



CHARGE DE TRAVAIL ET « MAL-EMPLOI » DES MEDECINS

Rapport de synthèse

Antoine L, Lorant V, Delière D

Université catholique de Louvain

Etude réalisée dans le cadre de la Commission « Médecine » du CReF
(composée des Doyens des Facultés francophones de Médecine et d'experts)
et ayant bénéficié de subsides de la Communauté Française,
du Fonds national de la Recherche scientifique et
du programme « AGORA », Services du Premier Ministre : Affaires scientifiques, techniques et culturelles.

Février 2001

Résumé

En 1996, sous la poussée d'un consensus relatif à une pléthore de médecins dans notre pays, le gouvernement a instauré un numerus clausus. Ainsi, un Arrêté Royal (22/10/1996) fixe à 700, 650 puis 600 le nombre de nouveaux médecins admissibles à l'agrément de 2004 à 2006 (avec une proportion de 40% de francophones) ; pour les années 2007 et 2008, le quota a été relevé à 700 diplômés. Cet agrément, délivré par le Ministère de la Santé publique, est une condition d'accès à la pratique d'une médecine de soins remboursée par l'INAMI.

Si certains signaux confortent l'hypothèse de la pléthore et, donc, l'utilité d'établir une politique restrictive, d'autres incitent à la prudence et nous amènent à nous interroger sur les risques, à terme, de créer une nouvelle pénurie, au cas où les verrous seraient maintenus à un niveau trop strict.

Afin d'éclairer cette problématique, une enquête a été réalisée en Communauté française en 1999 auprès d'une dizaine de cohortes de généralistes et de spécialistes. Sur base d'indicateurs de charge de travail et de vécu professionnel, cette enquête vise à répondre à la question : 'Dans quelle mesure nos médecins éprouvent-ils des difficultés d'insertion, voire de maintien sur le marché du travail ?'.

Les résultats de l'enquête confirment un certain nombre de faits déjà connus par ailleurs à savoir : l'activité professionnelle intense des médecins (le docteur 'moyen' travaille en moyenne 54 heures par semaine), l'impact incontestable de la féminisation du corps médical (au plan professionnel, les femmes travaillent moins que leurs confrères masculins), ainsi que les difficultés professionnelles plus grandes des médecins généralistes, plus particulièrement, de ceux actifs à Bruxelles.

Inversement, l'enquête dément les allégations selon lesquelles les secteurs non-curatifs et non-médicaux constituent essentiellement des voies de second choix : la majorité de nos interlocuteurs affirment, au contraire, s'être orientés vers ces secteurs pour des motifs personnels. De plus, l'intérêt professionnel, la satisfaction par rapport au revenu et à la qualité de vie associés à ces carrières sont particulièrement appréciés.

L'enquête livre des résultats ambigus quant à l'insertion des généralistes à 10 ans d'intervalle. Curieusement, les jeunes généralistes sont moins nombreux que leurs aînés à se plaindre d'une activité (très) insuffisante en début de carrière et ils ont un volume horaire plus chargé. Cela ne signifie pas pour autant que les difficultés d'insertion se soient allégées : c'est au prix d'une plus grande diversification de leurs activités que les jeunes s'insèrent sur le marché. Toutefois, cette diversification ne peut être indubitablement reliée à la densité médicale : une période d'insertion sur le marché du travail existe et existera toujours ! Il faudra répéter l'enquête pour savoir si cette période s'allonge.

Nous avons tenté de développer une nouvelle approche, celle du « mal-emploi », en créant des échelles à partir d'une série d'indicateurs objectifs et subjectifs. On découvre ainsi que le « mal-emploi » touche davantage les généralistes, et surtout les jeunes [18% des généralistes curatifs des cohortes aînées (= depuis 15 à 19 ans sur le marché) et 25% des plus jeunes (= depuis 5 à 9 ans sur le marché)], contre 9.5 à 11.5 % parmi les

spécialistes. Parmi eux, la part de médecins dont le vécu professionnel est très douloureux, concerne 3.5 à 7.5 % des généralistes et 2 % des spécialistes.

En conclusion, cette enquête met en relief deux réalités contrastées : la majorité des médecins se portent bien, sont très actifs et très satisfaits de l'intérêt professionnel de leur activité. Simultanément, une frange non négligeable du corps médical - essentiellement parmi les généralistes - se heurtent à de réelles difficultés professionnelles.

