

## **Manifeste pour des soins de santé de qualité accessibles à tous**

### **I. INTRODUCTION**

Pour écrire ce manifeste, la Fédération des Étudiants Francophones s'est associée au Groupement des Belges Omnipraticiens (GBO) et à la Fédération des Maisons Médicales (FMM). Le besoin d'écrire un tel plaidoyer s'est fait sentir face à certains constats dressés dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Les soins de santé de notre pays se caractérisent par une organisation souvent inexistante, parfois contradictoire, et rarement efficiente. La pénurie du personnel, en ce compris des médecins (en particulier généralistes) est objectivement avérée. Au niveau des spécialistes, elle engendre une concurrence entre les différentes structures hospitalières pour recruter ces professionnels. Cette pénurie se décline différemment selon les zones géographiques, certaines étant touchées d'une façon bien plus importante que d'autres, notamment dans les zones rurales. Pour les patients, cette pénurie et ce défaut d'organisation se répercutent concrètement en une augmentation des coûts, le développement d'une médecine à deux vitesses et une accessibilité chaque jour moins démocratique.

Du point de vue étudiant, de lourdes menaces pèsent aujourd'hui sur la liberté d'entreprendre des études de médecine. Cette volonté de sélectionner à l'entrée et/ou à la sortie des études est le résultat de nombreuses décisions fédérales prises dans le cadre de l'organisation des soins. Or, la FEF a toujours défendu une liberté d'accès aux études. Elle s'oppose à la sélection car elle voit l'enseignement comme un service à la société qui a une fonction d'émancipation et non comme un outil de reproduction sociale.

Nous, étudiants et praticiens, désirons proposer aux citoyens et politiques, une autre façon de penser la santé et l'enseignement en Belgique. Au-delà d'une vision politique, il s'agit de tout simplement respecter les droits des citoyens en matière d'accès à la santé et d'accès à l'enseignement.

## II. CONTEXTE ET HISTORIQUE

En 1997, le gouvernement fédéral met en place un contingentement qui limite le nombre de numéros INAMI et donc l'accès aux spécialités pour l'ensemble des étudiants du pays. Cette décision fait suite aux pressions exercées, d'une part par la Flandre et d'autre part par une partie des syndicats de médecins, pour instaurer ce mécanisme afin de réduire le coût des soins de santé<sup>1</sup>. Cette logique de réduction du coût des soins de santé par une diminution de l'offre médicale, ou concept de « demande induite par l'offre » a été plusieurs fois démontrée comme fautive, entre autres par le KCE (centre fédéral d'expertise).

Face à cette limitation du nombre d'étudiants pouvant être diplômés et pratiquer la médecine curative, les deux entités fédérées concernées réagissent et mettent en place un mécanisme dans le cursus pour réguler le nombre d'étudiants qui terminent les études de médecine.

D'un côté, la Flandre met en place un examen d'entrée sans quota, tandis que la Communauté Française met en place un numerus clausus en fin de 3<sup>ème</sup> année. Cependant, il reste des étudiants surnuméraires dont les numéros sont piochés dans les numéros prévus pour les années suivantes. En 2002, le numerus clausus en fin de 3<sup>ème</sup> est supprimé et remplacé en 2005 par un autre concours, mais en fin de première année. Ce mécanisme est, en 2008, invalidé par le Conseil d'Etat suite au recours introduit par les « reçus-collés », les étudiants qui avaient réussi leur année mais n'étaient pourtant pas autorisés à accéder à l'année supérieure. Il n'existe depuis plus aucun mécanisme de limitation de l'accès aux études ou à la poursuite du cursus de médecine, hormis la limitation de numéros INAMI à laquelle les étudiants sont confrontés avant leur spécialisation.

En 2013, la réforme des études de médecine imaginée par Jean-Claude Marcourt entre en vigueur et modifie le cursus à trois niveaux.

