

## **Les médecins sont trop nombreux aujourd'hui. Qu'en sera-t-il demain ?**

octobre 2000

**Denise Deliège  
Professeur à l'Université catholique de Louvain**

### **1. Pléthore ou Pénurie ?**

Certains médecins vivent une carrière difficile ; on peut déplorer ce gâchis : tant d'efforts pour en arriver là ! Etait-il dès lors justifié d'élargir les quotas d'agrément autorisés (= numerus clausus) ? A notre avis oui, car la pléthore d'aujourd'hui aurait pu se transformer en pénurie à terme. En effet, tout évolue (quel truisme !), même les causes de la pléthore !

Actuellement, des signes de pléthore se manifestent au Nord comme au Sud du pays, et surtout parmi les généralistes bruxellois. Ils vont perdurer quelques années, vu le laxisme du passé : trop de nouveaux diplômés, dans un marché qui ne peut les absorber à ce rythme, vu notamment le faible nombre de médecins arrivant à la retraite.

A terme par contre, le monde aura changé. Pour évaluer le nombre de médecins nécessaires vers 2010-2020, un exercice difficile s'impose : tenter de prévoir les évolutions. Faute d'anticiper, on réagit comme un thermostat, c'est-à-dire à la seule situation du moment ; ainsi, malgré les mises en garde (pour notre part dès 1973), on a tardé à instaurer le numerus clausus : la pléthore n'étant pas ressentie, l'anticipation manquait.

### **2. Y a-t-il un nombre idéal de médecins ?**

On annonce la pléthore depuis ...1910 ! Il y avait alors dix fois moins de médecins ! Le « besoin » évolue donc avec le temps et varie selon les régions, avec les habitudes de vie et les conditions socio-économiques.

Pour apprécier les « besoins » à terme, il faut évaluer : a) le trop plein actuel de médecins (= « la pléthore »), b) l'évolution de la population et de ses « besoins », c) le nombre de médecins qui quitteront la profession quand les futurs diplômés les remplaceront (= les « sortants »), et, enfin, d) les évolutions de la pratique professionnelle (féminisation, taux d'activité, ...).

**2.1. Pour la pléthore**, il n'existe pas de consensus international sur sa définition, ni sur ses indicateurs.

- La littérature dénombre des actes « inappropriés », que nous appelons « FAVAS » (actes à faible valeur ajoutée de santé), mais ils ne résultent pas de la seule pléthore : l'incertitude de l'art médical, la multiplication des procès, les budgets hospitaliers en équilibre précaire sont aussi en cause.

- Les « pratiques faibles » (= peu d'attestations pour l'INAMI) ne sont pas plus probantes : elles peuvent concerner des médecins débutant ou se retirant en cours d'année, des médecins fonctionnaires, chercheurs, gestionnaires, salariés, etc. Elles caractérisent notamment nombre de hautes personnalités : dirigeants INAMI, doyens, sénateurs, ....

- Certains indicateurs (vécu professionnel, faibles revenus,...) chiffrent l'ampleur de la pléthore à 1 à 9%, et ce dans les deux régimes linguistiques<sup>1</sup>. Mais si pléthore signifie « moindre efficacité » (= même niveau de santé avec plus de médecins), on peut comparer la densité médicale en Communauté française (= N médecins/10000 habitants) à celle d'un pays culturellement, économiquement et médicalement assez proche : la France, soit 17%<sup>2</sup>. Si des pénuries s'accroissent en France, il faudrait abandonner ce pays comme référence.

## 2.2. La population consulte davantage les médecins.

Les besoins s'apprécient de diverses manières, selon les auteurs. Nous avons utilisé un indicateur de « consommation » : les consultations et visites par habitant ; il mesure la volonté de la population d'entrer dans le système de soins. Tant que sera garantie l'entière liberté d'accès aux soins, c'est ainsi que se forge le marché. Cet indicateur constitue aussi un « proxy » valide du « besoin » objectif, car les enquêtes ont montré la liaison entre consommation de soins et santé.

Cet indicateur est en croissance depuis près de 30 ans . Il est prudent, car il ne prend pas en compte la technicité croissante des soins, qui est beaucoup plus rapide (+ 3 à 8 % l'an).

Dans le passé, cette croissance globale s'est néanmoins traduite en moyenne par une baisse des séances par praticien, vu qu'on a laissé l'offre croître trop rapidement

La tendance à la hausse va perdurer pour les patients, car de nombreux facteurs les poussent à consulter davantage : 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 outre, l'habitude de consulter divers spécialistes et les progrès des connaissances élargissant les indications, accentuent la hausse.

