

CHRONIQUE D'UNE PÉNURIE ANNONCÉE

Un tiers des habitants de Bruxelles n'a pas de médecin de famille. Près d'un médecin sur trois a entre 55 et 64 ans. Le nombre de médecins de 65 ans et plus, encore actifs, est presque aussi important que le nombre des médecins de 45 à 54 ans. Ce qui signifie que beaucoup d'entre eux partiront à la retraite au cours des dix prochaines années. Quelle sera la situation de la première ligne bruxelloise dans dix ans ? Et en Wallonie où sévit le même phénomène ? Quelle menace pour la première ligne essentielle comme premier échelon dans l'organisation des soins de santé ?

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, présidente honoraire du Groupement belge des omnipraticiens (GBO).

Les médecins-conseils de mutuelle, les médecins du travail sont en pénurie, la plupart d'entre eux issus du « vivier » généraliste, indispensables pour garantir la protection des travailleurs dans un marché du travail de plus en plus agressif. La santé mentale, où sévit un manque de psychiatres et de pédopsychiatres, est au bord de la faillite, ne pouvant plus répondre à la demande de soins qui a explosé lors du confinement de la pandémie de Covid-19 en 2020-2021.

Il y a pénurie de médecins s'investissant dans le suivi des usagers de drogues, le planning familial... La Belgique a obtenu la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse, mais aurons-nous bientôt assez de médecins pour la pratiquer ? Gériatres, pédiatres dans les salles d'urgence... Infirmiers, partenaires du généraliste, sont en pénurie. Et, *last but not least*, il manque de médecins actifs dans la défense professionnelle : si les médecins ont tous le nez dans le guidon, pourront-ils encore défendre adéquatement leur métier ? Que dire de la recherche en première ligne ?

Or, aux combats pour une qualité de vie des prestataires assurant une qualité des soins dans un système structuré par un échelonnement intelligent, s'ajoutent des défis actuels plus « modernes » : la prise en charge des populations réfugiées, les victimes de guerre, d'inondations, de pandémie, de crises environnementales... Avec un médecin sur deux en risque de burn-out se pose la question de l'efficacité de notre profession face à ces défis.

Pourquoi et comment en sommes-nous arrivés là ?

Depuis l'instauration du *numerus clausus* en 1997, la loi prévoit que le nombre de médecins nécessaire est calculé sur base du nombre d'habitants et indique une pénurie à 0,9 médecin généraliste pour 1 000 habitants.

2008 : à l'occasion du dixième anniversaire du *numerus clausus*, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)¹ s'est penché sur la situation de l'offre médicale en Belgique. Seuls 65 % des médecins enregistrés sont des médecins praticiens. Plus d'un quart du quota de nouveaux généralistes n'est pas rempli alors que l'on observe un dépassement du quota des spécialistes. La profession se féminise et vieillit. L'afflux de médecins étrangers augmente (12 % des nouveaux médecins).

Le KCE plaide en faveur d'une planification de l'offre médicale mieux étayée et fondée sur une collecte de données plus performante.

2018 : l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, en collaboration avec la Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB), étudie avec précision la réalité bruxelloise². Les données relatives au remboursement par l'INAMI n'enregistrent pas tous les soins qui sont prodigués. Les expatriés, les membres de la Communauté européenne, les touristes, les personnes sans statut de séjour légal

Avec un médecin sur deux en risque de burn-out se pose la question de l'efficacité de notre profession.

1. « Dix ans de *numerus clausus* : situation actuelle et défis pour l'avenir », 18 janvier 2018, <https://kce.fgov.be>.

2. S. Missinne, S. Luyten, *Les médecins généralistes en Région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?* www.ccc-ggc.brussels.

3. WalStat, <http://walstat.iweps.be>.

4. Le principe du « lissage » (réduction du quota francophone pour contrebalancer le nombre des étudiants surnuméraires) est aboli en 2023. Les étudiants surnuméraires seront orientés vers les métiers en pénurie. C'est donc répondre à une nécessité actuelle par les excédentaires d'antan.

5. En 2023, le ministre fédéral de la santé publique et des Affaires sociales a augmenté les quotas globaux et revu leur répartition communautaire. La clé de voûte de l'accord sur les numéros INAMI est l'analyse des besoins en santé des populations, en tenant compte de tous les facteurs mesurables : superficie des territoires, nombre d'habitants, facteurs socio-économiques, prévalence de certaines maladies... et activité réelle des prestataires, changement de pratiques : télémédecine, alternatives à l'hospitalisation... À Bruxelles, l'accord récent se rallie à l'étude des besoins de la capitale, riche de 150 nationalités (un tiers de l'immigration du pays), annulant la répartition des médecins NL/FR orchestrée par la ministre De Block se basant sur la fréquentation scolaire des enfants et

(quelque 100 000 personnes en Belgique, dont une grande partie en Région bruxelloise) n'ont pas droit à l'assurance-maladie obligatoire. Le nombre réel d'habitants est sous-estimé. Ne sont pris en compte que les habitants officiellement enregistrés. Tous les besoins de soins ne sont pas rencontrés. Près d'un quart (23 %) des ménages bruxellois affirment avoir reporté des soins en raison de difficultés financières. Cela arrive plus souvent à Bruxelles qu'en Flandre (5 %) et en Wallonie (9 %). Sur la base des chiffres par groupe d'âge et par facteurs socio-économiques de la population, 67 quartiers sont identifiés comme confrontés à une possible pénurie.

