

ANALYSE

FPS - 2016

Les études de médecine
en Fédération Wallonie-
Bruxelles : quelle place
pour la dimension
sociale et militante ?



Femmes Prévoyantes Socialistes
www.femmesprevoyantes.be



Fanny Colard,

Chargée de missions à la FCPF-FPS

Secrétariat général des FPS

fanny.colard@solidaris.be

Editrice responsable: Carmen Castellano, Place St-Jean, 1-2, 1000 Bruxelles.

Tel : 02/515.04.01



Le secteur social des soins de santé va mal, ce n'est un secret pour personne. Le manque de médecins dans certains secteurs, comme celui des centres de planning familial¹, est régulièrement évoqué dans les médias mais les causes intrinsèques de cette pénurie croissante ne sont que rarement mises en avant.

Le principal aspect mis en évidence est le manque de proposition de formation à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qui illustre bien évidemment un frein considérable à la pratique de la médecine en centre de planning familial. Rappelons toutefois que tous les centres de planning familial ne proposent pas d'IVG et que la majorité des médecins travaillant dans ce secteur ne la pratiquent donc pas. Il est dès lors impossible de considérer que le manque de formation à cette pratique spécifique est la seule et unique explication de la difficulté qu'ont les centres de planning familial à recruter de nouveaux médecins.

Dans ce secteur spécifique, la génération de médecins « post-Willy Peers² » semble avoir perdu de sa fibre militante. Mais, en creusant un petit peu, il apparaît que ce manque d'attrait pour les dimensions sociales et militantes est loin de se limiter au secteur du planning familial...

La pénurie de médecins, et particulièrement de généralistes

Une première piste pour comprendre ce constat de terrain est, plus globalement, la pénurie de médecins dont souffre la Belgique, et particulièrement la Wallonie. Des chiffres révélés par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), l'INAMI et l'Institut scientifique de santé publique démontrent que la densité des médecins en activités chez nous est inférieure à la moyenne européenne (2,95 médecins pour 1000 habitants en Belgique, contre 3,45 en Europe)³.

Cette pénurie touche encore plus spécifiquement les généralistes. En 2016, les médecins généralistes font pour la première fois leur apparition sur la liste des métiers en pénurie en Wallonie et en Communauté germanophone⁴. La commission de planification de l'offre médicale estime que la proportion de médecins généralistes parmi les diplômé-e-s devrait être de 40%, les chiffres réels sont pourtant loin du compte : en 2013, ce taux s'élevait à 28%⁵.

Or, la médecine générale est la spécialisation médicale où les dimensions sociales et militantes sont les plus fortes. Comme le dit Athéna Patoulidis, étudiante en Master de spécialisation en médecine générale à l'ULB, « *Le médecin généraliste se trouve en première ligne, il est le premier à porter un diagnostic. Pour bien les soigner et/ou les orienter, un généraliste est obligé d'apprendre à connaître ses patient-e-s* »⁶. Michel Roland, professeur de médecine sociale et générale à l'ULB (aujourd'hui pensionné) et président de Médecins du Monde, va encore plus loin « *Un médecin généraliste, ce n'est pas juste celui qui remplit le certificat médical ou qui prescrit du sirop pour la toux. C'est celui*

¹ Pour aller plus loin à ce sujet, voir : E. MALCOURANT, « La médecine en centre de planning familial : un travail spécifique et méconnu », *Analyse FPS*, 2016.

² Figure marquante de la lutte pour le droit à l'avortement, Willy Peers était un médecin généraliste pratiquant des interruptions volontaires de grossesse illégalement, avant que celles-ci soient partiellement dépénalisées.

³ E. BURGRAFF, « La pénurie de médecins généralistes est confirmée », *Le Soir Plus*, 12 janvier 2016.

⁴ F. VAN EECKHAUT, « Bouchers, boulangers, médecins,... Voici la liste des métiers en pénurie en Wallonie », *RTBF.info*, 17 juillet 2016 ; « Médecin généraliste, métier officiellement en pénurie en Wallonie », *La Libre Belgique*, 18 juillet 2016 ; « Médecin », *Metiers.SIEP.be*, www.metiers.siep.be/metier/medecin.

