

# Le cadastre en médecine générale et les maisons médicales

Isabelle Heymans, médecin généraliste et secrétaire politique de la Fédération des maisons médicales avec la collaboration de Pierre Drielsma et Jérémie Rafalowicz du service d'études et de recherche de la Fédération des maisons médicales

La comparaison des données fournies par le récent cadastre de la médecine générale en Belgique avec les données démographiques des généralistes en maison médicale laisse à penser que la réponse à la pénurie annoncée ne réside pas tant dans une manipulation des quotas que dans une refonte du modèle organisationnel des pratiques.

**Mots clefs :** médecine générale, soins de santé primaires, offre médicale, système de santé, maison médicale.

La ministre de la santé, Madame Onkelinx a fait savoir en avril que le service public fédéral Santé publique a réalisé un cadastre des médecins généralistes belges. Enfin !

Ce cadastre a été réalisé en croisant des informations du service public fédéral (agrément, participation à la garde, adresses de pratiques), de l'INAMI (nombre de contacts patients, Dossier médical global, accréditation) et de la Banque carrefour (pour repérer les personnes qui seraient décédées).

Un ensemble de cinq critères a été retenu pour déterminer si un généraliste est effectivement actif : être agréé comme généraliste, tenir des dossiers médicaux globaux (au moins un en 2007), être inscrit à un rôle de garde (qu'elle soit effectivement prestée ou non<sup>1</sup>), avoir au moins 500 contacts patients par an (sur au moins 1 an entre 2003 et 2007), et suivre des formations continuées (être accrédité en décembre 2007). Les médecins inscrits dans une pratique au forfait ont été considérés par défaut comme répondant aux critères pour les dossiers médicaux globaux et les contacts patients.

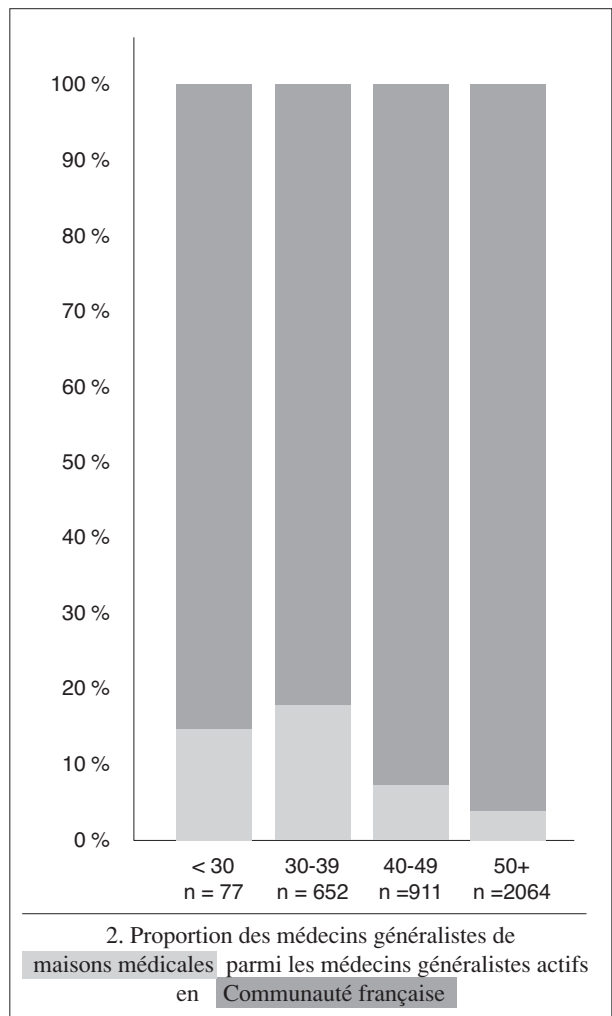
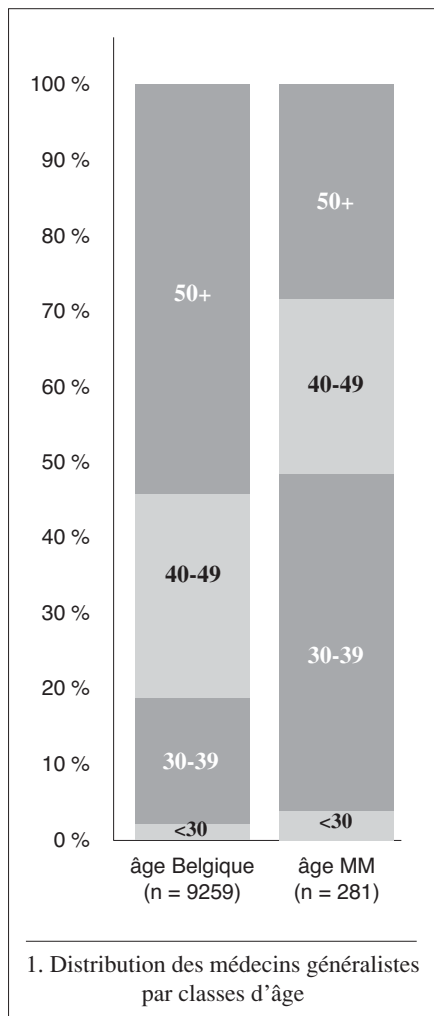
Les résultats sont conformes à ce qui était attendu : les généralistes ne sont pas si nombreux que cela, et l'avenir est plutôt inquiétant. Ainsi, sur les 15.118 médecins généralistes recensés en Belgique, 9.259 (= 61%) répondent aux critères ci-dessus. 40% d'entre eux se situent en Wallonie ou à Bruxelles. Un tiers des médecins généralistes actifs a plus de 55 ans, et plus de la moitié a plus de 50 ans !

