



Université catholique de Louvain  
Ecole de Santé publique

**SESA – Socio-Economie de la Santé**



**Hoger Instituut voor de Arbeid**

**Katholieke Universiteit Leuven**

Groupe de travail interuniversitaire établi auprès  
du SPF « Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement »  
en appui scientifique à sa mission de régulation de l'offre

## **RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE**

**Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir**

*Phases 2 – 3*

**Offre et « besoins » de médecins : perspectives d'avenir**

**Prof. Denise Delière**

**Caroline Artoisenet**

**“SYNTHÈSE”**

2<sup>e</sup> édition - août 2006

## Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. LA RÉNOVATION DES MODÈLES : PROGRAMMATION ET PARAMÈTRES.....</b>	<b>3</b>
1.1. <i>Effectifs de départ.....</i>	<i>3</i>
1.2. <i>Influx de nouveaux diplômés.....</i>	<i>4</i>
1.2.1. <i>Influx des universités belges.....</i>	<i>4</i>
1.2.2. <i>Influx des universités étrangères.....</i>	<i>4</i>
1.3. <i>Taux de survie.....</i>	<i>4</i>
1.4. <i>Taux de rétention et « pertes ».....</i>	<i>4</i>
1.5. <i>Volume d'activité : profils par âge et genre.....</i>	<i>7</i>
1.6. <i>La réduction séculaire du temps de travail.....</i>	<i>8</i>
1.7. <i>Densités.....</i>	<i>8</i>
1.8. <i>Evolution de la programmation.....</i>	<i>10</i>
<b>2. L'AVENIR DE L'OFFRE ET L'EFFET DES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES.....</b>	<b>12</b>
2.1. <i>Perspectives d'offre : nombre d'individus et densités.....</i>	<i>12</i>
2.2. <i>Les équivalents temps-plein (ETP_RTT).....</i>	<i>13</i>
2.3. <i>Les fonctions non curatives.....</i>	<i>15</i>
<b>3. LES PERSPECTIVES DE « BESOINS ».....</b>	<b>16</b>
3.1. <i>Perspectives de besoins selon les évolutions des taux de recours.....</i>	<i>16</i>
3.1.1. <i>L'avenir des consommations à taux constants.....</i>	<i>16</i>
3.1.2. <i>L'avenir des consommations à taux évoluant avec le temps.....</i>	<i>17</i>
3.1.3. <i>L'évolution des « besoins » en médecins.....</i>	<i>18</i>
3.2. <i>« Besoins » de nouveaux diplômés.....</i>	<i>19</i>
3.2.1. <i>Quota globaux.....</i>	<i>19</i>
3.2.2. <i>La part des spécialistes.....</i>	<i>23</i>
3.3. <i>Comportements de sous-consommation de soins médicaux.....</i>	<i>25</i>
3.3.1. <i>Les « besoins » actuels.....</i>	<i>25</i>
3.3.2. <i>Les « besoins » à venir.....</i>	<i>27</i>
<b>4. SUGGESTIONS POUR L'AVENIR.....</b>	<b>28</b>
4.1. <i>Approfondir les connaissances.....</i>	<i>28</i>
4.2. <i>Questions en suspens.....</i>	<i>29</i>
4.3. <i>Suggestions pour l'action.....</i>	<i>30</i>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>31</b>

## INTRODUCTION

En 2004, un groupe de travail a été constitué auprès de la Cellule de Planification de l'Offre médicale. Un travail scientifique a été confié à deux universités (UCL - Socio Economie de la Santé et KUL - Hoger Instituut voor de Arbeid), afin d'éclairer la Commission de Planification sur les évolutions à venir en matière d'offre et de besoins de professionnels de santé.

La première phase a permis de réaliser un **état des lieux des connaissances** et d'analyser le modèle d'offre existant au SPF « Santé publique » en apportant des suggestions d'amélioration. En ont résulté un rapport<sup>1</sup> et une synthèse traduite dans les deux langues<sup>2</sup>.

La deuxième phase a mis en œuvre les enseignements collectés : partant du modèle initialement mis au point par le SPF Santé publique, de **nouvelles perspectives d'avenir de l'offre** ont été établies, en y intégrant nombre de paramètres supplémentaires et en actualisant les données. Des modèles rénovés ont ainsi été paramétrés pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers(ères). Ceci a entraîné une reprogrammation importante.

Les principaux résultats ont été présentés en mars, avril et septembre 2005 à la Commission de Planification. Des rapports détaillés en ont exposé les méthodes, les paramètres et les résultats<sup>3</sup>. A la demande du Cabinet, un rapport complémentaire a situé le corps médical belge dans un contexte international<sup>4</sup>.

La troisième phase a amélioré le modèle et s'est attachée plus spécifiquement à la notion de « **besoins** ». Elle a porté sur :

- Introduction dans le modèle d'indicateurs d'accessibilité aux soins, compte tenu des évolutions démographiques.
- Amélioration des paramètres de « besoins » au travers de trois approches :
  - o la conception de scénarios complémentaires de « besoins » en médecins,
  - o une analyse de la consommation de soins médicaux,
  - o l'évolution des soins dentaires et les « besoins » en ce domaine.

<sup>1</sup> - Delière D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G, "Ressources humaines en santé - Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen ", juin 2004 : 256. Ce rapport peut être téléchargé à partir des sites web des équipes : [www.sesa.ucl.ac.be](http://www.sesa.ucl.ac.be) et <http://www.hiva.be> et de celui de la cellule de Planification du SPF Santé Publique.

<sup>2</sup> - Delière D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G, *Ressources humaines en santé, Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir, Phase 1, Analyse de l'existant - Paramètres pour la modélisation*, Rapport de synthèse, 2005 : VI + 31.

- Delière D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G (2005), *Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen. Aanbod, vraag en "behoefte" nu en in de toekomst. Fase 1. Analyse van de huidige situatie en karakteristieken van het planningsmodel* – Syntheserapport.

<sup>3</sup> - Delière D, Artoisenet C, *Perspectives d'offre de dentistes, 2000-2050*, UCL-SESA, 2005 : II + 33.

- Delière D, Artoisenet C, *L'avenir du corps médical, Perspectives 2004-2054*, Projet Ressources humaines pour la santé, Phase 2, 2005 : IV + 52.

- Pacolet J, Coudron V, Merckx S, Cattaert G & Peetermans A (2005), *Het planningmodel kinesitherapie*, HIVA-K.U.Leuven, diverse versies.

- Pacolet J, Merckx S, *Het planningmodel verpleegkundig aanbod, definities en instroom onderwijs*

<sup>4</sup> Delière D, Artoisenet C, *Les médecins dans 23 pays industrialisés : Densités et Place des spécialistes*, Projet Ressources humaines pour la santé, Phase 2, 2005 : 32.

Le présent rapport succinct présente les points principaux relatifs aux perspectives d'offre et de besoins en médecins, ainsi que des suggestions pour l'avenir. Ceux relatifs aux dentistes font l'objet de rapports séparés<sup>5</sup>. Les modèles rénovés ont été remis au commanditaire, ainsi que la documentation correspondante<sup>6</sup>. Des projets d'article ont été présentés et discutés.

Dans des phases ultérieures de collaboration, des perspectives plus détaillées devraient être établies : par qualification et/ou par spécialité. Ensuite, une consolidation devrait être entreprise, afin de mettre en parfaite concordance les résultats détaillés et globaux.

Il faudra ensuite mettre régulièrement à jour ces diverses perspectives et, via des enquêtes, monitorer l'évolution des pratiques médicales, ainsi que les stratégies des acteurs face aux bouleversements en vue. La programmation devrait pouvoir évoluer en conséquence.

Par ailleurs, diverses questions restent en suspens et des recherches complémentaires devront permettre, non seulement de suivre l'évolution des paramètres, afin de les intégrer dans le modèle, mais aussi d'approfondir la notion de « besoins ».

Enfin, une harmonisation des modèles pourrait être intéressante, bien que, au vu des connaissances actuelles, une intégration complète semble peu réaliste.

## **Remerciements**

*Le présent rapport a été réalisée pour le compte et grâce au soutien financier du Service public fédéral « Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement », DG - "Soins de Santé primaires et gestion de Crises" (convention 605 / Q 6 / N – 51 UCL).*

*Nous remercions ce Service public de nous avoir confié la tâche de compléter ses propres analyses prospectives par un regard extérieur, tout en nous laissant pleine liberté académique. Les enjeux sont de taille et méritaient cette double approche. Les résultats présentés ci-dessous n'engagent que leurs auteurs et non le SPF.*

*Nous remercions les collaborateurs de la Cellule de Planification du SPF de la Santé publique, les membres du Comité d'Accompagnement et les membres de la Commission de Planification pour leur soutien, leur collaboration et les nombreux moments de fructueuse discussion. Nous avons le sentiment d'avoir pu ainsi apporter une contribution au développement ultérieur du secteur de la santé de notre pays.*

---

<sup>5</sup> Gobert M, Roch I, Deliège D. *Nature et Ampleur des besoins en médecine dentaire*. Projet Ressources humaines pour la santé. Offre et besoins actuellement et à l'avenir. Phase 3, Mai 2006 : 76 et *Rapport de synthèse* - Phases 2 et 3. avril 2006 : 26.

<sup>6</sup> - Deliège D, Artoisenet C, *Modifications proposées pour le Modèle « Dentistes »*, janvier 2005 :8.  
- Deliège D, Artoisenet C, *Modèle « médecins » 2005 : Description et processus de mise à jour* : 23.  
- Pacolet J & Merckx S, *Aanbodmodel kinesitherapie*, rekenblad.

## **SYNTHESE DES PERSPECTIVES D'OFFRE ET DE BESOINS EN MEDECINS**

Cette synthèse présente d'abord les méthodes utilisées pour établir des perspectives d'avenir concernant l'offre de médecins et l'accessibilité aux soins médicaux (section 1). Elle expose ensuite les principaux résultats relatifs à l'offre et aux « besoins » (sections 2 et 3). Enfin, des suggestions seront présentées pour l'avenir (section 4).

### **1. LA RENOVATION DES MODELES : PROGRAMMATION ET PARAMETRES**

Nous nous sommes focalisés sur l'amélioration et la mise à jour des perspectives d'offre et de besoins, ce qui a impliqué :

- *L'actualisation des paramètres* utiles et l'enrichissement par de *nouveaux paramètres*.
- La conception d'un *nouveau modèle* de perspectives d'avenir (compte tenu des paramètres disponibles).
- La *programmation* de ce modèle et sa documentation.
- *L'analyse des résultats et la rédaction de rapports*.

Partant du modèle établi par le SPF Santé publique, les modèles rénovés ont visé à établir des perspectives d'offre et de besoins en nombres, en équivalents temps-plein et en densités, à divers horizons (de 2004 à 2054). Par rapport au modèle précédent, divers éléments ont été introduits ou modifiés, conformément aux intentions exprimées à la fin de la phase 1. Nous commentons ci-dessous le modèle « médecins » qui est le plus évolué. Un modèle analogue a été établi pour les dentistes, tenant compte des spécificités de cette profession et des sources disponibles.

#### **1.1. Effectifs de départ**

Les médecins diplômés de moins de 75 ans répertoriés dans le cadastre des professions de santé fin 2004 forment l'effectif de départ : 46 176 médecins dont 23 114 Néerlandophones et 23 062 Francophones. Ces valeurs sont déjà supérieures à celles prévues pour 2004 par le modèle initial (dont les effectifs de départ datent de 1999). Aussi, les nouvelles perspectives et les index sont-ils toujours plus élevés. On y ajoute la différence entre l'ensemble des diplômés de 2004 et ceux enregistrés dans le cadastre.

Le modèle analyse l'ensemble des médecins et non les seuls généralistes et spécialistes agréés. Il fournit en outre des perspectives spécifiques pour ceux qui prodiguent des soins INAMI.

Dans ces effectifs, la structure d'âges est très différente selon le genre : pour les hommes, elle est actuellement hypertrophiée entre 40 et 54 ans, suite à l'afflux de diplômés au cours des années 1975 à 1990. Cette particularité aura un impact important sur la force de travail disponible dans les vingt ans à venir : elle sera affectée par la baisse d'activité des aînés et par les nombreux départs prévisibles, lorsque ces fortes cohortes prendront leur retraite.

## 1.2. Influx de nouveaux diplômés

### 1.2.1. Influx des universités belges

Avant 2014, nous avons introduit les quota officiels, augmentés des futurs agrées admis « hors quota »<sup>7</sup>. Au delà, **plusieurs scénarios de numerus clausus** ont été testés :

- 875 ;
- 1025 ;
- un scénario susceptible d'assurer une stabilisation à long terme de l'accessibilité aux soins du côté néerlandophone (au cas où les futurs diplômés prodiguent des soins à l'INAMI comme par le passé et où la productivité des jeunes s'améliore avec le temps) : 1150 à partir de 2014 ; 1350 pendant les années '20 puis 1200, 1100 et enfin 1000 à partir de 2040.

Le nouveau modèle permet, si on le souhaite, de moduler facilement ces options et de les modifier à diverses dates charnières.

La **féménisation** à venir des futurs diplômés a été réévaluée, au vu des données les plus récentes (Bureau universitaire de statistiques, CReF et VLIR) ; elle pourrait ainsi s'accroître encore parmi les jeunes, jusqu'à un plafond fixé à 70%.

