

SÉRIE 3/3

Médecin,
métier en pénurie ?

Ce vendredi 8 septembre aura lieu le premier examen d'entrée pour 4.500 candidats à étudier la médecine.

Une première en Communauté française. Et une façon de restreindre cet accès afin d'avoir moins de diplômés en 2023.

Mais quelle est aujourd'hui la réalité de la pénurie ?

Que sera-t-elle dans 20 ans ?

Aujourd'hui :

► La vérité sur l'examen d'entrée. Un concours déguisé ?

► La réalité des files en ophtalmologie.

EN PRATIQUE

Une organisation stricte

Pour éviter au maximum les possibilités de recours contre le résultat de l'examen, les 4.500 candidats ont reçu individuellement des instructions très strictes. Ainsi ne peuvent-ils consommer qu'un repas conservé dans un sac plastique transparent. Pas de GSM allumé, ni de boules Quies ou d'oreillettes, ni même de feuilles de

brouillon, celles-ci étant fournies par les examinateurs avec les questionnaires. Qui leur fourniront aussi un tableau périodique des éléments. Plusieurs palais du Heysel seront utilisés et la sortie hors du périmètre ne sera pas permise avant la fin de l'épreuve. La place de chaque candidat est précisée à l'avance, pour éviter les « rassemblements » complices. Hormis un bic et une bouteille transparente avec une boisson, le reste des affaires doit rester dans

le sac transparent posé par terre. Il y a manifestement deux séries de questions, puisque certains recevront un questionnaire bleu et un autre jaune. Les correcteurs ne connaîtront pas les noms des copies corrigées, bien entendu.

La pause pipi est autorisée, mais à proximité des salles d'examen et après avoir levé la main pour attirer l'attention d'un surveillant.

Tous les questionnaires sont des questions à choix multiple. Donner une mauvaise réponse coûte un tiers de

point. Les résultats seront connus dix jours après l'épreuve afin que les candidats puissent encore s'inscrire dans les universités. Il faut obtenir un minimum de 8/20 à chacune des 8 matières et une moyenne de 10/20 à chacune des deux parties de l'examen. Les questions de la partie 1 seront publiées plus tard dans l'année, mais pas celles de la partie « Communication et analyse critique de l'information », histoire d'empêcher tout bachotage.

FR.SO

« L'examen d'entrée est un concours déguisé »

- Pour la première fois, un doyen reconnaît que l'examen d'entrée est un concours déguisé.
- Mais que c'est « la moins pire des solutions ».

Vendredi matin aura lieu au Heysel le premier examen d'entrée en médecine pour la Communauté française. Plus de 4.200 étudiants s'y sont inscrits avec comme seule condition d'être diplômés du secondaire. La formule a été retenue par le ministre de l'Enseignement supérieur, Jean-Claude Marcourt, « la mort

dans l'âme », opposé à une sélection généralisée avant l'entrée en université, mais sous la menace explicite de la ministre fédérale de la Santé de ne plus délivrer de numéros Inami à tous les étudiants en cours de cursus.

1 Diminuer l'échec ?

Officiellement, ce qui est organisé vendredi est un examen censé vérifier les bases scientifiques des étudiants en math, physique, chimie, bio. Plus des capacités de communication et d'analyse critique. L'ambition peut paraître positive : il s'agit de diminuer le taux d'échec en première année, qui avoisine les 70 % d'ordinaire.

Quand l'étudiant se rend compte lors des premières évaluations qu'il n'a pas le niveau, l'année est entamée, les loyers payés, le minerval dépensé, les illusions perdues. Si l'on est busé vendredi, un autre choix reste possible. L'examen d'entrée ne serait donc que le successeur du Toss, examen dont le programme était le même, que les futurs étudiants devaient passer depuis 2013, mais sans qu'un échec ne les empêche de s'inscrire tout de même.

2 Sélection masquée. Pour de nombreux observateurs, le mécanisme est en fait une sélection déguisée. « Chacun sait que des années lumière peuvent séparer le rhétoricien frais émoulu et l'étudiant de fin de première année. La première année sert précisément à mettre au point ses outils supérieurs. Ici, on ne va garder que ceux qui ont déjà pris de l'avance », souligne un spécialiste universitaire de l'évaluation.