Et encore, ce chiffre est trop large. En

effet, le nombre de contacts requis pour être considéré comme « actif » est très faible. Des médecins sont encore pris en compte alors qu'ils pratiquent certainement d'autres métiers, ou qu'ils ont arrêté de pratiquer. Les médecins généralistes débutants sont probablement également dans ce cas de figure, mais cela n'est pas un problème : ils n'ont pas encore pu développer leur patientèle, mais vont potentiellement faire partie des généralistes occupés (débordés) demain. De plus, le nombre de contacts ne dit rien sur le type de contacts. Les médecins qui travaillent dans des services d'urgences sont probablement comptabilisés aussi<sup>2</sup>. Ils ne sont pourtant pas sur le terrain des soins de santé primaires. De même, des sous-spécialités pratiquées avec les codes de nomenclature de la médecine générale se sont développées (nutritionniste, médecines parallèles, etc.) et certaines d'entre elles ne répondent pas aux exigences de la médecine générale : prise en charge globale de patients de tous âges avec tous types de problèmes de santé. Pour un véritable cadastre, il faudra aussi aller voir sur le terrain ce que font réellement les généralistes inscrits comme tels. Une information sur la répartition géographique effective des pratiques de médecine générale est importante aussi (outre la répartition régionale, encore trop large). Le projet Impulséo 1 essaie de répondre, avec des difficultés, à une pénurie très variable en fonction des lieux, elle est plus criante en zones défavorisées et en zones rurales. A l'heure d'écrire ces lignes et où les détails de ce cadastre ne sont pas encore disponibles, nous ne pourrions pas analyser cette question plus avant.

Pénurie de médecins généralistes

(P)oser les bonnes questions



•••••  
**Osons comparer ces résultats avec ceux de notre cadastre, celui des maisons médicales membres de la Fédération**

En 2007, nous comptabilisions 291 médecins généralistes en maison médicale. Parmi eux aussi, il est possible que certains aient des petites pratiques ou n'effectuent plus de gardes. Un petit nombre n'est pas en ordre d'accréditation. Mais la grande majorité entre dans les critères définis par le service public fédéral.

**La proportion de médecins généralistes en maison médicale, à Bruxelles et en Wallonie**

Ces 291 médecins généralistes enregistrés en maison médicale en 2007 représentent presque 8%<sup>3</sup> des quelques 3.700 médecins généralistes consi-

dérés comme actifs en Communauté française ! La pratique en maison médicale ne constitue donc plus du tout un modèle « très minoritaire ».

**La distribution par âge des médecins généralistes**

La ministre l'a dit : la distribution par âge des généralistes actifs est préoccupante : un tiers sera à la retraite dans 10 ans (un peu moins puisque certains d'entre eux continueront leur métier après 65 ans).

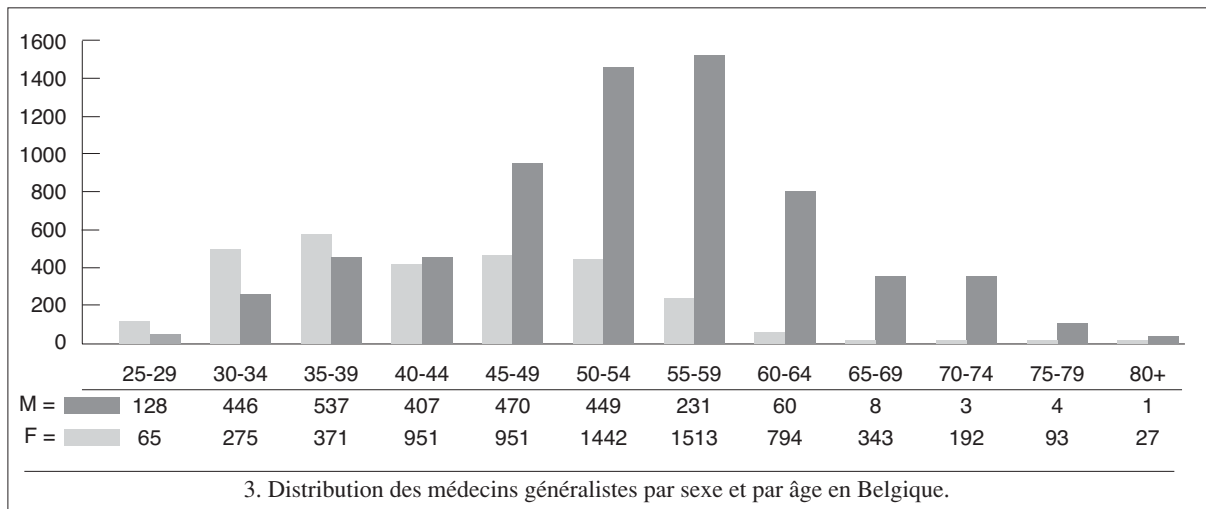
Le graphique 1 présente la distribution par âge des généralistes belges, et des généralistes de maison médicale. On peut observer la grande proportion de généralistes de plus de 50 ans en Belgique. La population des généralistes en maison médicale est plus jeune, et c'est logique : le mouvement fait des émules surtout depuis les années 90.