En supposant que les facteurs en cause agiront comme par le passé, nous avons prolongé les tendances observées, séparément pour les généralistes et les spécialistes<sup>3</sup>. Potentiellement, si les évolutions perdurent et ne sont pas maîtrisées, les effectifs de médecins « curatifs » nécessaires pour répondre à ces recours pourraient croître de  $\pm 28\%$  en 20 ans (1994-2014)<sup>4</sup>. Il faut encore tenir compte d'un faible accroissement de population : 1,5 % en 20 ans en Communauté française. L'évolution des fonctions non-curatives ( $\pm 14\%$  des effectifs) a été estimée séparément.

## 2.3. Les retraites seront plus nombreuses.

Le corps médical vieillit. A partir de 2012, arriveront à l'âge de la retraite, des générations de diplômés beaucoup plus fournies : le nombre de « sortants » (= retraites + mortalité) va doubler en une quinzaine d'années. De plus, l'activité va diminuer vu l'évolution de la pyramide des âges, sans même parler des retraites plus précoces.

Par conséquent, élargir le *numerus clausus* n'équivaut pas à « lâcher les brides ». Mille nouveaux médecins en 2020, quand sortiront les larges promotions des années '80, n'auront pas du tout le même impact sur les effectifs que 1 000 nouveaux diplômés en 1980, quand ne sortaient que les très faibles générations diplômées pendant la guerre.

Inversement, si on avait limité le *numerus clausus* à 600 médecins pendant 40 ans, comme initialement envisagé à la Commission de Planification, les effectifs médicaux auraient nettement diminué, provoquant peu à peu des pénuries dans un marché où les besoins auront nettement crû.

<sup>1</sup> Dépouillement spécial de l'enquête de Leroy X, *Charge de travail des médecins en 1996*.

<sup>2</sup> 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 : Que l'on inclue ou non les non-actifs dans les statistiques des deux pays, les résultats sont identiques).

<sup>3</sup> Méthode des moindres carrés ; les tests statistiques indiquent que cet ajustement linéaire est le plus pertinent.

<sup>4</sup> Tendances par « âge » du Régime général (1988-95, pays), séparément pour les effectifs de généralistes et de spécialistes, selon les taux de séances qui les concernent.

## 2.4. La féminisation croît.

La place des femmes dans les effectifs médicaux francophones passera de 29 % à  $\pm$  45-50 % en l'espace de vingt ans. Comme elles travaillent en moyenne 20 % de moins que leurs collègues masculins (au plan professionnel s'entend !), un surcroît d'environ 4 % des effectifs sera nécessaire pour égaler une force de travail à féminisation inchangée.

## 3. Nos perspectives sont raisonnables.

En effet, nous n'avons pas tenu compte d'autres facteurs qui poussent les besoins à la hausse : technicité (en croissance très rapide), tâches nouvelles (soins palliatifs, ...), surcroît de temps nécessaire pour soigner un aîné plutôt qu'un adulte, moindre propension au travail parmi les jeunes, abaissement de l'âge de la retraite, temps accru pour la gestion et les contraintes administratives, ...

A système inchangé, il est donc souhaitable d'élargir graduellement les quotas initialement envisagés (ils étaient très bas), tout en veillant à limiter fortement le rythme de croissance des effectifs médicaux. Ces conclusions devraient être revues si le système changeait (cf. section 7). Autoriser 670 nouveaux médecins en moyenne en 2004-2008 constitue d'ailleurs une maîtrise majeure comparé au laxisme du passé : le nombre de médecins francophones diminuera, et la force de travail encore davantage, vu la féminisation.

## 4. Quels médecins faut-il planifier ?

Faut-il remplacer seulement les médecins « accrédités », sous prétexte qu'eux seuls pèsent sur l'INAMI ? Il est probable que nombreux sont les aînés qui n'ont plus pris la peine de se recycler ; d'autres refusent l'accréditation « par principe » ! Néanmoins, ils soignent des patients une vie durant ! On risque donc de sous-estimer la base de départ ! D'autres non accrédités occupent des fonctions importantes dans le système de santé : certains doyens, des professeurs en recherche fondamentale et en santé publique, de hauts fonctionnaires des Ministères ou de l'INAMI. Le nombre de médecins occupant des fonctions « non-curatives » à temps plein, dépasse déjà les 3600. Des médecins hors quota rempliront-ils ces fonctions ? Pour nombre d'entre elles, c'est impossible : une pratique curative préalable est indispensable et les réorientations affaibliront donc les effectifs planifiés pour le curatif. Pour d'autres, il faudrait modifier la législation pour les rendre accessibles (e.g. médecine du travail). Si les étudiants refusent de s'engager en surquota (notamment parce que ces carrières sont peu visibles), la « planification » risque de créer une pénurie. S'ils l'acceptent, on s'engage dans un système de médecins à deux vitesses (ceux ayant réussi et les autres) ; c'est dommage pour les collaborations à venir !