Les **répartitions par âge des influx** ont été recalculées (selon le genre et la Communauté).

### 1.2.2. Influx des universités étrangères

Les  *futures immigrations*  ont été estimées sur base des données du cadastre 2004. Elles s'élèvent à 143 diplômés du côté néerlandophone par groupe de cinq ans, et à 241 du côté francophone, conformément aux moyennes 2001-2004 des nouveaux agréments connus du cadastre.

La répartition par âge et la féménisation spécifiques des influx de diplômés d'universités étrangères ont également été calculées ; ces derniers sont nettement plus âgés en moyenne que les nouveaux diplômés issus des universités belges.

## 1.3. Taux de survie

De nouveaux taux de survie par genre, classes d'âges et communauté linguistique ont été utilisés ; ils tiennent compte de *l'amélioration de l'espérance de vie au fil du temps* (nous gagnons « une saison par an »), selon les données de l'INS-BFP. En outre, ils sont pondérés pour le niveau d'instruction, vu la *moindre mortalité avérée pour les classes bénéficiant d'un niveau d'instruction supérieur* (Gadeyne et al, 2001). Ils sont appliqués aux effectifs précités, augmentés d'année en année par les influx de nouveaux diplômés et diminués des sorties.

## 1.4. Taux de rétention et « pertes »

Le nombre de praticiens en activité est systématiquement inférieur à celui des diplômés.

<sup>7</sup> Soit 700 + 54 en 2004, 2005, 2010 et 2011 ; 700 + 74 de 2006 à 2009 ; 833 + 52 en 2012 ; 1025 en 2013.

Voici pour mémoire certains résultats à ce sujet (voir rapport d'une collaboration antérieure avec le SPF <sup>8</sup>).

En 1996, quelque 9 à 12% des diplômés étaient « inactifs », selon une définition d'activité propre à chaque source, soit légèrement plus qu'en 1990 (de 8 à 11% d'inactifs selon les mêmes sources) et nettement plus qu'en 1975 : 5% d'inactifs (cf. Tableau 1).

**Tableau 1 - Dénombrement des médecins selon les définitions et les sources**

	1975	1990	1996	1999
<b>1. Total des diplômés</b>				
TOTAL – SPF Santé publique (=MSP)	18 572	34 275	38 690	41 331
Total agréés INAMI	18 726	32 960	36 644	38 769
Total < 76 ans UCL-SESA	18 723	34 957	38 758	41 007
<b>2. « Actifs » ou « Prestataires » (d)</b>				
Avec pratique clinique MSP (a)	17 551	31 687	35 202	***
Prestataires INAMI (b-d)	***	28 850	32 414	
Actifs < 76 ans UCL-SESA (c)	17 744	31 024	34 053	35 817
<b>3. Soins curatifs</b>				
EqPerso en soins curatifs UCL-SESA (e)	15 608	25 979	28 687	29 842
<b>4. Part des « inactifs » ou des « non prestataires » (= « pertes »)</b>				
Recensement		15,5%		
Sans pratique clinique MSP en % Tot MSP	5,5%	7,6%	9,0%	***
Sans profil INAMI en % Agréés Inami	***	12,5%	11,5%	
Inactifs en % des <76 ans UCL-SESA	5,2%	11,3%	12,1%	12,7%

(a) Ayant au moins une prestation de soins dans l'année

(b) Médecins avec « profils » (en principe : ayant au moins une prestation de soins dans l'année).

(c) Ayant au moins un type d'activité répertoriée dans le système de santé en Belgique (y compris activités préventives, de recherche, d'enseignement et de gestion).

(d) Y compris les candidats spécialistes, tous considérés comme actifs prodiguant des soins curatifs

(e) EqPerso : les différentes activités d'un médecin sont répertoriées et la somme de ces activités est égale à 1 pour chaque médecin, quel que soit le nombre d'heures.

Sources : INS, SPF Santé publique, INAMI et UCL (in Info-Santé)

Le recensement de 1991 nous livrait une proportion un peu plus élevée d'inactifs, s'élevant à 15% ; mais il est probable que certaines activités aient été indûment codées en dehors du secteur de santé (par exemple un médecin dans un hôpital CPAS, peut avoir été répertorié dans le secteur social). Selon les données du recensement, un phénomène de pertes existe dans toutes les professions de santé (cf. Tableau 2) ; pour les médecins, ces pertes sont supérieures à celles des dentistes (< 10%), mais moindres que parmi les infirmières (17%) et les pharmaciens (18%). Ce recensement illustre aussi la spécificité de Bruxelles : la capitale connaît systématiquement un taux de pertes supérieur à la moyenne nationale. Cette particularité est accentuée parmi les généralistes (plus touchés par les difficultés d'emploi dans cette région) que parmi les spécialistes.

<sup>8</sup> Delière D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G, "Ressources humaines en santé - Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen", juin 2004 : 256, [www.sesa.ucl.ac.be](http://www.sesa.ucl.ac.be) et Rapport de synthèse, 2005 : VIII + 27, Service public fédéral « Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement », DG - Soins de Santé primaires.

**Tableau 2 – Ampleur des pertes parmi les professionnels de la santé:**  
**% sans activité dans le secteur de la santé (Recensement 1991)**

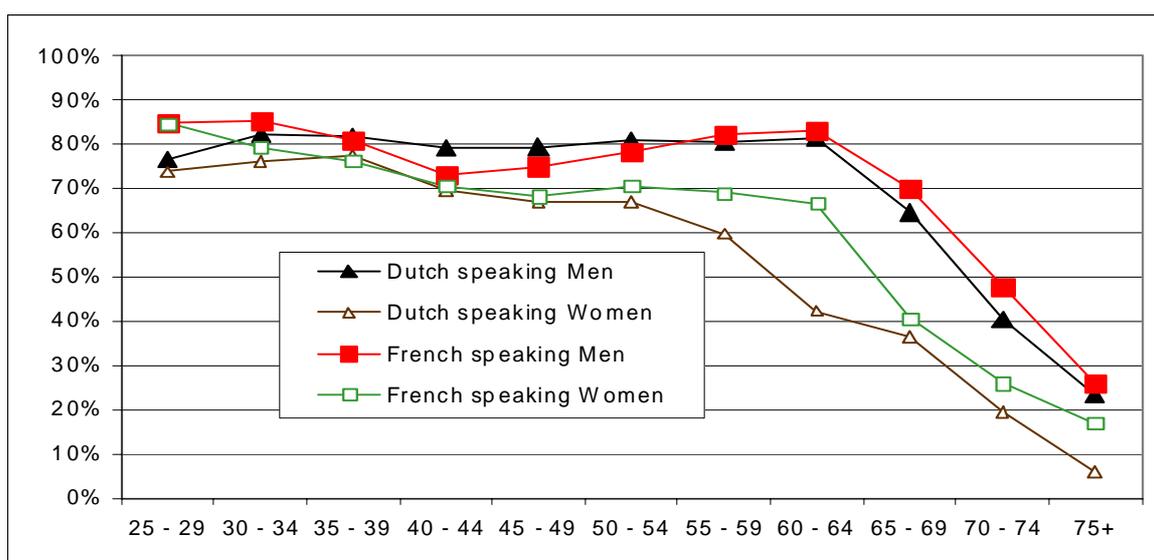
	<b>Pays</b>	<b>Dont : Région bruxelloise</b>
Médecins généralistes	15,5%	20,4%
Médecins spécialistes	15,0%	16,0%
Médecins : total	15,3%	18,0%
Dentistes	9,5%	11,6%
Pharmaciens	18,0%	26,0%
Infirmiers	16,6%	17,1%

Source : Recensement 1991 de la population (INS), travaillé par SESA, in Info-Santé.

Nous avons dès lors proposé des scénarios intégrant cette notion de « pertes » dans les perspectives d'offre, selon les taux de rétention calculés à partir de statistiques communiquées par l'INAMI (scénarios A du modèle) :

- Fraction **des habilités INAMI et encore « potentiellement disponibles »** (= les « agréés actifs » selon la terminologie INAMI) : quel que soit l'âge, cette fraction n'atteint jamais 100% ; elle diminue notamment à partir de 65 ans dans toutes les catégories (selon le genre et la Communauté). Si, du côté néerlandophone, le pourcentage reste supérieur à 90% jusqu'à 65 ans (60 ans pour les femmes), il chute dès la trentaine du côté francophone où il descend jusqu'à quelque 75% vers la quarantaine, pour remonter ensuite.
- **Taux de rétention en soins curatifs** : pourcentage de médecins ayant effectué au moins un acte connu de l'INAMI parmi les habilités INAMI et potentiellement disponibles ; taux par âge, genre et régime linguistique. Ici aussi, on constate des « pertes » à tout âge et pour les deux Communautés. Pour simplifier, ces taux peuvent aussi être calculés par rapport à l'ensemble des diplômés (cf. Figure 1).

**Figure 1 – Taux de rétention en soins curatifs\*, dans l'ensemble des diplômés**



\* Y compris tous les candidats-spécialistes (mais sans ceux prodiguant des soins uniquement sous la nomenclature de l'art dentaire), par rapport à l'ensemble des diplômés recensés dans le cadastre.

Source : calculs UCL, sur base de données de profils INAMI de 2003 et du cadastre 2003.

Au total, par rapport à l'ensemble des diplômés de moins de 75 ans, la fraction continuant à prodiguer des soins (fût-ce de façon minimale), est identique pour les deux Communautés : trois quarts de l'ensemble des diplômés, en 2003 comme en 2004 ; il en va de même pour l'évolution par âge.

Si les pertes sont plus importantes parmi les femmes (rétention à 71% en 2003, versus 77% pour leurs confrères), l'évolution par âge est assez similaire pour les deux genres ; les pertes s'accroissent à partir de 65 ans (55-60 ans pour les femmes).

Ces taux de rétention par âge et genre sont appliqués aux survivants estimés à divers horizons ; ce faisant, on suppose que le profil de ces taux reflète une évolution normale de carrière et non une spécificité liée aux cohortes.

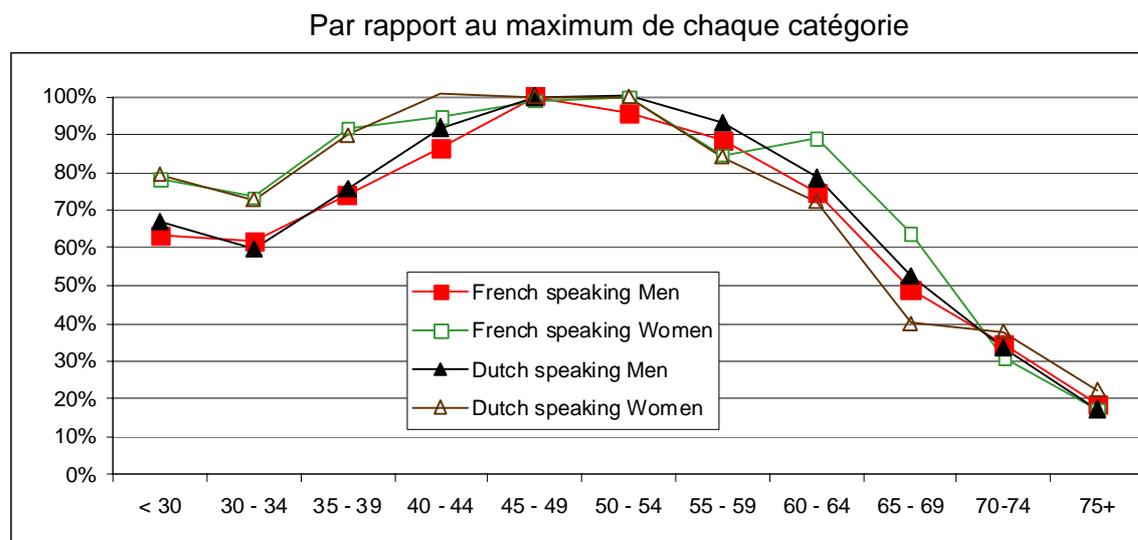
### 1.5. Volume d'activité : profils par âge et genre

Les nombres de médecins (habilités INAMI et prodiguant des soins) sont ensuite estimés en équivalents temps-plein. Cet indicateur pondère les effectifs bruts dans chaque Communauté, en tenant compte des différences d'activité par âge et genre. Plutôt que d'utiliser une « courbe de Saugmann » non spécifique à la Belgique, nous avons pu nous baser sur les statistiques récentes des « profils » d'activité de soins de l'INAMI (Figure 2). Ils sont exprimés en index par rapport à la catégorie d'âges d'activité maximale prise comme base « 1 » dans chaque Communauté. Ces index sont appliqués aux pyramides d'âges et genre estimées pour les années à venir, et ce selon deux scénarios :

- Sur base des **index d'activité potentielle** (scénario p) : aux âges « jeunes », les professionnels sont comptabilisés à « un », leur potentiel d'activité étant posé comme égal à celui de la catégorie d'âges des praticiens dont l'activité est maximale ; au delà de 55 ans, les index d'activité réelle sont utilisés et supposés stables dans le temps ; l'activité professionnelle des femmes est posée à 80% de celle de leurs confrères masculins de même âge.
- Selon un scénario **d'activité croissant avec le temps** pour les classes d'âges inférieures à 55 ans (scénario q), sur base des **index d'activité réelle de l'offre** en 2003. Dans l'état actuel du modèle, on subodore que la raréfaction de la force de travail consécutive au numerus clausus et au vieillissement des effectifs pourrait entraîner une évolution à la hausse de l'activité parmi les classes jeunes, notamment du côté francophone ; en les rapprochant peu à peu du potentiel maximal de « un », on édulcore ainsi quelque peu l'impact de la diminution séculaire de la durée de travail.