En attendant des chiffres de distri-

bution précis par classe d'âge et par région (ou province), on peut considérer que 40% des généralistes actifs pour chaque classe d'âge travaillent en Communauté française (sur base des chiffres disponibles pour l'ensemble des généralistes tous âges confondus). On observe alors (graphique 2) que la proportion de généralistes en maison médicale croît parmi les plus jeunes : 19% des généralistes de moins de 40 ans travailleraient en maison médicale. Cela semble confirmer l'attraction de ce modèle de pratique pour les jeunes générations.

**Pénurie de médecins généralistes**      **(P)oser les bonnes questions**

• **Le cadastre en médecine générale et les maisons médicales**  
 • **(suite)**

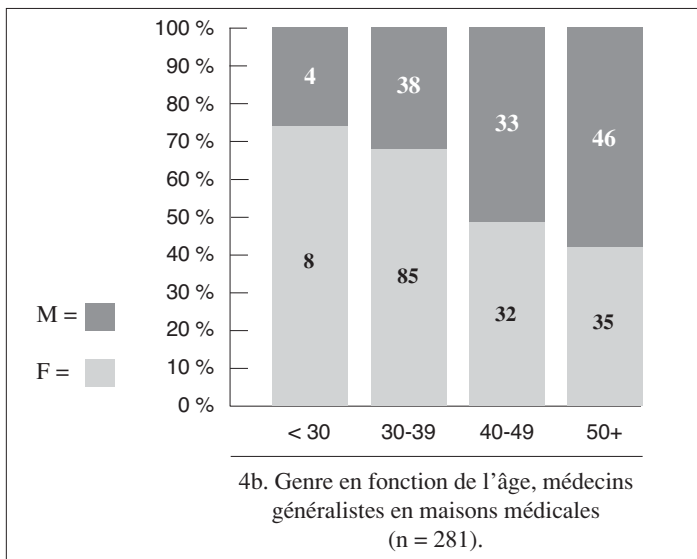
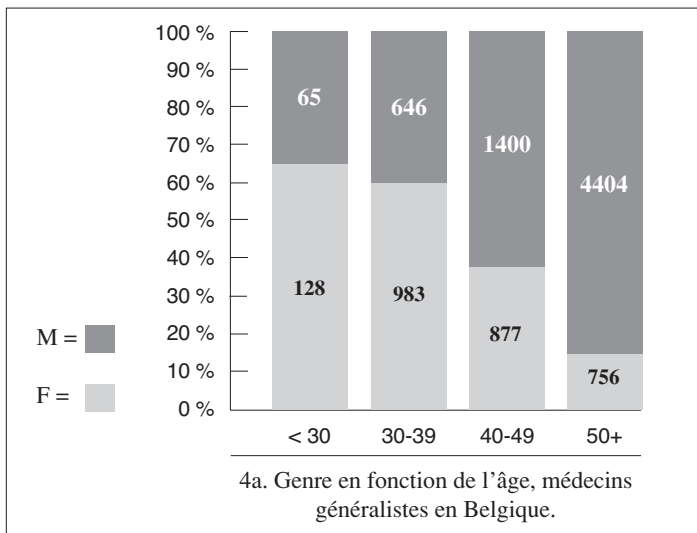


**La proportion de femmes et d'hommes parmi les médecins généralistes en maison médicale par rapport aux médecins généralistes en Belgique**

Parmi les médecins généralistes recensés en Belgique, la proportion de médecins qui ont des Dossiers médicaux globaux, assez de contacts, participent à la garde, ou sont accrédités, est plus petite chez les femmes que chez les hommes. Il y a donc plus de femmes diplômées qui ne pratiquent pas la médecine générale que d'hommes qui ne la pratiquent pas. Cette proportion, dans chacun des sexes, varie toutefois en fonction de l'âge.