2022 : l'Agence pour une vie de qualité (AViQ) et la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) réalisent un cadastre précis répertoriant tous les généralistes actifs en première ligne, comptabilisant les demi-journées de pratique omnipraticienne dans les pratiques mixtes³. Se révèle alors une pénurie massive à préciser selon la grandeur de la patientèle : si l'on juge une pratique normale à 750 dossiers médicaux globaux (DMG)/médecin, proche des désirs des jeunes médecins, on peut conclure à une pénurie générale ; à 1 100 DMG, médiane actuelle, 50 % des communes sont en pénurie ; à 2 000 DMG, proposition de certains syndicalistes et politiques, une dizaine seulement sont en pénurie. Avant 2022, le cadastre des médecins sur lequel reposent les calculs est réputé obsolète, ne prenant pas en compte le temps de travail de chaque médecin ni les activités particulières exercées : nutrition, psychothérapie, homéopathie... les excluant de la médecine généraliste omnipraticienne.

Une perte d'effectifs

Au sud du pays, le non-respect systématique des sous-quotas, définis au début de l'application du numerus clausus (43 % de généralistes et 57 % de spécialistes), est imputable à la responsabilité des universités francophones et à la passivité de la tutelle. En 2013, le rapport était 30/70.

La profession de généraliste a moins attiré les jeunes, les universités prodiguant des formations trop peu tournées vers la médecine générale, malgré les efforts remarquables des départements universitaires et des centres académiques de médecine générale (DUMG/CAMG). Nombre de généralistes se retrouvent

à l'hôpital, où ils compensent l'absence des spécialistes partis exercer en ambulatoire... Le « lissage »⁴ a réduit de façon arbitraire le nombre de médecins sortants des universités francophones, sanction imposée pour non-respect des quotas basés sur le cadastre. La médecine préventive (médecine du travail...) est issue essentiellement de la médecine générale, n'ayant pas reçu de sous-quota spécifique. Les quotas n'ont pas été établis en fonction des besoins de la population, mais pour maintenir une force de travail calculée sur une courbe historique de l'offre de médecins basée sur une « consommation » de soins constante. Ils ne tenaient compte ni des besoins réels de la population, modulés selon le sexe, l'âge, les pathologies et le niveau social des habitants, ni de l'étendue des territoires avec leur densité de population. Plus récemment, les évolutions macroscopiques observables au niveau des pratiques (féminisation de la médecine, diminution de la disponibilité horaire, progression du travail à temps partiel, allongement des consultations, etc.) ont été prises en compte^{5,6}, mais les changements significatifs de pratique (télémédecine, télémonitoring...) n'ont pas encore été introduits dans les équations en vue de la production de praticiens à moyen terme.

Des outils controversés de réduction des effectifs

Après une valse-hésitation en Francophonie, a été décidé pour 2023 un concours à l'entrée des études de médecine. Ce carcan est un outil de sélection sociale négative et, verrouillé sur les seuls étudiants en Belgique, est discriminant au profit de ceux ayant étudié hors Belgique. Par ailleurs, il n'y a pas d'outil scientifiquement validé pour garantir, avant même qu'ils n'aient commencé à étudier, une sélection efficace de futurs médecins, avec toutes les qualités scientifiques et humaines requises. Nous regrettons le principe du concours imposé à la place d'un examen avec année préparatoire facultative. La seule limite au nombre d'étudiants accueillis doit être la préservation de la qualité de l'enseignement, par exemple au regard du nombre de maîtres de stage disponibles.

Des pistes peu explorées

Viellissement des médecins généralistes, déserts médicaux, augmentation de la population et sa

vulnérabilité grandissante, complexification et chronicité des pathologies, augmentation de la souffrance psychique, mettent en lumière la nécessité de garantir une première ligne forte assortie d'une politique d'installation : une répartition géographique harmonieuse des praticiens par des incitants à l'installation prioritaire dans les zones en pénurie.