Ces **équivalents temps-plein** sont calculés par Communauté, mais ne sont pas additionnés, vu qu'ils sont bâtis sur une base « 1 » dont la valeur diffère selon les Communautés.

**Figure 2 – Index du volume relatif d'activité selon les moyennes de « contacts-patients » \* réalisés par ceux ayant au moins un acte INAMI \*\***



\* NB Afin de tenir compte du temps nécessaire, les visites ont été pondérées par rapport aux consultations, selon le % de visites par classe d'âges ; les contacts patients des spécialistes ont aussi été pondérés par rapport au temps moyen des contacts de généralistes (selon résultats de l'enquête sur la charge de travail (Leroy, 1997).

\*\* Y compris tous candidats-spécialistes estimés selon l'activité de la catégorie supérieure

Source : calculs UCL sur base de données INAMI (profils, 2003)

L'allure générale de la courbe est la même pour les deux genres, ainsi que pour les deux régimes linguistiques (cf. Figure 2). Le déclin d'activité est rapide après 55 ans. Mais ces profils concernent des courbes dont les moyennes diffèrent : les femmes effectuent moins de contacts que les hommes (79% en 2003) et les Francophones moins que les Néerlandophones (74% en 2003). Ces différences ne se marquent pas dans les index, lesquels sont calculés par rapport au maximum à l'intérieur de chaque catégorie.

## 1.6. La réduction séculaire du temps de travail

La réduction séculaire de la durée de travail est estimée à  $-0.03\%$  par an (base : OCDE). La combinaison de l'index d'activité potentielle et de cette réduction séculaire du temps de travail, permet de calculer des index en équivalents temps-plein (ETP ou FTE), pondérés par un coefficient dit RTT (ou WTR).

## 1.7. Densités

Plusieurs types de densités sont calculés. Tout d'abord, les **densités brutes** qui attribuent la totalité des diplômés d'un régime linguistique à la Communauté de même langue en la rapportant à la population correspondante, selon les perspectives de l'Institut national de statistiques en collaboration avec le Bureau fédéral du Plan (2000-2050).

Afin de tenir compte des migrations internes de professionnels entre la Flandre et la Wallonie, des **densités « corrigées »** ont aussi été calculées (sur base de statistiques de l'INAMI en 2002).

Enfin, les **densités « pondérées »** tiennent compte de l'effet dit « mécanique » du vieillissement, en utilisant comme dénominateur une population « pondérée », calculée en appliquant aux structures d'âge actuelles et à venir les taux de consommation par âge estimés selon le profil de l'enquête de santé de 2001 (Institut scientifique de Santé publique, selon leurs données mises à jour sur le Web).

L'indicateur de consommation utilisé ici est celui des « contacts-patients » par personne, soit un indicateur de « demande primaire ». Il est basé sur les profils par âge des contacts (taux de recours et pourcentage de visites). Ces contacts-patients ont été pondérés pour tenir compte du surcroît de temps nécessaire pour les visites à domicile (dont la proportion varie selon l'âge des patients) : + 47% de temps selon l'enquête de Leroy, et aussi du fait que les contacts-patients ne représentent qu'une fraction de l'activité des spécialistes.

En appliquant ces profils aux structures d'âges attendues, on a pu calculer une population dite « pondérée » et son évolution à venir (cf. Tableau 3) ; celle-ci peut alors servir de dénominateur pour calculer des densités dites « pondérées » de médecins (en ETP\_RTT), lesquelles expriment l'évolution de l'accessibilité aux soins.

### Tableau 3 – Perspectives de population : Index pour 1 = 2004

#### *Perspectives de population*

	2004	2024	2044
Belgique	1	1,04	1,05
Communauté flamande	1	1,02	1,02
Communauté française	1	1,06	1,11

#### *Population pondérée selon profils par âge des contacts-patients par rapport à la moyenne*

	2004	2024	2044
Belgique	1	1,09	1,15
Communauté flamande	1	<b>1,09</b>	1,12
Communauté française	1	<b>1,10</b>	1,19

En 2024, les effets combinés de la croissance démographique et du vieillissement auront entraîné une croissance des « besoins » de l'ordre de 9 à 10% en vingt ans, très proches selon les Communautés. Cette croissance est réelle mais relativement faible. Elle est un peu plus basse que celle basée sur les honoraires médicaux : + 12% de 2005 à 2025 (Dercq JP, Commission de Planification de décembre 2005). Elle est aussi inférieure à celle qui tient compte d'autres facteurs de croissance : l'augmentation de la consommation de soins, stimulée par les progrès techniques, l'élévation du niveau de formation et l'amélioration du bien-être (= la « tendance lourde » selon la terminologie du Bureau fédéral du Plan).

## 1.8. Evolution de la programmation

Le modèle rénové présente de nombreuses évolutions par rapport au modèle initial.

### a) Les scénarios

- Le modèle calcule des résultats selon **plusieurs scénarios de numerus clausus**, afin de fournir une fourchette d'estimation, répondant ainsi à certains vœux émis au sein de la Commission de Planification.
- Pour chacun de ces scénarios, le modèle permet quatre hypothèses, selon le niveau de **taux de rétention** et **l'évolution des profils d'activité** à travers le temps ; ceci facilitera la prise en compte de modifications éventuelles en matière « d'effectivité de la pratique », comme suggéré par le Président de la Commission de Planification (décembre 2005).

### b) Les influx :

- Le modèle indique les **influx année par année** (et non par groupe de 5 ans), facilitant les mises à jour pour les années récentes.
- Il distingue les futurs diplômés des universités belges et étrangères et affine pour chacun d'eux une **structure par âge spécifique**.
- Il permet de tenir compte des médecins agréés « **hors quota** » et aussi des diplômés non agréés (dits en **surquota**) et fournit des perspectives spécifiques pour ces deux groupes.
- Il intègre le suivi annuel de la somme des **agrément officiels**.

### c) Les autres paramètres

- Le modèle calcule et tient compte de la **croissance de la féminisation** parmi les influx et pour les effectifs à venir.
- Il tient compte de **l'amélioration de l'espérance de vie à travers le temps**
- Il intègre des **taux de rétention** : ceux au sein de l'INAMI et ceux parmi les médecins continuant à y prodiguer des soins.

### d) Les résultats

- Le modèle informe sur les nombres absolus et les densités des **divers types de praticiens (total des survivants, habilités INAMI et prodiguant des soins)**.
- Il ajoute des **densités corrigées** (pour migrations internes) et des densités « **pondérées** » (fournissant un indicateur d'accessibilité aux soins). L'indicateur se base sur les « *contacts-patients* » (moins influencés par la technologie et les frais professionnels que les dépenses de santé) ; il est *calculé à partir de moyennes*, et il utilise ainsi des populations dites « pondérées » intelligibles (comparables aux 10 millions d'habitants actuels).

- Il calcule des **index basés sur 2004**, ce qui permet d'augurer de l'avenir à partir d'une date récente (au lieu de 1999).
- Il analyse un **coefficient de vieillissement**, contrairement au modèle initial du SPF qui privilégie un indicateur de « jeunesse ».
- Il présente des **graphiques** préconstruits, permettant de comparer les résultats des divers scénarios.
- Il ajoute un module indiquant le **nombre de nouveaux spécialistes à prévoir** selon le niveau de numerus clausus retenu et le % de spécialistes souhaité.

e) Les « facilitateurs »

- Le modèle présente pour chaque feuille une « **table des matières** », permettant d'en connaître le contenu et de retrouver facilement les zones recherchées.
- Il contient dans chaque feuille une zone indiquant les **modalités de mise à jour**.
- Il tente de **faciliter les mises à jour**, en permettant à toutes les zones de dates de se modifier automatiquement, dès que l'on change d'année de base.
- Enfin, nombre de **libellés de lignes** ont été modifiés, tentant ainsi de clarifier des abréviations souvent sibyllines.

## 2. L'AVENIR DE L'OFFRE ET L'EFFET DES EVOLUTIONS DEMOGRAPHIQUES

### 2.1. Perspectives d'offre : nombre d'individus et densités

Même si on maintenait l'influx à 875, les **nombre absolus continueront à croître** jusqu'au milieu des années '20. Mais, **la croissance affectera moins ceux prodiguant des soins**. Ces derniers constituent actuellement 74% des effectifs et, à taux de rétention inchangés, ils passeront à 69% en 2024, vu le vieillissement et la féminisation. Il sera dès lors nécessaire d'examiner si la rétention en soins curatifs s'améliorera au fil du temps, à mesure que s'étiolera la force de travail ou si elle s'aggravera suite à la détérioration des conditions de travail ; l'on pourra ensuite intégrer dans le modèle d'éventuels changements attendus par rapport aux taux actuels.

Les évolutions numériques informent mal sur la situation du « marché » ; il vaut mieux analyser les densités attendues, puis surtout la « force de travail » à venir (en équivalents temps-plein : cf. section suivante).

Les **densités de professionnels** diffèrent beaucoup entre les pays, entre les Communautés et entre les provinces. Les densités brutes sont souvent utilisées pour diverses comparaisons géographiques et temporelles ; c'est un indicateur aisé, mais cependant défectueux pour ces deux usages. En effet, de telles comparaisons procurent une vue fallacieuse pour les raisons suivantes :

- a) De nombreux diplômés *quittent les soins curatifs* en cours de carrière : environ un quart des médecins en Belgique.
- b) Des *migrations de professionnels entre la Flandre et la Wallonie* diminuent fortement les écarts apparents entre Communautés.
- c) Le *volume d'activité varie selon l'âge, le genre et la Communauté* :
  - i/ L'activité croît en début de carrière et diminue après 55 ans.
  - ii/ Les femmes ont une moindre activité professionnelle que leurs confrères ; quelque 20% de temps en moins ; c'est la pondération retenue dans le modèle.
  - iii/ Les différences de productivité sont importantes entre les Communautés linguistiques : un médecin francophone fournit en 2003 environ un quart de contacts-patients en moins que son confrère néerlandophone. Les écarts de densités entre Communautés se voient ainsi largement compensés. Néanmoins, les écarts de dépenses de soins sont inférieurs à ceux des contacts-patients.
  - iv/ La population vieillira et, par conséquent, sa consommation de soins augmentera ; les densités brutes ne reflèteront donc pas la même accessibilité dans l'avenir que les densités actuelles.
  - v/ La consommation de soins croît depuis des décennies et donc aussi les « besoins » en personnels ; cette tendance perdurera.

Les *écarts de densités entre régions* sont souvent présentés comme une preuve de « pléthore » du côté francophone. Or nous venons de noter que ces écarts diminuent si l'on tient compte des migrations internes, et qu'ils disparaissent quasiment si l'on prend en

compte les différences de productivité. A noter aussi que, à l'intérieur de chaque Région, les écarts de densités entre provinces sont bien plus marqués, sans que personne ne s'en émeuve.

Les densités brutes illustrent mal l'évolution à venir de *l'accessibilité aux soins* ; en effet, il faut tenir compte en outre des évolutions de productivité de l'offre et du vieillissement de la population (cf. sections 2.2. et 3). En réalité, l'accessibilité aux soins diminuera fortement dans pratiquement tous les scénarios.

## 2.2. Les équivalents temps-plein (ETP\_RTT)

Les densités de médecins ne rendent pas compte du **vieillissement de la profession, lequel sera très sévère**, car il touchera les cohortes très fournies issues des promotions des années '70 et '80. Les effets en seront importants : retraites précoces et baisses d'activité. Ces effets sont pris en compte ci-dessous.