Notre enquête conforte donc l'hypothèse que, dans l'état actuel du système, le nombre de médecins est trop élevé (ce qui ne préjuge pas de l'avenir). Nos échelles de « mal-emploi » constituent un indicateur nouveau, validé du fait qu'il est sensible à la densité médicale. Il reste néanmoins imparfait, car il inclut certaines situations qui ne sont pas dues à la pléthore (mauvaise orientation, échecs suite à des difficultés relationnelles, décision personnelle ...). On peut donc penser qu'il reflète un « niveau maximal » de pléthore, quand on mesure celle-ci au travers du marché du travail.

L'évaluation des besoins à venir n'a pas été évaluée par la présente enquête. Une telle estimation nécessite le recours à d'autres paramètres, tels que la croissance attendue des recours aux médecins, le vieillissement de la population, Même si un « mal-emploi » est constaté aujourd'hui, l'évolution prévisible de ces paramètres peut conduire à une pénurie à terme, dans l'hypothèse où les verrous à l'entrée seraient maintenus à des niveaux trop stricts.

Cependant, notre enquête contribue à la réflexion sur les besoins à venir, en permettant de confirmer la nécessité de tenir compte des nombreuses carrières en dehors du secteur curatif (ex. : médecine du travail, médecine légale, ...). Si le processus officiel de planification ne prend en compte que les besoins curatifs, il se confirme qu'il y a place pour un sur-quota (du moins parmi les francophones). En effet, l'enquête confirme que diverses voies qui, de surcroît, se sont révélées gratifiantes existent dans le secteur non-curatif. Il importe donc d'assurer aux médecins en surquota un accès aux fonctions non-curatives; à défaut, on créera des pénuries, car le processus officiel de planification ne prend pas en compte ce type de fonctions.

En termes d'action, il importe de ne pas accentuer les difficultés de travail parmi les catégories qui souffrent du mal-emploi. Il faut donc revaloriser le rôle du médecin de famille ; ceci est d'autant plus important que l'on sait, par ailleurs, que la population a tendance à recourir toujours plus largement aux spécialistes, restreignant d'autant la part relative du champ d'action des généralistes

Une seconde proposition allant en ce sens est de restreindre temporairement, -fût-ce pour les seuls francophones-, la part des généralistes parmi les nouveaux médecins admis, non pas pour diminuer leur poids dans le corps médical, mais simplement pour la garder stable¹.

¹ Concrètement, il a été proposé de limiter leur part à celle attendue parmi les « sortants » attendus (= ceux qui quitteront la profession au moment où les jeunes pourront les remplacer), de façon à répartir les pertes d'effectifs équitablement entre les deux groupes. In : Delière D, *Les médecins sont trop nombreux aujourd'hui. Qu'en sera-t-il demain ?* Bruxelles, UCL, SESA, octobre 2000 (<http://www.sesa.ucl.ac.be/SesaWeb/publications>).

1. Introduction

La Belgique, comme de nombreux pays, n'échappe pas aux débats relatifs à la densité médicale; « La pléthore se renforce », « Pénurie de médecins : les arguments sont financiers », « La Ministre de l'Enseignement de la Communauté française dément la thèse de la pléthore médicale et veut assouplir le numerus clausus » : tels sont les grands titres parus dans la presse. Mais peut-on mesurer ce phénomène objectivement ? Plus particulièrement, dans quelle mesure nos médecins éprouvent-ils de réelles difficultés d'insertion voire de maintien sur le marché du travail ?

Plusieurs signaux sont présentés comme témoignant d'une pléthore dans notre pays : forte densité médicale en comparaison de nos voisins de l'OCDE, nombreuses pratiques faibles selon les statistiques de l'INAMI, baisse des revenus professionnels déclarés,... Des signaux en sens contraire incitent cependant à la prudence : la féminisation du corps médical (l'activité des femmes étant moindre, du moins au plan professionnel !), les revenus moyens très élevés pour certaines catégories de médecins ou encore l'activité professionnelle intense du médecin 'moyen'.