Tout d'abord, les études de médecine passent de 7 à 6 ans. Cela implique donc l'arrivée d'une double cohorte de médecins à diplomer en 2018.

Ensuite, un test obligatoire non-contraignant est instauré comme formalité obligatoire avant l'inscription en bac 1.

Enfin, la session de janvier divise les étudiants en trois catégories selon les résultats obtenus par l'étudiant.

- Les étudiants ayant obtenu moins de 8/20 de moyenne : le jury émet une proposition à l'étudiant visant soit à le réorienter, soit à étaler son année. L'étudiant dispose d'un court délai pour émettre des objections face à la proposition du jury. Passé ce délai, la proposition du jury devient une décision contraignante.

---

<sup>1</sup> Rapport de l'Académie Royale de Médecine de Belgique

- Les étudiants ayant obtenu entre 8/20 et 10/20 de moyenne : le jury émet une proposition à destination de l'étudiant visant soit à étaler son année, soit à compléter son programme de cours du second quadrimestre par des cours de remédiation.
- Les étudiants ayant obtenu plus de 10/20 de moyenne : ils peuvent continuer leur cursus sans modalité particulière.

Cette réforme condense donc l'apprentissage de la matière sur un temps plus court tout en évaluant au bout de 4 mois, de manière contraignante, la vitesse d'adaptation et la maîtrise de la matière en bac 1.

En 2014, l'échéance de 2018 (fin d'une période de contingentement) approche et le nombre d'étudiants surnuméraires par rapport au nombre de numéros INAMI disponibles ne cesse d'augmenter. Par conséquent, les doyens annoncent que seuls 50% des cohortes d'étudiants de dernière année auront un numéro INAMI pour compenser ceux qui avaient été donnés en trop les années précédentes. S'ensuit une mobilisation des étudiants pour obtenir "un INAMI pour tous" mais aussi pour obtenir la réalisation d'un cadastre actualisé.

### **Pénurie**

Cette limitation à la sortie des sept premières années de médecine et les différents systèmes de sélection à l'entrée ont, malgré le dépassement quasiment systématique des quotas, contribué à créer et aggraver une pénurie relative de médecins. Cette pénurie se fait sentir principalement au niveau de la médecine générale mais aussi au sein de plusieurs spécialités, notamment en médecines aiguë et d'urgence, en oncologie, en gériatrie et en psychiatrie.

La pénurie au sein de la médecine générale croît d'année en année. Selon l'INAMI, en 2009, sur 589 communes, 125 étaient déclarées en pénurie de généralistes. Cinq ans plus tard, elles sont maintenant 314. Cette aggravation de la pénurie découle notamment du fait que ces généralistes sont âgés. Selon le SPF Santé Publique, en 2013, un généraliste sur deux a plus de 55 ans et 35% d'entre eux ont même plus de 60 ans. A noter que ce constat existe au sein des spécialistes aussi, 30% d'entre eux ont plus de 60 ans.

La planification telle qu'elle est effectuée actuellement ne prend jamais en compte les besoins de la population mais s'efforce simplement à maintenir constante une certaine force de travail médicale. Or, l'évolution démographique, le vieillissement de la population et les conséquences que celui-ci entraîne ainsi que les besoins réels de la population nous semblent importants, au-delà d'une simple photographie de la "demande" actuelle qui n'est autre que la consommation qui est faite aujourd'hui.

Pour prendre en compte ces besoins, un bon indicateur nous semble être le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un praticien. Au-delà de la mise en évidence la pénurie au sein de certaines spécialités et de la désorganisation totale de notre système de soins, il permet aussi d'expliciter le concept de médecine à deux vitesses car ce temps d'attente varie énormément selon l'établissement sondé. Il varie même au sein de certains établissements et parfois selon le supplément que le patient est prêt à payer plutôt que selon le degré d'urgence. Les chiffres repris

ici, venant d'informations compilées par un étudiant de l'UCL auprès d'une trentaine d'hôpitaux de Wallonie sont toutefois des moyennes des différents établissements.<sup>2</sup>