Si on regarde la distribution des généralistes actifs par genre (graphique 3), on observe également qu'il y a plus d'hommes que de femmes mais que la tendance est en train de changer.

En maison médicale, la proportion des femmes est plus importante (voir graphique 4a et 4b ; attention pour la classe des moins de 30 ans, le nombre est très petit).



**Pénurie de médecins généralistes**      **(P)oser les bonnes questions**

On constate aussi que si 3,1% des généralistes belges (près de 8% en Communauté française) travaillent en maison médicale, cela représente 5,8% des femmes actives et seulement 1,8% des hommes actifs. Cela peut partiellement s'expliquer par la distribution d'âge, mais pas uniquement. Les maisons médicales semblent donc attirer plus les femmes. Peut-on en déduire qu'elles permettent à des femmes généralistes de rester dans la profession, qu'elles auraient quittée si la pratique soliste avait été obligatoire ? L'hypothèse est permise, sans certitude. Ou doit-on en déduire que le modèle plait plus aux femmes qu'aux hommes ?

••••

### Des conclusions à en tirer

Dans son communiqué de presse, la ministre évoque des conclusions à tirer par la commission de planification, en termes de *numerus clausus*.

Nous voulons ajouter que des conclusions seraient peut-être à tirer en termes de modèle organisationnel des pratiques.

La maison médicale comme modèle de pratique plait aux jeunes, alors que le défi est de les attirer et de les maintenir dans la profession. Ce modèle plait aux femmes, de plus en plus nombreuses dans cette profession. Ce modèle, c'est aujourd'hui plus de 1.000 emplois en Communauté française : des généralistes, mais aussi des infirmières, des kinésithérapeutes, des accueillantes, des assistants sociaux, des psychologues, des dentistes, etc. Ce modèle c'est plus de 200.000 belges qui y sont pris en charge, et un grand nombre qui demande

à y entrer. Surtout, ce modèle, c'est une manière de répondre au souci de qualité des soins allié à qualité de vie professionnelle et de vie privée des professionnels. C'est une offre de soins globaux, continus, accessibles, intégrés, dans un seul endroit. Grâce à une organisation en groupe pluridisciplinaire en un seul lieu, avec une définition large des activités, et un financement adapté aux missions de première ligne. Nous sommes prêts à l'interroger, l'évaluer, pour mieux percevoir quelles caractéristiques en font un « plus » non seulement qualitatif<sup>(1)</sup> mais aussi un « plus » choisi par des généralistes de plus en plus nombreux. Alors quand lira-t-on que pour l'avenir, c'est un modèle à évaluer, améliorer, répandre, bref à soutenir et promouvoir ?

(1) Pour avoir une idée, en 2007, 11.300 généralistes ont déclaré au service public fédéral avoir fait des gardes ; 8.859 (= 78%) ont effectivement perçu un honoraire de disponibilité. Il faut compter que certains types de gardes déclarées ne font pas l'objet d'honoraires de disponibilité...

(2) A l'avenir, la différence devrait être visible, des numéros de nomenclature spécifiques sont prévus depuis peu pour les actes réalisés dans le cadre du Brevet de médecine aigüe.

(3) 7,87% pour être exacts.

(4) Cela a été montré dans l'étude menée par le Centre d'expertise - KCE : Anemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, Moureaux C and Roch I., *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique*, KCE reports 85B. <[http://kce.fgov.be/index\\_fr.aspx?SGREF=3466&CREF=11502](http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3466&CREF=11502)>.

**Pénurie  
de  
médecins  
généralistes**

**(P)oser  
les  
bonnes  
questions**

# Un projet en dix points pour la médecine générale

Jan De Maeseneer, professeur de médecine générale et des soins de santé primaires, université de Gand, président de *European Forum for Primary Care*

*Le problème de l'offre de soins en médecine générale ne se résoudra pas en augmentant le nombre de places en formation. Il est nécessaire de prendre la mesure de la complexité du problème et de faire face à chacun de ses composants.*

**Mots clefs :** médecine générale, soins de santé primaires, offre médicale, système de santé, formation, qualité de soins.

Article paru dans *Le Soir* du 16 avril 2009.

Le 10 avril, la ministre de la Santé, Laurette Onkelinx a confirmé que l'on se dirige vers une pénurie de médecins généralistes.

On dénombre actuellement 15.000 médecins généralistes agréés en Belgique mais 9.000 seulement sont actifs dans les soins de santé. Un médecin généraliste actif sur trois a plus de 55 ans et terminera donc la pratique active dans les dix ans. D'autre part, les médecins généralistes de moins de 40 ans choisissent volontiers un autre mode de vie que leurs aînés - lesquels prestaient régulièrement des semaines de travail de 50 ou 60 heures -, accordant plus d'attention à leur vie de famille et à leurs temps libres.