Vu le consensus existant en 1996 entre les principaux acteurs concernés, le gouvernement fédéral a instauré un numerus clausus, notamment avec l'espoir de maîtriser les dépenses de santé. Ainsi, pour les années 2004 à 2006, un Arrêté Royal fixe à 700, 650 et 600 le nombre de nouveaux médecins admissibles à l'agrément (avec une proportion de 40% pour les francophones) ; pour les années 2007 et 2008, le quota a été relevé à 700 diplômés. Mais, une politique aussi restrictive ne risque-t-elle pas à terme de créer une nouvelle pénurie ? A contrario, s'il y a réellement pléthore à l'horizon, le relèvement des quotas se justifie-t-il ?

Dans ce contexte, notre étude vise à éclairer un aspect de la problématique : l'activité des médecins et l'existence éventuelle d'un « mal-emploi » parmi eux².

2. Méthodologie

L'étude est fondée sur une enquête réalisée par voie postale en 1999. Un questionnaire a été envoyé, par les Doyens des Facultés francophones de médecine de Belgique, à tous les médecins diplômés de leur Université disponibles sur le marché du travail depuis 15 à 19 ans (cohorte aînée) ou depuis 5 à 9 ans (cohorte cadette). Le taux de réponse est de 37 %.

L'intensité de l'activité des médecins a été mesurée par le biais de leur production (temps de travail, nombre de contacts hebdomadaires, ...) et de leur productivité (durée de consultation, visites à domicile, ...). La prévalence du 'mal-emploi' est évaluée sur base d'échelles d'un type nouveau, agrégat d'indicateurs objectifs (faible activité, basse productivité) et subjectifs (difficultés en début de carrière, insatisfaction, ...)².

² Le concept de 'mal-emploi' ou 'mal occupation' fait référence à toute situation, objective ou subjective, témoignant de difficultés d'insertion ou d'activité sur le marché du travail.

3. Principaux résultats

Les principaux messages résultant de notre analyse peuvent être synthétisés comme suit :

- **Les médecins ont une activité professionnelle intense.** Ainsi, le 'docteur moyen' travaille quelque 54 heures par semaine.
Le temps de travail ne témoigne donc pas en faveur de la pléthore, sauf à supposer qu'une large fraction de cette activité soit à faible valeur ajoutée en termes de santé et donc, prestée pour des raisons plus économiques que strictement médicales.
- **L'impact de la féminisation sur l'activité est incontestable :** chez les généralistes, le volume horaire des activités professionnelles des femmes est environ 20 % moins élevé que celui de leurs confrères, tandis que parmi les spécialistes, la différence est de 15% en moins.
- **Certaines catégories de praticiens sont nettement moins bien loties que d'autres.** L'analyse de l'activité des médecins a révélé que les généralistes constituent un groupe particulièrement 'sensible' aux pressions d'un marché fort encombré par leurs confrères généralistes et spécialistes, et cela dès leurs débuts sur le marché du travail. A la discipline s'ajoute l'impact du lieu d'exercice, faisant des *généralistes bruxellois les principales victimes de la pléthore.*
- **Les stratégies d'adaptation sont plus fréquemment exercées par les jeunes généralistes que par leurs aînés.** Celles-ci se concrétisent par une diversification des activités, à savoir une participation plus élevée à des gardes et des remplacements, à des activités en hôpital ou à des tâches pour lesquelles les médecins sont sur-qualifiés (prises de sang). Le cumul des pratiques est également plus fréquent. Toutefois, *ces stratégies ne peuvent être indubitablement imputées au phénomène de pléthore : une période d'insertion sur le marché du travail existe toujours; elle a aussi été observée à l'étranger.* Cependant, les jeunes spécialistes ne se distinguent pas de leurs aînés en ce domaine.
- **L'effet 'génération' reste à confirmer.** La comparaison de l'intensité de l'activité selon l'ancienneté révèle des différences entre les cohortes cadettes et leurs pairs plus âgés, mais uniquement parmi les généralistes de sexe masculin (nombre inférieur de contacts et plus grande insatisfaction quant à la charge de travail). L'échelle de mal-emploi révèle aussi que, *parmi les généralistes, les jeunes souffrent davantage que leurs aînés.*
Par contre, pour les spécialistes, le parcours professionnel des jeunes semble, à certains points de vue, moins pénible que celui de leurs aînés : obtention plus aisée d'un poste hospitalier, perception de l'impact de la pléthore moins prononcée, ...
Il serait toutefois hâtif de conclure à une 'dégradation' ou à une 'amélioration' de l'activité des jeunes par rapport à leurs aînés. Certaines études du CREDES³ ont en

³ - Sandier S, *Les quinze premières années d'activité des généralistes libéraux 1979-1993*, CREDES, Février 1996.

- Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. *Les cinq premières années d'activité des médecins généralistes libéraux*. Mars 1984.

effet montré que le cycle de vie professionnelle des médecins généralistes atteint son maximum vers la 7e ou 8e année, niveau qu'une frange de nos médecins n'a pas encore atteinte.

- **Les médecins qui se sont orientés vers les secteurs non-curatifs ou non-médicaux n'incarnent pas les 'victimes' de la pléthore.** L'analyse dément les allégations selon lesquelles ces secteurs constituent une voie de 'second choix', vers lesquels s'oriente le médecin suite à des difficultés d'insertion dans le curatif. Les principales raisons évoquées pour pratiquer hors du secteur curatif sont un attrait particulier pour le secteur, une opportunité, les horaires chargés et le rythme de travail. Bien qu'une certaine part de rationalisation ne puisse être exclue, l'orientation à titre principal vers le secteur non-curatif ou non-médical semble plus 'volontaire' que 'subie' pour la majorité de ces médecins.
- **La toute grande majorité des médecins –tant curatifs que non-curatifs- sont (très) satisfaits de l'intérêt professionnel de leur activité.** Le revenu et la qualité de vie sont, par contre, beaucoup moins bien appréciés dans le secteur curatif, essentiellement par les généralistes qui sont majoritaires à être moyennement voire très insatisfaits de ces aspects de leur activité. Hors du secteur curatif par contre, la plupart des généralistes se disent (très) satisfaits de la qualité de vie et des revenus qu'implique ce type d'activité ; même s'il ne correspond pas nécessairement aux rêves de jeunesse, leur choix apparaît donc très gratifiant.
- **Le « mal-emploi » touche les médecins à des degrés divers.** La multiplicité des indicateurs utilisés pour construire les échelles ad hoc a permis de distinguer divers seuils de 'difficultés sur le marché du travail' :
 - * Les médecins dont le vécu professionnel livre un *certain nombre d'insatisfactions et de difficultés*. Cette part est plus élevée parmi les généralistes curatifs que parmi leurs confrères spécialistes et que parmi les généralistes non-curatifs.
 - * Les médecins dont le *vécu est douloureux depuis leurs débuts professionnels*. L'ampleur de ce groupe, soit quelque 3.5 à 7 % des généralistes et moins de 2 % des spécialistes, est proche de celle des « pratiques faibles », observée lors d'une enquête précédente⁴.
 - * A l'autre bout de l'échelle, certains médecins ne témoignent d'aucun signe de mal-occupation depuis leurs débuts sur le marché du travail.
- **La probabilité pour les généralistes d'être en mal-emploi augmente lorsque la densité médicale croît⁵.** Ceci valide l'échelle en tant qu'indicateur utile pour estimer la pléthore, selon l'approche « marché du travail » (cf. section 4).
- **Le mal-emploi revêt plusieurs visages** pour les médecins qui en souffrent. L'analyse théorique (analyse factorielle en composantes principales) a révélé quatre 'sympômes' propres au phénomène : *une productivité relativement faible, des*

⁴ Leroy X, *Charge de travail des médecins en 1996*, Rapport de recherche au Ministère de la Santé Publique, 1997 :27 + tableaux annexes.

⁵ Pour les spécialistes, la relation est analogue, mais le coefficient est un peu inférieur au seuil de signification (p=.059).

difficultés d'insertion sur le marché du travail en début de carrière, un manque relatif de travail et enfin, une insatisfaction générale par rapport au revenu.

4. 'Y a-t-il pléthore ?'

Pour répondre à cette question, il faut s'entendre sur le terme de « pléthore », lequel revêt plusieurs acceptions.

- Ainsi, si le jugement de pléthore se fonde sur les inefficiences du système de soins (ex. : le fait qu'une large fraction d'actes médicaux soient inappropriés⁶, que certains services pourraient être d'un meilleur rapport « efficacité-prix »), notre enquête ne peut en rien confirmer ou invalider cette position.

- Notre travail tente d'estimer la pléthore à partir d'une analyse du marché du travail : dans un état donné d'organisation et de financement des soins, la demande de la population permet-elle aux médecins de vivre un parcours professionnel « acceptable » ? [dans l'état actuel du système, la demande joue un rôle moteur, la population ayant pleine liberté de recourir aux soins, et la solvabilité étant largement garantie par la conjonction de fonds publics et privés (= quasi-marché »)].