### **Temps d'attente moyen dans les hôpitaux wallons pour quelques spécialités**

Pédiatrie: 14 jours

Gériatrie, gynécologie : 20 jours

Cardiologie, stomatologie : 25 jours

ORL : 26 jours

Dentisterie : 35 jours

Dermatologie : 37 jours

Psychiatrie : 41 jours

Cardiologie pédiatrique : 46 jours

Ophthalmologie : 113 jours

### **Accessibilité**

La différence entre la consommation actuelle de soins en Belgique et les besoins réels de la population s'explique entre autres par une accessibilité limitée aux soins de santé. Les résultats de la dernière enquête menée par l'Institut de Santé Publique (2013) sont clairs : en moyenne, un ménage consacre 5% de son budget aux dépenses en soins de santé et, pour un quart des ménages, ces dépenses en soins de santé sont (très) difficiles à intégrer dans leur budget. La conséquence la plus grave et que nous dénonçons fermement est que 8% des ménages ont indiqué qu'au cours des 12 derniers mois ils ont dû reporter des soins de santé nécessaires en raison de problèmes financiers. Nous estimons que le système de soins tel qu'il existe, entre autres à cause de la pénurie croissante qu'il organise, ne permet pas une médecine de qualité ni une médecine accessible au sens large - autant financièrement que dans l'espace et dans le temps.

---

<sup>2</sup> Etude réalisée par Sébastien Willame et publiée dans Le Soir du 7 octobre 2014. Les temps d'attente ont été demandés aux secrétaires médicaux et directions médicales des hôpitaux ; ce sont les temps d'attente moyens.

### III. NOS PROPOSITIONS

#### Quel système de soins voulons-nous ?

Notre demande porte sur un système de soins organisé qui permette d'éviter les dépenses inutiles mais aussi et surtout qui réponde aux besoins de la population en termes de santé au sens large. Rappelons à cet effet que l'Organisation Mondiale de la Santé définit celle-ci comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."

La Belgique doit être capable de former des médecins en suffisance. La pénurie organisée aujourd'hui dans le pays force les hôpitaux et les organismes de santé à engager les médecins formés dans des pays en voie de développement, créant ainsi une fuite des cerveaux. Aujourd'hui, des économies importantes sont réalisées dans les hôpitaux engageant des médecins étrangers payés moins cher que des médecins belges. Nous préférons que la Belgique produise sa propre force de travail médicale et qu'elle puisse même exporter des médecins bien formés afin d'aider les pays les plus pauvres.

Au-delà de différents aspects sociétaux qui dépassent le cadre de ce manifeste, nous estimons qu'il est possible d'agir sur de nombreux paramètres de notre système de soins pour tendre vers un système où la santé de chaque citoyen est au centre des préoccupations.

Le premier axe de l'organisation du système de soins tel que nous le voulons est le développement important de la première ligne de soins et de la médecine préventive – qui est par ailleurs la médecine permettant d'effectuer le plus d'économies, ce qui intéresse, nous le savons, nos gouvernements. Le second axe est l'assurance d'une force de travail médicale suffisante, adaptée à l'évolution démographique à laquelle nous devons faire face. Pour répondre à cette demande, nous proposons un autre type de planification : un contingentement tertiaire, qui se ferait à l'installation des praticiens.

#### *Premier axe : échelonnement des soins et revalorisation de la médecine générale*

Une organisation efficace et saine des différentes lignes de soins est une nécessité pour toute politique de santé publique. La littérature scientifique confirme régulièrement qu'un système doté d'une première ligne de soins plus efficace, et par conséquent un rôle accru pour le médecin généraliste, améliore, à coût constant, à la fois la santé des patients, leur ressenti, et le quotidien des professionnels de la santé. « Le niveau primaire doit être une partie d'un système global dont l'objectif principal est l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est à ce niveau-ci, bien plus qu'aux niveaux spécialisés, que peuvent s'exprimer des valeurs telles que la justice sociale ou l'équité, des concepts tels que la globalité ou la continuité. »<sup>3</sup> Mettre la première ligne au centre du

---

<sup>3</sup> Michel Roland , « L'échelonnement dans une perspective globale de politique de santé » - Santé conjugulée – juillet 2000 – n°13

système de soins de santé passe selon nous par deux processus : l'échelonnement des soins duquel découle la nécessaire revalorisation de la médecine générale.