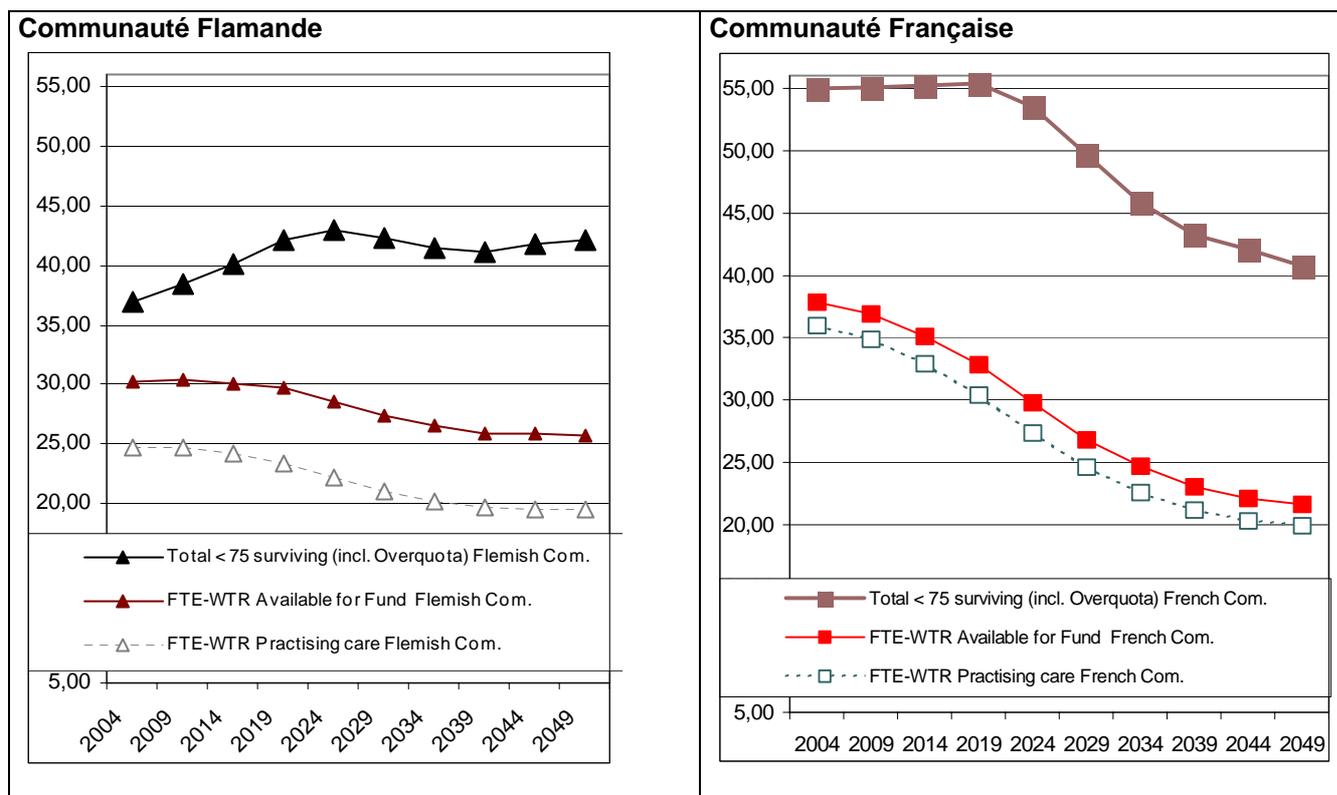
Les **équivalents temps-plein (ETP)** fournissent une idée plus précise de la force de travail réelle : les effectifs bruts sont alors pondérés pour tenir compte de leur volume relatif d'activité par âge et genre ; en effet, les médecins diminuent leur activité dès l'âge de 55 ans et les femmes ont une activité professionnelle inférieure à celle de leurs confrères. Vu le vieillissement et la féminisation de la profession, ces deux facteurs se conjugueront pour affaiblir la force de travail. Celle-ci subira en outre l'impact de la réduction séculaire du temps de travail pour les deux sexes (RTT). Ces impacts se produiront alors même que les populations à venir seront vieillissantes, phénomène que l'on prend en compte par l'indicateur d'accessibilité aux soins : les densités dites « pondérées » (cf. section 1.7).

L'évolution à venir prend ainsi une allure toute différente (cf. Figure 3, scénario Ap) :

- Les **différences entre les indicateurs d'offre** analysés sont très importantes : pour les densités dites « pondérées », les écarts vont du simple au double, selon que l'on en reste aux densités d'effectifs globaux (courbe supérieure) ou que l'on se base sur les seuls médecins dits « curatifs » exprimés en ETP\_RTT (deux courbes inférieures).
- Même pondérées (pour tenir compte du vieillissement de la population), les densités des effectifs globaux continueront à croître du côté néerlandophone, tandis que **l'accessibilité aux soins diminuera** (en densités pondérées d'ETP\_RTT).

**Figure 3 – Densités pondérées d’offre de médecins (Effectifs totaux et ETP\_RTT)**

Scénario 1025 Ap



NB Les densités francophones et flamandes ne sont pas immédiatement comparables, vu la différence de productivité entre Communautés, notamment pour le calcul des ETP

Légende : FTE-WTR = ETP-RTT = équivalents temps plein (vu vieillissement et féminisation du corps médical et profils de production par âge et sexe), modulés par la baisse séculaire du temps de travail.

Scénario Ap : Les % de médecins prodiguant des soins selon taux de 2003 et profils par âge et genre de la production diminuant à partir de 55 ans.

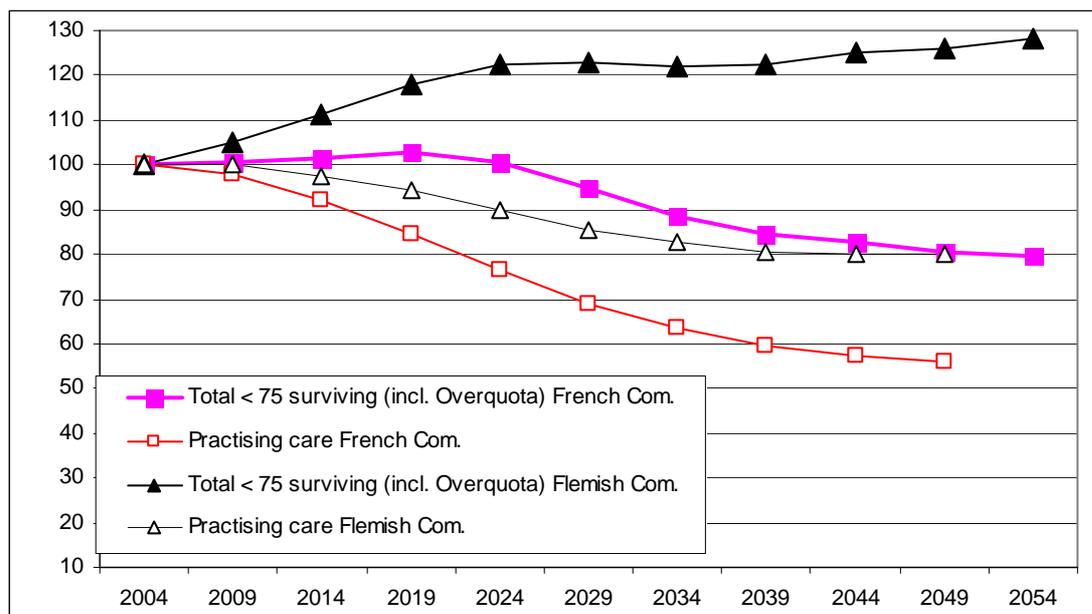
**La chute de l’accessibilité aux soins sera nette pour les deux Communautés.** Les index d’évolution des densités permettent de suivre l’impact relatif des évolutions, pour chaque Communauté par rapport à sa situation spécifique en 2004. La Figure 4 présente les effets attendus dans l’hypothèse où les comportements ne s’adaptent pas (scénario Ap). Selon le scénario Aq, la chute serait atténuée de quelques points ; ce scénario sera pris en compte à la section 3.2.1.

- Pour les trois scénarios retenus pour le numerus clausus, l’accessibilité aux soins diminuera *du côté francophone* : pour un numerus fixé à 1025 (scénario Ap), la chute atteindra près d’un quart en 2024, et même plus de 40% vers 2044 (selon la clé de répartition 40-60 pour le partage entre Communautés).
- L’impact du numerus clausus sur l’accessibilité aux soins sera moindre *pour les Néerlandophones* : moins 10% en vingt ans, moins 20% en quarante ans ; en effet, leur force de travail sera moins touchée car, s’ils disposent de 50% des médecins, 60% des nouveaux diplômés leur sont dévolus, permettant ainsi de compenser graduellement les écarts de densités avec leurs confrères du Sud.

Les ETP sont estimés en calculant des index de production par rapport à la catégorie d’activité maximale propre à chaque Communauté ; aussi, les valeurs de la base « un » différentes et les volumes d’activité utilisés pour estimer les ETP négligent dès lors le fait

que les **médecins francophones voient en moyenne moins de patients**. Les praticiens francophones disposent donc d'une marge de manœuvre supérieure pour adapter leurs comportements face aux chutes de la force de travail qui pointent à l'horizon (si du moins ils le souhaitent) ; reste à savoir aussi si une telle évolution est souhaitable dans un contexte de chômage important, où il vaut peut-être mieux partager le travail disponible sur un plus grand nombre de têtes. Avec le temps, les écarts de production entre Communautés pourraient donc diminuer, accentuant ainsi le rapprochement déjà prévisible en matière de densités.

**Figure 4 – Index des densités brutes globales (tous survivants) et des densités pondérées d'offre d'ETP-RTT pour les praticiens « curatifs » (100 = 2004) - Scénario : 1025 Ap**



Légende : FTE-WTR ou ETP-RTT= équivalents temps plein, compte tenu du vieillissement et de la féminisation du corps médical et des profils de production par âge et sexe, ainsi que de la baisse séculaire du temps de travail.

Scénario Ap : Les % de médecins prodiguant des soins comme par le passé et profils par âge et genre de la production diminuant à partir de 55 ans.

### 2.3. Les fonctions non curatives

Le modèle fournit des perspectives d'avenir pour l'ensemble des diplômés et estime la fraction d'entre eux qui prodigueront des soins, fût-ce à temps très partiel. La différence entre ces deux perspectives comprend des diplômés définitivement hors circuit (migrations, abandons, retraites précoces, ...) et des médecins encore actifs dans des fonctions utiles au système de santé, sans pour autant y prodiguer des soins. A ce stade, des perspectives spécifiques pour ces fonctions sont malaisées, faute de stock de départ actuellement identifié dans le cadastre. En ce qui concerne les influx, seules certaines de ces fonctions bénéficient de titre officiel (médecine du travail, gestion de données, ...). De plus, ces spécialisations peuvent s'acquérir après obtention d'un agrément dans la catégorie des médecins curatifs. Des perspectives correctes, nécessiteraient donc :

- l'enregistrement des diverses fonctions exercées par les diplômés (après réalisation des divers couplages prévus, le cadastre pourra peut-être y parvenir) ;
- le suivi méticuleux des spécialités non-curatives et aussi des spécialités curatives abandonnées par ceux qui réorientent leur carrière vers ces nouvelles fonctions.

### 3. LES PERSPECTIVES DE « BESOINS »

Nous proposerons deux approches pour estimer les besoins de soins (section 3.1). S'ensuivront les conclusions quant au nombre souhaitable de nouveaux diplômés (section 3.2). Malgré les fortes densités de médecins dans notre pays, des situations de sous-consommation existent encore (section 3.3).

#### 3.1. Perspectives de besoins selon les évolutions des taux de recours

Tenter d'estimer les « besoins » en personnels de santé à venir constitue une entreprise périlleuse, tant sont multiples les éléments susceptibles de les infléchir. Deux voies sont proposées ci-dessous : selon l'hypothèse d'une consommation actuelle demeurant inchangée à l'avenir ou selon le scénario d'un recours aux soins poursuivant sa croissance comme par le passé. A considérer la consommation actuelle comme stable pour l'avenir, grands sont les risques de se tromper. Rappelons à cet égard que des revues médicales annonçaient des pléthores à venir dès la fin du ... 19<sup>e</sup> siècle ! Depuis lors, il y a dix fois plus de médecins ! Un scénario à consommation croissante nous paraît dès lors plus probable.

##### 3.1.1. L'avenir des consommations à taux constants

On a déjà pu estimer l'impact à venir sur l'accessibilité aux soins des facteurs démographiques dont le futur est déjà bien dessiné (cf. section 2.2). Nous avons pu confirmer ce constat par une autre voie basée sur les statistiques de l'INAMI. A partir des statistiques globales du Régime général (soit 89% de la population), des taux de recours spécifiques ont été calculés, d'une part pour le groupe des pensionnés et des veuves (dits les « âgés ») et, d'autre part, pour les autres catégories (actifs et invalides, dits les « jeunes et adultes ») (INAMI, séries UCL in INFO-SANTE). Ils confirment la **forte propension à consulter des âgés** et mettent en évidence leur *préférence pour les généralistes* et, tout particulièrement, *pour leurs visites à domicile*. Apparaît aussi une **évolution des recours plus soutenue parmi les âgés**, pouvant être liée à un effet générationnel, vu que l'intensité du vieillissement (la croissance plus rapide des très âgés parmi les âgés) ne joue guère au cours de cette période. Enfin, tant pour les âgés, que pour les « jeunes et adultes », les **taux de recours au généraliste ont diminué entre 1989 et 2004**, tandis qu'on assiste à une **forte croissance du côté des spécialistes** : respectivement moins 7% et moins 16% en quinze ans pour les généralistes, contre + 47% et + 18% pour les spécialistes (cf. Tableau 4).

Les taux de recours de 2004 ont été appliqués aux effectifs attendus de la population pour les âges correspondants (<65 ans et 65+). Les indices d'évolution par rapport à 2004 ont été utilisés comme indicateur de l'évolution des « besoins » en médecins pour l'avenir, respectivement pour les généralistes et les spécialistes. Cette estimation dite « à consommation constante » indique l'impact des effets démographiques : croissance de la population et effet dit « mécanique » du vieillissement (voir résultats à la section 3.1.3).

Une telle approche est minimaliste, vu les profondes tendances à la hausse pour les spécialistes, liées notamment aux progrès du bien-être et des percées technologiques : or les recours vers les spécialistes ont régulièrement crû dans le passé et la désaffection pour les visites des généralistes ne compense pas cette augmentation (cf. Tableau 4) ; il n'y a guère de raison que ces mouvements s'arrêtent brusquement. Maintenir les taux de 2004 constants pour l'avenir constitue donc une hypothèse d'école se traduisant par un brusque infléchissement des tendances. D'où le scénario alternatif à la section 3.1.2. ci-dessous.