⁵ E. BURGRAFF, « La pénurie de médecins généralistes est confirmée », *op. cit.*

⁶ *Entretien avec Athéna Patoulidis*, 02 décembre 2016.



qui en profite pour demander comment va le reste de la famille, pour prendre des nouvelles globales du patient »⁷. Au-delà de sa mission médicale, le médecin généraliste remplit donc une fonction sociale.

Cette pénurie de généralistes prend racine au niveau des études universitaires. On peut dès lors s'interroger sur la place de la médecine générale dans les universités belges francophones et, plus largement, sur celle accordée aux dimensions sociale et militante.

Les études de médecine sur le devant de la scène médiatique

La formation des étudiant-e-s en médecine est source de débats vifs et animés, tant au niveau politique qu'académique. *Numerus clausus*, quotas de numéros INAMI, examens d'entrée, concours, réforme des études de médecine en 6 ans plutôt qu'en 7, décret paysage, etc. Tant d'aspects des études de médecine qu'on connaît mal mais qui font couler beaucoup d'encre ces dernières années, prouvant que le secteur est en pleine mutation et, surtout, en constante recherche de solutions.

Les réformes académiques globales

En 2012 puis en 2014, deux importantes réformes académiques ont modifié considérablement la forme et le contenu des études de médecine en Belgique francophone. La première a raccourci les études de base de médecine de 7 à 6 ans : celles-ci s'articulent donc désormais en 3 années de Bachelier, suivies de 3 années de Master puis d'un Master de spécialisation allant de 3 à 6 ans selon l'orientation choisie. Il faut donc désormais 9 ans d'études pour devenir médecin généraliste⁸.

En 2014, les facultés de médecine sont également impactées par le décret paysage, réformant l'ensemble de l'enseignement supérieur francophone⁹. Les différents cycles ne sont désormais plus organisés en « années » mais bien en « blocs » d'enseignement. Si bien que dans certains cas, des étudiant-e-s poursuivent des cours issus de plusieurs blocs distincts (notamment en cas de réussite partielle par exemple), ce qui accroît la complexité d'organisation de diverses activités d'apprentissage¹⁰.

La question du *numerus clausus* et des numéros INAMI

Cela peut apparaître paradoxal de confronter la pénurie de médecins et la question du *numerus clausus*. Tout médecin doit impérativement disposer d'un numéro INAMI pour pouvoir exercer son métier (à l'exception de la médecine du travail ou de la recherche). Ce numéro INAMI est normalement accordé aux étudiant-e-s à l'issue de leur formation de base de 6 ans, c'est-à-dire à la réussite de leur Master. Un problème se pose dès lors lorsqu'il y a plus de diplômés que de numéros INAMI disponibles : il est donc possible qu'en fin de *cursum* universitaire, l'accès à la profession soit refusé à un-e étudiant-e. Ce fut le cas en 2014 (600 diplômé-e-s en Fédération Wallonie-Bruxelles

⁷ Entretien avec Michel Roland, 08 novembre 2016.

⁸ Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. SCHETGEN, « Réformes et avenir des études de médecine », *Éduquer Tribune laïque*, 125, novembre 2016, p. 23.

⁹ Pour en savoir plus sur le décret paysage : « Décret paysage, quels changements ? Et pour quand ? », *Fédération des étudiants francophones (FEF)*, <http://www.fef.be/2014/01/decret-paysage-quels-changements-et-pour-quand/>.

¹⁰ Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. SCHETGEN, « Réformes et avenir... *op. cit.*, p. 24.



pour 400 numéros INAMI disponibles) et, d'après le rapport annuel de la commission de planification de l'offre médicale, cet écart continuerait à se creuser (les estimations de 2017 sont de plus de 1.000 diplômé-e-s pour moins de 500 numéros INAMI)¹¹.

L'instauration de ces quotas résulte d'une profonde réforme du secteur datant des années 90 : à cette époque, le nombre de médecins en activité était largement supérieur à la demande, ce qui entraînait des dépenses publiques croissantes en matière de soins de santé ainsi qu'une détérioration de la qualité des soins, due à une activité trop restreinte. L'État fixe dès lors un nombre maximum de postes, via des numéros INAMI qui peuvent être accordés chaque année en fonction d'une analyse de la demande¹².