### Échelonnement des soins

L'échelonnement des soins est un principe de hiérarchisation des lignes de soins de santé au sein du système organisé. Ces lignes de soins - ou échelons - sont au nombre de trois ou quatre selon les auteurs. Il y a tout d'abord la première ligne offre une approche globale (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes). La seconde ligne est parfois divisée en deux lignes car elle comporte les spécialistes extra-hospitaliers (échelon plus bas) et intra-hospitaliers (échelon plus élevé). La troisième ou quatrième ligne comporte les hôpitaux universitaires et assimilés. La hiérarchie se traduit concrètement par une incitation à ce que le patient entre dans le système de soins par le niveau le plus bas possible. Ainsi, l'échelonnement tend à donner au médecin généraliste une place prépondérante dans le système. Actuellement, seules 24% des visites chez le spécialiste ont été recommandées par le généraliste.<sup>4</sup>

Les objectifs de l'échelonnement des soins sont au service des patients. Ils sont principalement la globalité et l'accessibilité. La globalité de l'encadrement n'est possible que par une médecine générale : seul le médecin traitant peut avoir une vision sur la continuité des soins concernant diverses pathologies et l'évolution générale de son patient. Cette globalité permet aussi d'intégrer au curatif du préventif, de la revalidation, du palliatif, etc. L'accessibilité aux soins implique qu'une tâche doit être réalisée par le niveau compétent le plus proche du patient, autant d'un point de vue culturel que géographique.

Pour atteindre les objectifs qu'il défend, l'échelonnement nécessite que se développent certains paramètres.

- L'échelonnement doit en premier lieu être à la fois bénéficiaire et garant d'une accessibilité financière totale. La première ligne doit tendre vers la gratuité et ce, pour l'ensemble des patients. Ceci nécessite donc un refinancement conséquent de la première ligne de soins.
- Freiner l'accès direct en 2e et 3e ligne, de préférence via des contraintes de temps (un rendez-vous recommandé par le généraliste est prioritaire par rapport à un rendez-vous pris spontanément par le patient – dans certaines limites d'urgence, bien évidemment) plutôt que des contraintes financières, de telle sorte que le système agisse de la même façon sur les patients de toutes les classes socio-économiques.
- Afin que ce système soit efficace et que le transfert d'informations nécessaire entre la première ligne de soins et les suivantes se fasse correctement, il faut éviter toute lourdeur administrative. Cela passe par un système d'information cohérent et structuré comme l'actuel Dossier Médical Global. Nous soutenons le développement du DMG partagé mais avec des garanties de confidentialité et de consentement du patient grâce à un médecin généraliste qui serait véritable gestionnaire de ce dossier. L'accumulation d'informations

---

<sup>4</sup> Enquête ISP 2013

sans suivi de celles-ci n'a évidemment aucune utilité.

- Améliorer l'organisation au sein de chaque ligne de soins.

Nous tenons à rappeler qu'en aucun cas, l'échelonnement ne doit être bureaucratique. Il est évident qu'une pathologie aiguë et majeure ne doit pas subir l'échelonnement. Toutefois, il est absolument indispensable que l'information après l'intervention d'urgence retourne au médecin traitant pour que le traitement qui suivra subisse, lui, l'échelonnement.