- Une politique d'installation diminuerait la discrimination liée à l'accès illimité au territoire pour les médecins ayant étudié en Europe hors Belgique. La pénurie de généralistes et de certaines spécialités est un appel d'air des cerveaux aux dépens des pays formateurs qui en ont pourtant bien besoin⁷.
- Une couverture suffisante des besoins en médecine préventive et administrative, avec la possibilité de mixité des pratiques (temps partiel en médecine générale combiné à une pratique en centre de planning familial, par exemple) nécessite des sous-quotas spécifiques et un numéro INAMI attribué à chaque médecin, en curatif et en préventif.
- « *Les quotas fédéraux pourraient être attribués non plus sur des têtes, mais des pratiques, solo en réseau ou pratiques groupées, s'inscrivant dans un rapport fixe entre le nombre de patients desservis et la force de travail. Compter un certain nombre de patients par pratique, définis idéalement par l'existence d'un DMG, permettrait d'intégrer au sein de ces cabinets associés des "fractions" de médecins. Cette solution permettrait d'absorber plus de médecins généralistes sans coût supplémentaire pour la sécurité sociale et favoriserait un meilleur équilibre de vie pour autant qu'ils ne tombent pas au-dessous d'un seuil d'activité nécessaire au maintien des connaissances et compétences⁸.* »

Il importe alors de tenir compte du poids d'un patient standard, pour mieux évaluer la charge de travail que représente une patientèle (patients plus âgés, plus pauvres, moins alphabétisés, allochtones...); de l'allongement de la durée de la consultation pour y favoriser l'écoute, le *counseling*, la participation interactive; des activités non cliniques comme la médecine environnementale en devenir ou la recherche en médecine générale; de la division du travail clinique entre spécialistes, entre spécialistes et généralistes, entre médecins et non-médecins, et

enfin parmi les non-médecins, régie par le principe de subsidiarité dans un échelonnement des soins intelligent selon le principe : « *Les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et au prix le plus juste* », priorité du GBO⁹.

Divergences syndicales et communautaires

Le syndicat majoritaire s'est refusé à admettre pendant des années le risque majeur d'une pénurie. Selon le principe de « ce qui est rare est cher », l'objectif sous-jacent était bien d'augmenter la force de négociation corporatiste des médecins. De nombreux politiciens néerlandophones ont été aveuglés par un débat qu'ils estimaient essentiellement communautaire. Nos confrères néerlandophones n'ont pas pu se distancier de cette vision communautaire, n'entendant pas les signaux d'alerte envoyés depuis longtemps par le sud du pays. Conclusion : nous ne voulons ni pléthore ni pénurie. La qualité des soins est victime de l'une comme de l'autre; la surproduction et la sous-production de soins sont toutes deux porteuses de iatrogénéité.

La Francophonie n'est pas pléthorique, malgré le fait de ne pas avoir respecté les quotas fédéraux. Les médecins francophones sont confrontés à des réalités sanitaires différentes du nord du pays : plus de bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), de maladies cardiaques, de pauvreté, d'immigration... La situation ne serait-elle pas encore plus catastrophique aujourd'hui s'ils avaient respecté hier ces quotas basés sur un cadastre qui ne tenait pas compte des réels besoins des différentes populations? « *Par ailleurs, les planificateurs ne pouvaient-ils pas (pré)voir l'aspiration croissante des jeunes générations à un meilleur équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle? Cette volonté, dont la féminisation ne fut que le fer de lance tant les jeunes médecins masculins s'y sont engouffrés, a conduit à la nécessité d'avoir 2 (ou 3) jeunes praticiens pour remplacer un seul ancien qui prend sa retraite.* »¹⁰

Et pourquoi l'appel du terrain, confirmé par le KCE dès 2008, n'a-t-il pas été suffisamment entendu? Quelle en a été la responsabilité politique? Mais saluons aujourd'hui l'avis formel de la commission de planification de 2023/1¹¹, très encourageant pour l'avenir et qui répond positivement à nos critiques dans cet article. ■

- soutenue par tous les partis néerlandophones en dehors de tout argument scientifique.
6. Le rôle de la Commission de planification fédérale est limité à fixer annuellement un quota global de médecins qui pourront recevoir un numéro INAMI pour l'ensemble du pays et leur répartition communautaire. Elle formule des recommandations aux Communautés désormais compétentes pour fixer leurs sous-quotas respectifs, compétences organisées par la loi. Le quota global pour l'année 2027 est de 1 517 médecins (contre 1 445 les années précédentes) et de 2073 (dont 51 % de généralistes) pour 2029.
7. En 2015, en Communauté française, 42 % des numéros INAMI sont attribués aux étudiants européens formés hors des universités belges.
8. J.-Ch. Adnet, A. Lasserre, « Médecins généralistes, l'inquiétante pénurie », interview du Dr P. Drielsma, #Investigation RTBF, 8 février 2023.
9. www.le-gbo.be.
10. RTBF, *op cit*.
11. Avis formel Médecins Quota 2029-2033, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be>.