



Note adoptée au Conseil fédéral de la FEF du 25 septembre 2006

Organisation médicale alternative

Proposition réalisée par l'exécutif de la FEF en collaboration avec le comité inter-universitaire des étudiants de médecine (CIUM), revue et améliorée par le GBO et Ecolo.

Table des matières

Table des matières	2
1. Introduction.....	4
2. Exposé des motifs.....	5
3. Planification médicale alternative.	7
a. Base de planification	7
b. D'un point de vue pratique	8
c. Chiffres de références, définition de ceux-ci et écart type	8
d. Rassemblement et contrôle des données locales.....	10
e. Informations et publication des données	10
f. Du point de vue des étudiant(e)s	11
g. Du point de vue des praticiens.....	12
4. Textes légaux modifiés.	14
5. Proposition pour des économies dans les dépenses de santé. ...	20
a. Promouvoir les médicaments génériques	20
b. Guideline antibiotique	21
c. Développer le dossier médical global (DMG)	21
d. Restructurer le système des urgences.....	22
e. Revaloriser la médecine générale	23
6. Mesures d'accompagnement.....	25
a. Définition minimum maximum d'activité.....	25
b. Revalorisation de la médecine hospitalière.....	25
c. Médecine préventive.....	26
d. Reforme des études	26
e. Numéros INAMI « spéciaux ».....	27

f. Restructuration des Instituts de santé publique provinciaux et (re)-développement de la prévention.....	27
g. Refinancement de la sécurité sociale.....	28
7. Conclusions.	29

1. Introduction

Depuis toujours, l'offre de soins de santé efficace est une des préoccupations majeures des sociétés. Autrefois, il s'agissait simplement d'humanisme. Depuis peu, force est de constater que la notion de rentabilité s'est insérée dans le système de soins de santé et ce, tant au niveau des intentions que dans l'organisation des soins eux-mêmes. En effet, soigner coûte très cher et le budget des états n'est pas extensible à l'infini. On a donc cherché à diminuer les coûts. Une des solutions fût l'instauration du *numerus clausus* en médecine, dentisterie, kinésithérapie. Le principe d'induction, justifiant cette mise en place, qui veut que plus de praticiens augmente systématiquement les coûts est particulièrement débattu aujourd'hui.

La présente proposition d'organisation médicale alternative n'a d'autre mérite que d'exister. Elle appelle à être amendée et discutée via le processus normal de négociation. Elle a déjà été fortement modifiée dans le cadre des accords de coopération avec le GBO et Ecolo et a abouti à la présente proposition.

Il n'est pas nécessaire de rappeler plus en détails les modalités de sélection, les raisons qui ont poussé à un système de sélection, ni l'historique de sa mise en place, vu que l'objet de la note est de pousser le débat au delà des clivages qui n'ont pas manqué de se former tout au long de l'histoire de la planification médicale...

2. Exposé des motifs.

Le présent travail 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.

Notre planification alternative est directement applicable tant pour la médecine générale que pour la médecine spécialisée. De même, elle est tout à fait envisageable pour la dentisterie et la kinésithérapie, qui sont les autres études à visée humaine pour lesquelles un contingentement d'accès à la profession est prévu. Après plus d'une année de dur labeur, ce projet est enfin prêt à être déposé sur la table afin que nos partenaires soutiennent son application en Belgique et en Europe. A ce propos, le projet de loi que vous trouverez ci-dessous sera déposé sous peu à la chambre.

Avant de nous lancer dans l'écriture, nous nous sommes longuement informés des contraintes dans lesquelles nous devons évoluer. Celles-ci sont quadruple:

-Les syndicats médicaux militent pour préserver les acquis de leurs affiliés. Dès lors, si l'on veut l'assentiment de ces groupes de pression extrêmement puissants, il nous faut penser un système dans lequel l'emploi est totalement préservé et où une pléthore n'est pas possible. En effet, c'est la crainte de ladite pléthore qui fut l'argument le plus utilisé par les syndicats médicaux pour pousser l'instauration d'un numerus clausus. Les médecins ont en général un statut d'indépendant, et sont payés à la consultation. Ils doivent donc se partager les patients. La crainte des syndicats est la sous-occupation : plus de médecins équivaut à moins de patients par médecin donc moins de rentrées financières.

-Les dirigeants politiques ont tout intérêt à avoir une organisation de soins de santé qui fonctionne correctement avec suffisamment de médecins répartis sur tout le territoire. L'actuelle planification, en plus de diminuer d'une façon trop importante le nombre de praticiens, ne donne de garantie que sur le nombre de médecins intégrant le monde du travail. Or, certaines régions crient déjà à la pénurie (régions reculées des Ardennes, zones sinistrées comme le Hainaut, etc). Le système que nous proposerons devrait répondre aux impératifs de nombre et améliorer la situation en ce qui concerne la répartition géographique des praticiens.

-Les étudiants militent de droit pour la liberté d'accès au savoir qui ne peut rester uniquement dans les mains d'une élite désignée par l'Etat. Le numerus clausus en place actuellement est extrêmement défavorable aux étudiants qui sont les seuls à payer l'incurie du passé. Les

étudiants rentrés avant septembre 2005 seront sélectionnés au terme de 7 années d'études difficiles. Et ceux inscrits depuis lors, bien que sélectionnés après un an, le seront de nouveau à la fin de leur deuxième cycle. La solution apportée par le décret Simonet du 1 juillet 2005 ne répond donc absolument pas, à long terme, aux préoccupations estudiantines. Le système ici envisagé devra répondre également à ces impératifs.

-La planification actuelle des soins de santé n'a pas pour seul défaut de brimer les étudiants, elle crée au sein même de la société de nombreux problèmes, ceux-ci se situant au-delà de l'éventuelle pléthore/pénurie car touchant également la répartition des tâches. En effet, on constate dans les auditoires que les étudiants souhaitent massivement accéder à une pratique spécialisée, ce qui est impossible vu le nombre de places disponibles (quotas fédéraux). Or, il nous faut constater la fuite des spécialistes de l'hôpital, leur endroit de travail de prédilection, et ce pour une pratique privée extrahospitalière. A contrario, de plus en plus de généralistes se dirigent vers l'hôpital, recrutés afin de pallier aux lacunes de la gestion d'étage délaissée par les médecins spécialistes parce qu'insuffisamment lucrative et par les candidats spécialistes dont le nombre chute drastiquement. Il s'agit de problème où s'entrecroisent les défauts de planification et de mauvaises conditions de travail. Pour y remédier, il faudra donc un travail conjoint avec les organisations représentatives des travailleurs, dont le résultat est le présent accord.

