

LES MEDECINS AUJOURD'HUI ET DEMAIN PLETHORE OU PENURIE ?

septembre 2000

Denise Delière
Professeur à l'Université catholique de Louvain

L'évolution des besoins en médecins et ses conséquences en matière de *numerus clausus* sont sujets à controverse. Il nous a paru nécessaire de faire un résumé de nos positions, publiées en détails par ailleurs ¹. Nous évoquerons brièvement quelques aspects méthodologiques, pour aborder ensuite la notion de pléthore, celle de besoins et la question de la répartition entre généralistes et spécialistes. Puis nous répondrons aux arguments avancés par ceux qui prônent une réduction du nombre de médecins.

1. Pour évaluer les « besoins » à venir, il faut mesurer des paramètres.

La Commission de Planification de l'Offre médicale a pour mission « d'examiner les besoins en matière d'offre médicale, ... Pour déterminer ces besoins, il sera tenu compte de l'évolution des besoins relatifs aux besoins médicaux, de la qualité des prestations de soins et de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées » ².

Il s'agit donc d'une tâche imposée par la loi. Elle est ardue : on ne peut se contenter d'identifier un facteur unique (par exemple une densité médicale inadéquate), qu'il suffirait d'exterminer (comme on le ferait pour un « microbe »), car on se trouve face à un système très complexe. A fortiori, ne dispose-t-on pas *ipso facto* d'une recette toute faite pour l'action.

L'approche que nous avons proposée est dès lors nuancée. Elle a été validée par un récent rapport indépendant, cosigné par le Président de la Commission de Planification de l'offre médicale ³ : les paramètres utilisés sont largement les mêmes ; des divergences subsistent quant à leur évaluation.

2. Y a-t-il pénurie ou pléthore ?

Ce titre est évidemment provocateur, car l'on s'accorde à reconnaître la situation difficile d'une fraction du corps médical. Encore faut-il pouvoir objectiver !

2.1. La sensation de pléthore se conjugue avec d'autres insatisfactions

Une fraction notable de médecins expriment une réelle insatisfaction par rapport à leur profession : leur déception est grande après de longues et difficiles études. Mais les raisons qu'ils évoquent ne sont pas seulement dues à la forte concurrence ; ils mentionnent aussi des conditions de travail pénibles, le stress, les responsabilités, la faible rémunération horaire, le poids des disponibilités, les tracasseries administratives, le manque de considération du patient, ... ⁴. Nombre de ces facteurs ne sont pas directement liés à la forte compétition, mais celle-ci ne fait qu'accentuer leur rancœur.

On ne peut que s'incliner devant les situations difficiles évoquées ; on comprend que les médecins qui en souffrent puissent considérer l'éventualité d'une pénurie à venir comme incongrue, voire arrogante.

¹ Delière D, *Planification de l'offre médicale en Communauté française et germanophone. Critères - Scénarios de besoins*, Bruxelles, UCL, SESA, Revue belge de Sécurité sociale, 1^{er} trimestre 2000 : 103-191.

² Art. 169 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, MB 30/4/1996.

³ Dercq J-P, Van Ouytsel A, Somer A, *Rapport sur la limitation de l'offre médicale*, Auxim ASBL, 2000 : 55.

⁴ Delière D, *Un cri de rancœur parmi les médecins*, résultats d'une enquête (en préparation).

Qu'ils veuillent bien nous pardonner : nous visons à examiner la situation dans son ensemble et les nuances que nous apportons aux conclusions tentent de tenir compte de leur situation.

2.2. La pléthore a plusieurs visages

La pléthore constitue l'élément essentiel qui a conduit à un *numerus clausus*. Il est donc bien normal que l'on tente de collecter des données (anamnèse, paramètres,...) avant de poser un diagnostic et de proposer des remèdes. Malheureusement, comme pour beaucoup de maladies, le phénomène est encore mal connu. Il manque un outil de mesure consensuel, valable *urbi et orbi*. Les statistiques de chômage sont inutilisables car les indépendants n'y ont guère accès. Comme tout bon scientifique devant une maladie nouvelle, nous avons donc tenté de l'objectiver et de la mesurer. De quoi s'agit-il ?

- S'agit-il d'un sentiment de sous-occupation dans le chef d'un certain nombre de praticiens ?
- S'agit-il d'un allongement de la difficile période d'insertion sur le marché du travail ?
- S'agit-il d'une difficulté d'enranger des revenus suffisants ou d'une diminution des revenus à travers le temps ?
- S'agit-il d'une pression croissante d'exigences incongrues de la part des patients ?
- S'agit-il plus largement de la perception que de nombreux actes seraient prestés dont l'utilité médicale ne serait pas parfaitement établie ?
- S'agit-il d'une inefficience globale du système (on pourrait faire mieux au même coût..., ou on pourrait atteindre le même niveau de santé avec moins de praticiens, ...) ?

Tous ces aspects sont probablement interconnectés. Le dernier aspect intéresse davantage les gestionnaires du système ; mais en pratique, il ne devient possible d'en parler que lorsque sévissent d'autres phénomènes, plus perceptible pour le praticien de terrain.

2.3. Les situations actuelles sont contrastées

Contrairement à leurs confrères qui se plaignent de la concurrence, un certain nombre de médecins signalent le poids d'une surcharge et très nombreux sont ceux qui déclarent souffrir de manque de vie familiale et privée, ...⁴. Des gestionnaires d'hôpitaux affirment que certains postes restent vacants. Pour certaines spécialités, des patients ont des difficultés à obtenir rapidement un rendez-vous.