### Revalorisation de la médecine générale

Nous l'avons dit, un système de soins est plus efficace quand la première ligne en est la clé de voûte. Au-delà de ça, certains aspects de la médecine générale rendent son rôle encore plus important. Par exemple, et c'est important dans le cadre du vieillissement de la population que nous connaissons, le médecin généraliste a un rôle déterminant auprès des seniors : 95% des personnes de 75 ans et plus prennent contact au moins une fois par an avec le généraliste et le nombre moyen de prises de contact s'élève chez elles à 8 par an.<sup>5</sup>

Malgré ces considérations et la connaissance de celles-ci par beaucoup, le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste par personne et par an a légèrement diminué ces dernières années, et cela vaut également pour le pourcentage de personnes ayant pris contact avec un médecin généraliste au moins une fois sur l'année, bien que cela représente encore 77% de la population<sup>6</sup>.

On le voit, la revalorisation de la médecine générale est un long chantier. Certains progrès ont certes été accomplis mais il reste toutefois encore beaucoup à faire.

Cette revalorisation ne passe pas seulement par un indispensable financement adéquat. Mais ce financement doit bénéficier à la fois aux médecins généralistes (MG) individuellement, mais aussi aux organisations auxquelles ils participent comme les Cercles de MG, dont le rôle dans l'organisation efficace des soins de première ligne est indéniable. De nombreuses pistes sont à explorer pour assurer une sécurité financière aux MG, comme la garantie d'un revenu lors des congés médicaux, des pensions minimales garanties (pour les médecins conventionnés jusqu'à présent). Il semble également primordial d'équilibrer les rémunérations entre les différents types de médecins (entre généralistes et spécialistes mais également parmi les spécialistes) qui varient souvent énormément et de façon difficilement justifiable. L'idée d'un revenu minimal pour les MG acceptant d'assurer la garde dans des régions de « désert médical » mérite également d'être examinée.

La revalorisation passe aussi par un effort de la part des Facultés de médecine. Un discours plus objectif de la part des médecins spécialistes (MS) enseignants, des cours et stages obligatoires et

---

<sup>5</sup> Enquête de l'Institut de Santé Publique 2013

<sup>6</sup> Enquête de l'Institut de Santé Publique 2013

performants de MG, une proportion bien plus importante de MG dans le corps professoral. Il faut que cette revalorisation s'inscrive dans le cadre légal afin qu'elle ne soit pas précaire et pour garantir une continuité d'application à travers les années.

Enfin, cette revalorisation passe aussi par une plus grande place et une plus grande confiance accordées aux MG (et à leurs organisations) dans les prises de décisions en ce qui concerne la santé publique. Le rôle central du MG, notamment avec la gestion du dossier médical global (DMG) doit être souligné et confirmé. Il devrait, dans le cadre de l'échelonnement des soins, également être le coordinateur privilégié des différents intervenants, médicaux et paramédicaux.

La médecine générale n'est évidemment pas coupée du monde. Le système de soins de santé nécessite évidemment un financement suffisant dans tous les domaines, et une réflexion ouverte et pluraliste sur les questions de remboursements, d'honoraires etc. C'est dans ce cadre-là, et en partant des besoins d'une population vieillissante dont les pathologies complexes et/ou chroniques se multiplient, que l'offre des soins de santé doit être planifiée. Cette planification ne doit être fixée ni à partir d'hypothèses scientifiques non-vérifiées ni de la pression de certains groupes corporatistes.

#### *Deuxième axe : une planification alternative*

Le présent point a pour seul objectif de proposer une alternative concrète, cohérente et réaliste à la présente planification médicale qui ne repose que sur la limitation de l'accès au savoir, ce que nous, étudiants, refusons fermement. Elle a aussi pour but d'enrayer la dynamique de pénurie qui s'installe dans notre pays.