Afin d'éviter des étudiant-e-s surnuméraires, les régions mettent en place des systèmes de « filtre ». En Flandre, un examen d'entrée est instauré, ce qui permet rapidement de limiter le nombre de futur-e-s diplômé-e-s. Ce système, toujours en place, s'essouffle pourtant car un trop grand nombre d'étudiant-e-s réussissent cet examen : le problème initial remonte donc à la surface.

En Wallonie, la situation est moins clairement établie, les mesures évoluant au fil des années. Le principe du *numerus clausus* fait son apparition, tout d'abord sous la forme d'un concours à l'issue de la troisième année d'études. Certains étudiant-e-s se voyaient donc refuser l'accès à la profession après trois années désormais « perdues ». Ce concours a été supprimé en 2003 mais une tentative de le réintroduire a eu lieu en 2005, cette fois à l'issue de la première année. Les étudiant-e-s, soutenu-e-s par le Conseil d'État s'insurgent et le principe est invalidé. En 2008, un moratoire fige le *numerus clausus* jusque-là en vigueur, définitivement abandonné en 2012 suite à la réforme des études de médecine évoquée ci-dessus. L'échec de ces différentes mesures a mené à un surnombre de diplômé-e-s par rapport au quota, à qui le fédéral a tout de même accordé des numéros INAMI, au détriment des promotions suivantes.

Depuis 2015, la situation se révèle ingérable du côté francophone et le sujet revient sur le devant de la scène. Un concours discriminant est réintroduit en fin de première année, mais la validité de ce concours est remise en cause par les étudiant-e-s, de par sa nature même. Un recours est introduit et le Conseil d'État annule une nouvelle fois cette mesure.

En septembre 2016, la ministre de la Santé, Maggie De Block, annonce qu'un numéro INAMI sera accordé à tout-e étudiant-e engagé-e actuellement dans des études de médecine et de dentisterie en Fédération Wallonie-Bruxelles, à condition de mettre en place un examen d'entrée semblable à celui en vigueur en Flandre.

La médecine générale, un spécialité « récente » et encore décriée

Traiter la médecine générale de spécialité « récente » peut paraître étonnant mais il s'agit là d'une réalité concrète. Jusqu'il y a peu, la médecine générale n'était pas considérée comme une spécialité à part entière. Cette reconnaissance au sein des universités est le fruit d'un long combat mené par

¹¹ Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. VERSELE, « Étudiants versus numéro INAMI, un imbroglio politique ! », *Éduquer Tribune laïque*, 125, novembre 2016, p. 17.

¹² Le développement suivant est un résumé de M. MORELLE, *Études de médecine et INAMI : du paradoxe au gâchis*, http://www.relie-f.be/activites_detail/721 et de Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. VERSELE, « Étudiants versus... op. cit. », pp. 17-18.



des médecins militants et engagés¹³. Mais force est de constater que, même s'il existe désormais un Master de spécialisation en médecine générale, cette spécialité reste mal connue ou du moins peu considérée. Michel Roland précise : « *On observe encore un réel clivage entre spécialistes et généralistes. Il arrive même que les professeur-e-s tentent de convaincre un étudiant brillant de ne pas choisir la médecine générale, mais de s'orienter plutôt vers une spécialité plus 'prestigieuse', comme la médecine interne par exemple* »¹⁴.

La réalité est toutefois différente entre les universités, comme l'explique Quentin Lamelyn, président du comité interuniversitaire des étudiants en médecine (CIUM), « *À l'UCL, on forme les étudiants à être généralistes avant tout. À l'ULB, on a tendance à croire que la médecine générale, c'est pour ceux qui ne sont pas capables d'avoir une spécialisation* »¹⁵. Il précise également que la pénurie de généraliste implique que « *l'on pousse les étudiants les plus faibles à opter pour la médecine générale* »¹⁶.

Estelle Aguerre, étudiante en Master de spécialisation en médecine générale, explique que ce n'est effectivement pas du tout le cas à l'Université catholique de Louvain qui, depuis quelques années, a réussi à offrir une place de choix à la médecine générale dans la faculté. « *Tous les professeurs, y compris les spécialistes, sont sensibilisés à la médecine générale, l'université leur demande d'ailleurs de ne pas aller trop dans le détail dans leurs cours parce qu'ils savent que la majorité des étudiant-e-s qu'ils ont face à eux deviendront généralistes* »¹⁷.