Selon cette perspective, notre enquête ne permet pas d'affirmer une pléthore d'un 'oui' catégorique et sans appel – la majorité des médecins semblent en (très) bonne posture !- . Cependant, l'hypothèse de pléthore se voit confortée du fait qu'une frange du corps médical se heurte à de réelles difficultés professionnelles.

Pour les généralistes, deux facteurs augmentent le risque d'être en 'mal-emploi' : la densité médicale et l'état de santé. Si l'on 'exclut' les médecins souffrant de mal-emploi en raison d'une santé précaire, **le mal-emploi (hors santé) affecte 18% des généralistes curatifs des cohortes âgées et 25% des cadettes. Chez les spécialistes, cette part tombe, respectivement, à 11.5% et 9.5%**. Au sein de ce groupe, certaines spécialités souffrent un peu plus du mal-emploi : les spécialités chirurgicales et du groupe médecine interne (contrairement aux anesthésistes et au groupe des spécialités de diagnostic). **Quant aux généralistes non-curatifs, quelque 18% d'entre eux sont en mal-emploi, quelle que soit la série de cohortes.**

Outre l'état de santé, d'autres facteurs 'hors contrôle' concernent très probablement des médecins repris dans ces chiffres ... En particulier, nous nous interrogeons quant à la réalité sous-jacente au « mal emploi élevé » (hors raisons de santé), lequel concerne quelque 3.5 à 7 % de généralistes et 2 % de spécialistes relégués en 'queue de distribution'. Ils pourraient concerner des situations particulières sans lien avec la pléthore, telles que :

- la difficulté à se constituer une patientèle en raison de charisme insuffisant, dans une profession où les qualités relationnelles conditionnent la réussite,
- une décision personnelle (l'analyse qualitative a révélé quelques limitations volontaires d'activité).

Par conséquent, le 'mal-emploi hors santé' surévalue encore la part de celui effectivement causé par la pléthore. Inversement, il peut être quelque peu sous-évalué, vu la sous-représentation des diplômés hors du secteur curatif parmi les répondants ; certains

⁶ Recension disponible in : Delière D, Planification de l'offre médicale en Communauté française et germanophone, *Revue belge de Sécurité sociale*, 1^{er} trim. 2000 : 103-191 (en annexe).

d'entre eux sont peut-être des 'transfuges' forcés par la pléthore, bien que ce soit peu fréquent parmi ceux qui ont répondu. Moyennant ces deux réserves, on constate que la moyenne des indicateurs de « mal-emploi » (hors santé, toutes disciplines et cohortes confondues), soit $\pm 16\%$ ⁷, est proche de l'indicateur de pléthore retenu par ailleurs pour évaluer les besoins à venir en Communauté française (17%⁸). Même si notre devis d'enquête ne permet pas l'inférence à l'ensemble du corps médical, notre enquête montre que cet ordre de grandeur était plausible. Il est même plus que probable que les niveaux observés se situaient dans le haut des fourchettes d'estimation pour le type de pléthore considéré.

