation des universités francophones. Avec de l'accompagnement, des étudiants motivés, préparés durant leur secondaire avec l'aide des universités. Les recalés pourraient se préparer en passant par une année "sciences de la santé" (pharmacie, sciences biomédicales, dentisterie, etc.) et retenter leur chance au concours. Mais nous devons garder un bon niveau de formation et d'encadrement, surtout au niveau des stages. Et, en attendant, les quotas Inami ne résoudront rien dans la planification des soins, ni la pénurie ni la pléthore. La seule réponse valable est la loi d'installation.

## ❑ Aux quotas vous préférez donc une "loi d'installation". C'est-à-dire?

**E.C.** - Actuellement, on délivre un numéro Inami provisoire après la formation générale (7 ans, 6 ans dès 2018), qui ouvre la porte aux spécialisations. Mais, même si en fin de spécialisation, les médecins reçoivent un "vrai" numéro Inami, rien ne leur garantit qu'ils aient du travail... Jean-Claude Marcourt aurait dû négocier pour qu'après examen ou concours, les étudiants puissent aller au bout de leur spécialisation. Et pour qu'à ce stade, la délivrance de "vrais" numéros Inami par le fédéral leur donne véritablement le droit à la pratique dans l'espace économique européen. Le médecin pourrait devoir aller travailler à Visé, Malmedy ou Jodoigne, en fonction des besoins médicaux. Entre deux candidats polonais, trois roumains, un italien, un grec, un gantois, un brugeois et un bruxellois, on prendrait le meilleur... Comme dans n'importe quelle autre profession. L'employeur préférera prendre un des "nôtres" que le Roumain moins bien formé... C'est la seule façon d'endiguer l'afflux de transfrontaliers.

**❑ En raison de la pénurie, des hôpitaux recrutent des médecins formés à l'étranger. Au nom de la liberté d'installation dans l'espace européen, ils reçoivent un numéro Inami et sont hors quotas...**

**E.C.** - Nous en avons tenu compte dans la force de travail pour estimer les besoins en 2022. Leur nombre est loin d'être négligeable et cela crée une solide discrimination. Ils remplissent des besoins qui ne sont pas couverts.

**❑ Vous parliez de Roumains moins bien formés...**

**E.C.** - La Belgique a une excellente réputation pour la formation des médecins. Beaucoup de stages, un certain niveau d'autonomie. Nos spécialistes ont plus d'autonomie que dans d'autres pays. Beaucoup d'étrangers veulent se spécialiser chez nous. En général, leur formation théorique est très bonne mais dans la pratique, nous constatons de grosses lacunes. Ils ont besoin d'un temps d'adaptation extrêmement important.

**❑ Le cadastre "dynamique" utilisé par la commission a-t-il tenu compte des médecins qui ne prodiguent pas de soins?**

**E.C.** - Il faut ici dénoncer une fausse information. Notre cadastre dynamique recense les actes prescrits et non les médecins détenteurs d'un numéro Inami. Leur activité est prise en compte dans le calcul de la force de travail disponible, au prorata des actes pressés. Ceux qui ne posent pas d'actes ne comptent pas. Je dénonce ici le mensonge des syndicats médicaux qui parlaient d'une pléthore de médecins. Ils englobaient des journalistes, des professeurs d'université, etc.! Les syndicats médicaux expliquent que ces médecins ne travaillent qu'à mi-temps, par exemple, parce qu'ils n'ont pas assez de patients. Or, c'est justement l'inverse...

✱ Michelle Lamensch

### NOTRE EXPERT

ÉLIE COGAN EST L'ANCIEN  
DOYEN DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE L'ULB.  
IL EST MEMBRE DE  
LA COMMISSION DE  
PLANIFICATION DE  
L'OFFRE MÉDICALE.

**"60 % DE  
FLAMANDS  
ET 40 % DE  
FRANCOPHONES,  
C'EST DU  
POLITIQUE.  
LA RAISON  
EXIGERAIT  
UNE AUTRE  
RÉPARTITION."**