Même au niveau des locaux, le centre académique de médecine générale (CAMG) occupe une place importante sur le campus, ce qui prouve la volonté de l'université de mettre cette spécialisation en avant. Pour avoir réalisé son Bachelier à l'Université libre de Bruxelles avant de poursuivre son Master à Louvain, Estelle Aguerre a pu comparer la perception de la médecine générale « *Je suis restée en contact avec des amies étudiantes à l'ULB. Quand je leur ai annoncé que je voulais devenir généraliste, elles n'ont pas compris. [...] Beaucoup de gens ont encore tendance à se dire que quelqu'un qui choisit la médecine générale le fait parce qu'il ne réussit pas brillamment* »¹⁸.

Dans de nombreuses universités, la majorité des professeurs sont d'éminents spécialistes, bien souvent actifs dans des domaines de recherche très précis. Pour Quentin Lamelyn, ce n'est pas quelque chose de positif, du moins pas dans les premières années des *cursus* universitaires : « *Les premiers cours cliniques devraient être donnés par des généralistes. Il faudrait en tout cas en avoir un plus grand nombre comme professeurs. [...] On a vraiment un enseignement hyper spécialisé dans lesquels ils [les professeurs] n'intègrent pas ou très peu la médecine générale* »¹⁹. Athéna Patoulidis constate également que la médecine générale est cantonnée aux cours portant explicitement ce nom, cette spécialité n'est donc quasiment jamais mise en avant ni valorisée dans le reste du *cursus*²⁰.

¹³ Entretien avec Michel Roland, 08 novembre 2016.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. VANDEMEULEBROUCKE, « La médecine généraliste de papa, c'est fini ! », *Éduquer Tribune laïque*, 125, novembre 2016, p. 20.

¹⁶ *Ibid.*, p. 21.

¹⁷ Entretien avec Estelle Aguerre, 09 décembre 2016.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. VANDEMEULEBROUCKE, « La médecine... *op. cit.*, p. 21.

²⁰ Entretien avec Athéna Patoulidis, 02 décembre 2016.

Si le manque d'attrait pour la médecine générale peut s'expliquer par l'attitude de certain-e-s professeur-e-s, il incombe également à la perception qu'ont les étudiants de cette spécialité. La médecine générale apparaît encore comme une « *pratique monotone, présentant peu de 'défis' intellectuels. Les étudiant-e-s assimilent la médecine générale à des ongles incarnés, des grippes, des otites chez les enfants* »²¹. Ajoutez à cela l'idée reçue que les honoraires d'un généraliste sont moins élevés que ceux de spécialistes (ce qui n'est pas le cas de toutes les spécialisations) et l'envie des futur-e-s médecins de séparer leur domicile et leur lieu de travail : tant d'éléments qui peuvent expliquer la préférence des étudiant-e-s à s'orienter vers d'autres spécialisations...

Qu'en est-il de la dimension sociale et militante de la médecine ?

Nous l'avons vu, la médecine générale est intrinsèquement liée au domaine social. Or, si cette spécialité ne trouve pas encore tout à fait sa place dans les études de médecine, comment la dimension sociale de la profession est-elle abordée dans les programmes de cours et de stage ?

Selon les étudiant-e-s, les universités dispensent avant tout « *un enseignement quantitatif où la dimension humaine, sociale est peu intégrée* »²². Ce qui ressort lorsqu'on analyse les programmes des cours, c'est que cette thématique n'est abordée que dans des cadres bien précis : soit dans certains cours de médecine générale, soit dans des cours spécifiques liés à la relation patient-médecins. De plus, ces cours spécifiques sont tous dispensés en Master, c'est-à-dire à un stade déjà relativement avancé du *cursus* des étudiant-e-s, le Bachelier étant avant tout centré sur les aspects scientifiques.

Lorsqu'il était en charge du cours de médecine sociale à l'ULB, Michel Roland découvrait de réelles lacunes de la dimension sociale et une méconnaissance de problèmes sociétaux chez les étudiant-e-s. « *Ce cours est donné en avant-dernière année de Master, les étudiant-e-s qui le suivent ont donc déjà exercé des activités pratiques lors de stages. Pourtant, en arrivant à ce cours, très peu d'entre eux possèdent des connaissances que je considère fondamentales pour un médecin. Jusque-là, aucun professeur-e ne leur parle de la façon dont on remplit une incapacité de travail, de la façon dont fonctionne un CPAS, des différents statuts spécifiques des patient-e-s [NB : omnio, VIPO, BIM, etc.]*²³ ».