**Tableau 4 – Taux de recours au médecin par assuré du Régime général (a)**

Index pour 100% = 1989	Pensionnés et veuves			Actifs et invalides		
	1989	1994	2004	1989	1994	2004
Visites+assist. ambulance	100 %	92 %	<b>74 %</b>	100 %	83 %	50 %
Consult.+avis généraliste	100 %	108 %	141 %	100 %	101 %	103 %
Tot.Contacts généralistes	100 %	97 %	<b>93 %</b>	100 %	95 %	84 %
Tot. Contacts spécialistes	100 %	112 %	<b>147 %</b>	100 %	109 %	118 %

(a) Ces taux sont calculés par assuré payant à l'acte (hors ceux ayant choisi le forfait) ; ils incluent les contacts des personnes à charge<sup>8</sup>.

Source : Base INAMI (séries UCL in INFO-SANTE) – calculs UCL

### 3.1.2. L'avenir des consommations à taux évoluant avec le temps

Les experts s'accordent pour considérer que les **dépenses de santé vont encore croître** à l'avenir ; à ce sujet, on peut se référer aux travaux du Bureau fédéral du Plan et, au niveau international, à ceux de Lister (in Barnard, 2003) et de Mayhew (2000). Tous estiment que cette croissance ne sera que **faiblement influencée par le vieillissement**, mais beaucoup plus par trois autres facteurs : l'effet « morbidité » (la santé se détériore avec l'âge), l'effet « génération » (l'arrivée aux âges avancés de générations habituées à se soigner) et l'effet « société » (une propension accrue aux soins, grâce aux progrès du bien-être). Selon les travaux du Bureau fédéral du Plan, seuls 22% de la croissance des dépenses de santé seront dues au vieillissement ; l'essentiel des développements attendus (dits « tendance lourde ») relèvera d'autres facteurs, notamment les progrès du PIB (pour autant que celui-ci continue à croître comme escompté). Nous avons dès lors tenté une approche alternative pour estimer l'avenir des « besoins » en médecins, en vue de prendre en compte les tendances en cours (tout en sachant que les politiques pourraient en infléchir le cours).

Nous avons dès lors estimé l'évolution possible des recours sous l'hypothèse d'une combinaison des effets démographiques avec l'évolution dans le temps des taux de recours par âge. A cette fin, les taux moyens des « âgés » et ceux des « jeunes et adultes » ont été extrapolés (par la méthode des moindres carrés, à partir des tendances récentes : 1994-2004<sup>11</sup>). Pour les deux groupes, les taux de recours au médecin généraliste vont continuer

<sup>9</sup> Les descendants à charge et les orphelins ne forment que 3% de l'ensemble « veuves et orphelins » et ne peuvent donc guère peser fort sur les résultats.

<sup>11</sup> Ces deux années se situent relativement bas sur la courbe d'évolution ; calculées sur les tendances longues, (à partir de 1988), les résultats sont à peine plus élevés : 4 points de % en plus pour les généralistes, un seul pour les spécialistes.

à baisser et ceux vers les spécialistes vont encore croître (cf. Tableau 5). Cette évolution négative pour les généralistes est due à la dégringolade des visites à domicile, donc à un changement de pratique de la part de l'offre ; à tel point que le taux de visites pourrait devenir quasi nul pour les jeunes et les adultes ! Ce scénario extrême n'est pas impossible, au vu du niveau très faible de ce type d'actes aux Etats-Unis et au Canada.

En appliquant ces taux aux effectifs de population à venir, on estime l'effet combiné recherché. L'effet sur les « besoins » en médecins s'en trouve ainsi profondément modifié, notamment du fait de la chute des visites, lesquelles requièrent près de 50% de temps en plus que les consultations (Leroy, 1997). En pondérant dès lors les perspectives de visites par 1,5 (et les avis par 0.2<sup>12</sup>), on peut calculer l'évolution à venir de la force de travail de généralistes nécessaire pour faire face aux recours de la population (cf. Tableau 5 et synthèse à la section 3.1.3).

**Tableau 5 – Index d'évolution des « besoins » en médecins pour les soins (a) - 100 = 2004**

Selon l'évolution des recours (contacts-patients) (a)

	A taux de recours constants			A taux de recours évoluant selon tendances récentes		
	2004	2014	2024	2004	2014	2024
Visites & assistance en ambulance	100%	106%	118%	100%	66%	38%
Consultations et avis du généraliste	100%	102%	105%	100%	112%	125%
Activité totale des généralistes (b)	100%	104%	<b>111%</b>	100%	92%	<b>87%</b>
Total Contacts spécialistes	100%	102%	<b>105%</b>	100%	113%	<b>130%</b>

(a) Compte tenu des évolutions démographiques et des hypothèses de recours.

(b) Pour l'activité totale des généralistes : en pondérant les visites par 1.47 et les avis par 0.2.

Source : Consultations et visites du Régime général et assurés (hors ceux ayant choisi le forfait) – INAMI, In Info-Santé

### 3.1.3. L'évolution des « besoins » en médecins

Les hypothèses relatives à l'avenir des recours s'avèrent ainsi cruciales pour estimer les « besoins » à venir des médecins prodiguant des soins (les médecins dits « curatifs ») (cf. Tableau 5 et Figure 5) :

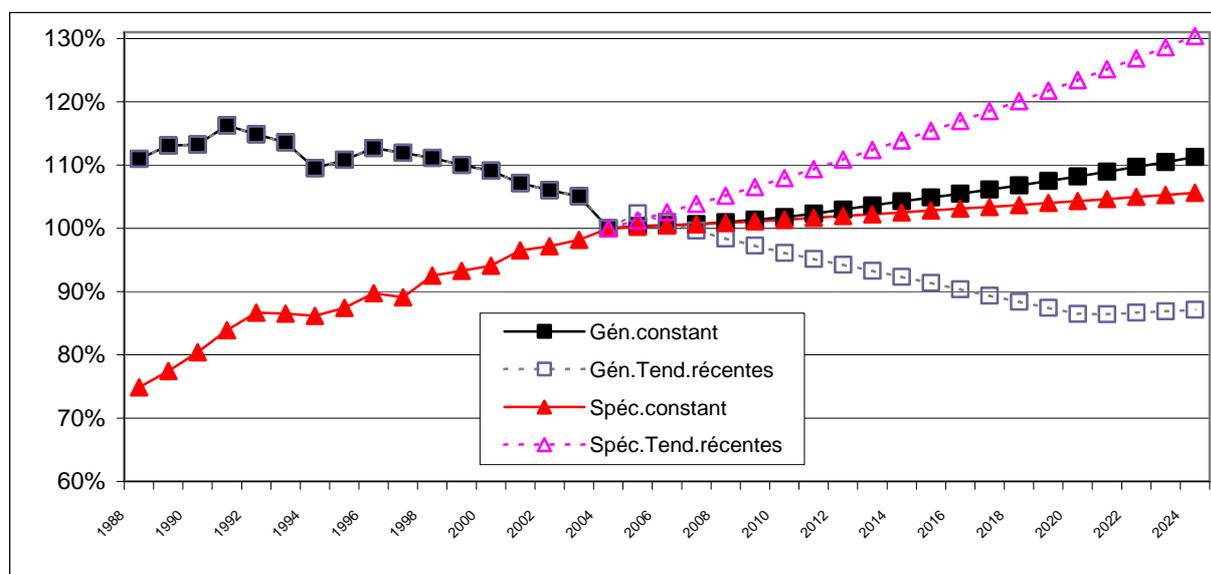
- A eux seuls, les **effets démographiques** n'induisent qu'une *croissance faible des « besoins »* en médecins curatifs et d'ampleur relativement proche pour les généralistes et les spécialistes : respectivement + 11% et + 5% en vingt ans (traits pleins au centre de la Figure 5).

<sup>12</sup> Les honoraires pour avis s'étagent de 16% à 25% de ceux des consultations, selon le statut du généraliste (droits acquis, agréés sans ou avec accréditation).

- Par contre, **si les taux de contacts-patients évoluent comme par le passé**, la dégringolade des visites à domicile entraînerait une *diminution nette des « besoins » en généralistes* (- 13%, malgré le vieillissement de la population) ; quant au « besoin » en spécialistes, *il bondirait* encore de 30% d'ici à 2024 (traits clairs aux extrêmes de la Figure 5). Notons, qu'à ce stade, l'impact de la surmédicalisation n'est pas pris en compte, pas plus que les phénomènes de sous-consommation (cf. section 3.3) et de surconsommation.

Il s'agit de deux hypothèses extrêmes, fournissant ainsi une fourchette d'estimation pour les « besoins » à venir.

**Figure 5 – Index d'évolution des « besoins » en médecins curatifs – 100 = 2004**



## 3.2. « Besoins » de nouveaux diplômés

Examinons d'abord les quotas globaux souhaitables, puis la répartition entre généralistes et spécialistes.

### 3.2.1. Quota globaux

#### a) Principes généraux

Le numerus clausus vise surtout à contingenter l'accès au financement par l'INAMI. Un des critères actuellement retenu au sein de la Commission de Planification est de stabiliser l'accessibilité aux soins au niveau actuel de la Communauté flamande, et ce sur base des densités pondérées des médecins agréés en équivalents temps-plein (ETP-RTT). Nous proposons de viser plutôt à stabiliser ces densités pour les seuls *prestataires de soins*, que nous symboliserons par  $fC1$ . Si la proportion de médecins « curatifs » reste identique à l'avenir, les deux méthodes se valent, mais rien n'est moins sûr, comme discuté ci-dessous.

Il reste donc à définir :

- quel scénario retenir pour apprécier la stabilisation à viser,
- si l'on se base sur l'ensemble des diplômés ou si on se limite aux seuls « agréés » (à l'exclusion donc des généralistes non agréés selon la nouvelle définition) et
- s'il est opportun ou non de tenir compte des taux de rétention.

La figure 6 schématise les flux attendus : les zones forcées aboutissent au nombre cible  $fC1$ . Seule une fraction des nouveaux diplômés s'y retrouveront ; les autres seront interdits d'agrément (les « surquota ») ou y renonceront ; en outre, parmi les « agréés », certains abandonneront les soins ou n'auront pas d'activité suffisante pour maintenir leur agrément.

Traduite en équation, la situation est la suivante :

- Stock au temps 1 :

$$D1 = L1 + N1 \quad \text{avec } L = \text{Agréés (=licensed)} \\ N = \text{Non agréés}$$

Ces deux groupes provenant de cohortes ayant eu le droit de prodiguer des soins quand ils ont obtenu leur diplôme

et

$$D1 = (C1 + X1) + N1 \quad \text{avec } C = \text{Médecins « curatifs »} \\ X = \text{Ex curatifs}^{13}$$

et

$$D1 = C1 + P1 \quad \text{avec } P = \text{« Pertes » pour le curatif} = X + N \\ P \text{ incluant des diplômés en inactivité temporaire et} \\ \text{ceux ayant définitivement réorienté leur carrière}$$

- Nouveaux diplômés =  $l + n$  avec  $l$  = nouveaux agréés et  $n$  = nouveaux non agréés
  - $l$  pouvant être égal ou non au quota réglementé et
  - $n$  pouvant concerner des diplômés ne demandant pas l'agrément auquel ils ont droit ou en « surquota » par rapport aux nombres officiellement réglementés

et

$$= (c + p^{14}) + n \quad \text{avec } c = \text{nouveaux médecins « curatifs » et} \\ p = \text{« pertes » pour le curatif parmi les nouveaux agréés}$$