Il faut aussi distinguer la situation des spécialistes de celle des généralistes. C'est surtout parmi ces derniers, et plus particulièrement parmi les généralistes bruxellois, que des difficultés se rencontrent⁵.

2.4. Il faut bien distinguer la situation actuelle et celle à venir.

Au grand jamais, nous n'avons parlé de pénurie pour l'époque actuelle ; malheureusement, certains titres de presse ont pu le laisser croire. Les médecins qui en souffrent en ont probablement été irrités. Au contraire, nous sommes les premiers à tenter de mesurer la pléthore de façon objective (cf. section 2.6).

Nous n'avons pas davantage prétendu qu'une pénurie surviendrait prochainement, ni même en 2007, comme on a pu le lire dans un quotidien.

Notre raisonnement va plus loin et annonce seulement la possibilité d'un retournement de situation à partir de 2012, à l'instar des conclusions auxquelles arrive le Docteur De Maeseneer⁶. C'est dès à présent qu'il faut réfléchir à cet horizon, puisque les spécialistes de 2012 seront recrutés parmi les jeunes médecins admissibles en 2007, lesquels commencent leurs études en 2000. Et c'est pour 2007-08 que le Gouvernement devait décider rapidement d'un *numerus clausus*. Refuser d'anticiper, ce serait aussi prendre position : ce serait croire que rien ne bougera d'ici là !

⁵ - Leroy X, *Charge de travail des médecins en 1996*, UCL-Socio-Economie de la Santé, rapport pour le Ministère de la Santé publique, avril 1997, 27 p. + tableaux annexes.

- Antoine L, Lorant V et Deliege D, *Charge de travail et pléthore de médecins en 1998*, UCL, SESA (en préparation).

⁶ Bogaerts K, De Prins L, De Maeseneer J, *Women-Men Powerplanning in de Huisartsgeneeskunde in België, Scenario voor 2010 en 2020*, Univ. Gent, 1999 : 87 + annexes.

2.5. La pléthore va provisoirement perdurer.

Dans l'intervalle, les difficultés actuelles ne peuvent malheureusement que persister pendant quelques années, vu le laxisme du passé qui a autorisé l'entrée d'un nombre trop important de médecins par rapport aux sortants et par rapport aux possibilités d'absorption du marché ; le nombre de médecins continuera à croître inexorablement : jusqu'en 2003 pour les généralistes, jusqu'en 2008 pour les spécialistes. Cet ancrage des frictions dans la durée ne peut qu'accentuer le sentiment d'irritation des médecins qui en sont les victimes et leur incrédulité par rapport à un renversement potentiel de situation.

2.6. Les mesures objectives varient selon la concept retenu de pléthore.

2.6.1. La présence d'actes inappropriés est un indicateur insuffisant

Un certain nombre d'études ont montré qu'un « grand nombre d'actes médicaux seraient inutiles »⁷. Nous les appelons les « FAVAS » (actes à faible valeur ajoutée de santé). Mais la pléthore est loin d'être seule en cause ; ce phénomène s'explique par : l'incertitude de l'art médical, l'exercice d'une médecine défensive face à la multiplication des procès, l'absence de consensus sur nombre de procédures, voire des pressions de gestionnaires hospitaliers pour boucler des budgets en équilibre précaire,... Il ne faut donc pas croire qu'il suffirait de diminuer le nombre de médecins pour que ces actes disparaissent. Une certaine « inefficience » est probablement inévitable.

2.6.2. La présence de pratiques faibles n'est pas probante non plus

L'INAMI recense un grand nombre de praticiens qui ne signent que peu d'attestations de soins ; parmi, eux, un certain nombre sont sans doute victimes de la pléthore. Mais dans quelle proportion ? Il faut bien admettre que nombreux sont les cas où ces moyennes apparemment faibles reflètent des situations parfaitement normales :

- médecins débutant en fin d'année ou se retirant en début d'année ;
- médecins fonctionnaires, chercheurs, gestionnaires, salariés d'entreprises (mutuelles, firmes pharmaceutiques, ... , médecins du travail) ;
- médecins prodiguant des soins sans attestations : homéopathes, acupuncteurs, centres avec convention spéciale avec l'INAMI (rééducation, prise en charge de drogués, maisons médicales au forfait, soins palliatifs, ...) ;
- médecins ayant conservé leur n° INAMI, bien qu'ils aient quitté la pratique pour raison personnelle (maladie, choix de vie, éducation des enfants, ...) ;
- et des candidats-spécialistes dont les prestations sont signées par des maîtres de stage.

Il est donc tout-à-fait faux d'affirmer que toutes les « faibles pratiques » et tous les médecins non accrédités témoignent de l'importance de la pléthore.

2.6.3. Indicateurs disponibles

Les premiers indicateurs retenus (le vécu professionnel, les faibles revenus,...) ont livré des estimations de 1 à 9 % de pléthore, sans différence entre le Nord et le Sud du pays⁸. On aurait pu en rester là ! Par prudence, nous avons accepté d'être plus sévères ; nous avons cherché à comparer la situation en Communauté française à celle d'un pays culturellement, économiquement et médicalement assez proche : la France. Ce dernier indicateur est plus radical, plus proche d'une conception d' « inefficience du système », que de « pléthore ressentie ». Nous l'avons chiffré à 17 %⁹. Cette estimation est globale et peut évidemment cacher une grande diversité selon les disciplines. Comme l'indicateur de besoins, celui de la pléthore est provisoire : si par exemple des pénuries s'accroissent en France dans les années à venir (en cas de maintien d'un numerus clausus trop strict), il faudrait réexaminer si ce pays constitue encore une référence pertinente.