3 Soupçon de manipulation. « C'est clairement un concours déguisé, car l'objectif est fixé dans une fourchette prédestinée, accuse Maxime Mori, président de la Fédération des étudiants francophones. C'est un Toss pimenté, rendu plus complexe, plus ardu. Ce n'est pas pour rien que des exemples de question n'ont pas été rendus publics avant l'épreuve, ce qui permettrait aux étudiants de se préparer, de comprendre quel niveau est requis. Ce n'est pas pour rien non plus que la manière de coter n'est pas transparente. Nous sommes convaincus que cela permettra au jury d'adapter les résultats au quota que le fédéral veut imposer, soit environ 600 places en 2023, majoré de 15 ou 20 % pour couvrir les abandons ou les expatriations. Le jury peut laisser tomber une question. Nous formons donc le soupçon que l'examen a été rendu volontairement ardu afin que cette manipulation soit possible. »

4 Examen ou concours déguisé ? Le professeur Dominique Vanpee, le doyen de médecine de l'UCL, ne prend plus de gants : « Cet examen répond clairement à la demande du fédéral

et donc d'avoisiner les quotas pour 2023, avec une certaine marge de sécurité. C'est clairement un objectif politique. Cette épreuve est donc bien un concours déguisé. Elle doit tendre aux résultats attendus par le fédéral. La ministre De Block a bien imposé un quota et entend que les francophones ne s'en écartent plus. Ces dernières années, les francophones s'en étaient écartés cinq fois plus. Si on ne l'avait pas fait, on risquait de se trouver avec des reçus-collés de 7 ans, ayant acquis les compétences de médecin mais sans numéro Inami. » Le doyen défend cette solution comme « la moins mauvaise ». « Préférez-vous une sélection qui se fait en envoyant des milliers d'étudiants dans des auditoriums surchargés, qui se trouvent ensuite face à un échec démoralisant ? Je préfère un examen d'entrée qui prédise relativement efficacement qui part avec les niveaux minima nécessaires. A terme, je forme l'espoir que cela améliorera le niveau du secondaire. » Repoussant toute

hypothèse de manipulation des résultats, le doyen Vanpee estime qu'« il ne faudra pas cela. Les Toss précédemment organisés aboutissaient à des résultats moyens de 11 % dans les matières examinées. En outre viendront des questions basées sur des résolutions de problèmes qui permettront de jauger l'empathie de la personne. Les divulguer serait fausser l'épreuve, raison pour laquelle même les doyens ne les connaissent pas ». ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

LA SOLUTION

L'agenda électronique

« J'espérais que cela diminue le nombre d'appels téléphoniques », confie la D^r Sophie Steinier, médecin généraliste à Amay. C'est ce qui l'a motivée, il y a deux ans, à se lancer dans l'aventure de l'agenda électronique. L'année d'avant, ce médecin avait déjà décidé de supprimer les consultations libres pour mieux pouvoir gérer son temps. Désormais, elle ne reçoit plus que sur rendez-vous et effectue quelques visites à domicile. « 25 à 30 % des rendez-vous se font via internet », commente-t-elle en regardant

les statistiques du site. Il reste donc 70 % d'appels... « Pour les consultations à domicile, les patients doivent prendre rendez-vous par téléphone », précise Sophie Steinier. Histoire de pouvoir faire le tri et de pousser les gens à se déplacer autant que possible. « Mais il reste aussi pas mal d'appels pour d'autres choses (résultats d'analyses, ordonnances...) », constate la D^r Steinier. Elle a donc en plus décidé de prendre un secrétaire. Mais celui-ci ne peut remplacer entièrement l'agenda électronique. L'avantage de ce dernier est qu'il est disponible 24 heures sur 24. Les rendez-vous du lundi sont ainsi bloqués durant le week-end. De

même, lorsque la D^r Steinier revient de congé, son agenda est déjà bien rempli. Enfin, les patients ont le temps de réfléchir tranquillement en regardant leur propre agenda et de voir toutes les plages horaires disponibles. Il y a donc moins de risques d'annulation ou d'absences. En Belgique, deux grandes firmes proposent l'agenda électronique aux médecins. Doctena a conquis 10 % des médecins belges, soit 3.500 utilisateurs. Au niveau européen, ils sont 9.000 à recourir à la plateforme. Son concurrent Doctcity n'était pas joignable pour nous fournir ses chiffres.

V.J.A.

les concepteurs

« On ne veut pas casser du jeune »

L'Homme de Néandertal est-il l'ancêtre de l'Homme moderne, a-t-il colonisé l'Europe après l'Homme moderne, a-t-il un ancêtre commun avec l'Homme moderne ?