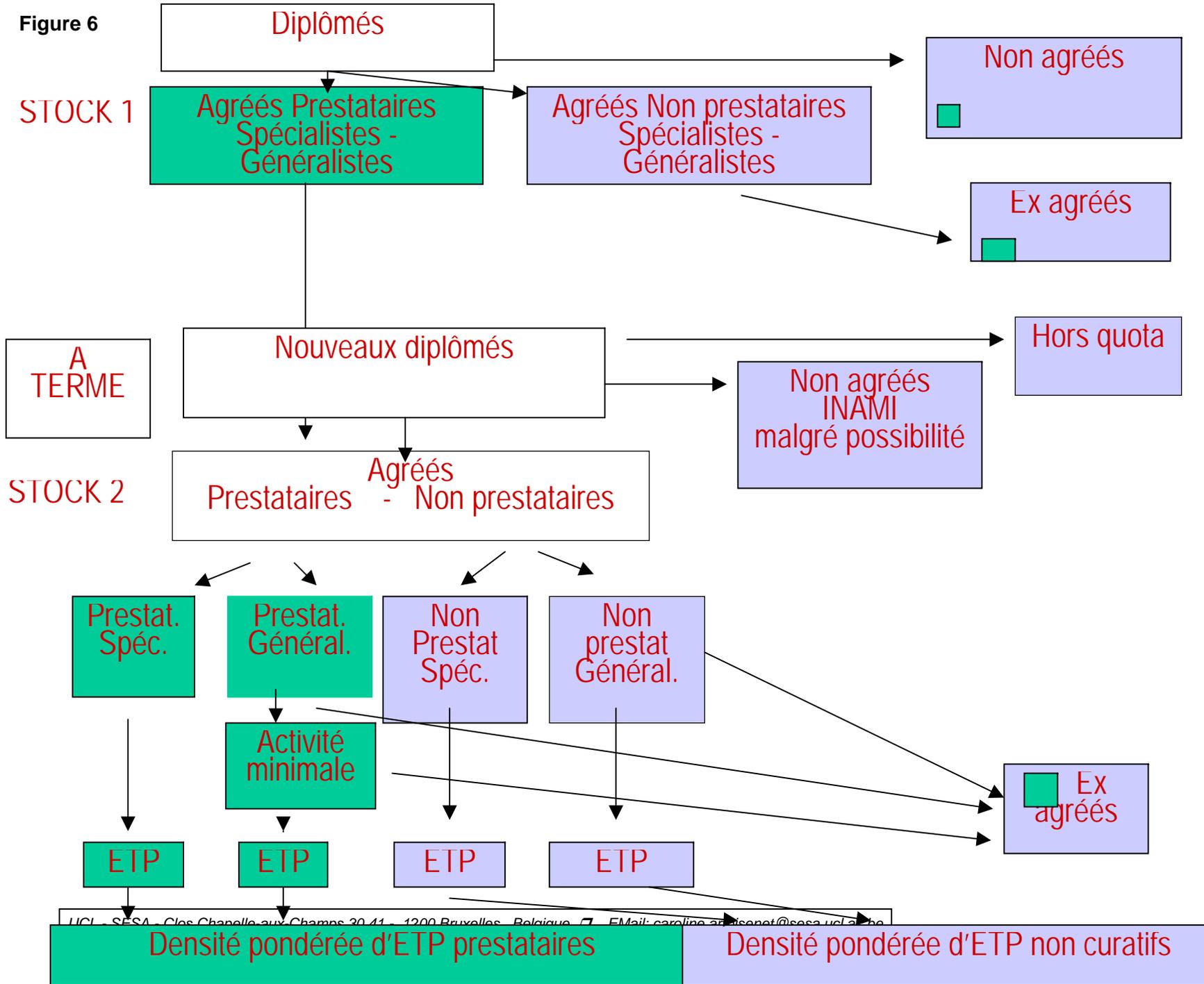
- Stock au temps 2 =

$$D2 = L2 + N2 \quad \text{avec } N2 = N1 \text{ survivants + surquota,} \\ \text{auxquels s'ajouteront les } P2 \\ = C2 + X2 + N2 \quad \text{avec } X2 = \text{agréés en inactivité temporaire +} \\ \text{+ médecins réorientant leur carrière (vers N)}$$

<sup>13</sup> La part des médecins curatifs est faible parmi les non agréés.

<sup>14</sup>  $c + p$  et non  $c + x$ , car, dans les séries anciennes, tous les non agréés proviennent de cohortes ayant eu l'autorisation d'exercer, comme l'auront aussi les futurs agréés

Figure 6



En théorie, les quota devraient permettre de stabiliser l'accessibilité aux soins en Communauté flamande (soit les  $fC$ <sup>15</sup>). Mais les quota concernent « l » (les nouveaux agréés) et, parmi eux, seuls les « c » contribuent à  $fC$ . Jusqu'à présent la Commission de Planification a visé à stabiliser  $fL1$ <sup>16</sup>. Cette option est valable si  $(C1 / L1) = (C2 / L2)$ . Mais ceci est peu probable. En effet, en 2004, environ un quart des effectifs de médecins ne prodiguent aucun soin (= P1) ! Ces cas concernent toutes les catégories d'âges, y compris les plus jeunes (cf. Figure 1). Mais :

- Les pourcentages de pertes (% « p ») varient par âge et sexe : ils sont supérieurs pour les femmes et en forte hausse à partir de 65 ans (cf. Figure 1) ; le vieillissement des effectifs et leur féminisation vont donc accroître les pertes.
- En outre, dans le modèle actuel, ces % sont supposés stables à travers le temps, mais ils peuvent évoluer et un système de veille devrait être instauré pour suivre le devenir des jeunes diplômés et, si nécessaire, y adapter les hypothèses relatives aux pertes.

Pour estimer correctement le niveau adéquat pour « l », il faut donc **tenir compte des taux de rétention et en suivre l'évolution à l'avenir**.

Les « pertes » incluent des pertes totales (migrations, abandons, ...), mais aussi de simples réorientations de carrière vers des **fonctions utiles au système de santé**. Celles-ci sont à la fois importantes (enseignement, prévention, administration, ...) et nombreuses (selon le fichier du Centre d'Information sur les Professions médicales et paramédicales, elles occupent 13 à 16% de l'activité des médecins). Il est donc utile de disposer de médecins non agréés ou ex-agrégés à cette fin, a fortiori quand ceux-ci seront devenus moins nombreux et donc moins disponibles pour des activités à temps partiel en ce domaine. Les « besoins » en ce domaine dépendront des sommes y consacrées par les employeurs. Les tendances récentes sont à la hausse : gestion des données, qualité des soins, gestion de cabinets groupés, coordonnateur de maison de repos, ... Or la raréfaction de l'offre dans le secteur curatif (souvent un premier choix), pèsera autant sinon davantage sur l'offre disponible pour ces fonctions ; voir à ce sujet les suggestions à la 4.3.

## *b) Résultats*

i/ Le modèle calcule **les perspectives pour l'ensemble des diplômés, puis pour ceux qui resteront dans le secteur curatif**. Pour stabiliser l'accessibilité aux soins du côté néerlandophone, un numerus clausus fixé à 1025 par an à partir de 2014 s'avère insuffisant : par rapport à 2004, l'accessibilité aux soins pourrait chuter en 2024 d'environ 10% à 25% selon les Communautés et de 20% à 44% en 2044 (cf. Figure 4) ; or, dans l'intervalle, la propension à se soigner aura augmenté. A ce niveau de quota, le système de soins serait donc désorganisé et grandes seraient les frustrations des patients (listes d'attente, soins hâtifs, ...) et les difficultés des praticiens (gardes accrues, fermetures de service, difficultés pour recruter, remplacer, remettre une patientèle, ...).

Cependant, **les acteurs pourraient s'adapter en modifiant leurs comportements** : en résistant à la baisse de la durée de travail, en augmentant leur productivité (pour les

<sup>15</sup>  $fC1$  et  $fC2$  = densités pondérées de C (médecins « curatifs »), exprimées en ETP\_RTT (équivalents temps-plein, modulés par la baisse du temps de travail).

<sup>16</sup>  $fL1$  = densités pondérées de L1 (tous médecins agréés), exprimées en ETP\_RTT (équivalents temps-plein, modulés par la baisse du temps de travail).

catégories jeunes), ou en retardant l'âge de la retraite. Les simulations montrent que, à activité croissante, les chutes d'équivalents temps-plein seraient un peu inférieures à celles évoquées ci-dessus. De tels changements sont possibles, bien qu'ils ne seraient guère conformes à l'évolution générale des mœurs. Il conviendra donc d'en suivre le décours sur le terrain, en réitérant des enquêtes sur les taux de rétention et sur la charge de travail.

Même si cette adaptation se produit (scénario Aq<sup>18</sup>), il faudrait pour atteindre la cible  $fC$ <sup>19</sup>, **accroître le numerus clausus** à 1150 à partir de 2014, à 1350 pendant les années '20, puis redescendre lentement à 1200, 1100 et, enfin, 1000 à partir de ... 2040 ! Cette poussée temporaire provient du phénomène de « bosse démographique » : les larges promotions des années 1970 – 1990 allant prendre leur retraite au cours de la période 2010-2035. Selon le scénario Ap (scénario d'activité potentielle), les besoins seraient encore plus élevés.

ii/ De nouveaux critères restreignent désormais **le maintien dans la catégorie des « agréés »**. Ceux-ci (L'1) vont donc diminuer au profit de N'1, de même que (mais dans une moindre mesure), les curatifs (C') s'étioleront au profit de P'. Comment en tenir compte dans la planification ?

- On peut être tenté de stabiliser  $fL'$ , donc *pour les agréés nouvelle définition* et donc de diminuer les quotas d'agréés « l' », sans se préoccuper des impacts sur les médecins curatifs C'. Ce faisant, on risque deux écueils sur le terrain :

a) *Soit les pertes diminuent ou deviennent nulles* (à la limite tous les futurs diplômés choisissent une carrière de soins et s'y tiennent - cas peu probable) et :

- selon le niveau choisi pour les agréés « l' », on se rapprochera plus ou moins du nombre visé de médecins « curatifs »,
- mais il manquera de médecins pour les autres fonctions du système de santé.

b) *Soit les pertes perdurent comme par le passé, voire augmentent* (vu les évolutions inévitables en cours de carrière et la détérioration des conditions de travail) et :

- l'accessibilité chutera davantage, faute de médecins curatifs en suffisance et
- le remplacement des médecins non curatifs, meilleur que dans le cas précédent, souffrira néanmoins de la raréfaction de l'offre.

- L'alternative consiste à estimer les agréés « l' » à partir du modèle qui prend en compte le phénomène de « pertes » et calcule l'avenir de *l'ensemble des diplômés*, puis la part d'entre eux qui prodigueront des soins ; on doit aussi instaurer aussi un mécanisme de veille pour examiner l'évolution de ces « pertes ».

### 3.2.2. La part des spécialistes

Les quotas doivent aussi définir la part des spécialistes.

<sup>18</sup> Les médecins restent prodiguer des soins à l'INAMI en 2003 et la productivité des « jeunes » s'améliore avec le temps.

<sup>19</sup>  $fC$  = stabiliser l'accessibilité aux soins du côté néerlandophone, sur base d'une estimation des ETP\_RTT prestataires de soins.

Pour en décider, **examinons la structure actuelle** (connue via plusieurs sources concordantes) : en 2004, les spécialistes (y compris ceux en formation) représentent 57% des effectifs globaux. Parmi les seuls médecins curatifs, cette part est plus élevée (60%), car la rétention en soins curatifs est moindre parmi les « généralistes » que parmi les spécialistes. Une veille devrait suivre l'évolution de ces % de rétention en soins curatifs.

Mais **est-il souhaitable de maintenir une telle structure à l'avenir ?** En Belgique, les tendances en cours poussent les recours au spécialiste à la hausse (cf. section 3.1.3). Si ces tendances perdurent, un « besoin » accru de spécialistes se ferait donc jour. Si l'on y fait droit, leur part « souhaitable » dans les effectifs pourrait atteindre 67% en 2024. Rappelons à cet égard que, comparé aux autres pays européens, la Belgique se situe relativement bas dans la hiérarchie des taux de spécialisation (Deliège, 2005). Deux phénomènes pourraient atténuer le processus de substitution en cours entre généralistes et spécialistes : a) La chute du taux de visites pourrait ralentir et b) la raréfaction de l'offre disponible pourrait provoquer un ressac de recours vers le médecin généraliste devenu plus disponible que son collègue spécialiste. Dans ce cas, l'écart entre les perspectives à taux constants et celles à taux évoluant rétrécirait ; mais de telles évolutions ne sont nullement garanties. Quoi qu'il en soit, il est peu probable que les taux de recours actuels se stabilisent brusquement, car cela signifierait un net infléchissement des tendances du passé (cf. Figure 5).

Face à ces perspectives, la politique peut être attentiste ou proactive.

- L'attitude attentiste consiste à prôner une **répartition entre généralistes et spécialistes analogue au passé**, en espérant que les évolutions conduiront les praticiens à freiner leur désaffection à l'égard des visites à domicile et les patients à revenir vers le généraliste. Dans ce cas, le nombre « souhaitable » de spécialistes dans les quota *officiels* annuels devrait à première vue se situer au minimum à quelque 377 à 400, pour un quota *global* de 700 + 52 agréés (soit 57 à 60% de l'ensemble des futurs agréés, y compris ceux agréés hors quota). En réalité, il en faudrait davantage, car les médecins sortant comptent un % plus élevé de spécialistes.
- Si l'on souhaite plutôt **répondre aux tendances en cours, il faut concéder une part plus importante aux spécialistes**, sous peine de détériorer leurs conditions de travail et de provoquer, d'une part, une pléthore parmi les généralistes et, d'autre part, des files d'attente pour les spécialistes, ainsi que des pressions sur les salaires des spécialistes (pesant sur l'équilibre budgétaire des hôpitaux) et sur leurs tarifs d'honoraires (pesant sur l'équilibre budgétaire de l'assurance soins de santé).
- Si l'on veut au contraire **infléchir les tendances en vue de maintenir la place des généralistes**, des mesures spécifiques seront nécessaires, pour favoriser leur rôle et étendre leurs responsabilités (exemples à discuter : n° de nomenclature pour le dépistage de la fragilité fonctionnelle ? pour l'éducation à la santé ? Garde de généralistes dans les services d'urgence ou dans des structures spécifiques ? Observatoire de la santé ? ... ?).

Notons cependant que des centaines de médecins de l'Union Européenne ont fait valider leur diplôme de base depuis 2001. Si beaucoup arrivent à se spécialiser et s'ils restent ultérieurement en Belgique, l'impact du numerus clausus serait éclipsé et les diplômés des universités belges, ainsi discriminés, pourraient vouloir recourir à la Justice. Ici aussi, une veille sera nécessaire.