Les faits sont là. Le problème est complexe, donc les solutions exigeront des interventions à différents niveaux. Dans ce contexte, je propose un projet en dix points, à discuter.

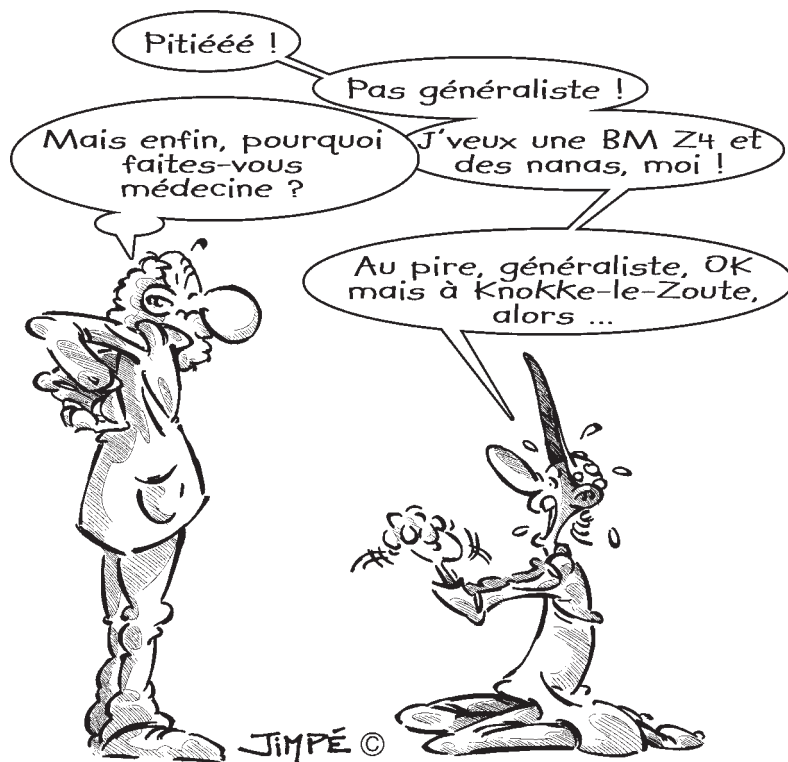
**1.** Une première solution évidente consisterait à augmenter le nombre de places de formation pour les médecins généralistes, comme prévu dans la planification. Actuellement la proposition est d'augmenter le nombre de places pour la formation en médecine générale de 300 à 360. La question est de savoir si cela aura un quelconque effet... Au cours de ces cinq dernières années, jamais n'a-t-on atteint, en Flandre, l'effectif de 180 médecins généralistes annuels en formation (on tourne actuellement autour des 120). Le manque actuel de jeunes candidats médecins généralistes est la conséquence d'une absence de planification dans les années 80 et 90, quand un grand nombre de généralistes s'est retrouvé sur le carreau. Il est donc absolument nécessaire de maintenir une planification, mais basée sur des données scientifiques et intégrant une

petite réserve.

**2.** La formation de base devrait orienter beaucoup plus de jeunes étudiants vers la médecine générale. Le statut du médecin généraliste en formation - espérons-le - sera analogue au statut des médecins spécialistes en formation dès juillet 2009...

**3.** Un problème important reste le rôle, la tâche et la position du médecin généraliste dans les soins de santé. Le généraliste est ouvert à toutes sortes de problèmes des patients, accompagne ceux-ci de façon continue et les dirige, en cas de besoin, vers des soins spécialisés. Mais dans la réalité, la situation est tout à fait autre : avec les enfants, les parents s'adressent directement au pédiatre, pour des problèmes de peau, le patient se rend chez le dermatologue et pour une prescription de contraception, il prend rendez-vous chez le gynécologue, ... Des stimuli devraient être mis en place pour que le patient ne s'adresse au spécialiste qu'après passage chez le médecin généraliste traitant, comme c'est le cas dans pas mal de pays de l'Europe. Pourquoi ne pourrait-on pas, sur une période de dix ans, envisager de diminuer chaque année le remboursement pour les visites directes au spécialiste de 10 %, de sorte que les patients soient stimulés à contacter d'abord leur médecin généraliste ? Certes, cela impliquerait-il beaucoup plus de travail pour les médecins généralistes... Mais pour autant, on ne peut défendre l'idée qu'après douze années de formation académique, un gynécologue doive s'occuper d'activités répétitives et de pure routine comme les frottis du col. Le transfert des tâches vers le premier échelon, exigera, à ce niveau, une redistribution

<b>Pénurie de médecins généralistes</b>	<b>(P)oser les bonnes questions</b>
---	---



de tâches dans le cadre de la coopération interdisciplinaire. Récemment on a interrogé un groupe de médecins généralistes en Flandre entre 30 et 39 ans (dont une majorité de femmes). Deux constats : ces médecins veulent travailler en duo ou en groupe et souhaitent déléguer vers les « aides dans la pratique » ou « infirmières de pratique », certaines tâches comme le suivi des hypertendus (68 % le souhaitent), l'accompagnement des diabétiques (53 %) ou les frottis du col (21 %).