Vous séchez ? C'est pourtant une des centaines de questions que préparent aujourd'hui les candidats à l'examen d'entrée. Avec un horrible doute. Quel est le niveau requis ? Math, physique, chimie, bio pour l'examen principal... Capacités d'analyse critique pour le complément... Le décret définit que le « niveau s'accorde avec la moyenne des connaissances devant être assimilées au troisième degré de l'enseignement secondaire général ». Le législateur reconnaissait benoîtement envoyer des élèves au casse-pipe : « La grande diversité des matières enseignées dans les différents niveaux d'enseigne-

ment, mais aussi des écoles d'un même réseau, ne permet pas de s'assurer que chaque élève du 3^e degré des humanités générales aura étudié in extenso les matières concernées. »

En l'absence de toute épreuve antérieure, les étudiants doivent bien se référer à ce qui existe. La rumeur dit que l'examen du 8 septembre serait plus rude que les Toss, mais qui n'aboutissaient déjà qu'à 11 % de réussite. Mais ils étaient peu ou mal préparés par la plupart des étudiants.

Nous avons interrogé Gustave Moonen, ancien doyen de médecine à l'ULg et président du jury. Ainsi que son conseiller scientifique le professeur Daniel Van Steenberghe, qui a « inventé » le test en Flandre. Ils ont refusé d'évoquer l'examen à venir. Tout indice pourrait donner droit à recours et ils se sont engagés au

mutisme intégral. Une quarantaine d'experts ont planché sur les questions pour éviter tout malentendu, comme des doubles négations. « Dans les choix multiples, les réponses exactes ont tendance à être plus longues », indique un expert. Mais chez les membres du jury, on ne se tait pas au point de ne pas repousser les soupçons de manipulation des questions. « On n'a pas fait cet examen pour casser du jeune, mais pour donner le feu vert à ceux qui ont une vraie chance. Cela permettra aux autres de se mettre à niveau en faisant une année de sciences biomédicales où ils pourront accumuler des crédits. De repasser l'examen l'année suivante avec davantage de chances. Penser que nous allons tripatouiller les résultats, c'est avoir une piètre opinion des responsables en charge. » ■

Fr.So

ophtalmologie

Ma consult

REPORTAGE

À 8 h 15, il fait encore calme dans les couloirs du service d'ophtalmologie de l'hôpital Erasme (ULB) dirigé par la professeure Monique Cordonnier. On allume les ordis, on prépare les salles d'examen. Les listes d'attente pour accéder à un médecin spécialisé dans les maladies de l'œil ne prennent pas à la gorge. Pourtant, l'attente est bien là. Quatre mois et demi au minimum. Souvent six. En ville, dans un cabinet indépendant, c'est parfois moins, deux mois ou trois. Mais davantage en région rurale. Jusqu'à... deux ans et demi, comme parfois dans le Luxembourg. Et souvent plus cher qu'à l'hôpital, où l'on trouve à coup sûr une consultation conventionnée à 25 euros, tandis qu'une non conventionnée coûtera le double. Ou le quadruple. Ou plus encore.

Pourtant, l'œil n'est pas moins essentiel que le cœur ou le ventre. Jacques, 64 ans, sort réjoui d'un cabinet de consultation. « J'ai quasi tout récupéré. Je suis soulagé, mais soula-

gé... » En juillet, une brindille bien dure a ricoché sous la lame de son taille-haie et s'est fichée, toute droite, dans son œil. Opération à Charleroi puis trois autres à Erasme. La dernière visite de contrôle le rassure.

Autour de la professeure Monique Cordonnier, une vraie armée : neuf autres ophtalmologues chevronnés, des assistants techniques, des spécialistes en formation, et même trois « orthoptistes » (dont deux recrutés en France), profession par laquelle viendra peut-être une des solutions à la pénurie d'ophtalmologues que connaît notre pays. Car pénurie il y a, à entendre la plupart des patients : « Au moins ici, je suis sûr de trouver un médecin qui parle français. Car là où j'habite, c'est censé être bilingue, mais on ne peut plus se faire comprendre. Or, c'est important, la langue, pour expliquer ce qu'on ressent. »

Pourtant, officiellement, il y a plus de 1.000 ophtalmologues en Belgique, soit 10 par 100.000 habitants,

le triple des Pays-Bas... mais deux fois moins qu'en Grèce. « Le problème est que les tâches dévolues à cette spécialité diffèrent de pays en pays et que leur encadrement est très différent dans chaque système de santé. Il faut donc comparer ce qui est comparable », souligne Monique Cordonnier. Qui enchaîne patient sur patient.