⁷ Une revue d'un certain nombre de ces études apparaît en annexe au rapport cité en note 1.

⁸ Dépouillement spécial de l'enquête de Leroy X, *Charge de travail des médecins en 1996*.

⁹ Base : statistiques officielles de l'Ordre des médecins, candidats généralistes et candidats spécialistes, médecins étrangers non inscrits à l'Ordre et médecins français officiellement dispensés de l'inscription à l'Ordre (NB : les médecins non-actifs sont soit inclus, soit exclus dans les statistiques des deux pays ; les résultats sont identiques).

2.7. Ne pas confondre « perspectives » et « prévisions »

Le renversement potentiel vers une pénurie ne surviendra qu'en cas de conjonction des facteurs suivants :

- croissance de consommation non maîtrisée ;
- quota de nouveaux médecins inférieur au nombre requis, compte tenu de la féminisation et des perspectives de mortalité et de retraites, paramètres dont l'augmentation est certaine.

A ce stade, nos propositions sont établies à partir des données actuellement disponibles et « à système constant » ; pour ces deux raisons, elles devront être régulièrement révisées, à l'instar de tout diagnostic et pronostic médical, lesquels sont souvent revisités à la lumière de connaissances nouvelles et de paramètres évoluant dans l'état de santé d'un patient. En ayant recommandé 700 au lieu de 600 agréments pour 2007-08, la Commission de Planification a déjà permis de réduire quelque peu le risque de pénurie par rapport aux scénarios qui lui avaient été initialement présentés. Toute perspective est donc toujours provisoire. Le Bureau du Plan ne travaille pas autrement, en adaptant régulièrement ses perspectives de croissance ; l'INS fait de même en matière de projections démographiques.

3. Les « besoins » sont-ils croissants ?

3.1. Ne pas confondre les moyennes par praticien et celles par habitant

Certains généralistes voient leur patientèle diminuer. S'ils sont jeunes, ils vivent probablement très mal une telle évolution, si contraire à leurs attentes. Evoquer une croissance des besoins ne peut que leur paraître incongru, voire choquant.

En fait, ce qui peut être calculé ou ressenti par praticien, peut différer de l'évolution par habitant. Calculés par habitant, les recours de la population continuent à croître. Cette tendance à la hausse est profonde et liée à nombre de facteurs qui perdureront : l'accroissement des revenus moyens, le souci croissant du corps et des performances, le niveau d'éducation et d'attentes plus élevé, l'arrivée aux âges avancés de générations habituées à se soigner et le nombre croissant d'aînés parmi nous, la morcellisation des recours au travers de maintes spécialités et, surtout, les progrès des connaissances élargissant les possibilités d'intervention.

Cette tendance à la croissance des systèmes de soins est commune à tous les pays industrialisés. D'autres que nous envisagent aussi des scénarios de croissance, ce qui en accrédite la vraisemblance^{3, 6}. Dans un premier temps, cette tendance aura comme effet bénéfique de compenser les effets délétères de la forte concurrence. La vraie question est de savoir si elle est souhaitable et inéluctable (cf. section 3.4).

3.2. Comment estimer l'évolution des « besoins » ?

Il convient d'estimer cette évolution avant d'en tirer les conclusions sur le nombre requis de médecins. Nous avons retenu certains critères, mais négligé d'autres.

3.2.1. L'évolution des « consultations et visites ».

Il s'agit d'un indicateur « soft », témoin le plus proche de l'expression spontanée de la demande individuelle, du souci de la population d'entrer dans le système de santé. Dans un système comme le nôtre, axé sur le marché et la liberté, c'est un critère fréquemment utilisé pour apprécier des besoins de divers types ; il vaut aussi pour le système de soins, à la nuance près qu'il ne constitue pas un vrai marché, mais un « quasi marché », puisque les utilisateurs ne paient pas le prix plein. A noter que même dans un système où le prix à payer est bien inférieur au coût, nombreux sont ceux qui renoncent ou reportent des soins ou qui expriment des difficultés financières à les assumer (53% des ménages dans des milieux défavorisés !)¹⁰ ; pour eux, l'indicateur de « demande » est donc inférieur aux « besoins ».

¹⁰ Martin P, Boutsen M, Pirlot V, Close JM (Dir.), *Accessibilité et report de soins de santé : outils et analyse*, Union nationale des mutualités socialistes, DG Etudes, Développement et Information, Part IV:115+ annexes

Maints résultats de recherche ont mis en évidence la liaison entre santé et consommation de soins¹¹. Il serait donc malvenu de contester que le recours au médecin soit lié à un phénomène de santé. Même si on refusait de l'admettre comme indicateur de « besoin », ce refus verbal n'empêcherait nullement la demande de s'exprimer, si les règles du système de soins demeuraient inchangées !

En outre, on dispose pour ce critère de bonnes données sur les tendances du passé ; grâce à diverses sources, nous avons pu les estimer pour l'ensemble de la population. La plupart des facteurs qui ont présidé aux évolutions passées restent présents et leur impact perdurera : population plus riche, plus éduquée, plus préoccupée de son corps et de sa santé, plus vieille aussi, avec des aînés plus habitués à se soigner que leurs prédécesseurs, ... En faisant l'hypothèse que l'impact des divers facteurs restera globalement analogue à celui du passé, on peut proposer de prolonger les tendances observées ; nous l'avons fait par ajustement linéaire¹².