Alors ... Mission impossible ? Certains l'affirment. Cependant, nous voulons y croire. Notre proposition est loin d'être parfaite mais elle ne demande qu'à être complétée par vos critiques constructives. Elle a en tout cas été envisagée dans le but d'améliorer la condition de tous les acteurs concernés. Il est évident qu'il s'agira de mettre de l'eau dans son vin de part et d'autre de la table.

3. Planification médicale alternative.

a. Base de planification

Planifier l'offre médicale est une affaire compliquée de gros chiffres qui ont, jusqu'ici, été discutés d'une façon globale par une autorité centrale. Nous souhaitons que la planification soit plus proche de la réalité du terrain. 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.

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 sont extraordinairement longues, jusqu'à 13ans et parfois plus. Dans pareille période, tant et tant de choses peuvent se passer. La planification globalisée 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 (temps estimé au plus grand minimum à 9 1/2 ans). Il faut donc opérer des choix qui relèvent trop souvent de l'instinct, vu l'impossibilité de les insérer dans le modèle mathématique et vu la « politisation » de ce débat. Nous ne pouvons pas nous permettre de négliger l'offre médicale, des vies sont en jeu !

Nous proposons que la planification visant seulement la limitation de l'accès au études soit remplacée par une planification du nombre de praticiens ou de cabinets sur le terrain. Ce nombre serait défini par les acteurs locaux et donc tout à fait adapté à la situation locale.

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. L'installation sera régulée par le nombre préalablement défini par des groupements locaux. Il y aurait également de nouvelles garanties en ce qui concerne la qualité des soins donnés ainsi que des améliorations des conditions de travail.

Nous comprenons que le fait de laisser un pouvoir central se décentraliser peut laisser craindre un grand vide et un système en roue libre. Malheureusement pour le ministère de la santé, le système centralisé nous prouve chaque jour ses limites. Or chaque acteur local sur son lieu de travail n'a qu'un seul intérêt : soigner correctement ses malades. Pour pouvoir le faire, il n'aura que l'envie de ne pas être surchargé, ni de manquer de patients par pléthore médicale.

b. D'un point de vue pratique

La qualité de l'offre de soins de première ligne se mesure par la continuité et la globalité de la prise en charge des patients. Le pays est divisé en zone de garde pour garantir cette continuité de soins de première ligne. Les pouvoirs publics ont tout intérêt à promouvoir une gestion commune des soins de premières ligne vu le manque d'attrait des jeunes pour cette fonction essentielle. En effet, les jeunes médecins ne conçoivent plus une pratique en solo. Une planification basée sur les zones de garde a l'avantage de pouvoir intégrer les pratiques de groupe type « maison médicale » aux pratiques solitaires, collant ainsi à l'offre globale et locale de soins de première ligne.

De plus, la médecine spécialisée se décline en intra/extra-hospitalier, avec des praticiens combinant les deux types de pratique. Les récentes tentatives de création de bassins de soins sont particulièrement intéressantes. De la même façon que pour les zones de garde il s'agit de prendre en compte la gestion globale de l'offre de soins par spécialité et localement.

La définition du nombre de praticiens 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. Ceux-ci définiraient un nombre idéal de praticiens par zone de garde. En ce qui concerne la médecine spécialisée, le groupement définira le nombre de spécialistes par bassin de soins et par spécialité. Il intégrera également tous les acteurs des soins spécialisés et leur suivi. Le groupement local, par sa connaissance du milieu, par sa composition et via les balises détaillées ci-dessous, est le plus à même de faire une évaluation fine des besoins de la population et donc de définir l'offre nécessaire.

c. Chiffres de références, définition de ceux-ci et écart type

Nous proposons que tous les 5 ans, le groupement local définisse le nombre de praticiens qu'il juge opportun, sur base d'équivalent temps plein. Dans un premier temps une discussion sur le nombre aura lieu. Ensuite, le président du groupement local sera chargé de trouver un consensus. Si le consensus n'est pas possible, le groupement passera au vote. Le vote se fait uniquement sur proposition du président. Une majorité de deux tiers est nécessaire pour qu'un nombre soit adopté. Si cette majorité n'est pas obtenue lors d'un premier tour, un second tour est possible et ce, dans les plus brefs délais. Si une majorité de deux tiers n'a toujours pas été obtenue au bout de 5 scrutins on passera à la majorité simple. Le nombre choisi est révisé normalement tous les 5 ans, mais peut l'être tous les deux ans sur simple demande au président du groupement local, demande motivée par un changement important des besoins.

Le nombre de praticiens choisi se fera en rapport avec un chiffre idéal rediscuté tous les 5 ans sur base d'études récentes des économistes de la santé (au minimum 6 mois avant la date butoir des votes des groupements locaux) 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 dans un écart type du chiffre de référence (ex : 15 généralistes + ou - X%). Le chiffre de référence sera arrêté par la commission de planification fédérale. L'écart type sera défini quant à lui par les Instituts de santé publique provinciaux, chargés d'affiner le choix fédéral par région.

Ce processus permet d'objectiver de façon très précise le nombre de praticiens nécessaires ou sur-numéraires. Les chiffres de référence et les écarts-type seront adoptés selon le même mode opératoire décisionnel que les chiffres définitifs des groupements locaux.

Vu l'importance du nombre de praticiens nécessaire pour assurer un service adéquat et répondre aux besoins de la population, nous pensons qu'un mécanisme de feed-back du nombre choisi est indispensable afin que la décision du groupement local soit la plus proche possible de ce que la particularité locale exige. Nous proposons que tout écart par rapport aux balises fournies doit être validé par l'institut de santé publique provincial. Il faudrait aussi qu'un mécanisme de sonnette d'alarme puisse être activé sur demande d'au moins trois membres du groupement local. La décision du nombre de médecins sera alors envoyée à l'institut de santé publique provincial qui devra entendre les arguments du groupement local ainsi que ceux de l'observateur avant de prendre une décision.