5. Quelques propositions ...

1. Pour l'action

- Dans la réflexion sur les 'besoins' à venir, il convient de tenir compte des nombreuses carrières hors du secteur curatif. Parmi les généralistes, 21% des aînés et 17% des cadets sont actifs à titre principal dans les secteurs non-curatifs ou non-médicaux et près de 4% parmi les spécialistes ; la toute grande majorité d'entre eux exercent des fonctions non curatives dans des professions de santé. Le processus officiel de planification ne prend en compte que les besoins curatifs, mais la Communauté française a autorisé 10 puis 15 % de diplômés dits en « surquota »; des doutes se sont exprimés quant aux possibilités de travail pour ces derniers. Notre enquête confirme que **diverses voies peuvent s'ouvrir hors du secteur curatif, lesquelles** se sont, de surcroît, révélées gratifiantes. A condition d'être également limités en nombre, les diplômés « hors quota » ne seront donc pas fatalement des « laissés pour compte » (du moins dans la mesure où ces voies ne seront pas totalement monopolisées par ceux bénéficiant des titres particuliers du secteur curatif). Il importe donc de les rassurer sur les possibilités d'accès à ces professions, notamment en sortant la médecine du travail des 'titres particuliers', comme la ministre Aelvoet s'y est d'ailleurs déjà engagée. On pourrait songer à d'autres qualifications, que l'on pourrait labelliser par exemple 'Expertise' ou 'Compétence' plutôt que « titre particulier » (ces derniers étant restreints par la planification); ce pourrait être notamment le cas pour les fonctions où les titres universitaires sont rares (ex. : 'médecine légale', 'qualité de soins', 'gestion de données médicales',...).
- Vu la pléthore manifestement plus forte chez les généralistes, **le rôle du médecin de famille devrait être valorisé**. Ceci est d'autant plus important que la population a tendance à recourir toujours davantage au spécialiste, au détriment de ses contacts avec le généraliste.
A titre indicatif, on pourrait envisager les mesures suivantes :
 - *Demander aux Centres universitaires de médecine générale de concevoir*, discuter et chiffrer l'impact budgétaire de diverses mesures enrichissant leurs fonctions.
 - Dans un marché où le *rôle du médecin de famille* tend à décroître au profit du spécialiste, la synthèse, la coordination et la continuité des soins pourraient être améliorées, par exemple, en encourageant l'inscription des patients et le dossier *médical* (extension à tous les groupes d'âges, ce qui semble désormais acquis à

⁷ Moyenne calculée sur base du mal-emploi hors santé

⁸ Delière D, Planification de l'offre médicale en Communauté française et germanophone, *Revue belge de Sécurité Sociale*, 2000 (1), 103-191.

terme), la *transmission des informations* (par voie électronique), la *subvention des réunions de coordination* dans les structures de soins à domicile, l'extension du rôle du généraliste à *l'éducation à la santé* (ouverture de la nomenclature vers des séances d'information à la population, par exemple par groupes), la *prévention* (simplification des procédures de vaccination, codes de nomenclature pour actes de prévention, ...).

- La pléthore touche particulièrement les généralistes (surtout les Bruxellois) ; il importe donc de ne pas accentuer leurs difficultés. A cette fin, il serait souhaitable, fût-ce pour les seuls Francophones, de *restreindre au moins provisoirement leur part parmi les nouveaux promus* au profit des spécialistes, de façon à calquer les quotas officiels sur leur proportion au sein des « sortants » (= ceux qui quitteront la profession) ; cette solution permettrait de répartir les déficits (inévitables pour les Francophones) au prorata des effectifs des deux groupes⁹.

2. Pour la connaissance

Des réponses à de nombreuses questions relatives à l'intensité de l'activité et à l'ampleur du mal-emploi ont pu être dégagées de l'enquête auprès des médecins, mais elles appellent des compléments d'analyses :

- *L'éclairage de la réalité sous-jacente à la situation des médecins à « faible pratique »*. Ceux-ci constituent un groupe « à risque », souvent présenté comme preuve indubitable de pléthore. Il s'imposerait de 'disséquer' leur vécu professionnel, afin de dissocier les situations normales de celles réellement dues à la pléthore.
- *La mesure du niveau de 'mal-emploi' auprès des médecins néerlandophones*, ceux-ci n'ayant pas été inclus dans l'enquête. Cette étude permettrait d'étayer l'opportunité de maintenir la clé de répartition entre Francophones et Néerlandophones (actuellement 40 %) ou, au contraire, de la modifier, comme actuellement proposé au sein de la Commission de planification de l'offre médicale.
- *L'éclairage des conditions, modalités et montants des droits d'entrée à verser lors de l'obtention d'un poste hospitalier (signalés par un spécialiste sur dix) : s'agit-il d'une contribution justifiée par les investissements consentis par les aînés ou d'une forme occulte de rente en faveur de ces derniers ?*
- *La distinction entre « l'effet temps » et « l'effet âge »*. Dans une perspective de planification, il serait utile, d'une part de confirmer certaines tendances observées et, d'autre part, de départager les évolutions dues aux conditions du marché de celles résultant d'une évolution de la carrière avec l'âge. Ceci implique de répéter l'enquête tous les 5 ou 10 ans.

⁹ Deliège D, *Les médecins sont trop nombreux aujourd'hui. Qu'en sera-t-il demain ?* Bruxelles, UCL, SESA, octobre 2000 (<http://www.sesa.ucl.ac.be/SesaWeb/publications>)