

# Nos parlementaires sont-ils myopes...?

J.-M. Guinchard

**L'évolution des systèmes de santé dans les pays qui nous entourent montre que la Suisse n'est pas si mal placée. Toutefois, nos décideurs politiques ne semblent pas s'en émouvoir et prennent leurs décisions à l'aveugle, au coup par coup et sans se donner la peine d'examiner ne serait-ce que l'évolution des effectifs en faculté de médecine. Cette myopie laisse songeur et ne manque pas d'inquiéter quant à ses conséquences, à 10 ou 15 ans, ce qui reste un délai bien court ...**

On reproche souvent aux médecins en général de ne pas savoir faire preuve d'anticipation dans les autres domaines que ceux touchant strictement à leur pratique. C'est un reproche justifié et nous pouvons l'admettre sans peine. Toutefois, ce manque d'anticipation n'a de conséquence que pour le médecin lui-même, qui se trouve alors touché soit dans le cadre de sa gestion de cabinet, soit dans celui de son administration privée et/ou professionnelle.

Autre est la situation lorsqu'on voit l'évolution de la législation votée par nos parlementaires en relation avec les problèmes des systèmes de santé, de leur gestion et principalement de leur coût.

## La politique devrait être l'art d'anticiper ...

Il y a une trentaine d'années, nombre de sociétés de médecine clamaient haut et fort qu'il était indispensable d'instituer, d'une façon ou d'une autre, un «*numerus clausus*» permettant de faire une sélection des étudiants qui souhaitaient se diriger vers les facultés de médecine. Cette idée avait été, à l'époque, strictement refusée par l'ensemble de la classe politique qui invoquait, à l'appui de son argumentation, la liberté académique. Celle-ci sous-entend que, dès lors qu'un étudiant a obtenu son baccalauréat, respectivement sa maturité, il a un droit inaliénable d'entrer à l'université et de choisir quelque faculté que se soit. Ce «*numerus clausus*» a finalement été introduit dans certaines facultés de médecine, malheureusement bien trop tard pour procéder à quelque régulation que ce soit.

A l'heure actuelle, les parlementaires – du Conseil des Etats ou du Conseil National – planchent surtout sur les moyens de limiter la pléthore des médecins ou en tout cas une situation

qu'ils jugent comme telle. Dans ce cadre, on a voté en mars 2000 le principe d'une clause du besoin, principe concrétisé dans la douleur que l'on sait le 4 juillet 2002 par une ordonnance du Département Fédéral de l'Intérieur. La clause du besoin introduite le 4 juillet 2002 a une durée de validité de 3 ans et devrait cesser ses effets à fin 2005.

Or, que s'est-il passé exactement? A deux reprises, en mars 2000 au moment de la votation de la disposition légale (l'article 55 a LAMal) et une nouvelle fois au moment de la publication de l'ordonnance du DFI, mois de juillet 2002, on a assisté à une ruée des médecins en institutions auprès des instances cantonales afin d'obtenir le plus rapidement possible un droit de pratique avant l'échéance fatidique du 4 juillet 2002. A ces deux occasions, ce sont – si l'on prend l'exemple genevois – près de 160 droits de pratique qui ont été demandés et obtenus. Ceci, sans aboutir forcément à une ouverture de cabinet puisque l'essentiel était d'obtenir un droit de pratique donnant la possibilité, ultérieurement, de s'installer en pratique privée. Ainsi donc, à ces deux occasions, on a délivré autant de droit de pratique que ceux qui l'auraient normalement été entre 2002 et 2005. Quel gâchis!

Il faut remonter à la votation sur les accords bilatéraux pour comprendre le pourquoi de l'instauration de cette clause du besoin. A l'époque, avant la votation, un certain nombre de médecins constitués en associations «*ad hoc*» recommandaient le rejet de ces accords en arguant du fait que nombre de médecins européens allaient se déverser sur un marché suisse de la santé déjà pléthorique.