Nous pensons qu'il devrait être possible pour le groupement local de choisir un nombre hors de l'écart type vers le haut, si les particularités locales l'imposent. Ce choix doit être motivé et soumis à l'examen de la commission provinciale. Cette dernière pourra ainsi demander que le chiffre soit révisé. En effet, l'écart type provincial du Hainaut par exemple sera le même que l'on soit dans les quartiers préservés du Tournaisis ou dans les taudis de Charleroi où une plus forte présence médicale est nécessaire.

En ce qui concerne la médecine préventive (médecine du travail, médecine scolaire, consultations ONE, centre locaux de prévention en santé), le nombre de praticiens jugés nécessaires sera proposé au Parlement de la Communauté française par le Ministre ayant la santé dans ses fonctions et soumis au vote du Parlement, tout les 5 ans au plus tard 6 mois avant la date butoir pour la décision des groupements locaux sur proposition de son administration qui connaît très bien ces besoins comme toutes les administrations.

Depuis toujours, les médecins se sont impliqués dans la recherche. A l'heure où tous prônent une « *evidence based medicine* », il est indispensable que des médecins continuent à s'impliquer dans la recherche de ces preuves. Le FNRS, les CUMG, les facultés de médecine transmettront à cette même autorité centrale le nombre de praticiens qu'elle compte engager ou financer pour ces recherches. Soulignons que pour bon nombre de ces chercheurs, il est important de continuer une pratique médicale. Nous proposons donc de les considérer comme ne représentant qu'un demi équivalent temps plein, comptabilisé dans l'offre locale de soins. L'actuelle possibilité d'effectuer une spécialisation quelconque en parallèle de recherches doit être maintenue. Considérant l'ouverture d'accès aux spécialités prévue par ce plan, cela ne devrait poser aucun problème.

d. Rassemblement et contrôle des données locales

Il est nécessaire de centraliser les données locales afin que les manques et les surplus apparaissent clairement. C'est important autant pour les déménagements de praticiens que pour les étudiants devant s'installer. La centralisation permettra notamment un contrôle du fédéral. Nous proposons donc que le chiffre, une fois voté par le groupement local ou les administrations universitaires, soit envoyé à l'administration du Ministre de la santé chargé de centraliser les données et de les publier.

e. Informations et publication des données

Les acteurs de terrain et les étudiants doivent être le mieux informés possible au sujet des manques et excès et ce, tout au long de leur études vu que c'est la seule façon d'influencer leur choix de spécialisation. Nous proposons qu'un site Internet avec accès restreint si nécessaire soit dédié à cette fin. L'information est capitale. L'utilisateur devrait pouvoir y trouver tant des informations générales (ex. il manque 52 gynécologues en Belgique dont 32 en Wallonie) que des informations de type local (ex. il manque 1 généraliste dans la commune de Houffalize, il y a 10 généralistes en surplus à Waterloo). Etant donné que la planification que nous envisageons laisse la liberté totale d'accès aux études, l'information et la publicité seront les seules façons d'orienter le choix des étudiants vers les filières en manque de praticiens et de déconseiller l'orientation vers les filières « saturées ». Il est important d'accompagner cette publicité d'une réelle revalorisation de certaines professions (voir ci-dessous), valorisation allant bien au-delà du simple aspect financier. En effet, bon nombre de professions médicales sont considérées comme des sous-filières, or leur intérêt en terme de santé publique est plus que capital.

Nous estimons opportun qu'à l'instar des entrées, les départs de praticiens d'un cabinet soient signalés (déménagement, retraite, ...). Ces

informations devraient être introduites dans les informations de type local. On comprend mal actuellement la volonté du politique de planifier à outrance les entrées dans le système tout en s'enfonçant dans son mutisme en ce qui concerne les fins de carrière des praticiens. La seule explication nous semble résider dans la volonté de se protéger d'actions éventuelles de certains syndicats médicaux. Force est de constater à ce propos que tant que la couverture des pensions des indépendants restera ce qu'elle est, il sera décevant de planifier plus précisément les sorties que ce que nous proposons, à savoir un départ volontaire, total et signalé entre 6 mois et 1 an à l'avance.

f. Du point de vue des étudiant(e)s

Nous souhaitons rappeler qu'un des objectifs de base de ce projet est de rendre la liberté d'accès totale au savoir dans le cursus médical. Ici, le moment clé pour les étudiants sera l'installation au terme de leurs études. Nous proposons la procédure suivante :

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.

Il faut prendre des dispositions particulières si plusieurs étudiants souhaitent réserver le même poste.

(1) Les étudiants devront se rencontrer sous l'égide de l'autorité centralisant les disponibilités en vue d'une conciliation.

(2) Ensuite, il faudra départager les candidats si la conciliation a échoué. Même si les risques d'échec existent, la conciliation permet de fait de régler certains litiges et ce, dans la sérénité. Nous proposons une cotation sur 100 points de différents paramètres :

- Les points de stage de troisième cycle
- La disponibilité
- L'année d'entrée dans la liste d'attente
- L'avis du chef de service hospitalier

Ensuite, l'administration informera le groupement local de l'installation future d'un nouveau praticien. Une période de transition et d'écolage sera prévue dans tout les cas possibles.

Si les éléments cités ci-dessus ne suffisent pas à départager les candidat(e)s, l'autorité centrale organisera un tirage au sort.

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. Plusieurs options s'offrent à eux : s'expatrier momentanément (ex : France), s'inscrire dans un pool d'intérimaires que demande les médecins en place. Ce pool pourrait comprendre également les médecins de retour de missions humanitaires, souvent en quête de contrat à durée déterminée. Reste à régler les problèmes éventuels d'agrément.

g. Du point de vue des praticiens

Le système de planification que nous proposons ne changera absolument rien pour les praticiens déjà surchargés par les contraintes en tout genre. En effet, l'administratif sera limité au maximum puisqu'il leur faudra juste signaler à la commission provinciale le nombre choisi, avec motivation dans certains cas. Nous pensons que la présente planification alternative améliorera le quotidien des travailleurs grâce à une meilleure répartition des forces de travail et donc une diminution de charge pour certains. Afin de minimiser les désagréments et pour assurer la présence de tous à la réunion « chiffres » du groupement local, nous proposons d'instaurer un système de jetons de présence tant pour les médecins généralistes et spécialistes que pour les observateurs.