4. Un encadrement bien établi pour le médecin généraliste. De plus en plus, de nouvelles tâches et responsabilités incombent au médecin généraliste, par exemple dans le cadre des trajets de soins pour les maladies chroniques. Afin de pouvoir y répondre de façon adéquate, un support et une coopération au niveau des soins de santé primaires sont nécessaires. Le Gouvernement a pris l'initiative de donner des subsides aux médecins généralistes quand ils emploient du personnel ; actuellement, seuls 5 % des médecins généralistes actifs ont introduit un dossier à ce sujet.

5. Au niveau de l'organisation et au niveau structurel, la médecine générale doit être renforcée : les cercles de

médecins généralistes doivent avoir la possibilité de support managérial et de développement du contenu de leur travail. Actuellement, les cercles fonctionnent surtout de travail bénévole, ce qui n'est plus tenable.

6. Les aspects difficiles du travail doivent être abordés : la vie privée et la vie professionnelle doivent s'intégrer de façon plus harmonieuse, par exemple en limitant le travail du soir, par l'organisation des postes de gardes de médecine générale ou par une coopération au niveau du premier échelon afin de mieux faire face aux problèmes psychosociaux.

7. La population a également une responsabilité dans ce dossier : si chaque individu souscrivait un Dossier médical global (DMG) dans une pratique de médecine générale, la médecine générale pourrait pleinement jouer son rôle de « porte d'entrée » et de coordinatrice dans le secteur de santé. Actuellement, environ deux tiers des Flamands, mais moins d'un tiers des Wallons ont un Dossier médical global. Le nombre augmente d'année en année.

8. La situation financière demande une attention spécifique : cette situation s'est améliorée au cours des dix

dernières années mais la différence entre les revenus d'un spécialiste et d'un médecin généraliste reste très importante. Au niveau Européen, les médecins généralistes belges se trouvent en queue de peloton.

9. Afin de réaliser tout ceci des choix fondamentaux sont nécessaires : il faut investir dans les soins de santé primaires, qui s'occupent de 90 % de tous les problèmes de santé des patients.

10. Il est clair que certains pans des soins de santé primaires (les soins à domicile et la santé mentale par exemple) sont différents en Flandre et en Wallonie. Ceci implique qu'il faudra différencier les actions et que les politiques des Communautés et de l'Etat fédéral concernant les soins de santé primaires doivent être accordées.

Lorsque toutes ces mesures seront prises sur les différents niveaux, il sera possible de donner sa place à la médecine générale et de sauvegarder une médecine accessible et de haute qualité en Belgique.

Pénurie de médecins généralistes	(P)oser les bonnes questions
---	---------------------------------------



# Compléments aux dix propositions de Jan De Maeseneer

Pierre Drielsma, médecin généraliste, praticien et chercheur, permanent politique à la Fédération des maisons médicales

Les propositions de Jan De Maeseneer décrites dans les pages précédentes sont pertinentes mais appellent quelques remises en perspectives, notamment en termes de pratique de groupe et de pluridisciplinarité.

**Mots clefs :** médecine générale, soins de santé primaires, offre médicale, système de santé, formation, qualité de soins.

Jan de Maeseneer a raison de proposer une réforme en dix points. Malheureusement cela ne suffira pas à sauver le 'soldat généraliste'.

Le problème comme le chantent en chœur (une fois n'est pas coutume) le Groupement belge des omnipraticiens (GBO)<sup>1</sup> et l'Association des médecins de famille (AMF)<sup>2</sup>, ce n'est pas de produire des diplômés mais d'augmenter l'attractivité de la médecine générale. Nous disposons d'un rapport récent du Centre d'expertise (KCE) qui analyse correctement les remèdes à cette faible attractivité. Les généralistes sont à la

Augmenter le nombre de place pour la médecine générale dans la planification n'est utile que si les étudiants s'engouffrent avec joie dans cette profession. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La médecine générale a perdu de son aura car elle est devenue pour beaucoup un deuxième choix. Une ouverture différentielle entre médecins spécialistes et médecins généralistes risque de réactiver ce schéma délétère. Pour rappel, nous disposons de 20.000 diplômés de médecine générale et moins de la moitié d'entre eux pratiquent tant soit peu ce merveilleux métier.

La formation de base devrait orienter vers la médecine générale, oui il faut faire connaître la médecine générale. Mais les maîtres seuls ne vont pas orienter les étudiants, c'est le métier, son prestige, ses revenus, son rôle central qui doivent être largement revalorisés. Le reste suivra. Il est clair qu'au sein des facultés de médecine certains jouent un rôle néfaste en tenant un discours de mépris envers la médecine générale auprès des élèves doués.

