

Robert Franck et François Gobbe

Une alternative pour une autre médecine

Qu'il faille freiner l'accroissement du nombre de médecins, c'est indiscutable. Mais comment ? Nous avons vu ¹ les défauts et les dangers graves que comportent la fermeture d'arrondissement comme le *numerus clausus* à l'entrée des facultés; mais existe-t-il d'autres solutions ? Il paraît, à la vérité, difficile d'en trouver une qui, à elle seule, soit à la fois satisfaisante et suffisante. Mais n'a-t-on pas eu tort jusqu'ici de vouloir trouver un remède *unique* ? Ne serait-il pas préférable d'orienter la recherche vers une multiplicité de solutions moins ambitieuses, dont la convergence permettrait de lutter contre l'encombrement ? Et plutôt que d'adopter telle ou telle mesure impérative susceptible d'arrêter l'accroissement du nombre de médecins, mais réussissant au mieux à garantir le maintien de la situation actuelle, ne faut-il pas chercher des solutions capables en même temps d'améliorer la qualité des soins de santé ?

Ces solutions, pensons-nous, peuvent être recherchées dans trois directions : l'amélioration de la sélection, la réduction de la surcharge de travail des médecins, la réorientation d'une partie du travail médical vers des besoins aujourd'hui méconnus.

Une meilleure sélection

Plutôt qu'un examen d'entrée au seuil des études, dont on s'accorde généralement à reconnaître l'arbitraire, on pourrait envisager certaines mesures capables, sans doute, d'éloigner un certain nombre de jeunes peu ou mal motivés pour les études de médecine.

A cette fin, l'information qui est fournie à ceux qui terminent les études secondaires et à leurs parents, devrait être plus précise, à la fois sur la nature des études de médecine, et sur les perspectives d'avenir qu'elles offrent aujourd'hui. Il ne faut pas se cacher, en effet, qu'un nombre important de jeunes s'orientent actuellement vers les études de médecine, moins par goût pour la profession, qu'en raison des revenus considérables qu'elle procure, et du prestige qu'elle comporte. Les difficultés qui se dessinent dès maintenant dans la carrière médicale, devraient être clairement mises en évidence.

D'autre part, il importerait de permettre aux jeunes de prendre conscience de la réalité médicale, *avant* qu'ils n'entreprennent ces études. On pourrait imposer, par exemple, les stages en hôpital qui existent déjà, en organiser d'autres dans des services de la Croix-Rouge, dans des services de soins à domicile, des CPAS (Centres publics d'aide sociale), etc. Ces activités devraient s'accompagner d'analyses et d'évaluations de la réalité du travail

1. Voir plus haut : Robert Franck et François Gobbe, *Emploi médical et chasses gardées*.

médical. Elles permettraient au candidat-étudiant en médecine de s'interroger plus clairement sur ses propres motivations et sur sa volonté d'entrer dans la profession.

On sait par ailleurs qu'un courant s'est dessiné ces dernières années dans les facultés belges, pour faire plus de place à la pratique dans les premières années de doctorat. Ce mouvement devrait se poursuivre vers les candidatures, dont les étudiants actuels sont évalués quasi exclusivement sur leurs capacités d'apprentissage scolaire, activité qui ne ressemble que fort peu à celles que la profession attend d'eux ! Aux Etats-Unis, à l'université de l'Etat de Washington (Seattle), les étudiants fréquentent les malades à domicile ou au cabinet d'un praticien dès leur première année de médecine après le « college »². Une place plus grande faite à la pratique, dès les candidatures, outre qu'elle donnerait une meilleure base à l'évaluation et de meilleurs critères à la sélection, améliorerait aussi la qualité de la préparation au travail de médecin.

Une réduction de la surcharge de travail

Est-il souhaitable, pour assurer la qualité des soins donnés aux malades, que le médecin soit amené à travailler plus de soixante heures par semaine, qu'il ne dispose que de dix à seize minutes par consultation, et qu'il reçoive cinquante, soixante patients par jour ? Evidemment non. Ce n'est pas plus souhaitable, d'ailleurs, pour la qualité de vie du médecin.