Suffira-t-il de limiter la croissance de l'offre pour infléchir les tendances ? La question est pertinente et, intuitivement, on a tendance à acquiescer et donc à abonder dans le sens des théories affirmant que l'offre peut induire sa demande ; cependant, la controverse fait rage dans la littérature internationale ; une analyse sans a priori des études disponibles révèle des résultats très contradictoires (cf. section 3.4). Nous avons dès lors été très prudents dans les scénarios utilisés antérieurement : seules les tendances les plus faibles ont été retenues. Ces hypothèses conduisent à sous-estimer l'évolution ; en effet, vu la tendance récente de la population à s'adresser davantage au spécialiste, il est plus probable que c'est la tendance rapide qui prévaudra pour ces derniers.

3.2.2. *La féminisation croissante.*

Au milieu des années '90, les femmes représentaient quelque 30 % du corps médical ; elles forment plus de 55 % des étudiants. La féminisation est donc en cours, c'est certain. Nous pensons que cette tendance va encore perdurer, puis plafonner ; cette vue est désormais partagée par le Président de la Commission de Planification³. Comme les femmes travaillent en moyenne à 80 % de leurs collègues masculins (au plan professionnel s'entend !), un surcroît d'environ 4 % d'effectifs sera nécessaire entre 1994 et 2014, simplement pour maintenir une force de travail analogue à celle qui prévaudrait si la proportion de femmes restait constante.

3.2.3. *Les retraites plus nombreuses.*

- Le nombre de médecins dépassant 65 ans va régulièrement augmenter à partir de 2012, en raison du vieillissement des cohortes fournies de diplômés des années '70-80. Pour l'ensemble du pays, le nombre estimé de « sortants » (= retraites + mortalité par âge, sexe et communauté) va doubler en quelques lustres : de moins de 700 (2004-08) à plus de 1300 (2019-23) (estimation provisoire).

- En outre, avant cet âge, l'inactivité va croître en raison des retraites précoces. Au total, le % d'activité sous 66 ans va diminuer de 2 points (de 92 à 90%), du seul fait de l'évolution de la pyramide des âges.

3.2.4. *Les fonctions non curatives.*

Nous n'avons retenu qu'une évolution au prorata de la population, ce qui est minime au regard d'autres hypothèses possibles, par exemple au prorata de l'évolution de la richesse nationale.

¹¹ - Leroy X, Neiryck I, *DEFI-SANTE, Disparités régionales en soins de santé chez les personnes âgées*, Rapport final, UCL, SESA, 1992 : 72 (cf. pp. 47-49).

- Leroy X, Neiryck I, Gevers L, De Donder Ph, Huart JF, *Consommation différentielle de soins et de services : choix et contraintes du consommateur âgé*, DEFI-SANTE, Phase II, Groupe de travail inter-universitaire UCL, FUNDP, ULB, Ulg avec le concours de la Communauté Française de Belgique, de l'AFIS et de la FIH-W, 1994 : 107 (cf. p.57 et sv).

- *Analyse et interprétation des disparités régionales de consommation de soins de santé (synthèse)*, DEFI-SANTE, Phase II, Groupe de travail inter-universitaire UCL, FUNDP, ULB, Ulg avec le concours de la Communauté Française de Belgique, de l'AFIS et de la FIH-W, 1994 : 59.

¹² Cinq tests statistiques appliqués sur quatre séries chronologiques ont montré que la tendance était purement linéaire.

3.3. D'autres facteurs influenceront l'évolution des « besoins ».

En adoptant comme critère les « séances de médecins » (= les consultations et visites), nous négligeons sciemment les facteurs suivants qui poussent les besoins à la hausse :

- l'évolution galopante de la technicité ; en effet, la fréquence d'actes techniques croît très rapidement, l'évolution atteignant quelque 3 à 8 % par an pour nombre d'entre eux, soit nettement plus que celle des consultations et visites : 0.06 à 0.2 % l'an pour les généralistes¹³, 2.1 % pour les spécialistes (tendances 88-95) ;
- la poussée de tâches nouvelles, tels les soins palliatifs, la thérapie génique, ... ;
- l'augmentation éventuelle du temps nécessaire pour chaque soin, lorsque ceux-ci sont prodigués à des personnes âgées ;
- la possibilité d'une diminution généralisée du temps de travail des médecins, stigmatisée par nombre d'aînés et chiffrée à 0.3 % l'an dans le récent rapport du Dr Dercq (= ± 6% en 20 ans)³ ;
- la tendance des médecins à diminuer progressivement l'âge de la retraite, bien avant 66 ans, phénomène également observé à l'étranger ;
- le temps croissant nécessaire pour la gestion et les contraintes administratives (dossiers, accréditation, deuxième avis,...) ; à lui seul, ce facteur pourrait requérir quelque 10 à 25 % d'effectifs supplémentaires en vingt ans⁶.

Inversement, on n'a pas chiffré l'impact d'éventuelles évolutions du système, par exemple du personnel non médical se substituant à des médecins pour certaines fonctions médicales, ou une réorientation des sommes consacrées à l'assurance soins de santé vers la prise en charge d'autres facteurs de santé. Le « rapport Peers »¹⁴ et des groupes de travail belges¹⁵ ont certes relayé les résultats de la littérature internationale mettant en évidence l'importance de facteurs non médicaux sur la santé¹⁶ et ces idées commencent à recevoir un certain écho en Belgique ; mais nul ne peut prédire actuellement si cette évolution des esprits ira jusqu'à juguler la croissance des soins de santé.