50 % de temps gagné

Etonnant : son bureau est entouré de pièces où des examens, différents pour chaque pathologie, sont réalisés par des professionnels multiples. Untel est spécialiste des champs visuels, un autre des tests de discrimination colorée, du IOLMaster, du comptage cellulaire, ou des potentiels évoqués. La panoplie d'un service universitaire de pointe. De nombreux appareils fonctionnent « automatiquement » même si leur maniement par du personnel qualifié assure la qualité des mesures prises... et donc un diagnostic adapté. « Objectivement, il ne faut

pas onze ans d'études universitaires pour bien les utiliser », souligne Cordonnier. Le service a été construit avec, à plusieurs endroits, un cabinet central où l'ophtalmologue principal reçoit in fine chaque patient pour poser son diagnostic tandis que circulent autour de lui les différents professionnels de santé et les patients, qui reviennent s'asseoir quelques minutes ou davantage sur le siège d'attente. Marcel repart : « *Ils disent qu'il faut faire un scanner de l'œil.* »

Hélène, qui tremble en permanence, ronchonne. On lui a mis un produit dans l'œil pour dilater la pupille et elle attend toujours. Son rendez-vous était à 10 h 30, il est midi passé. « *Oui, mais on a commencé les examens il y a plus d'une heure. Il faut attendre son tour* », tente de la rassurer Leila, une des onze spécialistes en formation que la professeur Cordonnier coache. Hélène ronchonne quand même, mais admet qu'« *ici, on a toujours été gentil et respectueux* », laissant entendre que ce n'a pas été le cas dans tous les hôpitaux qu'elle a fréquentés.

Assez d'ophtalmos ? Trop peu ? « *Je ne sais pas sur quoi la politique se base pour déterminer combien il en faut, mais je sais que seuls les meilleurs étudiants en médecine peuvent prétendre à cette spécialisation. Personnellement, je crois beaucoup dans le recours à la nouvelle mouture de la profession d'orthoptiste que la Belgique vient de valider en ce début août, et qui existe déjà en France. Des études montrent que l'ophtalmologue peut gagner de 30 à 50 % de temps de consultation en s'appuyant sur leur travail.* » La formation d'orthoptiste s'acquiert maintenant en 3 ans d'études supérieures contre... 11 pour un ophtalmo. Il n'est bien sûr pas question de leur permettre des actes invasifs sur l'œil. « *Mais le temps qu'ils nous font gagner nous permet d'en prendre davantage pour nos patients* », insiste

Monique Cordonnier.

« *On a appris de nombreuses bases de médecine, notre formation reste sommaire sur de nombreux aspects encore à approfondir, mais les stages cliniques organisés pendant nos études nous ont familiarisés avec les pathologies oculaires* », reconnaît Kevin Guichoux, un de ses « orthoptistes » recrutés en France. Une école a ouvert l'an passé à Liège, une autre ouvrira sans doute à Bruxelles à la rentrée 2018. Monique Cordonnier

l'espère. Son planning à elle est rempli à 180 %. Cette après-midi, ce sera la paperasse : conventions de stage, gestion du service, préparations des cours et des séminaires. Trois demi-journées de consultation. Et une journée en salle d'op. La semaine est vite avalée. « *Je pars entre 17 et 19 h, parfois à 20 h.* »

La septième ophtalmo

Devine-t-elle qu'elle est la... septième ophtalmologiste consultée par Geneviève ? En désespoir de cause, à cause de « *ces vertiges qui me prennent chaque fois que mes yeux doivent accommoder, passer du près au loin et inversement. Je travaillais avec des petits enfants, je ne peux plus m'asseoir pour jouer avec eux, je n'arrive plus à prendre note, c'est crucial pour mon travail* », explique cette patiente qui, auparavant, aidait les familles à dénouer des nœuds relationnels. Un œdème sur l'œil, négligé par un ophtalmo, décelé par un autre, une solution qui ne dure pas. « *Comment aider le patient à trouver la sérénité face au choix proposé ?* »

La professeur Cordonnier, elle, ne semble pas avoir une minute pour respirer. Elle avale un morceau à midi, le téléphone n'arrête pas de sonner. Un avis autorisé qu'on sollicite, mais aussi un banal document réclamé. « *Les représentants du fournisseur sont déjà repartis ? J'aurais bien voulu les voir...* » Mais la consultation prévue jusqu'à midi s'est achevée à 13 h 40 bien tassés. Un autre coup de téléphone pour une salle équipée de vidéoconférence, prêtée par un confrère pour une réunion. La course... Mais le patient est toujours accueilli par un sourire. Benoît, 7 ans et d'énormes lunettes, apprécie. Il ressort du cabinet en sautillant, se rue sur le portable de sa maman, soulagé. « *Même pas mal !* » Dans le cabinet, des peluches repoussent la peur des appareils qui envoient de la lumière au fond de l'œil.