Les choses sont visiblement différentes à l'UCL, où le Master est organisé par cours de « secteurs ». Le « secteur » médecine générale, dispensé durant les quatre années de Master aborde des aspects divers de la médecine générale, et tout particulièrement de sa dimension sociale. Le secteur aborde, entre autres, les aspects de prévention, d'organisation des soins de santé, des prescriptions (où les statuts spécifiques des patient-e-s sont donc expliqués aux étudiant-e-s), etc. Certains lieux spécifiques où la médecine s'exerce y sont également présentés, comme les soins de santé en milieu fermé ou en centre de planning familial.

²¹ Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », M. VANDEMEULEBROUCKE, « La médecine... *op. cit.*, p. 21.

²² *Ibid.*, p. 22.

²³ Entretien avec Michel Roland, 08 novembre 2016.



Les stages : une occasion d'appréhender la pluralité des types de structures médicales ?

Athéna Patoulidis, étudiante à l'ULB, regrette que l'aspect social de la médecine ne soit pas transversal : « *Les étudiant-e-s ne disposent que de très peu de ressources en matière sociale, l'essentiel de ces aspects s'apprennent sur le terrain, lors des stages* »²⁴.

Mais cette réflexion soulève dès lors un autre questionnement : tous les stages permettent-ils aux étudiant-e-s d'appréhender cette facette de la profession médicale ?

Les études de médecine sont très, si pas parfois exclusivement, centrées sur la pratique hospitalière pour les spécialistes, et la pratique en cabinet privé pour les généralistes. Par défaut, c'est donc dans ces structures que les étudiant-e-s peuvent réaliser leurs stages. La diversité des lieux où se pratique la médecine n'est que très peu abordée à l'université. Or, si la dimension sociale est bien entendu présente en hôpital et en cabinet privé, elle l'est parfois encore plus dans d'autres types de structures, telles que des maisons médicales, des centres de planning familial, des consultations du SAMU-Social ou autres.

Rappelons qu'en Belgique francophone, deux universités dispensent exclusivement le cycle de Bachelier (Université de Mons – UMons – et Université de Namur – UNamur) tandis que trois universités proposent un *cursus* complet, de Bachelier, Master et Master de spécialisation (Université catholique de Louvain – UCL –, Université libre de Bruxelles – ULB – et Université de Liège – ULg). Les modalités pratiques des stages diffèrent selon les universités au niveau des Bacheliers et des Masters mais ont été uniformisées pour les Masters de spécialisation.

À l'**UMons**, les étudiant-e-s doivent réaliser en fin de Bachelier un « stage introductif à la pratique hospitalière », qui se déroule donc exclusivement en contexte hospitalier.

À l'**UNamur**, au contraire, les étudiants réalisent un stage d'observation de 120 heures auprès d'un médecin généraliste. Vu qu'il s'agit d'une première approche du terrain, ce stage ne peut s'effectuer qu'en cabinet privé ou en maison médicale afin de présenter une pratique de la médecine générale qui ne soit pas spécifique (comme cela peut être le cas en centre de planning familial par exemple).

L'**UCL** propose deux stages en Master (un d'un mois durant le bloc 2 de Master, l'autre de six mois durant le bloc 4 de Master) dont les modalités sont semblables. Le maître de stage doit impérativement être un médecin repris dans une base de données gérée par la faculté. Celui-ci peut donner son accord pour que, durant le stage, l'étudiant-e aille exécuter quelques heures dans une autre structure (telle qu'un centre de planning familial, une agence locale de l'Office de la Naissance et de l'Enfance ou encore dans un service de soins palliatifs), mais cela ne peut pas représenter l'activité principale du stagiaire.