### 3.3. Comportements de sous-consommation de soins médicaux

Les perspectives de « besoins » calculées plus haut se basent notamment sur les statistiques de demande de soins, à savoir les soins sollicités par le patient, conseillés par le médecin et réalisables en raison de leur solvabilité. Mais ces données ne couvrent qu'imparfaitement les « besoins » en termes cliniques : certains soins peuvent être superflus (hypocondrie, abus d'indication, ...); d'autres peuvent être ignorés (besoins réels, mais non réalisés, par exemple par manque de moyens financiers, voire dans certains cas, par pénurie d'offre). Une meilleure appréciation de tels dysfonctionnements mérite des analyses particulières. Nous avons pu aborder une partie de la problématique via une analyse des comportements de consommation et de sous-consommation. L'analyse de la surconsommation devrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

#### 3.3.1. Les « besoins » actuels

##### a) Facteurs de consommation

Un ensemble complexe de facteurs peut influencer la consommation de soins de santé et, en particulier, de soins médicaux. Grâce à une revue de la littérature internationale actuelle, nous avons vu que ces facteurs peuvent être tant d'ordre individuel (âge, sexe, état de santé (subjectif, physique), revenu, statut s'assuré, etc.) que d'ordre collectif (densité de médecins, par exemple). Parmi ceux-ci, l'état de santé a été maintes fois reconnu comme un des facteurs essentiels de la consommation de soins ; mais ce facteur n'est pas seul en cause. D'où l'importance de tenir compte simultanément de plusieurs facteurs, afin d'identifier l'impact spécifique de chacun d'entre eux, ce qui a été abordé via des régressions logistiques.

Celles-ci ont confirmé à quel point la **santé/morbidité** influence la consommation de soins. Les malades déclarant souffrir de **limitations fonctionnelles**, de **maladie chronique** (surtout de polyopathie) et s'estimant **en piètre santé** ont une probabilité plus élevée de recourir au médecin, au moins une fois au cours de l'année, que ceux qui n'en sont pas atteints. En outre, leur probabilité d'une fréquence élevée de contacts est aussi plus importante (sauf, et ceci est paradoxal, en ce qui concerne le nombre de maladies chroniques quant à la fréquence des contacts avec le spécialiste).

D'autres caractéristiques de l'individu et de son environnement influencent conjointement les probabilités de recours (cf. Tableau 6) :

- **L'âge** : de 25 à 64 ans, les individus ont une probabilité moindre de consulter un *généraliste* que leurs cadets de 15 à 24 ans (et aussi de le consulter plus fréquemment que la moyenne) ; c'est l'inverse à partir de 65 ans. Pour les contacts avec les *spécialistes*, la probabilité d'une consultation annuelle est moindre pour toutes les catégories d'âges supérieures à 15 ans ; mais l'âge ne joue aucun rôle sur la probabilité de fréquence de ces contacts.
- Le **genre** : les femmes ont une probabilité supérieure de rencontrer annuellement le généraliste comme le spécialiste, ce qui n'est pas le cas pour la fréquence de leurs contacts.
- La « **ruralité/urbanisation** » : hors de Bruxelles, la probabilité de consulter un *généraliste* est plus forte, ainsi que la probabilité de le voir fréquemment ; pour les

contacts avec le *spécialiste*, ce facteur intervient à l'inverse, mais peu (sur la fréquence) ou pas du tout (sur le fait de le rencontrer une fois dans l'année).

- Le **niveau de formation** : une meilleure instruction influence négativement la probabilité d'une forte fréquentation du généraliste, mais positivement celle de rencontrer un spécialiste.
- Quant à la **disponibilité d'une assurance hospitalisation**, elle favorise seulement la probabilité de consulter un spécialiste (mais pas la fréquence des contacts).

**Tableau 6 - Synthèse des facteurs associés aux probabilités de contact avec un médecin**

	Probabilité de contacts dans l'année	Probabilité d'une fréquence de contacts supérieure à la moyenne
<b>1. Contacts avec le Généraliste</b>		
Limitations : score SF-36 (de faibles à sévères)	+++	+++
Maladie chronique (de 1 à 3 ou +)	+++	++
Santé subjective (moyenne ou mauvaise)	+	+
Niveau de ruralité (villes hors Bruxelles, suburbain, rural)	++	+
Niveau de formation (de primaire à supérieur)	+ / -	-
Age (de jeune à vieux)	- / +	- / +
Genre (femmes)	+	0
<b>2. Contacts avec le Spécialiste</b>		
Limitations : score SF-36 (de faibles à sévères)	++	++
Maladie chronique (de 1 à 3 ou +)	++	0
Santé subjective (moyenne ou mauvaise)	+	+
Niveau de formation (de primaire à supérieur)	++	0
Niveau de ruralité (villes hors Bruxelles, suburbain, rural)	0	-
Age (de jeune à vieux)	-	0
Genre (femmes)	+	0
Pas d'assurance hospitalisation complémentaire	-	0

\* Légende - Valeurs de référence : pas de limitation physique, pas de maladie chronique, bonne santé subjective, pas de diplôme, habiter Bruxelles, être âgé entre 15-24 ans, être un homme, avoir une assurance hospitalisation complémentaire.

Influence positive Odds Ratio : + : > 1 à < 2 ; ++ : de 2 à <3 ; +++ : 3 ou +

Influence négative Odds Ratio : - : de 0.5 à <1

0 : pas d'influence

### **b) Comportements de sous-consommation**

Par ailleurs, l'analyse des données, éclairée par les *guidelines* quand cela était possible, nous a permis de suspecter une sous-consommation pour certaines maladies chroniques : migraine, hépatite, asthme et rhumatisme inflammatoire. Même en l'absence de *guidelines*, on peut s'étonner de l'absence de contact avec tout médecin (faisant suspecter une sous-consommation de soins) pour les affections suivantes : descente de matrice, allergies, maladies du foie, arthrose et rhumatisme inflammatoire. Il s'est avéré en outre que certaines maladies sont à ce jour plus souvent suivies par un médecin généraliste que par un médecin

spécialiste, telles que le diabète et l'hypertension ; contrairement au cancer, plus souvent suivi par un spécialiste.

Néanmoins, on ne peut pas traduire, telles quelles, ces sous-consommations en « besoins » supplémentaires de médecins. En effet, les (sous-)consommations apparaissent aussi liées à certaines caractéristiques des patients. Il n'est dès lors pas certain que des problèmes de sous-consommation puissent se résoudre simplement par une offre médicale accrue. D'autre part, les facteurs de consommation influencent non seulement l'ampleur globale des contacts, mais aussi la répartition des recours aux soins. Ainsi, un faible taux de recours au généraliste peut s'accompagner (par un effet de substitution) d'un recours important (voire inapproprié) au spécialiste. Faut-il dès lors réorienter le système dans une autre direction, par exemple par des rôles nouveaux conférés à la première ligne ?

### **3.3.2. Les « besoins » à venir**

Les limitations fonctionnelles et les maladies chroniques (surtout la polyopathie) se sont révélées constituer des facteurs majeurs de recours au médecin (au moins un contact annuel, fréquence des contacts). Suite au vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles et de maladies chroniques augmentera. Cette évolution s'accroîtra si la prévalence des maladies chroniques s'aggrave (comme cela est avéré parmi les hommes pour le diabète et l'hypertension, Bayingana et al, 2006) ; elle pourrait par contre s'atténuer si la prévalence diminue (comme avéré pour la migraine chez les femmes, ibidem). Ces évolutions influenceront les dépenses de santé, car la polyopathie est chère (Grignon, 2003). La pression sur les dépenses sera aggravée si, pour certaines affections, le niveau de recours aux soins rejoint celui préconisé par les « *guidelines* » (par exemple pour l'asthme ou la migraine), et si l'on assiste à une extension des taux de recours sous la poussée d'autres facteurs révélés par nos régressions logistiques : meilleur niveau de formation, succès des assurances complémentaires.

En outre, si l'effet mécanique du vieillissement sur les recours aux médecins apparaît comme relativement faible, il pourrait être accentué du fait

- a) de l'effet générationnel (amélioration du niveau de formation),
  - b) de l'aggravation de la morbidité pour certaines pathologies (diabète, hypertension)
- et c) d'une probable croissance générale des recours au spécialiste.

Il importe de tenir compte de ces facteurs et des évolutions en cours. D'une part, en freinant autant que possible l'apparition des limitations fonctionnelles. Ceci est possible, à condition que soient mises en place une série de politiques, comme cela a été amplement détaillé par ailleurs (Pacolet J, Delière D et al, 2005) : modes de vie sains, dépistage systématique du déclin fonctionnel (à l'hôpital et via le médecin généraliste), exercices de kiné en groupe, implication de l'ergothérapeute à domicile, etc. D'autre part, dans un contexte de régulation de l'offre médicale, une réflexion s'impose quant au niveau d'offre souhaitable ; convient-il seulement de maintenir l'accessibilité aux soins ou faut-il en outre faire droit aux tendances montrant une propension croissante de recours aux soins ? Il s'agit là d'un choix politique, dans le cadre des moyens financiers qui seront disponibles.

## 4. SUGGESTIONS POUR L'AVENIR

Pour l'avenir, il importe d'élargir une série de connaissances, de poser une série de questions et de proposer des actions à mener.

### 4.1. Approfondir les connaissances

Certains paramètres mériteraient d'être plus approfondis et affinés. Pour ce faire, les données existantes (INAMI, recensement, Enquêtes de santé HIS, etc.) devraient être exploitées. Néanmoins, ces données ne pourront répondre à toutes les problématiques soulevées. La réalisation d'enquêtes auprès de la population médicale s'avère indispensable. Plus particulièrement, le renouvellement d'enquêtes réalisées dans le passé nous permettrait d'obtenir à court terme des résultats longitudinaux, essentiels pour suivre l'évolution des paramètres et réaliser des perspectives d'avenir.

- a) Quelle est et quelle sera l'évolution des comportements : **la charge de travail, les caractéristiques des pratiques** (par exemple, solo, duo ou groupe) et les **budgets-temps**, notamment pour l'évolution du temps de travail par âge et genre (dépouillement du recensement, analyse des séries de l'INAMI et enquêtes pour les évolutions récentes).
- b) Plus particulièrement, quel sera **le devenir des jeunes** : migrations, rétention en soins curatifs, volume d'activité aux âges jeunes, âge de la retraite, ...(enquêtes spécifiques auprès des cohortes récentes).
- c) **Les taux de rétention et de l'ampleur des tâches non-curatives, par discipline** : ces taux sont-ils stables dans le temps ? comment évoluent-ils sous l'impact du numerus clausus ? dans quels secteurs s'investissent les diplômés lorsqu'ils ne s'investissent pas dans le secteur curatif ? quelle est l'ampleur des tâches non-curatives ou hors du secteur de la santé ?
  - Données chronologiques de l'INAMI
  - Données détaillées du recensement
  - Exploitation des données du cadastre en vue d'évaluer les stocks de **fonctions non-curatives** (quand la fiabilité sera suffisante)
  - Enquête
- d) L'évolution de **l'âge de la retraite**
  - Données chronologiques de l'INAMI
  - Données détaillées du recensement
  - Enquête
- e) **Les migrations internes**
  - Données chronologiques de l'INAMI
  - Données détaillées du recensement
  - Enquête
- f) **La force de travail des candidats en hôpital** : estimation et effet du numerus clausus. Quelles seront les stratégies d'adaptation des hôpitaux face aux effets du numerus clausus (compensation de la restriction de l'offre par un recours accru à des diplômés étrangers, par exemple) ?
  - Données Finhosta

- Enquête
- g) Quels sont les **profils de consommation** par âge et genre (dépouillement de l'enquête de santé 2004 et des échantillons des mutuelles).
- h) Les « **besoins** » : Approfondir et mettre à jour la notion de « besoin »
  - Analyse des « **surconsommations** »,
  - Evolution **des files d'attente**,
  - **Evolution des actes INAMI** (par type d'actes),
  - Impact sur la consommation de soins des **facteurs combinés** : âge, conditions de vie, genre, région, instruction, niveau de santé, etc.
  - Recherche de nouveaux indicateurs de **surmédicalisation**,
  - **Couplage du Cadastre** à diverses informations (au sein du SPF « Santé » et avec le Datawarehouse du marché du travail) : **analyse de l'emploi**
- i) Il serait peut-être aussi intéressant d'harmoniser les modèles et, si possible, d'aboutir à un **modèle générique unique**, ce qui impliquera de :
  - Comparer et apprécier les apports des trois équipes,
  - Trouver un consensus sur une approche unique,
  - Adapter aux spécificités des diverses professions,
  - Reprogrammer en conséquence (immédiatement).

Une intégration complète sera sans doute impossible, vu la diversité des sources et les spécificités des professions ; mais une harmonisation partielle en faciliterait l'usage.