Les craintes s'exprimaient plutôt du côté suisse alémanique puisqu'à l'époque de nombreux médecins se trouvaient en Allemagne au chômage et le risque était grand que ceux-ci prennent la décision de venir chercher en Suisse ce qu'il ne trouvaient plus dans leur pays d'origine.

Afin d'éviter que ces accords bilatéraux ne soient sabordés, en raison de l'influence – réelle ou supposée – qui pouvaient avoir les médecins anti-européens auprès de l'ensemble de leur patientèle, une négociation «*souterraine*» a eu lieu. Celle-ci a fait promettre à un certain nombre de parlementaires de faire passer la clause du besoin

Correspondance:  
Dr Jean-Marc Guinchard  
Association des médecins  
du Canton de Genève  
12, rue Micheli-du-Crest  
Case postale 665  
CH-1211 Genève 4

en mars 2000 afin de pouvoir – le cas échéant et si les vannes devaient s'ouvrir de façon trop abondante – réguler l'arrivée des médecins européens.

Hélas, trois fois hélas: il n'en a rien été. Seuls quelques médecins européens exerçant déjà dans les institutions universitaires et/ou hospitalières de Suisse ont fait leur demande de droit de pratique après avoir obtenu la reconnaissance de leur diplôme de médecin et de leur titre de spécialiste. Pourquoi ce raz de marée n'a-t-il pas eu lieu? Tout simplement parce que les pays qui nous entourent commencent à connaître une situation inverse à la nôtre. Ils se dirigent tout droit vers une pénurie de médecins. C'est le cas en particulier en Allemagne, mais également en France, et cette pénurie touche essentiellement les médecins considérés comme opérateurs.

La situation évolue également en Suisse et il est hautement vraisemblable que nous connaissons, d'ici 5 à 10 ans, de façon différenciée selon les spécialités, le même contexte que chez nos voisins.

### Trois explications à l'appui de ce constat

En premier lieu, il s'agit d'une question de recrutement auprès des facultés de médecine de nos universités. Sans «numerus clausus» ou en présence d'un «numerus clausus» limité ou modéré, on constate que, de 1980 à 2001–2002, toutes les facultés ont connu des augmentations importantes d'étudiants. En moyenne, les effectifs des étudiants universitaires ont augmenté globalement durant cette période de 62,2%. L'augmentation atteint 74,5% en sciences humaines et sociales, 132,1% en sciences économiques, 43,8% en droit, 65,5% en sciences exactes et naturelles et 57,1% dans les sciences techniques. Seules la médecine et la pharmacie enregistrent une baisse de 1,5% sur cette période.

Le manque d'intérêt pour la faculté de médecine devient donc marqué. Il faut également en chercher la raison dans le fait que, depuis près de dix ans maintenant, les médecins – qu'ils soient hospitaliers ou installés en pratique privée – sont régulièrement la cible soit du pouvoir politique, soit du «lobby» des assureurs. On ne peut en effet demander le même engagement à des étudiants, alors que parallèlement la profession est de plus en plus dévalorisée auprès du public et que, dans le même temps, ses responsabilités et ses devoirs vis-à-vis de la communauté et de l'ensemble des patients ne cessent d'augmenter. On ajoutera également que les divers combats menés autour de TARMED par le corps médical

et la dévaluation massive des prestations servies, en particulier aux opérateurs, auront eu les mêmes effets déprimants.

Deuxième raison: dans la modification des effectifs – drastiquement tirés vers le bas dans les facultés de médecine – on constate un apport supplémentaire et conséquent de jeunes filles. Celles-ci sont en effet majoritaires à l'heure actuelle, comme par exemple dans les deux premières années de propédeutique de la faculté de médecine de Genève.

Selon l'Office Fédéral des Statistiques toujours, les variations en pourcent de 1980 jusqu'à 2001–2002 montrent une augmentation importante de la gent féminine dans toutes les facultés, y compris celles de médecine et de pharmacie.