L'**ULB** propose des modalités assez semblables. Durant leur Master, les étudiant-e-s effectuent deux stages qu'ils/elles peuvent orienter selon la spécialisation qu'ils/elles comptent poursuivre dans la suite de leurs études. Ces stages s'effectuent « par défaut » dans un hôpital du réseau de l'ULB pour les futur-e-s spécialistes et dans un cabinet privé pour les futur-e-s généralistes. Les étudiant-e-s réalisent le premier chez un médecin repris dans la base de données de l'université et le second chez le médecin de leur choix. Sur accord de leur maître de stage, les étudiant-e-s peuvent consacrer une

²⁴ Entretien avec Athéna Patoulidis, 02 décembre 2016.

partie de leur stage en observation dans d'autres structures médicales. Réaliser intégralement un stage hors des conditions énoncées ci-dessus peut être possible mais la demande doit émaner directement de l'étudiant-e qui remplit alors un dossier. Si le maître de stage proposé répond à certaines exigences précises, le lieu de stage peut être accordé. Il est par exemple déjà arrivé qu'un-e étudiant-e demande à réaliser l'un de ses stages en centre de planning familial et que cela soit accepté. Il rentre alors dans les conditions d'un stage dit *extra muros*.

À côté des stages, l'ULB a également développé une spécificité visant à mieux connaître une structure médicale particulière : les centres de planning familial. En effet, cette université propose, en collaboration avec le Groupe d'Action des Centres extra hospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA) une formation dite « planning ». Cette formation vise à présenter la richesse du travail en centre de planning familial mais, dans les faits, est quasiment exclusivement centrée sur la pratique de l'avortement, ce qui est loin de refléter toutes les facettes du travail dans ce secteur spécifique²⁵.

Enfin, à l'ULg, les possibilités sont plus diversifiées. L'université impose également que des stages s'effectuent soit en contexte hospitalier, soit en cabinet privé. Mais, en plus de ceux-là, durant leur stage de bloc 4 de Master, les étudiant-e-s doivent réaliser un stage d'au moins un mois dans un centre de soins primaire, c'est-à-dire, par exemple, une maison médicale, un centre de planning familial, un centre pénitentiaire, une maison de repos, un service de soins palliatifs ou encore une agence locale de l'Office de la Naissances et de l'Enfance.

Les universités sont donc libres de fixer leurs propres modalités en ce qui concerne les stages organisés en Bachelier ou en Master. Mais cela n'est pas le cas pour ceux de Master de spécialisation. La gestion des conventions unissant les maîtres de stage et les étudiant-e-s est centralisée auprès du Centre de Coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), ce qui place les étudiant-e-s des différentes universités sur un pied d'égalité. De plus, les modalités des activités médicales pouvant être effectuées par les candidat-e-s médecins généralistes sont strictement fixées par un arrêté ministériel. Il y est précisé que « *moyennant l'accord préalable de son maître de stage et la décision favorable du Ministre de la Santé publique qui se prononce après avis de la chambre compétente de la Commission d'agrément des médecins généralistes [...], le candidat généraliste peut, dans le cadre de sa formation, exercer des activités médicales spécifiques qui présentent un lien direct avec la médecine générale durant les stages [...]* »²⁶. Ces activités médicales spécifiques sont détaillées :

- Les gardes de médecine générale supplémentaires (un maximum de 120 heures est prévu) ;
- Les activités dans les centres de transfusion sanguine ;
- Les activités dans les agences locales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance ;
- Les activités dans les centres de soins de santé préventifs ;
- Les activités dans les centres de planning familial ;
- La collaboration à la recherche scientifique concernant :
 - o la médecine générale ;
 - o les soins de santé de première ligne dans des centres universitaires de médecine générale ;

²⁵ Pour plus d'informations au sujet de cette formation, voir le Rapport d'activités 2015 du GACEHPA et E. MALCOURANT, « La médecine en centre de planning familial... *op. cit.*

²⁶ Arrêté ministériel fixant les activités médicales du candidat médecin généraliste, durant les périodes de stage auprès d'un maître de stage agréé, dans le cadre de la formation spécifique en médecine générale, 17 juillet 2009, Art. 3.

- les soins de santé dans le cadre d'un projet d'association scientifique de médecins généralistes²⁷.

Nous pouvons donc constater que diverses initiatives sont mises en place dans les universités afin de permettre aux étudiants de découvrir d'autres types de structures où se pratique la médecine. Nous souhaitons toutefois souligner que toutes ces dispositions sont soumises à l'accord préalable du maître de stage. Un certain « facteur de subjectivité » intervient donc dans ce processus, empêchant certain-e-s étudiant-e-s de se rendre dans d'autres structures durant leurs stages.