D'accord pour recentrer les soins auprès du médecin généraliste. Laissons les médecins généralistes en activité solo poursuivre leur pratique respectable, mais il est nécessaire que les jeunes diplômés s'installent en équipe pluridisciplinaire pour offrir un éventail de soins riche et diversifié. La proposition d'échelonnement financier progressif est possible, mais l'abaissement du seuil d'accès financier (direct et indirect) à la médecine générale est une autre voie aussi prometteuse. L'Etat à sa part de responsabilité, il ne suffit pas de proposer, il faut inciter (contre l'inertie ou la fuite



**Pénurie de médecins généralistes** (P)oser les bonnes questions

croisée des chemins. La crise du généralisme est une antienne qui inonde la littérature scientifique depuis des lustres. Les pays les plus généreux avec leurs généralistes n'arrivent qu'à demi à endiguer l'hémorragie de personnel.

dans les spécialités). Les médias ont sûrement un rôle à jouer pour rappeler les compétences des médecins généralistes.

Certes le généraliste doit s'entourer d'autres professionnels, mais pas dans la forme balkanisée des trajets de soins, plutôt dans des structures locales pluridisciplinaires logées sous un même toit. Le subside pour le secrétariat, outre la complexité administrative et la lenteur d'exécution, représente un incitant isolé au regroupement, il faudrait une politique globale qui reconnaisse les regroupements sous un même toit comme des institutions de soins avec les soutiens correspondants suivant la même logique que les hôpitaux ou les maisons de repos.

Renforcer les cercles, pourquoi pas ? Mais les cercles sont extrêmement hétérogènes. À côté des grands cercles comme Bruxelles, Liège ou Charleroi, où il est possible d'organiser de grandes choses, combien de petits cercles qui tournent en rond, ne parviennent pas à définir une politique cohérente applicable par l'ensemble des médecins du coin... quant au support managérial encore faut il qu'ils en veuillent. De nouveau, renforcer le cercle, n'est-ce pas mettre la charrue avant les bœufs, coordonner les pratiques avant de les avoir structurées.

La vie de famille, le respect du repos après la garde, etc. Cela est bel est bon. Là encore l'organisation en équipe pluridisciplinaire est le commencement d'une réponse.

Mais en rural, il n'y a plus assez de professionnels pour organiser une tournante efficace. Les contraintes qui pèsent sur le médecin généraliste pour

la garde devront être adaptées, sinon, il n'y aura plus personne...

Pour le Dossier médical global pour tous, on pourrait très bien attribuer ce Dossier médical global de façon automatique comme pour la prolongation, pour les patients qui voient peu le médecin, on procéderait par apparentements familiaux. Le patient non satisfait pourrait choisir un autre praticien mais on généraliserait *in fine* l'obligation d'avoir un généraliste référent comme en France (*mutatis mutandis*). Les situations au Nord et au Sud s'équilibreraient.

La question des revenus est importante, elle manifeste l'intérêt que la société porte à une profession. Une étude récente de l'Organisation européenne de coopération économique montre que partout les spécialistes sont mieux payés que les généralistes ; le ratio des moyennes de rémunération varie entre 1,1 (la Suisse) et 2,4 (les Pays-Bas)<sup>3</sup>. Il faudrait égaliser les revenus moyens.

Oui, il faut investir dans la première ligne, la récente étude du Centre d'expertise comparant les soins à l'acte et au forfait démontre que l'on peut injecter des sommes importantes en première ligne en générant des économies au moins égales dans la deuxième. Ces investissements peuvent donc se faire sans frais publics et au plus grand profit des patients qui voient leur participation financière personnelle diminuée.

D'accord évidemment pour se coordonner avec les régions et communautés, et si possible dans un plan pluriannuel et une concertation permanente.

Je rajouterai un 11<sup>e</sup> point, au déficit économique de la médecine générale, s'ajoute le faible prestige des professions de première ligne. De nombreux auteurs pensent qu'il faut une véritable revalorisation intellectuelle de la médecine générale. Cela ne veut pas dire que les médecins généralistes sont idiots bien au contraire, mais que leur intelligence devrait également s'exercer en dehors des soins c'est-à-dire dans la recherche en médecine générale qui est une activité extrêmement valorisante. Et pour conclure je paraphraserai Lautréamont, « la recherche doit être faite par tous... ». Et pour cela il faudra prévoir un temps spécifique dans le temps de travail !

(1) GBO : Groupement belge des omnipraticiens, principal syndicat généraliste.

(2) AMF : Association des médecins de famille, appendice généraliste de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), syndicat dominé par les spécialistes.

(3) Pour être entièrement objectif, il faut citer l'Islande et la Tchéquie qui pratiquent l'inverse mais à une modeste échelle.