3.4. La croissance de la consommation est-elle souhaitable et inéluctable ?

Notamment, se justifie-t-elle sur le plan de l'efficacité du système de soins et des résultats atteints en termes de santé ? C'est une question posée par le Président de la Commission de Planification. Elle est fort pertinente. Mais on se trouve là dans un registre normatif et non plus analytique. Il ne suffit pas de répondre par la négative pour stopper net la croissance des dépenses de soins ! Dans le système actuel, où règnent la liberté du consommateur (libre accès aux soins, couverture relativement bonne) et liberté thérapeutique (droit des médecins de prescrire et produire des soins à volonté), le système continuera à se développer, même si l'on estime qu'il ne s'agit pas d'un « besoin ».

Cependant, deux questions se posent : a) quelle pourrait être l'influence d'une restriction de l'offre sur les tendances observées ? et b) quel est le rythme souhaitable de croissance ?

3.4.1. L'influence de l'offre

Serait-il adéquat de diminuer le nombre de médecins pour maîtriser les dépenses de santé ?

Cette question pose celle de la « demande induite par l'offre ». Contrairement à un préjugé répandu, la réponse n'est pas évidente : la littérature récente présente des résultats en sens divers. Une simple corrélation entre densités et nombre d'actes ne serait pas une « preuve » en soi : en effet, il y a en général conjonction avec d'autres variables, notamment la richesse, le progrès technique et l'accessibilité des soins, lesquels constituent des moteurs essentiels de l'expansion. On sait

¹³ Selon la nature des données considérées (estimation pour la population globale ou Régime général seul).

¹⁴ Peers J, *Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités*, 1999 : 227.

¹⁵ Groupe de travail constitué de Bantuelle M, De Henau PA, Lahaye Th, Morel J, Tréfois P, *La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions, Santé conjuguee*, Cahier : Susciter la santé communautaire, Bruxelles : Fédération des maisons médicales, 1998/4 : 30-37.

¹⁶ - Evans GR, Barer ML, Marmor TR, *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie, Les presses de l'Université de Montréal*, John Libbey Eurotext, New York, 1994.

- Bastien R, Langevin L, La Rocque G, Renaud L, *Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques*, Québec : Collection Partage, 1994 : 233.

notamment qu'un nombre important de médecins ne suffit pas à engendrer une demande, s'il n'y a pas en parallèle un accès aux soins pour la masse¹⁷. Par ailleurs, si l'offre croissante répond à une demande préexistante, on peut considérer l'évolution comme un progrès, ...

3.4.2. Le rythme de croissance

Y a-t-il un rythme de croissance « souhaitable » ? Notamment, convient-il d'en freiner le rythme, afin de garantir que le système puisse survivre aux tempêtes économiques et aux évolutions démographiques ? La question est cruciale, notamment en vue de maintenir la solidarité avec les démunis et les grands malades. Or, si les dépenses de santé continuent de croître dans le monde, les efforts de maîtrise semblent porter leurs fruits : au lieu de capter un pourcentage toujours croissant de la richesse nationale, les dépenses de santé croissent désormais au même rythme que le Produit intérieur brut dans nombre de pays industrialisés. Il s'agit là d'un signal fort : si nous voulons être capables de maintenir notre système, nous ne pouvons exiger de nos entreprises (cotisantes importantes du système) un effort supérieur à celui consenti sur le reste de la planète. Même si les besoins sont croissants, il sera nécessaire d'en maîtriser le rythme. Tout l'art consistera donc à identifier un rythme de croissance « adéquat » : ni trop faible, de façon à éviter les listes d'attente et une médecine duale basée sur l'argent ; ni trop forte, pour éviter une croissance incompatible avec les ressources financières du pays.

4. Quelle proportion de généralistes ?

L'évolution passée de la demande est très différenciée : elle est très faible pour les généralistes, bien que les aînés fassent davantage appel au généraliste ; par contre, la croissance des recours aux spécialistes est explosive. Sans mesure volontariste, cette évolution du système de soins perdurera. Même si les spécialistes fermaient leurs cabinets privés, la population continuerait probablement à s'adresser à eux dans les consultations ouvertes des hôpitaux et les services d'urgence. Quant aux tâches nouvelles, elles pointent tant pour les généralistes (soins palliatifs, par exemple), que pour les spécialistes (technicité, thérapie génique, prothèses, ...). Si on laisse les tendances en cours se poursuivre sans intervenir, les difficultés vécues par les généralistes risquent donc de s'accroître, alors que ceux-ci sont déjà les plus touchés par la situation actuelle du marché !

Une proposition du Dr. De Maeseneer a été acceptée pour les années 2004 à 2006 : 300 généralistes par an ; elle vise notamment à stabiliser le nombre de maîtres de stages, lesquels peuvent difficilement organiser leur travail si leurs conditions d'activité varient annuellement. Un tel nombre correspond à 50 % de généralistes pour les promotions de 600 diplômés annuels ou à 43% pour des promotions de 700. En Communauté française, les médecins actifs ne comptaient en 1994 que 44% de généralistes, et 40% seulement si l'on s'en tient à ceux qui fournissent des soins curatifs. Pire, les générations que remplaceront les futurs promus de 2004-08 contiendront moins d'un tiers de généralistes seulement !

Si l'on s'en tient à ce nombre de « 300 » généralistes, la part des généralistes dans les effectifs médicaux va donc croître ; cet effet est en harmonie avec les positions prises en Amérique du Nord (États-Unis, Canada,...), où l'on vise en principe à renforcer la place de la médecine générale. Mais vu qu'en Belgique le public témoigne d'une relative désaffection à l'égard du généraliste, accroître leur nombre risque de ne pas les servir. Si l'on maintenait une telle position normative, il faudrait en principe l'assortir de mesures de soutien visant à renforcer le rôle de la médecine générale. A défaut de telles actions volontaristes, le maintien d'un fixus de « 300 » généralistes (dont 120 Francophones) risque d'une part d'accroître leur paupérisation en Communauté française et d'autre part d'y accentuer des déficits de spécialistes ; en effet, les sortants ne pourront être remplacés, même en s'en tenant à une clé de 40% de Francophones. L'opportunité de maintenir 300 généralistes dépend donc étroitement des politiques qui seraient développées ou non en faveur de leur discipline.