Ainsi, l'augmentation est de 111,9% pour les sciences humaines et sociales, de 327% pour les sciences économiques, de 161% en droit, de 170% pour les sciences exactes et naturelles, de 345% pour les sciences techniques. Pour la médecine et la pharmacie, les chiffres sont d'autant plus parlants puisque l'augmentation des jeunes filles est de l'ordre de 62%, alors que le nombre de garçons a baissé de près de 35%.

L'arrivée massive des jeunes filles sur les bancs de la faculté signifie, expérience faite, une augmentation subséquente du recours au travail à temps partiel. A Genève, où 37% des médecins installés sont de sexe féminin, près de 40% des médecins installés travaillent à temps partiel.

Enfin, la troisième raison a trait également à la charge émotionnelle et psychique qui pèse sur les épaules du médecin. Le stress engendré par son activité, les difficultés rencontrées dans le cadre de la pose d'un diagnostic, le recours de plus en plus fréquent des patients à des procédures de plaintes et la judiciarisation croissante de toute procédure concentrent sur les médecins des charges importantes et des doutes majeurs. De plus, les tarifs concédés à la profession dès 2004 la rendront de moins en moins attractive sur le plan financier.

### Des solutions à court terme, prises à l'aveugle

Toutes ces raisons sont connues, et les pays qui nous entourent ont déjà quelques années d'avance sur nous en la matière. A titre d'exemple, 64% des étudiants inscrits en première année de médecine en 2002 en France sont des jeunes filles. Manifestement nos parlementaires ne peuvent ou ne souhaitent faire ce même constat afin que leurs décisions soient dictées par un peu plus de bon sens.

Ainsi, après la clause du besoin, on envisage d'introduire la fin de l'obligation de contracter. Donner encore plus de pouvoir aux assureurs qui pourront, soit par le biais de réseaux et de HMO, soit de façon totalement arbitraire, choisir les médecins qu'ils souhaitent imposer à leurs assurés. Au-delà du fait qu'il s'agit d'une atteinte grave à l'esprit qui avait présidé à la votation de la LAMal en 1994, on peut s'étonner que des parlementaires censés avoir une vision d'avenir et travailler sur le long terme n'arrivent pas à intégrer ces éléments.

Evidemment, on peut aussi partir du principe que, d'ici 10 ou 15 ans, ils ne siégeront plus au parlement et n'auront plus de comptes à rendre à personne, laissant ainsi la responsabilité de leurs votes à leurs successeurs qui, en 2010 ou en 2015, devront prendre des mesures absolument contraires à celles de leurs prédécesseurs afin de pallier la pénurie de médecins.

### **Egoïsme et lâcheté**

A cette période, la Suisse se verra donc contrainte «d'importer» des médecins des pays de l'Est ou du bassin méditerranéen, contrées qui ont largement plus besoin de personnel qualifié en la matière que notre population. C'est donc une «déforestation médicale» de ces pays que l'on

provoquera, pays dont certains sont encore en voie de développement et qui ne pourront plus compter sur les capacités et les compétences de médecins qu'ils auront formés ou qu'ils auront envoyés se former dans des pays plus avancés.

Sur le plan politique, cela s'appelle de l'égoïsme et de la lâcheté.

### **Que le peuple tranche!**

C'est pourquoi, dans cette optique, si la fin de l'obligation de contracter venait à être votée par le Conseil des Etats sur le modèle adopté par le Conseil National, il est primordial que la parole puisse être donnée à nouveau à la population pour qu'elle puisse dire à ses élus ce qu'elle souhaite en matière de santé. En effet, en introduisant en 1994 dans la nouvelle LAMal l'obligation de s'assurer, les parlementaires avaient promis «urbi et orbi» qu'en contre-partie, le libre choix du médecin était garanti. Or, avec la fin de l'obligation de contracter, ce libre choix n'est plus un dogme et il passe des patients aux assureurs. C'est dans ce sens là qu'un référendum est indispensable afin que le peuple puisse – et cette fois-ci en toute connaissance de cause – dire s'il accepte les conclusions de ses élus ou s'il souhaite conserver ce qui est un privilège, mais que notre système de santé peut encore se permettre.