## 4.2. Questions en suspens

Plusieurs questions restent à éclaircir pour une bonne gestion du numerus clausus :

- a) **Quel numerus clausus** choisir à partir de 2014, vu la baisse prévisible d'accessibilité aux soins qui a été mise en évidence ?
- b) **Quelle part donner aux spécialistes et aux spécialités**, vu les tendances en cours accentuant le recours à leurs services ?
- c) Faut-il établir un **suivi des agréments octroyés**, notamment en vue de remplacer les places rendues disponibles par les diplômés modifiant leur orientation en cours de formation, des départs à l'étranger ou des abandons professionnels. En cas d'absence (ponctuelle ou prolongée) de candidature dans une spécialité, les agréments délaissés peuvent-ils être attribués aux candidats d'autres disciplines ?
- d) Quel est le sort à réserver aux **demandes tardives d'agrément** ?
- e) Faut-il réglementer l'accès à la spécialisation pour les **professionnels issus d'universités de l'Union européenne** ?
- f) Vu la chute prévisible de la force de travail dans la plupart des scénarios, faut-il prévoir des **fonctions nouvelles, venant en appui** de celles exercées par les médecins et les dentistes (assistants, hygiénistes, ...), permettant notamment de favoriser l'emploi dans de nouvelles catégories professionnelles ?
- g) Selon quelles modalités s'opéreront les éventuelles **sélections de candidats**, en cas de dépassement des quota, notamment au vu des demandes tardives d'agrément ?

### 4.3. Suggestions pour l'action

Au vu des recherches menées au sein du groupe de travail scientifique, les suggestions suivantes peuvent être émises :

a) Instaurer un mécanisme **de veille pour suivre l'ampleur les « pertes »** (conformément aux vœux du Comité d'Accompagnement qui a demandé que les paramètres soient monitorés à l'avenir). Buts :

- *Comment évoluent les « pertes »*, vu la distorsion de la structure d'âges et sexe et la nouvelle définition des agréés (les poussant à la hausse) et la chute prévisible d'accessibilité aux soins (pouvant les entraîner à la baisse) ?

- Faut-il dès lors *modifier les modèles de perspectives* (paramètres et programmation)?

b) Instaurer d'autres mécanismes de veille pour estimer le nombre de **médecins curatifs** et aussi celui des **autres fonctions utiles** au système de santé, ainsi que le devenir des **médecins de l'UE qui ont fait valider leur diplôme** sans (encore ?) demander l'agrément pour prodiguer des soins.

c) **Elargir fortement les quota à partir de 2014**, pour stabiliser les densités « pondérées » (celles intégrant l'effet mécanique du vieillissement) ; en effet, la « bosse démographique » des praticiens est à venir.

Cette adaptation devra être régulièrement révisée, au vu des futures perspectives, selon l'évolution des paramètres (influx, pertes, profils d'activité, etc, ...)

d) Si les « pertes » augmentent, prévoir un mécanisme de remplacement **des sortants précoces**, sous peine d'accentuer encore la baisse prévisible et déjà sévère d'accessibilité aux soins. Ceci sera particulièrement nécessaire si la planification porte sur les « agréés nouvelle définition », fût-ce si les pertes restent stables.

e) Si les « pertes » diminuent ou disparaissent, viser à **stabiliser les densités pondérées (d'ETP-RTT), pour l'ensemble des diplômés**, y compris les non agréés,

- o soit en créant de nouveaux titres particuliers (et des quota correspondants), par exemple réhabilitation, médecine du sport, qualité des soins, coordinateur de maisons de repos, santé publique, évaluation du dommage corporel, ...
- o soit en encourageant des diplômés hors quota (notamment au-delà des 20% actuellement officialisés en Communauté française pour l'accès à la deuxième candidature).

Ceci afin de faire face aux besoins de diplômés pour les fonctions non curatives au sein du système de santé. L'alternative consisterait à promouvoir une large substitution des rôles vers des professions paramédicales, avec création de formations correspondantes et adaptation des législations sur les rôles, les fonctions et les titres requis.

e) **Promouvoir davantage le rôle du généraliste**, afin de maintenir sa place dans le système de soins, en compensation de la chute des visites à domicile

f) Hausser **le % de spécialisation parmi les jeunes** afin de stabiliser leur % dans les effectifs globaux (vu que le % de spécialisation est plus élevé parmi les anciens qui vont prendre leur retraite). Cette hausse devra être forte au cas où la chute des visites à domicile perdurait sans que d'autres mesures soient prises en faveur des généralistes.

## BIBLIOGRAPHIE

### Rapports de projet :

- Artoisenet C, Deliège D, *Le Modèle dentiste du SPF Santé Publique*, Phase 2, nov 2004 : 11
- Artoisenet C, Deliège D, *La consommation de soins médicaux et les comportements de sous-consommation en Belgique et à l'étranger*, Phase 3, avr 2006: 45
- Deliège D, Artoisenet C, *Note de synthèse concernant le phénomène de pertes / rétention des médecins*, nov 2004 : 16
- Deliège D, Artoisenet C, *Modifications proposées pour le Modèle « Dentistes »*, Phase 2, janv 2005 : 9
- Deliège D, Artoisenet C, *Perspectives d'offre de dentistes 2000-2050*, 3ème édition revue et augmentée, Phase2, avril 2005 : 33
- Deliège D, Artoisenet C, *Les médecins dans 23 pays industrialisés : Densités et Place des spécialistes*, Projet Ressources humaines pour la santé, Phase 2, 2005 : 32.
- Deliège D, Artoisenet C, *L'avenir du corps médical – Perspectives 2004-2054*, Phase 2, sept 2005 : 55
- Deliège D, Artoisenet C, *Modèle Médecins – Description et processus de mise à jour*, Phase 3, octobre 2005 : 23.
- Deliège D, Artoisenet C, *Offre et besoins de médecins – Perspectives d'avenir*, Phase 3, févr 2006 : 14
- Deliège D, Pacolet J, Artoisenet C, *Perspectives de la force de travail de professionnels de la santé selon des modèles rénovés*, Projet Ressources humaines pour la santé», Executive summary, 2005 : 7
- Deliège D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G, *Ressources humaines pour la santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir. Analyse de l'existant – Paramètres pour la modélisation*, Phase1, juin 2004 : 256
- Deliège D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert C. *Ressources humaines pour la santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir. Analyse de l'existant – Paramètres pour la modélisation*, Rapport de synthèse, Phase 1, 2005 : 27
- Deliège D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert C. *Ressources humaines pour la santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir. Analyse de l'existant – Paramètres pour la modélisation*, Executive Summary, Phase 1, juin 2004 : 5
- Gobert M, Roch I, Deliège D, *Nature et ampleur des besoins en médecine dentaire*, Phase 3, avril 2006 : 74

### Littérature nationale et internationale :

American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines, Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis, *Arthritis & Rheumatism*, 46(2), 2002: 328-346

Barnard K. (ed), *The future of Health – Health of the future, fourth European consultation on future trends*, published on behalf of WHO-EURO by the Nuffield Trust, 2003 : 188

Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J, *Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004*, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2006 (N° de Dépôt : D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034)

Brook G, National Guidelines Clearinghouse, 2002, [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=3454&nbr=2680](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3454&nbr=2680)

Brotans C, Permanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P, Pinar J, Prophylactic treatment after myocardial infarction in primary care: how far can we go ?, *Fam Pract.* 2003 Feb ; 20(1) : 32-5

Dercq JP, Commission de Planification, *Rapport et réponse à la note du Conseil des Ministres du 27 mai 2005*, présenté à la séance du 15 décembre 2005.

Domenighetti G, *La globalisation économique va-t-elle concerner les soins de santé, Conférence au 41eme cycle des Sciences hospitalières*, Bruxelles, UCL, 2006

El Fakiri F, Foets M, Rijken M, Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors, *Diabetes Res Clin Pract.* 2003 Sep;61(3) : 199-209

Elston Lafata J, Simpkins J, Schultz L, Chase GA, Johnson CC, Yood MU, Lamerato L, Nathanson D, Cooper G, Routine surveillance care after cancer treatment with curative intent, *Med Care.* 2005 Jun;43(6) : 592-99

Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2001; Service d'Epidémiologie, 2002; Bruxelles Institut Scientifique de Santé Publique, IPH/EPI REPORTS N° 2002 – 22, Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J, Demarest S, Miermans PJ, Sartor F, Van Oyen H, Tafforeau J.

Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J, Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study, *BMJ.* 2003 March 15;326(7389) : 580

Fatmi Z, Avan BI, Demographic, socio-economic and environmental determinants of utilisation of antenatal care in a rural setting of Sindh, Pakistan, *J Pak Med Assoc.* 2002 Apr; 52(4) : 138-42

Finkelstein JA, Lozano P, Farber HJ, Miroshnik I, Lieu TA, Underuse of controller medications among Medicaid-insured children with asthma, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 June; 156(6) : 562-7

Gadeyne S, Deboosere P, *Sterftetafels naar geslacht, gewest en onderwijsniveau in België, 1991-1996*, Analyse van de Nationale Databank Mortaliteit, VUB, Steunpunt Demografie, Working Paper 2001-2 : 21 + annexes.

Garg PP, Landrum MB, Normand SL, Ayanian JZ, Hauptman PJ, Ryan TJ, McNeil BJ, Guadagnoli E, Understanding individual and small area variation in the underuse of coronary angiography following acute myocardial infarction, *Med Care*. 2002 July; 40(7) : 614-26

Géraud G, Lantéri-Minet M, Lucas C, Valade D, French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children, *Clinical Therapeutics*, 26 (8), 2004 : 1303-1318

Gibbs RG, Newson R, Lawrenson R, Greenhalgh RM, Davies AH, Diagnosis and initial management of stroke and transient ischemic attack across UK health regions from 1992 to 1996: experience of a national primary care database, *Stroke*. 2001 May;32(5) : 1085-90

Grignon M, Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, *Questions d'économie de la santé*, 66, mars 2003 : 1-6

Guadagnoli E, Landrum MB, Normand SL, Ayanian JZ, Garg P, Hauptman PJ, Ryan TJ, McNeil BJ, Impact of underuse, overuse, and discretionary use on geographic variation in the use of coronary angiography after acute myocardial infarction, *Med Care*. 2001 May; 39(5) : 446-58

INS-BFP, *Perspectives de population par arrondissement, 2000-2050*, Institut National de Statistique, Bureau du Plan, 2001.

*INFO-SANTE avec ARIS, Base de données informatisées sur le système de santé : informations chiffrées (370 variables, décomposées en 1300 ventilations) + documentation originale (685 + 173 pp), avec ARIS (nouveau logiciel d'accès à l'information, avec possibilité de traitement de données (93 Mb sur CD-Rom)*, Bruxelles, UCL, SESA, 2004.

et Delière D, Dessenius M, Christoph Ch, Debacker C, Smeesters S, Lecharlier F, Leclercq A, Antoine L : *INFO-SANTE avec le logiciel ARIS 2 (sous Windows), Manuel de l'Utilisateur*, Bruxelles, UCL, SESA, 1999 : 103.

Jacobi CE, Rupp I, Boshuizen HC, Triemstra M, Dinant HJ, van den Bos GA, Unmet demands for health care among patients with rheumatoid arthritis: indications for underuse?, *Arthritis Rheum*. 2004 June 15;51(3) : 440-6

Jenni D, Osterwalder R, Osswald S, Buser P, Pfisterer M, Evidence for age-based rationing in a Swiss university hospital, *Swiss Med Wkly*. 2001 Nov 10; 131(43-44) : 630-4

Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, Selby JV, Missed appointments and poor glycemic control: an opportunity to identify high-risk diabetic patients, *Med Care*. 2004 Feb; 42(2) :110-5

Kennedy t, McCabe C, Struthers G, Sinclair H, Chakravaty K, Bax D, Shipley M, Abernethy R, Palferman T, Hull R, BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis, *Rheumatology*, 44, 2005:553-556

Lam CL, Fong DY, Lauder IJ, Lam TP, The effect of health-related quality of life (HRQOL) on health service utilisation of a Chinese population, *Soc Sci Med*. 2002 Nov; 55(9) :1635-46

Leroy, X, *Charge de travail des médecins en 1996*, Rapport de recherche au Ministre de la Santé Publique, avril 1997, 27 p. + tableaux annexes.

Mayhew L., *Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World*, IIASA Working Paper RR-00-21, Austria, 2000 : 43

Pacolet J, Deliège D, Artoisenet C, Leroy X, Swine Ch, Cattaert G, Peetermans A, Coudron V. *Vieillesse, aide et soins de santé*, Rapport pour le SPF Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale, 2005 : 660

Roche N, Moret H, Martel H, *Medical follow-up of patients with asthma – adults and adolescents*, ANAES, 2005

Schapira MM, McAuliffe TL, Nattinger AB, Underutilization of mammography in older breast cancer survivors, *Med Care*. 2000 Mar;38(3):281-9

Silberstein SD, Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) - Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of neurology, *Neurology*, 2000, 55, 754-763

Tuulonen A, Airaksinen PJ, Erola E, Forsman E, Friberg K, Kaila M, Klemetti A, Makela M, Oskala, P, et al, The Finnish evidence-based guidelines for open-angle glaucoma, *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 81, 2003 : 3-18

Vader JP, Pache I, Froehlich F, Burnand B, Schneider C, Dubois RW, Brook RH, Gonvers JJ, Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting, *Gastrointest Endosc*. 2000 Nov;52(5):593-99

Van der Heyden J, Tafforeau J, Van Oyen H, Demarest S, Measurement of the use of curative health services : health interview survey versus national registers, *Arch Public Health*, 61, 2003a : 177-190

Van der Heyden J, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H, Socio-economic differences in the utilization of health services in Belgium, *Health policy*, 65, 2003b: 153-165

Williams SG, Schmidt DK, Redd SC; Storms W, Key Clinical Activities for Quality Asthma Care – Recommendations of the National Asthma Education and Prevention Program, *Recommendations and Reports*, 52, 2003: 1-8

\*\*\*\*\*