L'accroissement provisoire du corps médical à son rythme actuel, s'il est lourd de menaces, peut aussi, en allégeant les charges de nombreux médecins, devenir l'occasion de promouvoir une médecine de qualité.

Selon Xavier Leroy³, un accroissement de 70 p.c. du nombre des médecins généralistes en 1985, et une demande de soins relativement stable, tels qu'on peut les prévoir pour la période qui vient, permettraient de réduire à moins de 50 heures la semaine de travail de l'omnipraticien. Le médecin retrouverait ainsi du temps pour l'information, les recyclages, les échanges, etc. Cette réduction du temps de travail serait d'ailleurs facilitée par la présence croissante des femmes à l'intérieur du corps médical (11 p.c. dans l'ensemble, mais un tiers en candidature en 1975); en effet, on constate que les doctresses ayant au moins un enfant, travaillent à l'heure actuelle, en général, 30 p.c. en moins que leurs collègues masculins. Quant à la durée moyenne d'une consultation, elle serait actuellement de 12 à 16 minutes; si

2. Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), *Actualité-Santé*, n° 2, avril 1978, p. 36.

3. Voir plus haut : *Perspectives d'avenir en médecine générale*.

elle était portée à 20 ou 22 minutes, c'est-à-dire si elle augmentait de moitié, on favoriserait la qualité des soins, tout en permettant un nouvel accroissement notable du nombre des médecins dans les années consécutives à 1985.

On ne peut pas penser que des modifications aussi importantes que la réduction du temps de travail et la prolongation des temps de consultation, puissent dans le système actuel des rémunérations se produire spontanément, par le simple jeu de l'accroissement du nombre des médecins. Ce serait oublier qu'un moins grand nombre de consultations s'accompagnerait évidemment de moins grands revenus, puisque les médecins sont en général payés « à l'acte ». Pour empêcher la concentration excessive de clientèle chez les uns, à côté d'une réduction progressive et insupportable de clientèle chez les autres, il faudrait développer un système de régulation, par exemple en imposant une durée minimale des consultations, et un nombre maximal d'actes médicaux accomplis, avec une marge de tolérance. Un système de contrôle coûteux et tatillon ne serait pas nécessaire pour autant : on pourrait, notamment, recourir à des sondages sur la base des profils médicaux établis par l'INAMI.

On ne peut se contenter d'établir des modes de régulation, il faut aussi veiller à rencontrer les préoccupations des médecins qui, à la suite de cette évolution, verraient diminuer leurs revenus. En moyenne, frais déduits (auto, loyers...) et avant impôt, on peut en effet estimer avec Xavier Leroy⁴ qu'après une diminution de travail de 30 p.c. le revenu annuel du généraliste recyclé se situerait vers 1.200.000 F (ceci calculé sur la base de 5.300 prestations par an en francs 78).

Cette diminution pourrait devenir acceptable, dans la mesure où la durée du temps de travail s'en verrait dans le même temps diminuée. Une vie de famille, des loisirs plus nombreux, un temps réservé à l'information et aux contacts sociaux extra-médicaux seraient autant de compensations, allant dans le sens d'une meilleure qualité de vie. Le généraliste serait délivré de ses horaires surchargés, de son rythme de vie trépidant. On peut penser qu'une telle évolution rencontrerait l'agrément de nombreux généralistes, et pas seulement des plus jeunes. A condition cependant d'améliorer aussi la répartition des revenus au cours de l'ensemble de la carrière médicale. Celle-ci repose essentiellement sur une période de 25 à 30 ans de suractivité et de surtraitements. En début de carrière, les périodes de stage et de spécialisation sont encore considérées comme des temps d'antichambre par rapport à la vie professionnelle. Il conviendrait de remédier à cette situation, et de trouver de meilleures formes de rémunération du travail des stagiaires et des

4. *Ibidem*.

futurs spécialistes. Enfin se pose aussi le problème important de la retraite. La perspective d'un arrêt des activités à un âge qu'il est difficile de prévoir, et le statut d'indépendant toujours confronté à la concurrence qu'il faudra mener un jour avec des plus jeunes, justifient l'inquiétude actuelle du médecin face à son avenir. On peut penser qu'il faudrait revaloriser le statut social assuré par l'INAMI aux médecins conventionnés, par une participation plus importante de l'Etat.