Rassurons les praticiens, aucun licenciement ne sera engendré par ce plan. Si le groupement local définit un nombre idéal de praticiens inférieur au nombre des médecins actuellement en place, ceux-ci ne seront pas appelés à se déplacer (excepté si volonté personnelle). Bien entendu, personne d'autre ne pourra s'installer dans cette région tant que le nombre de praticiens ne redescendra pas en dessous du nombre voté par le groupement local. Nous pensons qu'il serait bon qu'un système d'incitant financier, sous forme d'aide matérielle à l'installation ou via des incitants fiscaux par exemple, soit mis en place et que tout praticien quittant une zone en excès vers une zone en manque en bénéficie.

Pour faciliter l'installation des nouveaux arrivants, il est nécessaire que tout déménagement soit signalé au moins 6 mois à l'avance afin que l'administration chargée de publier les disponibilités puisse informer clairement les étudiants et les praticiens à la recherche d'un cabinet. Il faudra donc prévoir un système de réservation similaire à celui mis en place pour les étudiants avec la possibilité de réserver au maximum un an à l'avance (évidemment la réservation ne pourra se faire que si la place est disponible ou est en préavis de départ à la retraite ou de déménagement).

Actuellement, les déménagements ne se font pas sans une certaine prospection, cette planification-ci clarifiera les choses. Dans le cas peu probable de litiges entre le déménagement d'un praticien et l'installation d'un ex-étudiant, des modalités devront être négociées avec les

professionnels de la santé, avec priorité pour la personne n'ayant pas d'affectation.

Dans le même ordre d'idée, tout départ à la retraite est réfléchi, cela ne changera donc rien de le signaler également entre 6 mois et un an à l'avance. Concernant les retraites, notons que le souci réside dans le fait que l'actuel statut d'indépendant n'offre qu'une très mauvaise protection sociale (retraite très maigre). Soulignons également que la majorité des médecins gardent leur numéro INAMI leur permettant de délivrer encore quelques prescriptions. Le nouvel agrément de généraliste va dans le sens d'une régularisation de pareille situation.

4. Textes légaux modifiés.

Le lecteur attentif remarquera que le texte ici présent est quelque peu différent de la présente proposition. En effet, il a été négocié avec le GBO (groupement belge des omnipraticiens) et Ecolo. Ce texte a été déposé à la chambre mi-septembre 2006 pour lui octroyer la chance d'un parcours parlementaire. Si certains détails changent, l'idée principale est conservée, c'est pourquoi nous l'intégrons à cette note.

PROPOSITION DE LOI

Article premier

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Chapitre I :

modifications de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967
relatif à l'exercice des professions des soins de santé

Art.2

L' art 35^{quaterdecies} §4 , 8° de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé est remplacé par ce qui suit :

« Le praticien d'une des professions visées à l'article 1^{er}, lui-même, communique le premier trimestre de chaque année, la ou les adresses de sa ou ses pratiques, le volume de prestations réalisées dans chaque lieu

durant l'année écoulée, ainsi que le volume (ou temps de travail) souhaité pour l'année en cours. La commission de planification peut déterminer d'autres données à communiquer.

Art. 3

L' art 35*octies* du même arrêté royal est remplacé par ce qui suit :

§1 Une commission sub-régionale de l'offre de soins est instituée dans chaque bassin de soins. Le territoire d'un bassin de soins est déterminé par le Roi et doit couvrir le territoire entier d'un ou de plusieurs cercles de médecins généralistes.

La commission subrégionale de l'offre de soins est composée de représentants des cercles de médecins généralistes et spécialistes, des CPAS des communes concernées, de représentants des infirmières à domicile et de représentants des pharmaciens, des consultations ONE, des institutions de soins, des centres de santé mentale et de rééducation, des centres PMS, des services de promotion de la santé à l'école, des services d'aide aux personnes, des associations de droit des patients.

Les observatoires de la santé, lorsqu'ils existent sur le territoire d'une commission sub-régionale sont systématiquement invités,

Les membres sont nommés par le Ministre de la Santé publique pour un mandat de cinq ans, renouvelable une fois. Chaque catégorie ne peut compter plus de 20% de membres. La présidence et le secrétariat sont assurés par un représentant du Ministre fédéral de la Santé publique et un représentant du Ministre de la santé de la Région concernée.

Le Roi détermine les modalités de fonctionnement de ces Commissions.

Chaque commission a pour missions :

- 1° de déterminer un sous découpage territorial de son territoire en zones de 5000 à 15.000 habitants, appelées « zones de médecine générale »
- 2° d'évaluer les besoins en médecins généralistes dans chaque zone de médecine générale en regard de l'offre existante. La commission définit

les critères sur base desquels elle identifie les besoins et détermine les besoins couverts et non couverts.

3° d'évaluer les besoins en médecins spécialistes intra et extra-hospitaliers sur l'ensemble du territoire du bassin de soins au regard de l'offre existante.

Elle communique son rapport annuellement durant le premier trimestre de l'année au Ministres fédéral et régional compétent.

Le Roi peut déterminer, par arrêté royal délibéré en conseil des ministres, d'autres missions.

§2. Une commission de planification de l'offre de soins est instituée auprès du Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Ses missions sont :

1. D'examiner, pour chaque bassin de soins, les besoins en matière d'offre de soins pour les médecins généralistes et spécialistes à partir des rapports transmis au Ministre par les commissions subrégionales de l'offre de soins.
2. De déterminer, à partir de là, le nombre de pratiques de médecine générale qu'il est permis d'ouvrir sur une zone de médecine générale dans les trois années à venir.
3. Et de déterminer le nombre de pratique de médecine spécialisée extra-hospitalière, pour chaque spécialité, qu'il est possible d'ouvrir dans chaque bassin de soins dans les trois années à venir
4. De déterminer les besoins en généralistes et spécialistes nécessaires dans les trois années à venir dans les hôpitaux du bassin concerné.
5. D'organiser la sélection des candidats selon la procédure décrite à l'article 4 § 2b lorsque plusieurs candidats se présentent pour un même poste vacant.