#### Passer d'un système de numerus clausus via une limitation des numéros INAMI à un système de régulation à l'installation

La méthode actuelle utilise la limitation de l'accès aux études pour réguler l'offre. Or, ses effets ne s'exercent que d'une façon indirecte sur le terrain. Cela est dû notamment au fait que les études de médecine durent extraordinairement longtemps, une bonne dizaine d'années en moyenne. La planification actuelle ne peut pas prévoir tous les changements susceptibles d'advenir entre le moment où sont prises les décisions et le moment où elles font ressentir leur effet.

Nous proposons que la planification par la limitation de l'accès aux études soit remplacée par une régulation du nombre de praticiens sur le terrain. On remplacerait ainsi le quota de numéros INAMI par une limitation du nombre de cabinets par zone géographique. Le pays a besoin de médecins en grand nombre mais tous ne travailleront pas dans le domaine curatif à vie, la vraie régulation doit donc avoir lieu au moment de l'installation des praticiens et non pas avant la fin de la formation. De plus, cette planification permet d'intégrer les médecins étrangers, ce qui n'est pas le cas dans la limitation actuelle en cours de cursus.



## Garder une répartition géographique homogène et décentraliser l'analyse du rapport entre l'offre et la demande

La planification de l'offre médicale se fait actuellement d'une façon très globale et très centralisée. Nous souhaitons au contraire qu'elle soit très proche de la réalité du terrain. Une répartition géographique homogène est un enjeu fondamental pour garantir une accessibilité maximale à la première ligne. Nous optons donc pour une solution où c'est localement que l'on définira le nombre idéal de médecins permettant à la pratique locale d'être la plus efficace possible.

Concrètement, une planification décentralisée implique une territorialisation et le découpage du territoire en « zones de médecine générale » (5 à 15.000 habitants). Ce découpage doit pouvoir se superposer à celui des cercles (et donc des zones de gardes) pour garder la cohérence du système. Un mécanisme équivalent serait mis en place pour les spécialistes mais sur des zones plus grandes, les bassins de soins.

Cette planification décentralisée combine les avantages de l'actuelle planification en ce qui concerne la garantie sur le nombre de médecins, avec de nouvelles garanties sur la répartition géographique de ceux-ci.

La définition du nombre de praticiens admis par zone serait effectuée par un groupement local intégrant les médecins, les acteurs des soins à domicile, les patients ainsi que tous les acteurs locaux participant aux soins. Le groupement local, par sa connaissance du milieu, par sa composition et via des balises déterminées par la Commission de planification, est le plus à même de faire une évaluation fine des besoins de la population et donc de définir l'offre nécessaire.

Le nombre de praticiens choisi se fera en rapport avec un chiffre idéal proposé par la Commission de planification fédérale, sur base d'études récentes des économistes de la santé en relation avec une notion de population (par ex. X généralistes pour X habitants). Cette notion servira de référence au groupement local qui choisira le nombre qui lui convient pour la situation effective sur le terrain.

## Revoir le fonctionnement de la Commission de planification

Sur base des rapports fournis par les groupements locaux, la Commission de planification déterminerait annuellement pour chaque zone un quota de cabinets avec une fourchette permettant de tenir compte de particularités locales. Le quota délimite le nombre de cabinets et non de prestataires, un cabinet pouvant être partagé par plusieurs praticiens à temps partiel. La planification que nous proposons doit permettre et encourager le partage du temps de travail. En cela, elle encourage aussi la pratique groupée qui nous semble être un bon incitant à la pratique en zone rurale. Il est de plus nécessaire que la Commission prenne en compte la santé au travail pour les praticiens eux-mêmes car les médecins que nous formons aujourd'hui ne travailleront pas selon les mêmes codes que ceux d'hier. Un « équivalent temps plein » de 1997 représente la force de travail de plusieurs ETP d'aujourd'hui.