A cette fin, les voies sont potentiellement multiples : confier au généraliste des missions nouvelles, ouvrir la nomenclature à des actes spécifiques de médecine préventive et de promotion de la santé,

¹⁷ Frenk JJ, Knaul, FM, Vazquez-Segovia LA, Nigenda G, Trends in Medical Employment: Persistent Imbalances in Urban Mexico. *American Journal of Public Health*.1999, 89 (7):1054-1058.

améliorer ses fonctions de continuité des soins par le renforcement des gardes (par exemple via une garde d'urgence 24h sur 24, organisée par les généralistes locaux au sein même des hôpitaux), renforcer ses fonctions de coordination de soins au sein de réseaux, créer des postes spécifiques de synthèse au sein des hôpitaux, différencier nettement le ticket modérateur pour la consultation du généraliste et du spécialiste, accroître son rôle de synthèse au cabinet, notamment via le dossier général ou central, l'inscription obligatoire, voire par l'échelonnement, renforcer son rôle au sein du quartier, par exemple via l'octroi de frais de structure, ou encore sponsoriser des émissions de TV médiatisant l'importance de son rôle.

En attendant d'éventuelles décisions en ce sens, l'hypothèse d'une stabilité des règlements ne peut être exclue. Dans cette perspective, on peut envisager les scénarios suivants :

a) Maintien d'une **proportion stable**, par exemple 40 % de généralistes, à l'instar de leur place dans les soins curatifs.

b) **Proportion variable**, afin de maintenir stable le % de généralistes dans les effectifs globaux ; vu la forte proportion de spécialistes parmi les « sortants », ceci pousserait à autoriser temporairement un tiers de généralistes seulement, du moins du côté francophone.

c) **Proportion faible**. Si les tendances '88 à '95 se poursuivaient et même en tenant compte du vieillissement de la population, le recours au généraliste risque de croître de 3 % seulement en 20 ans, tandis que les recours aux spécialistes pourraient exploser (+ 45 % !) ¹⁸. Par conséquent, si aucune mesure de soutien n'était accordée à la médecine générale, il faudrait tirer les conséquences de l'évolution spontanée du marché ! En vue d'éviter des déboires accrus pour les généralistes, il faudrait sans doute viser une faible proportion de généralistes de façon plus permanente, par exemple 35 %. Ceci ne ferait d'ailleurs que rapprocher la place des généralistes de celle observée dans nombre de pays de l'OCDE.

d) Si aucune décision n'avait été prise en ce domaine, la proportion de généralistes risquait de tomber à 0% ; en effet, le nombre de postes de stage aurait probablement été suffisant que pour accueillir la totalité des nouveaux médecins après *numerus clausus* ! On doute que les médecins généralistes auraient envisagé favorablement une telle négation de leur spécificité.

La place de la médecine générale dépendra aussi de la politique à l'égard des spécialistes et des hôpitaux. On a vu que la population a en moyenne tendance à recourir davantage au spécialiste ; on connaît aussi la propension accrue à s'adresser aux services d'urgence des hôpitaux pour des problèmes qui pourraient être traités ailleurs. Il serait illusoire de penser qu'il suffirait de restreindre l'arrivée de nouveaux diplômés pour enrayer le mouvement : les hôpitaux chercheront à déléguer certaines tâches vers des substituts (mais devront multiplier les actes pour pouvoir les rémunérer) ; ils recruteront parmi la réserve de généralistes sous-occupés (et recrutés à bas prix) ; lorsque sera épuisée cette réserve de recrutement, ils se tourneront vers l'immigration, à l'instar de ce qui se pratique dans les pays voisins (France, Grande-Bretagne,...). Un tel scénario reviendrait à priver un certain nombre de nos jeunes de choisir une carrière intéressante, sans pour autant freiner la production dans les hôpitaux ! Si l'on voulait diminuer la place de l'hôpital sur la scène des soins, d'autres politiques seraient nécessaires.

5. Faut-il un *numerus clausus* ? Voulons-nous « lâcher les brides » ?

On nous accuse indûment de vouloir réduire à néant les percées en matière de *numerus clausus* ! Il n'y a rien de plus faux. Comme par le passé, nous restons d'avis qu'il est fort souhaitable de maîtriser la croissance du nombre de médecins.

¹⁸ Nouvelles perspectives, tenant compte des tendances spécifiques aux pensionnés et aux veuves (Régime général).

5.1. Dès 1973, nous mettions en garde contre la pléthore : on ne nous a pas cru !

Dès 1973, nous avons diffusé un rapport mettant en garde contre les dangers de la pléthore menaçante¹⁹. En 1979, j'ai personnellement contacté tous les cabinets ministériels et les forces socio-économiques pour leur signaler le danger à venir et la nécessité d'instaurer un numerus clausus.

A l'époque, peu en parlaient et de tels propos n'étaient donc guère « politiquement corrects ».

La plupart de mes interlocuteurs m'ont poliment accueillie, mais avaient l'air manifestement dubitatifs.

Dans les années '80 et actuellement encore, plusieurs travaux ont visé, non pas à rejeter le numerus clausus, mais à tenter d'objectiver au mieux les nombres nécessaires. A l'époque, un système d'information s'est avéré « utile (la campagne du Ministre Dehaene à l'époque avait été suivie d'effet), mais une telle pression doit alors être répétée d'année en année. Un numerus clausus plus impératif garantit mieux l'objectif.