Le Roi peut déterminer, par arrêté délibéré en conseil des ministres, d'autres missions.

§3. La commission de planification réunit l'ensemble des commissions sub-régionales chaque année dans le cours du second trimestre afin d'échanger et d'évaluer les modes de fonctionnement et d'harmoniser progressivement les références utilisées pour évaluer les besoins.

§4. En vue d'assurer ses missions légales, la Commission de planification peut traiter des données à caractère personnel relatives aux professionnels de soins de santé.

Les résultats de ce traitement ne peuvent faire l'objet d'une communication, d'une diffusion ou d'une publication que si l'identification des personnes est impossible.

Peuvent être collectées :

- a) dans la banque de données visée à l'article 35*quaterdecies*, les données qui y sont enregistrées ;
- b) auprès de l'INAMI, les données relatives aux activités professionnelles individuelles.

Art. 4

L'article 35*nonies* est remplacé par :

§1. Sur base des propositions formulées par la Commission de planification, le roi détermine annuellement :

- pour les médecins généralistes, le nombre de pratiques qui peuvent être ouvertes dans chaque zone de médecine générale dans les trois années à venir
- pour les médecins spécialistes, le nombre de pratiques extra-hospitalières qui peuvent être ouvertes pour chaque spécialité dans chaque bassin de soins, de même que les postes disponibles dans les hôpitaux

Ces chiffres sont rendus publics.

§2.

- A. Une nouvelle pratique ne peut être ouverte, tant en médecine générale que spécialisée, que si une place est disponible sur le territoire concerné.
- B. Si plusieurs candidats, belges ou étrangers, se présentent pour la même place, la Commission de planification est chargée d'organiser la sélection des candidats selon la procédure suivante.

Dans un 1^{er} temps, une médiation est organisée au cours de laquelle, pour la spécialité concernée, les places disponibles non convoitées sont communiquées à l'ensemble des candidats, leur permettant ainsi d'opérer un autre choix.

En cas d'échec de la médiation ou de candidats toujours en surnombre, les critères suivants sont pris en considération pour effectuer le choix :

1° Pour les candidats médecins spécialistes hospitaliers

- L'année de fin d'études du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) ;
- La moyenne des points de stage obtenus lors de ce DES ;
- L'expérience acquise - au cours de la formation - dans la zone où le candidat postule ;
- L'expérience acquise en tant que médecin intérimaire, le médecin intérimaire étant celui qui n'a pas encore eu l'opportunité de s'installer mais qui effectue régulièrement des remplacements de maladie, de congé et de garde ;
- L'avis rendu par le chef du service dans lequel se trouve la place disponible.

2° Pour tous les autres

- L'année de fin d'études du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) ;
- La moyenne des points de stage obtenus lors de ce DES ;
- L'expérience acquise - au cours de la formation - dans la zone où le candidat postule ;
- L'expérience acquise en tant que médecin intérimaire.

En cas d'égalité, un tirage au sort est organisé par la Commission de planification pour départager les candidats.

Le Roi peut déterminer des critères supplémentaires de sélection.

Art. 5

A l'article 35 *duodecies* il est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

Un cadastre des pratiques de médecine générale et de médecine spécialisée intra et extra institutions de soins est dressé et réactualisé chaque année.

A partir du [??] chaque pratique individuelle ou de groupe est identifiée par un numéro d'agrément. Avant cette date, un numéro d'agrément est attribué à chaque pratique existante en fonction du cadastre établi.

A partir du [...], il est interdit d'exercer la médecine générale ou la médecine spécialisée en dehors d'une pratique agréée ou d'un hôpital.

Pour la médecine exercée en pratique individuelle, la pratique agréée ne peut être cédée à un autre médecin. Il est permis, pour toute pratique agréée, de déplacer le lieu d'implantation à l'intérieur du territoire concerné.

Si le déménagement prévoit de s'installer dans un autre bassin de soins, l'installation dans cette nouvelle zone est soumise aux mêmes règles que celles prévues à l'article 4

5. Proposition pour des économies dans les dépenses de santé.

Le numerus clausus avait été instauré notamment en vue de faire des économies pour diminuer le coût des soins de santé en Belgique. Bien que notre pays est réputé pour avoir un des systèmes de soins de santé le plus performant au monde, nous n'y consacrons que 9,1% de notre P.I.B. Chez certains de nos voisins européens ainsi qu'aux USA où l'accessibilité est bien moindre et l'assurance maladie privatisée, la part du P.I.B. accordée aux soins de santé s'élève à 15%. Les dépenses faites en Belgique, quoi qu'en pensent les responsables politiques notamment au nord du pays, ne sont pas totalement démesurées. Néanmoins, la volonté des responsables des soins de santé est de diminuer les coûts. Un des axes envisagé fût le numerus clausus ! Nous ne croyons absolument pas que ce moyen est efficace. Cependant, la volonté du gouvernement en la matière est très claire : le budget des soins de santé ne peut plus dérapier. Nous proposerons donc des moyens que nous pensons plus efficaces qu'un numerus clausus pour diminuer les frais.

Ceux-ci sont nombreux, connus et, pour la plupart, tout doucement mis en œuvre. Nous ne pouvons que soutenir ces démarches courageuses et espérer qu'elles ne soient pas freinées par des lobbies privés, syndicaux ou autres.

a. Promouvoir les médicaments génériques

En encourageant les médecins à prescrire une molécule (DCI ou dénomination commune internationale) plutôt qu'une spécialité particulière, on peut espérer une réduction des dépenses dans le budget de remboursement des médicaments. Prescrire en DCI est enfin possible depuis septembre 2005 mais cette pratique n'est pas encore encouragée dans les faits : une partie de l'opinion publique, sous le lobbying des firmes pharmaceutique, tend même à faire croire qu'il s'agit d'initiative néfaste pour le patient et pour la santé en général.

