

Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales (asbl)

Le 2 septembre 2015

Les « quotas » doivent-ils viser à égaliser les densités de médecins entre les Régions ?

Denise Deliège et Etienne De Clercq
Professeur émérite UCL Professeur UCL

Août 2015

Dans les années '90, la Commission de Planification de l'Offre médicale préconisait d'égaliser les densités de médecins entre les Communautés linguistiques et établissait sur cette base les quotas de médecins ayant accès aux remboursements INAMI. Cet objectif se basait sur un postulat : une surconsommation de soins estimée intolérable dans le chef des Francophones et supposée induite par une densité médicale excessive. Notons d'emblée qu'une telle relation est fortement controversée dans la littérature scientifique.

Depuis lors, l'INAMI a produit une série de rapports sur la [géographie de la consommation médicale](#), dont le dernier en date porte sur les années [2009 à 2013](#). Les écarts de consommation par assuré diffèrent selon que l'on considère les moyennes brutes ou celles standardisées pour tenir compte d'un certain nombre de facteurs de « besoin »¹. Pour expliquer les différences subsistant d'autres facteurs doivent encore être identifiés.

Si, de façon simpliste, l'on s'en tient aux chiffres bruts, la consommation moyenne de soins est légèrement plus élevée en Wallonie (selon les années : indices 101.1 à 101.7) par rapport à la moyenne nationale (=100), mais les écarts sont faibles comparé à ceux caractérisant la Flandre (100 à 100.5)² : à peine un point de % supplémentaire. Quant à Bruxelles, où la densité de médecins actifs est de 80% supérieure à la moyenne nationale, la consommation moyenne de soins par assuré INAMI (donc hors personnel des institutions internationales) y est par contre nettement inférieure à la moyenne nationale et l'écart s'accroît (indices : de 95 en 2009 à 91.7 en 2013). On est donc ici très loin d'une forte consommation induite par l'offre ! Selon l'INAMI, ce faible score bruxellois est notamment dû à une présence supérieure de personnes ne consommant pas de soins ; on peut craindre que ceci soit lié à la pauvreté plus répandue dans la capitale.

Si on standardise à présent la consommation en fonction des quatre facteurs de « besoins » identifiés (cf. note 1), les indices de consommation par assuré en Wallonie (100.2 à 100.8 selon les années) s'écartent cette fois-ci moins de la moyenne nationale que ceux de la Flandre (101.6 à 101.8). L'hypothèse d'une consommation débridée des Francophones s'écroule. Et, à Bruxelles, l'écart entre les indices s'amenuise quelque peu si ceux-ci sont standardisés (indices 96.2 à 96.9) ; mais, malgré la forte densité médicale, la moindre consommation par rapport à la moyenne nationale reste importante.

¹ Standardisation selon l'âge, le sexe, le pourcentage d'interventions majorées et d'assurés indépendants.

² Rapport 2009-13, Annexe, p. 21.

Bien sûr, Bruxelles est fortement médicalisée, à l'instar de toutes les capitales ; il n'y a donc pas lieu de le stigmatiser. La comparaison entre les deux autres régions est-elle plus pertinente ? Faut-il s'offusquer d'une densité de médecins en Wallonie supérieure de 22% à celle de la Flandre, alors même que cette différence existe depuis plus de quarante ans ? Et alors que nul ne met en question les écarts de densité entre arrondissements au sein de chaque région ? Ces écarts s'étalent pourtant dans une fourchette bien plus large : de 1 à 2.5³, sans même tenir compte des arrondissements abritant une université. Notons aussi que les corrélations entre ces densités et les indices standardisés de dépenses de l'INAMI sont quasi nulles (<0.06 au sein de chaque région) ; dans ce cadre, on ne constate donc pas non plus de demande induite par l'offre.

Si l'on s'intéresse à présent aux situations à l'étranger, on constate que la densité wallonne n'est pas exceptionnelle : six pays de l'OCDE sur 25 la dépassent, de même que nombre de régions⁴. Il n'y a pas de nombre d'or en matière de densité médicale. Les systèmes de santé évoluent et s'accommodent de divers niveaux de densité.

En conclusion, pourquoi vouloir égaliser les densités de médecins entre Communautés, comme les règles du numerus clausus le prévoient, alors que la consommation de soins ne se révèle pas excédentaire, contrairement à ce que l'on craignait et que, de surcroît, la densité de la population est nettement plus faible en Wallonie, accroissant d'autant le temps de déplacement nécessaire pour les visites à domicile ou l'accès aux soins ? Faut-il à tout prix privilégier une hyper-productivité des médecins (au risque de surcharge et de soins expéditifs) ou sauvegarder un système favorisant l'accessibilité aux soins, le confort des patients et la qualité de vie des praticiens ?

La Commission de Planification ne devrait-elle pas reconnaître l'erreur de son postulat d'origine (« trop de médecins qui causeraient trop de consommation de soins »). Certes, l'on peut viser un rapprochement graduel des densités médicales, mais vouloir y procéder au pas de charge, au nom d'un dogme discutable, risque de désorganiser profondément le système de santé francophone. En effet, limiter à 40% les médecins francophones entrant, alors que leurs effectifs comptent 50% de médecins en âge de prendre leur retraite, constitue une atteinte à la santé publique, d'autant plus que la population augmente sans que les quotas globaux soient adaptés. Si rapprochement il doit y avoir, il doit s'opérer de façon bien plus graduelle.

³ Médecins actifs dans le système de santé belge, hors candidats-spécialistes. Source : Centre d'Information sur les Professions médicales et paramédicales.

⁴ OECD, Stat, Regional, social and environmental Indicators (Health Access), New regional database, July 2015, http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=REG_DEMO_TL2.