<b>Pénurie de médecins généralistes</b>	<b>(P)oser les bonnes questions</b>
---	---



# Cadastre des médecins généralistes : réaction du Groupement belge des omnipraticiens

Philippe Vandermeeren, médecin généraliste, président du Groupement belge des omnipraticiens

Le débat sur la pénurie ne peut servir à éluder les véritables enjeux : l'instauration d'un échelonnement des soins, et la fin des contraintes de tous ordres qui grèvent l'attractivité de la médecine générale et en étouffent la pratique.

**Mots clefs :** médecine générale, soins de santé primaires, offre médicale, système de santé, formation, qualité de soins.

Après la conférence de presse de Madame la ministre de la Santé dévoilant les chiffres du cadastre des médecins généralistes belges, il y a plus de nouvelles questions posées que d'ébauches de solutions sérieuses.

## Une large concertation s'impose...

...après la publication des chiffres, notamment celui du nombre de médecins généralistes censés être actifs : 9.250. Le débat sur les quotas INAMI / pénurie / pléthore des médecins généralistes est loin d'être débloqué. Les réactions vont dans tous les sens :

- La ministre de la Santé semble incliner vers la thèse de la pénurie ;
- La ministre Simonet se déclare confortée dans sa thèse de la pénurie et considère que ses moratoires – démagogiques – sur le numerus clausus sont justifiés ;
- Les étudiants – il est vrai victimes de positions politiques erratiques – se déclarent satisfaits, comme certaines facultés de médecine ;
- Les syndicats médicaux sont perplexes car ils restent persuadés qu'il y a toujours pléthore de médecins même si des poches de pénurie apparaissent dans certaines communes, la nuit.

La commission de planification va continuer son travail d'adaptation des quotas INAMI. Dans ce climat confus, il est grand temps d'entreprendre une concertation sereine.

## Quelle valeur attribuer à ce chiffre de 9.250 médecins généralistes actifs ?

Il est fort contestable si on examine de plus près deux des quatre critères retenus :

- Tenir des Dossier médicaux globaux : 70 % des patients flamands ont un Dossier médical global, pour 30 % des wallons et bruxellois. Donc, beaucoup de médecins généralistes francophones ne tiennent (malheureusement) pas de Dossier médical global. Ils sont donc exclus du comptage.
- Être accrédité : 9.000 médecins généralistes sont accrédités ; parmi les 6.000 médecins généralistes non accrédités, beaucoup sont cependant de vrais médecins généralistes actifs. Exclue eux aussi du comptage.

## La réalité du terrain ?

15.000 médecins généralistes sont agréés, travaillent, délivrent des attestations pour que les patients soient remboursés par leur mutuelle. Plusieurs milliers ne sont certes pas des « équivalents temps plein » qui bossent 10 heures par jour. Ils ont une activité de médecin généraliste partielle (mi-temps, trois-quarts temps, etc.) certains ont une activité tout-à-fait marginale.

Il serait essentiel d'interroger les 6.000 médecins généralistes recalés – surtout des femmes – sur leurs intentions futures.

**Pénurie de médecins généralistes**

**(P)oser les bonnes questions**

Soit ils/elles s'accommodent très bien d'une petite activité et ne veulent surtout pas en faire plus ; dans cette hypothèse, la pénurie pourrait se profiler dans plusieurs années.

Soit ils/elles enragent de ne pas pouvoir travailler davantage dans la profession qu'ils/elles ont choisie ; ces médecins constituent une réserve majeure de « force de travail » et repoussent bien loin tout risque de pénurie. Pour le Groupement belge des omnipraticiens, il est capital d'encourager au maximum ces médecins généralistes femmes à poursuivre une activité de médecins généralistes à temps partiel ; c'est une donnée incontournable de la démographie médicale présente et à venir.

cans trop nombreux et trop agressifs qui font de plus en plus l'effet d'une chape de plomb sur l'exercice de la médecine générale (contraintes chapitre IV et II et autres mesures restrictives pour la prescription de médicaments – balisages étouffants tels que les trajets de soins, etc.).

••••

### **L'autre réalité du terrain !**

Le Groupement belge des omnipraticiens dénonce depuis des années la perte d'attraction de la médecine générale chez les futurs médecins. C'est là que réside la principale menace pour la médecine générale de demain ; bien plus que les débats quotas INAMI/numerus clausus.

Trois mesures s'imposent d'urgence :

- instaurer un échelonnement rigoureux : seul moyen de reconnaître et de confirmer le médecin généraliste dans son rôle central au sein du système de soins.
- aménager le système des gardes : des expériences très prometteuses sont en cours mais il faudrait passer à la « vitesse supérieure ».
- mettre fin au plus vite à tous les car-

**Pénurie  
de  
médecins  
généralistes**

**(P)oser  
les  
bonnes  
questions**