Une initiative étudiante : la Med G Day

Afin de pallier cette méconnaissance de la médecine générale et des structures variées dans lesquelles elle peut s'exercer, les étudiant-e-s de Master 4 de l'ULB ont organisé, en février 2016 la Med G Day²⁸. Cet événement convivial a reçu le soutien du Bureau des Étudiants de Médecine et de la Faculté de Médecine, le Doyen ayant dispensé les étudiant-e-s de cours afin qu'ils/elles puissent assister à la journée. Diverses associations actives dans le monde de la médecine générale²⁹ avaient été conviées à l'événement, dans le but de présenter leur pratique et de pouvoir répondre aux éventuelles questions des étudiant-e-s.

Une conférence intitulée « Quel généraliste serai-je ? » était ensuite organisée, permettant à trois praticien-ne-s de présenter la diversité des pratiques : Michel Roland (membre fondateur de la Fédération des Maisons médicales francophones, professeur émérite à l'ULB de médecine sociale et président de Médecins du Monde), Dominique Roynet (Militante pour le droit fondamental des femmes à l'avortement, chargée de cours en 4^{ème} Master, enseignant les matières en rapport avec la santé sexuelle et reproductive) et Pol Thomas (jeune médecin généraliste, spécialiste en tabacologie et en relation médecin-patient).

Une deuxième édition de la Med G Day a été organisée en novembre 2016, suivant le même programme, auquel a été ajoutée une séance de questions/réponses avec le Département de Médecine générale.

Il s'agit, à notre connaissance, du seul exemple d'initiative étudiante de ce type mise en place en Belgique. Estelle Aguerre précise qu'à l'UCL « *les étudiants ne ressentent pas vraiment le besoin d'organiser un événement de ce type, vu que la médecine générale est mise en avant tout au long de nos études* »³⁰.

²⁷ Ibid.

²⁸ « Med G-Day », 26 février 2016, <https://www.facebook.com/events/1132046560140912/>.

²⁹ Telles que, entre autres, le Groupe d'Action des Centres extra hospitaliers Pratiquant l'Avortement (GECEHPA), le Groupement belge des Omnipraticiens (GBO), Médecins du Monde, Médecine pour le Peuple, L'Office de la Naissance et de l'Enfance, le Réseau d'Aide aux Toxicomanes, etc.

³⁰ Entretien avec Estelle Aguerre, 09 décembre 2016.



Quelles pistes d'actions ?

Plusieurs constats apparaissent à la suite de cette analyse.

Les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) et leur Fédération de Centres de Planning familial (FCPF-FPS) saluent les initiatives développées par les universités et par les étudiant-e-s, telles que la Med G Day ou la diversité des lieux de stage proposés aux étudiant-e-s. Celles-ci permettent de mettre (bien que parfois timidement) en lumière les différentes facettes de la réalité de la médecine générale, la richesse de cette spécialisation et la diversité des lieux où elle se pratique.

Nous considérons toutefois que des efforts considérables peuvent encore être réalisés en la matière. La dimension sociale de la médecine devrait être introduite plus tôt dans le *cursus* de médecine et, surtout, devrait l'être de façon plus transversale, ne la cantonnant plus à des cours spécifiques. Les connaissances du système de sécurité sociale doivent notamment occuper une place fondamentale dans ces études, comme c'est désormais le cas à l'UCL par exemple. Comme Michel Roland³¹, nous prônons également un décloisonnement des études, notamment entre les facultés de médecine et de santé publique, qui gagneraient à créer plus de ponts.

De plus, nous l'avons vu, il est encore nécessaire de faire évoluer les mentalités quant à la médecine générale : non, ce ne sont pas les étudiant-e-s les moins brillant-e-s qui deviennent généralistes ! Le travail de (re)valorisation de cette finalité doit être poursuivi, au sein des universités ainsi que de l'ensemble de la société.

Nous soulignons également les latitudes proposées par les universités afin de permettre aux étudiant-e-s de réaliser une partie de leurs stages dans des structures diverses. Nous regrettons toutefois que le maître de stage puisse refuser de répondre favorablement à cette demande. Il serait probablement préférable de proposer cette opportunité à tout-e étudiant-e le souhaitant, voire même éventuellement d'inclure de façon effective et obligatoire la visite de ces structures au cours de leurs stages.