Malgré tout, on peut opposer des arguments aux écueils énoncés par les firmes pharmaceutiques ou par certains médecins. Premièrement, durant la durée du brevet, une molécule a largement eu le temps d'assurer sa rentabilité économique. Deuxièmement, les médecins sont assurés d'une bio-équivalence par des études pharmacologiques indépendantes du *Comité des médicaments à usage humain* de la communauté européenne et de la *Food and Drug Administration*.

Le gouvernement fédéral organise un remboursement préférentiel basé sur le prix des molécules génériques qui sont au moins 26% moins chers que les spécialités d'origine. Afin d'entériner et d'accentuer ces

réductions de dépenses, favorables tant à l'Etat qu'aux patients, il faudrait envisager de généraliser la prescription de molécules (le pharmacien ayant le choix de la spécialité la moins chère en accord avec le patient). Bien évidemment, dans le cas de médicament au dosage difficile ou des prescriptions à long terme, le médecin devrait pouvoir faire valoir son opinion auprès du pharmacien (d'où l'intérêt d'un système non contraignant).

Quand on parle de réduction des coûts pour les médicaments, on ne peut s'empêcher de repenser au modèle du kiwi, modèle rejeté par le gouvernement fin 2005. Modulé, nous sommes certains que ce modèle pourrait être très bénéfique pour nos soins de santé et leur coûts. Il suffirait de l'introduire progressivement, pour les médicaments qui coûtent le plus cher et où clairement il existe un doublon. (C'est le cas de tous les génériques).

b. Guideline antibiotique

La réduction de la consommation d'antibiotiques n'est pas seulement une priorité en terme de réduction des coûts des soins de santé, mais elle est indispensable en terme de santé publique. Sans rentrer dans les détails, nous dirons simplement ici que plus nous consommons d'antibiotiques plus on « crée » de souches résistantes. Si nous continuons à en consommer autant, le nombre de souches totalement résistantes aux antibiotiques connus augmentera. Nous risquons donc de rencontrer des patients qu'il est impossible de soigner vu l'inefficacité des antibiotiques. Il est urgent d'arrêter cette surconsommation pour la survie des patients et pour diminuer drastiquement les coûts engendrés !

En cela, nous saluons les mesures de sensibilisation entamées par le spf-santé. Il va de soi que celles-ci doivent être pérennisées et intensifiées. Nous recommandons d'étudier la possibilité de créer des guide-lines pour des pathologies de médecine générale bien précises comme les infections respiratoires supérieures, les infections urinaires banales, la grippe...

c. Développer le dossier médical global (DMG)

Les avancées dans le domaine des moyens de communication sont rapides. Pourtant le système médical semble être à la traîne quant à leur utilisation. Il existe aujourd'hui un outil permettant que les examens d'imagerie médicale, les interventions à visée diagnostique, les examens de biologie (sanguine, urinaire, ...) ne soient pas faits à de multiples reprises sans besoin démontré. Le DMG permet en outre une fidélisation accrue au médecin généraliste, évitant de ce fait un *shopping médical* excessivement coûteux en termes économiques et humains, et assurant un suivi plus rigoureux, aspect important pour la Santé Publique.

L'avancement actuel des choses est lent, trop lent, alors que les dépenses inutiles vont en augmentant.

D'une façon plus globale, il faut remettre le médecin généraliste au centre des soins du malade.

De plus, il est urgent de développer l'informatisation des dossiers médicaux au sein des institutions hospitalières, entre celles-ci et entre les généralistes et les hôpitaux et ce, pour éviter une répétition d'examens diagnostiques. Néanmoins, nous nous opposons à l'envie d'utiliser l'informatisation à des fins de contrôle du travail des praticiens.

d. Restructurer le système des urgences

Les services d'urgences permettent à une frange de la population dans le besoin de bénéficier d'une consultation médicale sans devoir en payer les honoraires directement. Force est de constater leur engorgement croissant, provoquant ainsi une dépense accrue pour la Sécurité Sociale. Il est en effet onéreux de mettre en activité un service lourd de médecins urgentistes, généralistes spécialisés en médecine aiguë, laboratoire traitant les analyses en urgence, radiologue de garde, infirmières (dont une infirmière administrative) et ce 24 heures sur 24.

Cependant, la majorité des cas ainsi traités pourraient être soumis dans un premier temps au médecin généraliste qui redirigerait le patient vers les urgences si besoin (nous ne parlons pas ici du SMUR).

Récemment (début juillet 2005), les urgences sont devenues payantes : un forfait est directement demandé pour toutes les admissions aux urgences ne nécessitant ni hospitalisation ni plâtre ou pour les patients amenés par le 100.

Nous nous opposons aux contraintes financières parce que nous ne pensons pas qu'elles soient réellement efficaces pour réduire la consommation des urgences. De plus, ces contraintes touchent toujours beaucoup plus la population la plus pauvre qui n'aura désormais plus d'endroit pour être soigné.

Il serait nettement plus efficace d'organiser localement des numéros de téléphone uniques pour gardes des généralistes, de favoriser l'implantation de médecins en suffisance partout même dans les endroits les plus reculés, ce que permet notre proposition alternative. Mais le débat sur les gardes doit être étendu. En effet, à différents endroits existent différentes initiatives pour favoriser l'accès à des soins la nuit et le week-end en dehors des services d'urgence. Ces initiatives doivent être évaluées. En effet deux solutions s'offrent à nous, soit on pousse à fond la médecine générale de proximité, soit on favorise l'implantation de centres de garde. Il faut dans les mois à venir évaluer la pertinence des

différentes solutions qui s'offrent à nous, en envisageant même qu'une solution unique ne suffira peut-être pas.

e. Revaloriser la médecine générale

Faut-il encore rappeler l'importance du **médecin généraliste** comme pierre angulaire dans l'organigramme des soins de santé ? Il nous semble important de revaloriser cette profession, sensibiliser la population sur ses rôles et ses compétences afin d'éviter une sur-consommation injustifiable de la médecine spécialisée et des urgences pour la petite chirurgie par exemple.

Oui, le médecin généraliste peut faire de la petite chirurgie. Oui, les généralistes pour la plupart peuvent faire un ECG et un diagnostic précis.