Par ailleurs, dès les années '90, il m'a semblé utile de mettre déjà en garde contre un numerus clausus sévère qui perdurerait à travers le temps et ce, en raison d'un phénomène prévisible que nous avons à présent pu chiffrer : celui de l'augmentation inéluctable du nombre de « sortants » ; en effet, les retraites croîtront en nombre à partir de 2012, en raison du vieillissement des promotions issues des années où l'ampleur des nouvelles promotions a explosé.

J'ai aussi souligné qu'à lui seul, le numerus clausus ne permettrait pas de répondre à certains des objectifs qu'on lui fixe.

5.2. Elargir les quota n'équivaut pas à augmenter le nombre de médecins !

Les conclusions de ma dernière étude proposent des nombres pour le numerus clausus. C'est tout le contraire d'un rejet de principe. Mais le phénomène d'incrédulité qui a prévalu dans les années '70 se reproduit aujourd'hui, en sens inverse ; actuellement, c'est la pléthore qui est durement ressentie ; la perspective d'une pénurie, fût elle lointaine, semble abracadabrante. Le corps social réagit à l'instar d'un thermostat : à l'égard de ce qui est immédiatement perceptible.

Encore faut-il organiser le numerus clausus au mieux des intérêts des malades et de la population et ne pas tomber dans l'excès inverse ! Comme on a vingt ans de retard en la matière, faute d'anticipation, il convient cette fois-ci d'anticiper pour ne pas viser trop bas. Il faut bien prendre conscience qu'un nombre donné de diplômés (par exemple mille) aurait un effet totalement différent en 2020 (époque à laquelle sortiront les fortes promotions des années '80), qu'une promotion de même ampleur en 1980, époque à laquelle seuls les rares médecins formés au cours de la guerre prenaient leur retraite.

C'est en raison de la disparité entre les sortants et les entrants que s'est peu à peu forgée la pléthore. Le marché ne pouvait pas absorber une croissance aussi rapide. Inversement, si l'on visait ne fût ce qu'à stabiliser la force de travail à partir de 2010, comme la Commission de Planification l'a souhaité, il s'imposera impérativement d'élargir peu à peu les quotas, puisque le nombre attendu de sortants va doubler en une quinzaine d'années (cf. supra). Alléger légèrement les quotas ne peut donc guère être assimilé à un retour à l'anarchie. Pour la Communauté française, les décisions prises pour 2004 à 2008 conduisent d'ailleurs à une diminution des effectifs attendus pour 2004.

6. Il ne faut pas se tromper de politique.

Que penser des arguments de ceux qui militent en faveur d'une réduction du nombre de médecins ?

Restreindre l'offre suffirait-il à garantir que le système évolue spontanément dans les directions qui sont évoquées par les tenants d'une telle politique ?

¹⁹ Delière D, *Le raz-de-marée en médecine. Halte à la croissance*, UCL, 1973 : 35.

6.1. Argument 1. Le pays aurait besoin de moins de médecins, car les principaux facteurs influençant la santé se situent hors du système de soins.

Il est tout-à-fait exact que la littérature internationale abonde de bonnes recherches montrant toute l'importance de facteurs psycho-socio-économiques et culturels dans les écarts de santé entre groupes sociaux. Le débat en la matière est intéressant et pose la question de la place que devraient occuper ces facteurs dans les politiques de santé et dans la formation des médecins : il est important en effet de travailler en amont en faveur de la santé, de façon à accroître l'espérance de vie, à améliorer la qualité de vie et à diminuer les inégalités de santé.

Mais la maladie, l'accident, le handicap n'en seront pas éradiqués pour autant. Il est même possible que l'espérance de vie en mauvaise santé s'allonge, rendant ainsi plus nécessaire que jamais un nombre accru de médecins. Si à court terme, il faudra quelque peu réduire le nombre de médecins, à long terme par contre (la pléthore ayant été résorbée), il ne conviendra pas de descendre en dessous du nombre actuel.

6.2. Argument 2. La densité médicale est forte comparée à celles des pays voisins et la pléthore est perceptible (sous-entendu : on a atteint un niveau maximum de densité médicale).

Certes, des signes de pléthore existent actuellement (cf. supra), mais ils résultent surtout d'un écart entre une croissance trop rapide de l'offre, par rapport à la croissance de la demande. Par contre, le niveau de densité actuellement atteint ne constitue pas nécessairement un plafond, car besoins et demande continuent de croître. Il faut se rappeler que l'on parle de pléthore depuis 1910 ; déjà le rapport Flexner l'évoquait ; à cette époque, il y avait en Belgique dix fois moins de médecins qu'aujourd'hui !

6.3. Argument 3. On pourrait être plus efficient.

Certes, certains pays, tels le Japon, ont nettement moins de médecins et sont champions en espérance de vie. Mais il ne suffirait pas de diminuer le nombre de médecins pour accroître la santé ! Les Japonais se nourrissent autrement, ont un sens aigu de la discipline et du collectif, ... Ce n'est pas demain que ces modes de vie seront transposés sous nos cieux.

Plus près de nous, les Pays-Bas vivent bien avec des densités médicales nettement plus basses ; mais, l'inscription chez le médecin y est obligatoire, de même que le passage par le généraliste pour consulter un spécialiste. La consultation du généraliste dure 5 à 8 minutes (16 à 19' chez nous). Les listes d'attente fleurissent, l'immigration par des médecins étrangers y est courante. La pénurie y est d'ailleurs reconnue puisque l'on a accru le numerus clausus de 26% en 6 ans ; à l'aune de la population belge, il équivaut désormais à quelque 1200 médecins par an, pour 10 millions d'habitants.