## 5. Quelle proportion de généralistes ?

Une proposition du Dr De Maeseneer a été acceptée : 300 nouveaux généralistes par an, dont 120 Francophones (=45 % des futurs agréés 2004-08). A notre avis, c'est trop, du moins pour ces années, car a) la pléthore touche principalement les généralistes, surtout à Bruxelles; b) pour les promotions concernées, le % de généralistes est particulièrement faible parmi les sortants (34 % chez les Francophones, moins encore parmi les accrédités) ; et c) la consommation tend à stagner pour les généralistes, alors qu'elle explose du côté des spécialistes.

Nous proposons 90 généralistes et 178 spécialistes par an du côté francophone (moyenne 2004-08). Ceci ne constitue pas une « norme » : le % de généralistes pourra augmenter en fonction des évolutions socio-démographiques et des politiques de santé. Cette proposition ne menace pas les finances de l'assurance maladie, puisque i/ les sortants ne pourront de toutes façons pas être remplacés du côté francophone (même en incluant les hypothétiques 15 % en surquota) et ii/ on ne fait que répartir les pertes au prorata des sortants (sans résorber davantage le surcroît de pléthore des généralistes), iii/ les surquota accentueront encore la place des « non-spécialistes ».

## 6. Les arguments en faveur d'une réduction du nombre de médecins ne sont pas pertinents

A court terme, une réduction serait salutaire pour résorber le trop-plein, mais il n'en va pas de même à plus long terme. Examinons les arguments les plus souvent avancés.

- *Il faut juguler la croissance des dépenses de santé* - Diminuer le nombre de médecins ne suffirait pas, car la population voudra néanmoins consulter davantage et les hôpitaux, en butte à des coûts accrus, seront acculés à compenser en poussant à la production.
- *Le secteur hospitalier est hypertrophié* - Limiter les effectifs médicaux n'empêcherait pas la population de se diriger de plus en plus fréquemment vers le spécialiste, voire vers les services d'urgence des hôpitaux et ceux-ci s'adapteront.
- *Nos densités médicales sont très élevées* - La diversité des densités et leur augmentation sont des phénomènes quasi universels et persistants. Ce qui importe, c'est de maintenir un rythme de croissance faible et compatible avec les possibilités économiques du pays ; le Bureau du Plan prévoit une croissance soutenue en Belgique : de l'ordre de 1.75 à 2.2 % l'an, hors index.
- *Certains pays ont un bon niveau de santé avec moins de médecins* - Certes, mais dans d'autres systèmes. Le Japonais par exemple, se nourrit différemment, vit autrement le sens de la discipline et du collectif et fait largement appel à des infirmières à domicile ; quant à nos voisins des Pays-Bas, ils connaissent des files d'attente et la nécessité de recruter des praticiens étrangers, pour des coûts de santé supérieurs aux nôtres ; ils pratiquent un échelonnement strict et les consultations de généraliste y durent à peine 5 à 8 minutes. Le Belge accepterait-il de changer ses habitudes ?

## 7. Si le système changeait, les scénarios de besoins devraient être revus.

Par souci de rigueur, nous n'avons pas spéculé sur d'hypothétiques changements : nous travaillons « à système inchangé ». Si les systèmes évoluaient, nous reverrions nos perspectives. Examinons divers scénarios évoqués :

- De nombreuses études montrent l'impact des facteurs psycho-sociaux et environnementaux sur la santé et certains proposent de *réorienter significativement les sommes disponibles vers la promotion de la santé, au détriment des soins*. Vu les forces en présence, il est peu probable d'assister à une telle révolution dans un proche avenir.
- En cas de *scission de l'assurance-maladie*, des tensions seront inévitables, notamment du côté francophone, et ce quels que soient les quotas adoptés.
- Si le nombre de *lits d'hôpitaux* diminuait fortement, comme au Canada ou en Suède par exemple, les tendances pourraient s'infléchir, mais au prix de listes d'attente.
- De réelles *substitutions* pourraient modifier les besoins, par exemple : infirmières anesthésistes en péri-opératoire, assistants médicaux pour « trier » les urgences ou pour préparer les anamnèses, assistants sociaux pour visiter les personnes âgées (voire pour prendre leur tension ?), etc. On voit les implications : mise en question des compétences respectives de diverses professions et modes de financement ! Le processus serait lent et délicat, particulièrement difficile à aborder en période de pléthore. Faut-il « créer » la pénurie, pour que les médecins perçoivent les avantages de telles transformations (meilleures conditions de travail) et qu'ils puissent dès lors les accepter, à leur avantage, comme au bénéfice des dépenses publiques ?