Si les groupements locaux sont bien organisés, il y aurait un médecin de garde le soir et la nuit, même en semaine. On peut les réveiller, c'est leur boulot, cela coûte moins cher que de mobiliser un service d'urgence et si ils sont assez nombreux la contrainte est minime. Il faut que cela se sache !

Malheureusement, dans bon nombre d'endroits on ne trouve plus que des professionnels fatigués, usés qui n'hésitent pas à vous renvoyer vers un service d'urgence. Il faut absolument revaloriser la profession de généraliste ! C'est la base de notre système de soins de santé, sans eux nous ne pouvons rien ! La revalorisation de la profession passe notamment par une sensibilisation de la population, par une révision de la nomenclature et une revalorisation de l'acte intellectuel sans augmentation du coût pour le patient, coût déjà difficile à supporter pour certains lorsque le forfait ou le tiers payant n'est pas appliqué.

Les initiatives visant la création de postes de garde ne sont pas totalement dénuées de sens. Mais n'est-ce pas dégager beaucoup de moyens et d'énergie pour la création de quelques centres dans quelques endroits privilégiés ? Du point de vue de la santé publique, ne serait-il pas intéressant d'améliorer les conditions dans lesquelles s'effectuent les gardes de médecine générale afin que la continuité des soins soit garantie sur l'ensemble du territoire ? Cela passerait par l'amélioration de la sécurité des médecins lorsqu'ils doivent se déplacer la nuit via un contact privilégié avec les services de police locale.

Le statut d'indépendant est un statut précaire mais les médecins y tiennent. Beaucoup sont cependant favorables à ce que la part de leur travail payé à l'acte comme indépendant tende à diminuer, afin de diminuer la précarité du statut de petit indépendant. La rémunération forfaitaire par DMG est un axe de réflexion tout comme que le forfait garde. Ces deux initiatives contribuent à diversifier la part des « rentrées » pour les généralistes. L'idéal pour améliorer le quotidien, la sécurité de

revenu et donc l'attractivité de la profession pour les jeunes médecins serait d'augmenter la part de revenu que prennent ces forfaits de présence et de gestion globale de santé du patient. Il serait également bon de diminuer en parallèle la part des revenus ayant trait à l'acte. Dans ce cadre, l'augmentation du nombre de médecins augmentera les coûts de santé, mais le présent projet conserve une forte régulation à ce sujet. Au-delà de ces changements de rémunération, une refonte complète de la nomenclature et donc du paiement à l'acte doit s'amorcer.

6. Mesures d'accompagnement.

Il est clair que l'organisation médicale alternative que nous proposons ne réglera pas tous les problèmes qui se posent dans notre système de soins de santé. Mais avec les mesures d'accompagnement que nous proposons, il est certain que le quotidien des patients et des professionnels de la santé s'en verra améliorer.

a. Définition minimum maximum d'activité

Dans le but d'améliorer la pratique de la médecine, pour conserver un niveau d'entraînement suffisant ainsi que pour régler partiellement le problème des fins de carrière, le législateur a fixé des normes de travail minimales. Dans le même ordre d'idée, avoir trop de patients contribue à ce que l'on ait moins de temps pour chacun. Tant la sur-occupation que la sous occupation sont un facteur de mauvaise qualité des soins prodigués. C'est pourquoi nous plaçons pour une définition de ce maximum d'occupation, via un système similaire à celui appliqué pour le nombre de patients inscrits par maison médicale. Pour les généralistes, le contrôle se fait via le nombre de dossier médical enregistré. A l'hôpital, l'arrêté Colla est une bonne base, mais certains de ses articles doivent être précisés et de nouvelles directives européennes en attente de vote devront être évaluées. Et surtout, les médecins hospitalier devraient s'y soumettre.

Dans le choix que le groupement local fera au sujet du nombre de praticiens, il devra intégrer ces limitations pour que l'offre corresponde au mieux à la demande. Compte tenu de la population estudiantine dans les auditoriums, il n'y aurait aucun problème si le nombre de médecins nécessaires venait à augmenter.

b. Revalorisation de la médecine hospitalière

Etre médecin hospitalier aujourd'hui n'apporte pas grand-chose mais posséder un cabinet privé est plus intéressant et plus lucratif. En effet, la nomenclature est organisée de telle manière que la rémunération liée au nombre de lit occupé est très faible. Donc, la tâche de gestion d'étage est assurée essentiellement par les candidats spécialistes et des médecins généralistes. Il nous faut revaloriser la médecine hospitalière afin qu'elle soit ré-investie par les spécialistes qui ont toute leur place à l'hôpital selon nous. Pareille revalorisation doit passer par une révision de la nomenclature accompagnée d'un paiement de la charge de travail plus équitable.

c. Médecine préventive

Les carrières de médecine du travail, médecine scolaire sont aujourd'hui totalement libres d'accès. Ce sont donc les seules voies que peuvent emprunter les étudiants n'ayant pas accès aux autres disciplines à causes des sous-quotas. Mais il nous faut remarquer que le rôle de ces professionnels est méconnu et les seules images qu'en ont les étudiants leurs viennent des souvenirs de visites médicales effectuées par des praticiens usés et désabusés. Tout ceci contribue à l'image désastreuse que les étudiants ont de ces fonctions pourtant capitales dans le domaine de la santé que sont les métiers de la prévention. C'est par l'information que les a-priori sont vaincus. L'idéal serait de pouvoir au maximum combiner ces affectations avec une fonction soignante qui est la base de bon nombre de vocation médicale et qui offrirait un temps partiel d'employé aux médecins. Dans le cadre où les places disponibles seront définies en équivalent temps plein, il sera très simple d'agencer ces temps partiels de prévention avec un poste de soignant.

d. Reforme des études

Il est temps d'arrêter de promouvoir via les études une médecine de pointe, une médecine technique coûteuse et bien souvent inutile. Certaines universités l'ont bien compris et commencent doucement une promotion de la médecine générale. Attention, loin de nous l'idée de vouloir brimer la recherche scientifique et technique ainsi que la troisième ligne de soins mais il est capital de préserver la médecine de proximité !