6.4. Argument 4. Ce sont surtout les francophones qui ont trop de médecins. Il faut réduire leur quota à 35 %.

Le contexte historique fait que la Communauté française a développé plus tôt son système de santé (naissance tardive des universités flamandes, choix des études moins orienté vers la médecine au Nord). Il est donc normal de viser à réduire l'écart des densités médicales entre Communautés (= nombre de médecins par 10 000 habitants) ; cette tendance à la convergence est d'ailleurs déjà largement en cours. Le débat portera certainement sur le rythme auquel cette convergence devra prendre place ! Il faut se souvenir que, au stade actuel de son système de santé, la Communauté néerlandophone connaît aussi des signes de pléthore ; il serait donc prudent que le rythme de croissance du nombre de médecins y soit modéré, de façon à éviter d'y accroître la pléthore pendant la période où s'opérera un rapprochement des densités médicales.

6.5. Argument 5. Il faut juguler la croissance des dépenses de santé.

Un tel objectif contraste curieusement avec les revendications habituelles des syndicats médicaux qui s'offusquent régulièrement de « rationnements » en cours. Néanmoins, l'argument peut faire mouche : en effet, pouvoirs publics, mutuelles, contribuables et cotisants ont intérêt à soutenir les efforts de

maîtrise. En outre, il importe de ne pas mettre en péril la compétitivité de nos entreprises par rapport à leur concurrentes à l'étranger, car elles financent largement le système grâce à leurs cotisations. Les pouvoirs publics seront donc contraints à réglementer toujours davantage (au grand dam des médecins qui abhorrent les réglementations !). Mais personne ne croit vraiment qu'il soit possible de diminuer, ni même de stabiliser les dépenses de santé ; tout au plus, peut-on tenter d'en tempérer le rythme de croissance.

Une certaine croissance reste d'ailleurs possible pour au moins deux raisons : a) les dépenses de santé se situent dans une moyenne raisonnable au niveau de l'OCDE et b) selon le Bureau du Plan, la richesse du pays continuera à augmenter à un rythme soutenu (+ 1.75 à 2.2 % l'an du Produit intérieur brut).

Par ailleurs, diminuer le nombre de médecins ne suffirait pas à juguler la croissance des besoins, ni celle des dépenses d'assurance soins de santé, comme certains pourraient le supposer. En effet, il ne faut point en attendre une diminution corrélative des prestations : face à la diminution de main-d'œuvre (moins d'étudiants stagiaires et de candidats spécialistes), les hôpitaux chercheront probablement à recruter (à coût supérieur !) et donc à produire davantage pour en amortir la charge ! Cependant, freiner la croissance de l'offre contribue à éviter des dérives. Le *numerus clausus* constitue à cet égard une mesure utile.

6.6. Argument 6. Les médecins et les hôpitaux font des tas d'actes inutiles ; il faudrait réduire leur activité !

- a) La production à faible valeur ajoutée de santé (= les « Favas ») est avérée par la littérature, mais nous l'avons vu plus haut, ces Favas ne sont pas dus (ou en tout cas pas seulement) à la pléthore (cf. 2.6.1). Pour restreindre ces « FAVAS », il faudrait créer des guides de bonnes pratiques, mettre sur pied des groupes de consensus et, surtout, mettre en œuvre des incitants pour que ces consensus soient suivis d'effets dans les comportements.
- b) Parmi les facteurs causant les « Favas », on a évoqué, outre la densité : l'incertitude de l'art médical, la crainte de procès, les déficits de certains services hospitaliers, l'évolution des législations (salaires du personnel), ... Si l'on remédiait aux problèmes financiers en cause par d'autres voies, la collectivité risquerait de subir un coût analogue, mais avec moins de soins produits. Serait-ce tellement mieux ? Nombreux sont ceux qui répondront par l'affirmative : moins de médicalisation inutile et moins de conséquences iatrogènes. Mais où est la limite adéquate et comment l'atteindre ?

Restreindre le potentiel de spécialistes n'entraînerait d'ailleurs pas *ipso facto* la maîtrise du nombre d'actes qui seront produits (voire la fermeture de services !), car les médecins et les hôpitaux disposent de maintes stratégies d'adaptation pour continuer à produire beaucoup d'actes médicaux ; il est plus que probable qu'ils s'en serviront. Il faut donc savoir ce que l'on veut ! Soit la politique vise à réduire l'activité des hôpitaux et, dans ces conditions, le *numerus clausus* ne constitue pas une mesure suffisante, soit il faut donner à nos hôpitaux les moyens de fonctionner correctement.

6.7. Argument 7. Il y aurait déséquilibre du système : la médecine spécialisée serait hypertrophiée. Certains médecins prônent une « prévention quaternaire », mettant la population à l'abri d'excès d'actes médicaux et de leurs effets iatrogènes.

Il est exact que les tendances récentes montrent une désaffection progressive à l'égard de la première ligne : la progression des recours aux généralistes stagne, sauf parmi la population âgée. Mais, augmenter la proportion de généralistes ne réorientera pas automatiquement la population vers cette discipline ; si l'on voulait modifier les tendances en cours, des mesures complémentaires de soutien seraient nécessaires. Nous les avons évoquées à la section 4

En conclusion, planifier l'offre, constitue une politique utile, mais celle-ci s'insère dans un puzzle complexe ; planifier un élément de l'ensemble appelle inévitablement la mise sur pied de politiques connexes.