Il est pour nous important que la Commission ne se concentre pas exclusivement sur l'offre et la demande mais qu'elle envisage aussi les besoins de la population – c'est-à-dire qu'elle devrait prendre en compte l'évolution démographique, l'évolution des pathologies en Belgique et d'autres

paramètres. En cela, nous pensons que le fonctionnement de la Commission de planification doit être revu afin qu'elle prenne en compte diverses données de type démographique et épidémiologique grâce à une meilleure collaboration avec les écoles de santé publique. Dans le même sens, il faut qu'elle travaille sur l'estimation de la force de travail médicale nécessaire dans les domaines non curatifs tels que la médecine préventive, la médecine du travail, la coopération au développement, etc.

### Information aux étudiants

Le fonctionnement de cette planification alternative repose sur la bonne information aux étudiants. En effet, les acteurs de terrain et les étudiants doivent être le mieux informés possible au sujet des manques et excès tout au long de leurs études vu que c'est la seule façon d'influencer leur choix de spécialisation. L'information est capitale et celle-ci doit être autant générale que locale. Étant donné que la planification que nous envisageons laisse la liberté totale d'accès aux études, l'information sera la seule façon d'orienter le choix des étudiants vers les filières en manque de praticiens et de déconseiller l'orientation vers les filières « saturées ».

Au début de la dernière année de troisième cycle l'étudiant aura la possibilité de réserver un cabinet ou de postuler dans un service hospitalier. Si plusieurs étudiants souhaitent réserver le même poste, les étudiants devront se rencontrer sous l'égide de l'autorité centralisant les disponibilités en vue d'une conciliation. Si la conciliation échoue, il sera possible de départager les candidats selon différents paramètres tels que les points de stage de troisième cycle, la disponibilité, l'année d'entrée dans la liste d'attente mais d'autres critères sont envisageables. Enfin, l'administration informera le groupement local de l'installation future d'un nouveau praticien.

Lorsque le nombre maximal possible de places sera totalement comblé, il est évident que les nouveaux arrivants n'auront pas dans un premier temps de pratique fixe. Cependant, vu la pénurie actuelle, il est fort probable que tous les étudiants puissent s'installer. De plus, il reste toujours la possibilité pour eux de s'associer à plusieurs pour reprendre un seul cabinet. La pratique groupée favorise la mixité du travail et cette mixité permet de mieux répondre aux besoins de santé publique, d'éviter le burn-out des praticiens et de partager le temps de travail, laissant davantage d'étudiants accéder à la médecine curative. Enfin, de nombreux autres voies s'offrent à eux telles que celle de la médecine humanitaire à l'étranger, de la recherche ou de la médecine non curative à temps plein.

#### **IV. CONCLUSIONS**

Cette proposition de système de soins est ambitieuse : elle suggère de mieux rendre compte des besoins de la population et de leurs disparités géographiques et elle s'axe autour d'une première ligne très renforcée. Mais cette organisation est nécessaire si nous voulons un système de soins de qualité et au service de chacun des citoyens belges sans que ceux-ci soient discriminés par des différences socio culturelles.

Un système de soins accessible à tous demande une force de travail médicale importante. Nous insistons pour que la majorité de celle-ci soit formée en Belgique ou en tout cas, qu'aucune limitation ne soit imposée aux étudiants belges désirant entamer un cursus médical. Face aux pénuries et aux enjeux majeurs de santé publique auxquels nous sommes confrontés, toutes les vocations se présentant dans nos facultés de médecine doivent être accueillies et encouragées.

Outre cette nécessité s'adressant à nos facultés et décideurs politiques, notre proposition implique des réponses plus larges. En effet, il ne suffira pas de former quantitativement davantage de médecins pour mieux répondre aux besoins de la population. D'autres efforts seront à prévoir pour inciter les nouveaux praticiens à s'orienter vers les secteurs géographiques et les spécialités où les besoins sociaux sont les plus criants. Cela passe par des solutions qui sortent du cadre de ce manifeste.

Il est certain que toutes les modalités techniques décrites précédemment ne sont applicables en pratique que si les domaines de la santé et de l'enseignement supérieur se voient largement refinancés et ce, dans le but d'améliorer constamment les déterminants de santé au sein de la population.