Nous saluons des initiatives émanant d'étudiant-e-s telles que la Med G Day et soulignons le soutien que l'ULB a apporté à ce projet. Nous déplorons toutefois que les universités ne soient pas à l'origine de ce type de démarche, bien utile. Rencontrer des professionnel-le-s de terrain, exerçant dans des milieux variés constitue un réel plus pour les étudiant-e-s, bien souvent en demande de découverte et d'ouverture de leur champ d'action. Nous considérons que ces rencontres pourraient, et même devraient, avoir lieu dans le cadre de certains cours. Lorsqu'il était en charge du cours de médecine sociale à l'ULB, Michel Roland avait par exemple l'habitude de convier des praticien-ne-s externes. Nous espérons qu'à l'avenir, ce genre d'initiative pourra être (ré)introduite dans les universités. Nous espérons toutefois que la nomination de Marco Schetgen au poste de doyen de la faculté de médecine de l'ULB puisse faire évoluer les choses. Il est en effet le premier médecin généraliste à diriger une faculté de médecine francophone.

Il est évidemment également nécessaire de trouver un accord et, surtout, des solutions concrètes aux divers sujets polémiques qui divisent le monde politique actuellement, notamment au niveau des numéros INAMI. Mais, dans tout cela, il ne faut pas négliger l'évolution du *cursus* de médecine

³¹ Entretien avec Michel Roland, 08 novembre 2016.



proposé par les universités belges francophones afin de revaloriser la profession de généraliste et pouvoir ainsi, dans le futur, pallier la pénurie qui a actuellement cours.

La problématique évoquée dans cette analyse peut sembler quelque peu éloignée des champs d'action sur lesquels tout-e citoyen-ne a une prise réelle. Soulignons toutefois que deux pistes concrètes existent. Les élections restent un levier d'action important pour que des politicien-ne-s sensibilisé-e-s à ces questions occupent des places prépondérantes qui leur permettront de revaloriser la médecine sociale et de (tenter de) résoudre les problèmes actuels. Les (futur-e-s) étudiant-e-s ont également un rôle actif à jouer à ce sujet, non seulement en soutenant des projets tels que la Med G Day, mais également en se renseignant, au préalable ou durant leurs études, sur les valeurs défendues et les politiques mises en place par les universités et, dans ce cas, par les facultés, afin d'opter pour la structure académique correspondant le mieux à leur profil et à leurs attentes.



Bibliographie

- « Médecin », *Metiers.SIEP.be*, www.metiers.siep.be/metier/medecin.
- « Médecin généraliste, métier officiellement en pénurie en Wallonie », *La Libre Belgique*, 18 juillet 2016.
- Dossier « Quelles études pour quelle médecine ? », *Éduquer Tribune laïque*, 125, novembre 2016, pp. 13-30.
- BURGRAFF E., « La pénurie de médecins généralistes est confirmée », *Le Soir Plus*, 12 janvier 2016.
- *Entretien avec Athéna Patoulidis*, 02 décembre 2016.
- *Entretien avec Estelle Aguerre*, 09 décembre 2016.
- *Entretien avec Michel Roland*, 08 novembre 2016.
- GACEHPA, *Rapport d'activités*, 2015.
- MALCOURANT E., « La médecine en centre de planning familial : un travail spécifique et méconnu », *Analyse FPS*, 2016.
- MORELLE M., *Études de médecine et INAMI : du paradoxe au gâchis*, http://www.relie-f.be/activites_detail/721.
- VAN EECKHAUT F., « Bouchers, boulangers, médecins,... Voici la liste des métiers en pénurie en Wallonie », *RTBF.info*, 17 juillet 2016.

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes un mouvement féministe de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Regroupant 10 régionales et plus de 200 comités locaux, nous organisons de nombreuses activités d'éducation permanente sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En tant que mouvement de pression et de revendications politiques, nous menons des actions et militons pour les droits des femmes : émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité, etc.

Nous faisons partie du réseau associatif de Solidaris. En tant que mouvement mutualiste, nous menons des actions et militons contre les inégalités de santé.

Toutes nos analyses et nos études sont disponibles sur notre site :

www.femmesprevoyantes.be



Avec le soutien de :