Outre la réduction du temps de travail, on a évoqué plus haut l'opportunité de prolonger de moitié la durée des consultations; dans ce cas le nombre de prestations descendrait en dessous de 5.300 par an. Pour éviter une baisse nouvelle des revenus du généraliste, il faudrait alors rehausser le tarif des actes médicaux. L'accroissement de coût qui en résulterait pour l'Etat ne serait pas trop considérable relativement à l'ensemble du budget-santé; et il se justifierait par l'élévation de la qualité des soins que rendent possible des consultations plus longues.

Mettre fin à la dégradation de la médecine générale

Réaliser une *meilleure* sélection, et mettre fin à la surcharge du travail des médecins (nombre d'heures et nombre de consultations), c'est répondre aux problèmes que pose leur nombre croissant, mais c'est dans le même temps rendre possible l'amélioration de la qualité des soins de santé. Cette amélioration n'est pas seulement souhaitable, elle est devenue indispensable. La médecine générale s'est progressivement dégradée, au lieu de s'améliorer comme les progrès scientifiques pouvaient le faire espérer. Les causes de cette dégradation se trouvent dans les conditions d'exercice de la médecine. Le généraliste est un homme suroccupé qui doit faire face à des appels individuels, ponctuels, urgents et passifs. Le patient dépourvu de toute information, ignorant et démuni devant les maladies, n'est capable d'aucune initiative, exige l'urgence pour calmer son inquiétude, et se contente d'une médication efficace à court terme. De son côté, le médecin surchargé répond à l'appel par la prescription de médicaments de choc. Devant des patients anxieux, dépressifs, émettant des plaintes vagues et atypiques (fatigue, douleur à l'estomac, migraine...), le médicament est le moyen facile de mettre un terme provisoire à la demande. Et lorsque les malades se présentent avec des plaintes violentes, et que le diagnostic requiert plus de temps, le généraliste est vite tenté de proposer l'hospitalisation... La prescription excessive et inopportune des médicaments est stimulée par la pression publicitaire scandaleuse qu'exercent les firmes pharmaceutiques sur les méde-

cins, mais elle est une conséquence du peu de temps dont disposent les médecins pour leurs consultations.

De ce manque de temps résultent encore l'absence de continuité des soins et le caractère souvent fragmentaire des diagnostics; et aussi la difficulté pour le patient de se faire écouter, l'impossibilité de s'informer, le risque de ne pas comprendre l'utilité des soins prescrits, et celui de ne pas respecter les prescriptions et les recommandations faites par le médecin. Le temps manque aussi pour évaluer la qualité des traitements prescrits, pour informer les patients sur les précautions qu'ils devraient prendre, pour apporter une réponse adéquate aux troubles psychosomatiques qui constituent cependant la part la plus grande de la demande médicale; le temps manque encore pour tout travail de prévention et d'éducation sanitaire.

On se rend compte ainsi de l'importance qu'il y a à ne pas séparer l'examen des mesures à prendre face à l'accroissement du nombre de médecins, de la recherche des solutions à trouver pour améliorer les conditions d'exercice de la médecine.

La réorientation d'une partie du travail médical

C'est dans le même esprit qu'il faudrait prendre en compte les besoins auxquels la médecine actuellement ne répond pas.