« *Elle n'a plus le temps, la pauvre, la plaint une de ses plus anciennes patientes, elle n'opère plus que des strabismes. Mais M^{me} Cordonnier, elle, prend le temps de voir toute la personne, l'ensemble des maladies, pas seulement l'œil. C'est elle qui m'a diagnostiqué une maladie génétique rare sur la base des conséquences sur ma vision.* »

« *Tous les examens nécessaires, nous les réalisons nous-même il y a trente ans*, explique la spécialiste.

Mais leur nombre a augmenté et surtout, la demande s'accroît : non seulement la population prend de l'âge, ce qui augmente les pathologies liées au vieillissement oculaire, mais les yeux sont davantage sollicités dans notre civilisation de l'écran. Usage plus grand mais aussi handicap plus élevé si votre vue est déficiente. Nous peinons de plus en plus à proposer des rendez-vous dans des délais décent. »

Un temps précieux perdu ?

Quatre mois d'attente au mieux pour montrer son œil en souffrance, est-ce normal ? Sachant qu'en cette matière, les patients laissent souvent filer le temps, négligent une perte visuelle progressive, difficile à quantifier, pensent que « *cela s'arrangera* ». « *Oui, enfin, s'il y a vraiment un problème aigu, le patient peut se présenter en urgence à l'ophtalmologue de garde, je vois mal ce que nous pourrions faire de plus. Ma consultation est souvent pleine à 180 %* », rétorque Monique Cordonnier.

On insiste : n'y a-t-il pas de patients dont vous vous dites que si vous les aviez vus quatre mois plus tôt, cela aurait permis d'agir mieux, de conserver davantage de fonction, de limiter la perte ? « *Oui, bien sûr que cela arrive. Nous faisons tout pour prendre un maximum de gens, mais nous pouvons difficilement augmenter. Nos consultations sont déjà surbookées. Quand un patient ne vient pas, cela me soulage car j'ai plus de temps pour les suivants. Et quand il y a des semi-urgences, je les rajoute à ma liste.* » La question du tri à l'accueil est primordiale. Aujourd'hui, le tri est pratiqué par des administratives ou des infirmières rompues à l'ophtalmo. L'hôpital aimerait mutualiser avec d'autres services la prise de rendez-vous par téléphone. L'argent qui manque, toujours et encore. « *On perdrait notre efficacité, il faut connaître pour décider, pour savoir quand demander des infos complémentaires* », insiste Monique Cordonnier, qui résiste.

D'après les chiffres de la Commission de planification, d'ici à 2037, on formera certes davantage d'ophtalmologistes qu'il n'en partira à la retraite, mais la hausse des besoins devrait simultanément aboutir à une perte de 10 % de l'offre médicale actuelle. Les files ne sont pas près de disparaître à l'hôpital... ■

FREDERIC SOUMOIS

« **Je vois mal quoi faire de plus. ation est souvent pleine à 180 %** »

LA BOÎTE À OUTILS**La lumière viendra-t-elle des orthoptistes ?**

Une des solutions possibles pour augmenter la capacité de traitement des ophtalmologues est de recourir aux orthoptistes, des spécialistes formés en trois ans d'étude supérieure. *« Cela permettrait de mettre en place des stratégies communes pour le dépistage du glaucome, de la rétinopathie diabétique, pour éviter que les patients n'attendent plus des mois afin d'avoir une prescription de lunettes : en France, au pays de Loire, la mise en place d'un "protocole lunettes" permet au patient d'obtenir rapidement une ordonnance de lunettes, sous réserve d'être connu de l'ophtalmologue »,* explique le professeur Cordonnier. Le protocole est adressé à l'orthoptiste du cabinet qui le reçoit, détermine sa réfraction et son acuité visuelle, apprécie l'équilibre oculomoteur, mesure la tension oculaire et prend une photo du fond d'œil. Dans les huit jours suivants, le dossier est analysé par l'ophtalmologue et une ordonnance de lunettes est envoyée au patient. En cas d'anomalie, l'ophtalmologue convoque rapidement le patient pour un examen approfondi. *« Un audit a mis en évidence que 97 % des patients sont satisfaits par cette prise en charge rapide et médicalisée. Nous avons dix ans devant nous pour atteindre le nombre d'orthoptistes suffisant estimé entre 1 et 2 par ophtalmologue. »*