Pour ce faire, nous proposons d'inciter les universités à pousser les étudiants à faire au minimum un mois de stage en médecine générale, comme c'est obligatoire pour la chirurgie, la médecine interne, la gynéco-obstétrique,... Et ce via les normes fixées pour l'obtention du diplôme de « docteur en médecine, chirurgie et accouchement ». Une autre proposition serait de promouvoir les stages en dehors des hôpitaux universitaires afin de pousser vers la médecine de tous les jours.

La part prise par la formation pratique dans les cursus tend à augmenter. Malgré tout, on ne peut que regretter le fait qu'en médecine, un étudiant puisse réussir avec d'énormes qualités académiques mais aucune connaissance en psychologie de la relation, sans savoir comment parler à un patient. Bien au-delà, nous affirmons que les études telles qu'elles sont organisées sélectionnent énormément et quasi exclusivement sur base de critères académiques.

Il est important de repenser la façon dont les cours de médecine préventive et la publicité qui est faite pour ce genre de pratiques dans les facultés. Aujourd'hui s'engager dans la spécialisation en médecine du travail est vu comme un renoncement. Il faut lutter contre cette vision désastreuse de la prévention. Or tout le monde sait à quel point « il vaut

mieux prévenir que guérir », d'autant que les maladies pour lesquelles cet adage est le plus significatif sont en perpétuelle augmentation (diabète de type 2, obésité, maladie coronarienne,...).

e. Numéros INAMI « spéciaux »

Une part importante du problème des fins de carrières vient du fait que les médecins n'abandonnent par leur numéro INAMI quand bien même il ne pratique plus, et ce dans le but de pouvoir continuer à prescrire. Les nouvelles dispositions d'agrément du médecin généraliste solutionne partiellement les choses. Mais une mesure simple pour la simplification et la démystification de la perte de cette qualité de porteur de numéro INAMI serait de créer plusieurs numéros alternatifs de fins de carrière.

De même dans l'optique où un statut de médecin intérimaire devra être créé, il serait bon de leur accorder un numéro spécial, dans le sens où dans le présent projet l'autorisation de pratique sera liée à une implantation territoriale.

f. Restructuration des Instituts de santé publique provinciaux et (re)-développement de la prévention.

Peu de gens les connaissent, mais nous disposons en Belgique d'un réseau d'instituts de santé publique provinciaux dont certains fonctionnent admirablement bien. Un coup de pouce et un peu d'intérêt du politique pour les autres ne feraient pas de tort. Ils sont chargés de fournir des informations sur la santé locale. Utilisés à bon escient, ils permettraient d'avoir une connaissance très fine des disparités des besoins de santé et donc de prendre les mesures thérapeutiques et prophylactiques les plus efficaces et les plus adaptées localement.

La médecine de prévention est une compétence communautaire. Elle se décline en plusieurs « secteurs », l'ONE, la promotion de la santé à l'école via les PMS et les PSE, la médecine du travail régie par la loi sur le bien être au travail, et les centres locaux de promotion de la santé. La communauté possède encore deux compétences en matière de santé : la recherche et la santé publique. Deux autres secteurs de la prévention sont hors des compétences communautaires : les mutuelles et le contrôle de l'absentéisme. Toutes ces fonctions médicales sont totalement inconnues des étudiants et encore plus du grand public. Or, comme on l'a déjà signalé, ces fonctions sont capitales.

Pour optimiser ces fonctions et les rendre attractives, nous devons concevoir ces acteurs comme partie nécessaire et incontournable de la prise en charge globale de la santé des patients, et ce en rapport avec leur quotidien de travailleur ou d'élève. De gros efforts sont à faire en particulier pour la médecine scolaire, afin de promouvoir une prévention

qui vient à la rencontre des élèves. En effet comment demander à un enfant de faire attention à son alimentation alors que la cantine débite des repas non équilibrés hyper gras et que les seules boissons disponibles sont des sodas hyper sucrés. Une médecine scolaire de proximité et de globalité serait efficace et devrait être plus attractive pour les travailleurs. Dans le cadre de la médecine du travail, la gestion de la prévention des maladies environnementales par exemple exige cette intégration du cadre de vie dans la prévention.

Exercer une profession de prévention à temps plein est peu attractif pour bon nombre de jeune médecin. Dans le cadre où ce projet définit des postes sur base des équivalents temps plein, le travail à temps partiel serait tout à fait possible. Pourquoi ne pas favoriser les mi-temps de médecins généralistes et en médecine préventive, comme cela se fait dans déjà bon nombre de cas.

g. Refinancement de la sécurité sociale

Il est de notoriété publique que les soins de santé coûtent chers, or la Belgique n'y consacre que 9,1% de son PIB alors que les USA et certains de nos voisins y consacrent non moins de 15%.

En plus de cela, nous pouvons nous féliciter d'une accessibilité nettement meilleure que dans bon nombre de nos voisins et à fortiori des USA. Mais chaque année, le budget dérape. De plus, globalement les coûts augmentent annuellement. En effet, le vieillissement de la population et les progrès de la médecine ne vont pas s'arrêter demain. Il faut donc trouver une solution structurelle à un sous-financement chronique de la sécurité sociale.

Les avancées actuelles dans le dossier du refinancement sont bien en deçà des nécessités du pays. Encore augmenter la chasse au chômeur ou à la fraude sociale ne font que culpabiliser les populations précarisées sans permettre d'économies. De même, s'engager à trouver des solutions aux dépassements de budget lorsque les problèmes seront manifestes ne suffit pas.

Nous saluons la volonté de confirmer la part du précompte mobilier allant directement à la sécurité sociale, de même que la taxation du tabac. Mais on ne voit pas là la refonte du système de financement de la sécurité sociale, refonte nécessaire si l'on veut conserver la qualité de la protection sociale belge.

7. Conclusions.

Nous voulons, par cette présente proposition, rappeler que le système de planification médicale actuel ne solutionne rien en matière d'économie et prépare une pénurie de médecins à court terme.

Cette proposition de planification alternative est créée en attente de mieux. Elle est faite pour évoluer et être adaptée aux réalités du terrain. La théorie est une chose mais la pratique demandera de composer et de recomposer ce texte. L'important est que l'idée globale qu'un autre système est possible domine les négociations à venir sur le numerus clausus !