Sur le plan curatif, tout d'abord, on constate que la demande de consultation pour un symptôme déterminé montre une grande disparité en fonction de l'origine sociale du malade⁵. Ainsi, dans la classe aisée, 80 p.c. des personnes souffrant d'un amaigrissement important ont recours à la consultation pour 21 p.c. dans la classe ouvrière. Pour un autre symptôme important, celui du sang dans les selles, le taux de consultation est de 98 p.c. contre 60 p.c. dans le milieu ouvrier. Ces exemples indiquent que certains besoins, réels sur le plan curatif, restent pourtant méconnus dans les conditions actuelles d'exercice de la médecine.

De nouvelles formes d'organisation permettraient peut-être de rendre les soins de santé plus accessibles à de nouvelles couches de population à l'intérieur de leur cadre habituel de vie (banlieues urbaines, populations immigrées, quart-monde). La coordination d'informations et de services réalisée par tel ou tel CPAS, l'implantation de centres de santé dans certains quartiers, sont déjà un premier pas fait dans ce sens⁶. De telles pratiques alternatives font apparaître, tant sur le plan curatif que préventif, des besoins

5. GERM, *Lettre d'information* n° 110, septembre 1977.

6. Voir plus loin les témoignages de Pierre Chevalier et Xavier Rousseaux.

qui autrement ne peuvent pas trouver à s'exprimer. Des initiatives de ce genre devraient être encouragées et soutenues, de manière à pouvoir se multiplier.

On pourrait ainsi, par exemple, dans le cadre de ces centres, encourager des modes de paiement au forfait tels que les permet la loi de 1963 sur l'INAMI, sans que cela ait jamais été mis en pratique jusqu'ici ⁷. Dans le même ordre d'idée, des pratiques de médecine à l'abonnement (système hollandais) pourraient être proposées facultativement. La multiplication des équipes de soins à domicile (home care) favoriserait quant à elle une politique de déshospitalisation dans tous les cas où l'hôpital n'est pas indispensable, et ce pour le plus grand bien des patients et des deniers publics.

Mais outre les besoins d'ordre curatif, il en est d'autres. L'exercice de la médecine aujourd'hui en Belgique est presque entièrement limité au secteur curatif. La recherche fondamentale consacrée à la prévention, l'étude systématique des causes de maladies liées à l'environnement, à l'alimentation, à l'habitat, aux modes de vie, etc. sont jusqu'ici négligées. L'éducation sanitaire, quant à elle, se réduit à quelques campagnes ponctuelles, comme celle contre le tabac, dont on n'évalue guère les effets. Un véritable travail d'éducation, permettant progressivement à toutes les couches de la population d'acquérir une information et des habitudes d'ordre curatif et plus encore d'ordre préventif, serait une tâche de longue haleine qui demanderait le concours d'un grand nombre de personnes, tant médecins que paramédicaux et non-professionnels de la santé. A part quelques initiatives locales intéressantes, rien n'est fait actuellement dans ce sens. Quant à la médecine du travail ⁸, sa mission de contrôle continu des conditions de sécurité et d'hygiène est très imparfaitement assurée, et demanderait que les médecins du travail y consacrent une bien plus large part de leur temps. Le nombre annuel d'accidents du travail montre qu'on est loin de répondre adéquatement aux besoins.

Il n'est pas possible de mesurer a priori l'importance des besoins dans tous ces secteurs. Mais il est suffisamment d'indices pour penser qu'ils sont nombreux et qu'ils sont grands; ils s'imposeront plus clairement à mesure que des initiatives seront prises pour les rencontrer. Ils ouvrent des perspectives différentes à la pratique médicale, et des possibilités nouvelles de travail pour les futurs médecins. De telles perspectives reculent encore l'échéance d'une saturation de la profession médicale; à condition toutefois qu'on ait la volonté politique de rencontrer ces besoins-là.

Robert Franck et François Gobbe.

7. Article 34 ter de la loi du 9 août 1963 : « Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 34 ».

8. Voir à ce sujet : Marc Hees, « Médecine du travail, médecine du patron ? », *La Revue Nouvelle*, avril 1978, p. 407.