

Médecine : sept solutions pour mieux combattre la pénurie

SANTÉ Ce vendredi a lieu le premier examen d'entrée pour les étudiants



- L'examen entend limiter les candidats.
- Pourtant, des pénuries sont constatées.
- Quelles autres solutions utiliser ?

Ce vendredi matin, dès 7 h, les portes des palais du Heysel s'ouvrent pour laisser la place aux 4.200 candidats aux études en médecine et en dentisterie. C'est une première en Communauté française, calquée sur l'examen organisé en Flandre depuis 1997. L'objectif affiché est de diminuer le taux d'échec, le réel de diminuer le nombre de diplômés qui, dans six ans, pourront prétendre à un numéro Inami pour entamer leur spécialisation. Cette épreuve est contestée, puisqu'en même temps les experts de la Commission fédérale de planification montrent qu'en se limitant à environ 600 numéros Inami francophones, on aura perdu dans 20 ans la moitié de la force de travail des généralistes. D'autres solutions pour contrer cette pénurie pourraient empêcher cette catastrophe annoncée. En voici quelques-unes.

1 Des tandems généraliste-infirmier. Il s'agit de permettre aux infirmiers de pouvoir davantage intervenir pour soutenir le médecin généraliste dans le suivi des maladies chroniques et la prise en charge de l'aspect social des patients. « Il faut que les différents pouvoirs s'entendent sur des formules qui permettent de rémunérer chacun des membres de ce tandem, explique Catherine Fonck, cheffe de groupe CDH au fédéral. Le mécanisme s'inscrit dans un glissement plus général des tâches du médecin vers du personnel qualifié, comme pour

la gestion du diabète ou de l'hypertension. Pour traiter l'aspect diététique. Cela existe pour l'assistant-dentiste, bientôt pour l'orthoptiste. Faisons-le aussi pour soulager les généralistes. Il ne s'agit pas de déposséder les généralistes, mais de ne pas les requérir pour des tâches que d'autres peuvent accomplir. »

2 Réformer les gardes. « Dire à un jeune médecin qu'il devra travailler dans une région où il va d'emblée prendre une charge élevée de gardes, ce n'est pas attractant, avance Fonck. Les solutions sont multiples selon l'endroit : poste de garde, chauffeurs accompagnants, service près de l'hôpital, tous centrés autour du numéro 1307. »

3 Un pool de remplaçants. Un groupe de généralistes remplaçants qui peut intervenir lors des vacances ou des grossesses. Aujourd'hui, le médecin doit trouver une solution seul. « Il y a déjà 50 % de femmes parmi les nouveaux médecins, il faut en tenir compte », explique Fonck.

4 Des quotas supplémentaires. C'est une lapalissade, mais même les experts de la planification avaient recommandé de transformer la clé de répartition 60/40 en une clé 56,5/43,5 au profit des francophones, tenant compte de la pénurie annoncée.

La ministre De Block l'avait mise sur la table du conseil des ministres, mais N-VA et CD&V l'ont rejetée au nom de 20 ans de candidats flamands rejetés après l'examen. « Les quotas devraient être fixés après une vraie estimation locale par bassin de soins entre généralistes, gardes, hôpitaux, spécialistes, pyramide des âges, etc. Les chiffres globaux ne rendent pas compte de l'offre locale », estime Muriel Gerken (Ecolo), présidente de la com-

mission santé à la Chambre. « Ces quotas devraient être adaptés chaque année en fonction de l'évolution de la situation réelle de l'offre médicale. »

5 Des places « extra » en bonus selon la pénurie locale. L'idée brise les tabous. L'idée, qui tient compte du fait que les nouveaux médecins s'installent parfois là où ils ne sont pas nécessaires, serait de créer des numéros Inami « spéciaux » en plus des numéros ordinaires. Ceux qui les obtiendraient devraient obligatoirement s'installer là où la pénurie règne. Une limitation à la liberté d'installation qui ouvrirait la porte sur un chiffre plus élevé de médecins au lieu de claquer la porte au nez des rhétoriciens, onze ou douze ans avant qu'on ait besoin de nouveaux médecins. « Un accès selon les résultats aux examens ou un tirage au sort a parfois été envisagé lors des discussions avec les associations de médecins et d'étudiants. Mais cela leur apparaît très inégalitaire. Personnellement, je trouve cela préférable à un examen d'entrée, ce qui est également très inégalitaire », souligne Muriel Gerken.

6 Un cabinet gratuit. Simplet ? Pas tellement. « Quand une commune veut attirer un nouveau praticien, si elle lui prête le local où il peut exercer, cela permet au médecin de tester l'endroit sans s'endetter pour 30 ans. Il ne doit trouver qu'un logement, et pas lieu d'exercice et lieu de vie, alors qu'il sort d'une dizaine d'années d'études sans revenus. Si le partenariat fonctionne, il y a de grandes chances qu'il reste là où il s'est installé », explique Fonck.

7 La réduction de la demande. Autre tabou : doit-on permettre toutes les demandes ?

Est-il normal d'avoir accès à un 3^e IRM alors qu'on en a déjà effectué deux pour la même douleur ? « La création de dossiers informatisés partageables devrait aboutir au fait que la demande soit jaugée. Si le 3^e IRM est

nécessaire pour mieux comprendre, OK. Mais si c'est une copie des deux premiers examens, ce sont des ressources gâchées », explique Gerkens. Qui n'est pas très favorable à de la coercition, mais à de la codécision. « C'est précisément le généraliste qui peut être le

chef d'orchestre autour du patient. Il faut pour cela revaloriser le rôle du généraliste, soit l'inverse de ce qui est fait actuellement, où c'est présenté comme la filière de relégation. » ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS