

« Ceci n'est pas une politique de santé ! »

La saga du numerus clausus, des numéros INAMI, etc... suite et pas fin.

Dr Pierre Drielsma, Secrétaire Général adjoint du GBO – le 11/02/16

Le problème avec le numerus clausus c'est que chacun voit midi à sa montre, mais ne dépose aucun regard sur les horloges d'autrui, ni même le temps du Service international de la rotation terrestre et des systèmes de référence¹

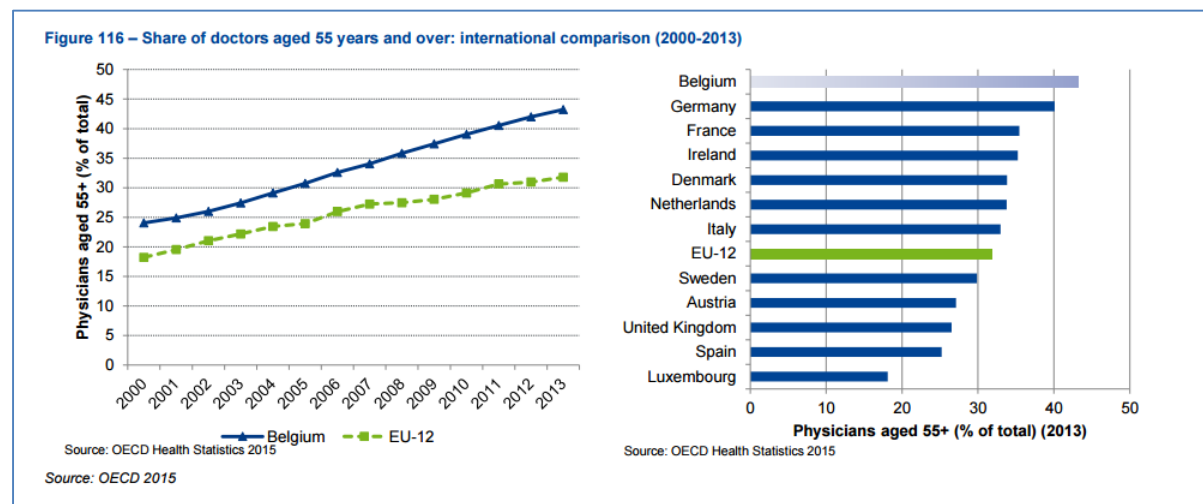
Quelques constats souvent entendus ou lus : *les généralistes devraient faire ceci ou cela mais ils n'ont plus le temps.....*

Le généralistes ne participent pas à la coordination oncologique multidisciplinaire, idem, la présence de la médecine générale dans les facultés de médecine est dérisoire,

Les mutualités peinent à trouver des médecins conseils, la médecine du travail aussi.

Le dernier rapport de performance du système de santé belge (KCE, 2016²) pousse un nouveau cri d'alarme : la production de médecin généraliste est insuffisante en particulier comparativement aux spécialistes : depuis 2000, le pourcentage de médecin qui s'oriente vers la MG tourne autour de 28%, alors que les experts en santé publique recommandaient 43% de MG sur le total. Si on compare les deux communautés linguistiques du pays, on observe que la situation s'est détériorée au sud du pays (26% contre 29% au nord). La moyenne d'âge des généralistes est de 53 ans !

La question de l'attractivité de la MG et la responsabilité des facultés de médecine est clairement posée. Le vieillissement de la profession est accéléré et supérieur à celui des autres pays européens.



¹ Service officiel mondial de la mesure du temps...

²Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. Performance of the Belgian Health System - Report 2015 – Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 259C. D/2016/10.273/03.

Mais ce vieillissement se fait surtout au détriment de la médecine générale, comme le montre le tableau ci-dessous.

mean age FTE	2000	2004	2008	2012	2013	growth 2000-2013
GPs	46.6	48.8	51.1	52.4	52.8	13%
specialists behalve GPs	46.6	47.6	48.6	49.4	49.6	6%
paediatricians	47.3	47.9	48.3	49.0	49.2	4%
obstetric gynecologists	46.5	47.4	48.4	49.1	49.3	6%
psychiatrists	49.2	50.4	51.3	51.3	51.3	4%
medical group	46.2	47.4	48.6	49.6	49.8	8%
surgical group	46.2	47.1	47.9	48.7	48.9	6%

Source: RIZIV – INAMI

Gender distribution by age is also changing quickly: feminization in GP practice is growing because a large cohort of men is going to be retired.

Nous citons les conclusions du rapport KCE dans la langue de Shakespeare dans laquelle il est rédigé : *The indicators on current GP and nurse workforce availability question the Belgian capacity to cope with future health needs due to demographic changes. The proportion of (new) GPs among all specialties does not reach the quotas fixed by the Planning Commission, and the average age of practising GPs is increasing faster than in other specialties. Although the number of nursing graduates has increased in the last years, the number of nurses per patient in the hospital is lower than in other countries.*

Il est difficile d'être plus clair.

La commission de planification arrive aux mêmes conclusions : *Le défi le plus important sera de corriger la pyramide des âges : les moins de 45 ans représentent 28,1%. Ceci souligne l'importance des mesures qui stimulent ceux qui sortent de la formation de base pour s'engager dans une carrière de médecine générale. En outre, des mesures pour améliorer la distribution (en zone avec densité de population réduite, en zone urbaine dans des quartiers défavorisés, ...) sont très importantes (évaluation de "IMPULSEO I"). Les mesures pour faciliter l'organisation d'une continuité de soins au niveau de la population, doivent être intensifiées (postes de garde...) afin d'améliorer l'attractivité de la profession.*

Ceux qui persistent à nier la pénurie ne font que retarder les mesures déterminées qu'il faut prendre promptement. Les hypothèses optimistes qui tablent sur le transfert des tâches vers les infirmiers de pratique (*nurse practitioner*) sont battus en brèche par le rapport KCE qui observe que la même crise démographique touche la profession infirmière en particulier en ambulatoire ou aucune mesure d'attractivité spécifique n'est mise en place.

De nombreux intervenants pensent que le *numerus clausus* serait responsable de cette pénurie imminente. Il n'en est rien, sur les 15 dernières années jamais la proportion de 43 % pour les MG du total des médecins n'a été atteinte. D'aucuns dans les hautes sphères se réjouissent que le chiffre absolu de MG diplômés augmente. Ils se trompent deux fois !

La première c'est que cette augmentation du nombre absolu de MG se produit en même temps qu'une explosion de spécialistes surnuméraires qui va devoir être résorbée par un resserrement des quotas globaux de médecins. Ce qui va provoquer une guerre encore plus âpre pour l'obtention des sous-quotas entre MG et MS.

Pour rappel la ministre De Block décidera des quotas et les communautés des sous-quotas. Magritte aurait dû peindre le tableau : « ceci n'est pas une politique de santé ».

La deuxième raison c'est que cette sur-pléthore de spécialistes va aspirer vers le haut des tâches de médecine générale ce qui affaiblira encore plus ce métier.

Que faire ? Nous avons développés dans le programme du GBO un plan de sauvetage de la MG qui comprend un ensemble de mesures qui touche à la fois la qualité de la vie, la considération, les revenus, la place dans les facultés, etc. . Nous renvoyons nos lecteurs à ce document.

Mais pour les étudiants se posent une question cruciale : que va-t-on faire des étudiants surnuméraires que sortent médecine. Qui décrochera les précieux numéros ?

Il y a un accord sur un lissage négatif³ qui compensera le lissage positif⁴ utilisé *larga manu* par les doyens en communautés française. Il existe un conflit entre le ministre Marcourt et la ministre De Block sur la durée du lissage négatif. Voici ce qu'écrivent les doyens :

La seconde condition du protocole concernait les questions autour du lissage négatif. Madame M. De Block demande 10 ans et Monsieur Marcourt un équivalent de 30 ans avec un rééquilibrage équitable pour les abandons de formation, les non-résidents, les médecins hors INAMI et les chercheurs. Entre 10 et 30 ans, il devrait y avoir une marge de négociation acceptable. Nous sommes aussi de cet avis.

Le problème c'est la confiance. Pour la ministre fédérale, les socialistes francophones ne sont pas fiables, ils ont déjà montré par le passé, leur libéralisme pour l'accès à la profession avec pour résultat, la pléthore que nous connaissons en pédiatrie, en gynécologie, en gastroentérologie, et dans d'autres disciplines⁵. Si les garanties de respect du lissage négatif et des sous-quotas sont obtenues, la situation pourra être indolore pour les étudiants actuellement dans le cursus. Nous pensons que, plus la durée du lissage sera longue, plus le rééquilibrage entre les disciplines devra être rapide. En effet, un éventuel **sous-quota augmenté** en MG sera possible, sans trop tarir le nombre minimum de candidats spécialistes pour faire tourner la boutique. Dans la revue des mutualités libres⁶, le Pr Jan De Maeseneer et le Dr Johan Van Wiemeersch envisage une durée de 10 ans pour que les gynécologues abandonnent les soins de première ligne en rapport avec la gynécologie (dépiage, contraception, vaginite, etc..) et se cantonnent aux soins spécialisés voire sur-spécialisés (infertilité majeure, oncologie gynécologique, etc..).

On peut donc imaginer une période de 15 ans durant laquelle on profitera de la faible production des spécialités pléthoriques pour déterminer une répartition du travail entre MS et MG qui fasse la part belle à la médecine générale, qui nous permettra de renforcer la MG numériquement et qualitativement. Cela signifie que l'on aurait tort de limiter le débat à une pure question de comptabilité de numéros. Mais plutôt de réorganiser les soins. On doit s'attendre à une économie substantielle en 2^e ligne. Une moindre hospitalisation, moins d'actes techniques, moins d'exams, des médicaments moins coûteux, etc...

³ Le lissage négatif correspond soit à une épargne de numéros à utiliser plus tard, soit dans le cas actuel au remboursement des numéros délivrés en excès (voir lissage positif)

⁴ Délivrer plus de numéros une année avec engagement de *rembourser* ces numéros plus tard.

⁵ Pour rappel, la pénurie en MG n'est pas due au numérus clausus, mais au détournement des sous-quotas de MG vers la MS qu'ont pratiqué les facultés avec la passivité complice des pouvoirs publics.

⁶ Health forum, Juni 2015 · Nr. 22, pp16-17

Quand on regarde la production nette actuelle de MG en WalBruxie, elle tourne aux alentours de 66 généraliste par an (les derniers chiffres délivrés par le KCE sont pires, mais il y aurait une discrète remontée, par ailleurs la double cohorte va probablement augmenter le nombre d'assistants disponibles. La population de la fédération Wallonie Bruxelles est actuellement aux alentours de 4.800.000 h et atteindra rapidement les 5.000.000h. Si nous admettons une carrière de 40 ans pour les MG (27 à 67 ans), il y aura un stock de 66 x 40 soit 2640 MG soit une densité de 1 MG TP pour 1.900h. Pour rappel nous sommes actuellement aux alentours de 1MG TP pour 1.000h et nous venons d'une surdensité de 1 MG ETP à 1MG pour 770h. La densité va donc être divisée par 3 ce qui évidemment est insensé sur un laps de temps aussi court. Nous pensons qu'un objectif à court /moyen terme de 1MG ETP/ pour 1.000 h est souhaitable. N'oublions que la tendance lourde est à la *normalisation du temps de travail* des médecins (également aux USA, patrie des horaires de travail invraisemblables). Par ailleurs, les facultés vont devoir contribuer à la production de médecins conseil, de médecins du travail de médecins experts, etc. Tout cela nécessitera un volant de 25% de MG excédentaires à la sortie des études. (en tenant compte des abandons et réorientations).

Les 40 ans de carrière devrait être corrigé par la féminisation an si on tient compte de la féminisation de la façon suivante (75% de MG femmes) 2 grossesses en moyenne durant la carrière , 2 années de faible productivité, grossesse, accouchement, allaitement, maladie des enfants , sur une carrière de 40 ans la carrière moyenne (25% d'homme compris) s'élèverait à 38,5 années

Un stock de MG pour 1 MG ETP /1000 nécessite des quotas $5.000/38,5 = 130$ ETP MG par an en fédération Wallonie Bruxelles +25% = 33 ; 163 MG par an les derniers chiffres en notre possession tournent autour de 130 MG.

Il n'est pas tenu compte ici du rattrapage nécessaire au regard des années déficitaires qui s'élèverait à 100 MG selon le SPF, la MG pourrait donc absorber sur 10 ans 163 MG + 10 MG de rattrapage soit 173 MG sur 10 ans ou 163 sur 20 ans.

L'âge moyen des médecins en ETP est en fait DE 52,8 ans. Il augmente rapidement: en 2000 l'âge moyen des généralistes était de 46,6 ans. De toutes les spécialités médicales, les généralistes ont l'âge moyen le plus élevé, alors qu'en 2000 il était semblable aux autres spécialités.

Cette situation est essentiellement liée au fait que les généralistes plus âgés travaillent plus longtemps et à l'absence de nouveaux généralistes diplômés pour remplacer l'effectif à la retraite. Pour la première fois en 2013, le nombre total d'équivalents temps plein montre une (légère) baisse.

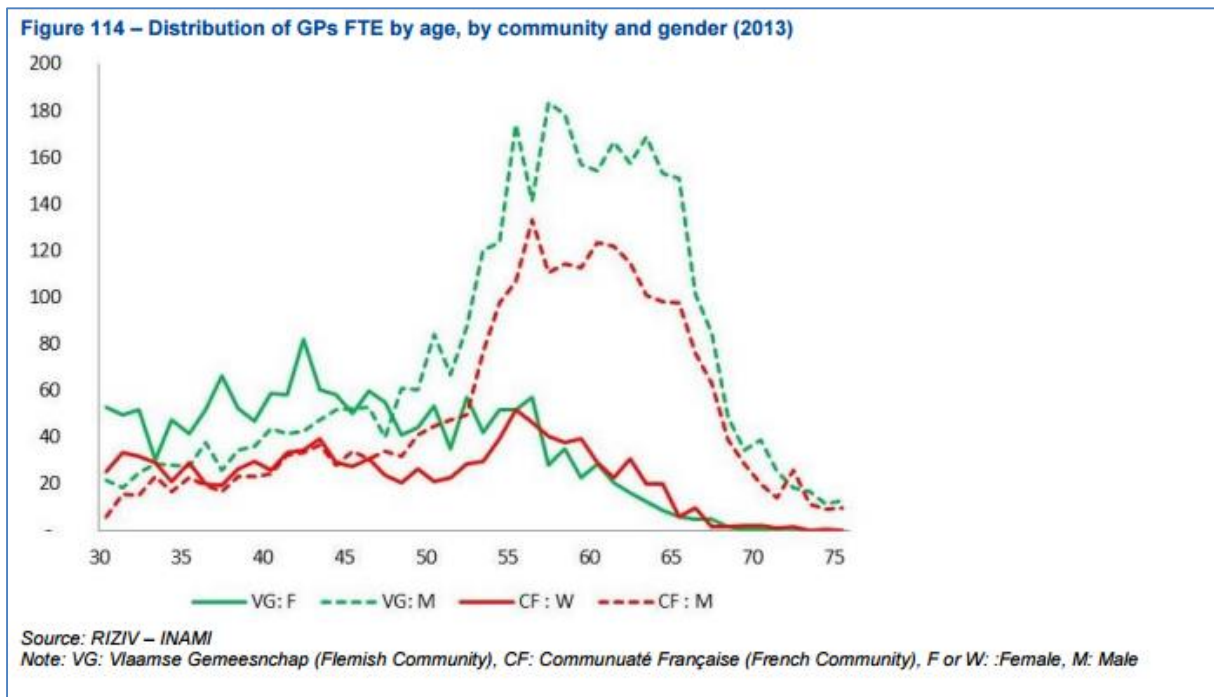
Les jeunes généralistes sont principalement des femmes. Ce qui explique la féminisation de la MG. Le type de travail réalisé par les jeunes MG est légèrement différent de celui effectué par les généralistes plus âgés (informatisation, pratique de groupe, type d'activité).

Extrait rapport KCE (supplément) traduction Pierre DRIELSMA

Donc deux hypothèses, soit un lissage rapide en 10 ans, avec un léger sur-sous-quota en MG (53% à la place de 43% sur la période). Après la période, respect intégral de la règle des 43% avec des verrous en médecine spécialisée (syndicats !!)

Soit une durée plus longue (15 à 20 ans) avec un sur-sous-quota de 63% les 5 premières années, puis quand la MG aura récupéré un effectif nécessaire (les deux tiers des années

pléthoriques) une stabilisation à 43% (idem que plus haut). Il faudra veiller à ce que l'essentiel de la force de travail des généralistes pratiquent en première ligne des soins sans détournement par les hôpitaux.



Comme on le voit sur les graphiques ci-dessus, le sous-quota **réalisé** de MG dans les années de pléthore était de près de 200 MG ETP en fédération Wallonie Bruxelles, avec un taux d'ETP de 0,6 cela correspond à 333 têtes actuelles, donc 200 têtes par an pour les remplacer n'est pas un luxe. Donc 200 MG par Les pensionnés actifs feront le complément.

Actuellement nous sommes à une entrée dans la carrière à hauteur de 120 nouveaux MG par an soit sur 38,5 ans de carrière 4600 médecins ce qui sera intenable compte tenu de la croissance des VAD pour les grands vieillards qu'on cherchera à maintenir à domicile, les soins palliatifs à domicile et les maladies chroniques. On voit bien sur la courbe ci-dessus que les 120 entrants ne réalisent qu'une quarantaine d'ETP !! Ce qui correspond à des « fuites » vers d'autres lieux et à une activité à temps partiel ou réduit (cfr encadré sur les ETP). Selon la commission de planification, le MG F moyen travaille à un taux de 0,6 ETP belge en corrigeant pour ce taux on obtient $40 \times 1,666 =$ soit 66 MG ETP. Ce qui constitue la moitié du quota théorique !

Il faut donc un peu moins de 165 voire 200 MG qui entrent dans la carrière (et qui y restent !) chaque année.

Pierre Drielsma, Secrétaire Général adjoint du GBO

Tableau 9 : Nombre de candidats médecins généralistes en Belgique au 31/12/2014, par région (sur base du lieu de domicile officiel), suivant le sexe

	Total			Homme			Femme		
	Nombre	Colonne%	Ligne%	Nombre	Colonne%	Ligne%	Nombre	Colonne%	Ligne%
Belgique	810	100,0	100,0	238	100,0	29,4	572	100,0	70,6
Flandre	490	60,5	100,0	128	53,8	26,1	362	63,3	73,9
Wallonie	203	25,1	100,0	62	26,1	30,5	141	24,7	69,5
Région de Bruxelles-capitale	117	14,4	100,0	48	20,2	41,0	69	12,1	59,0

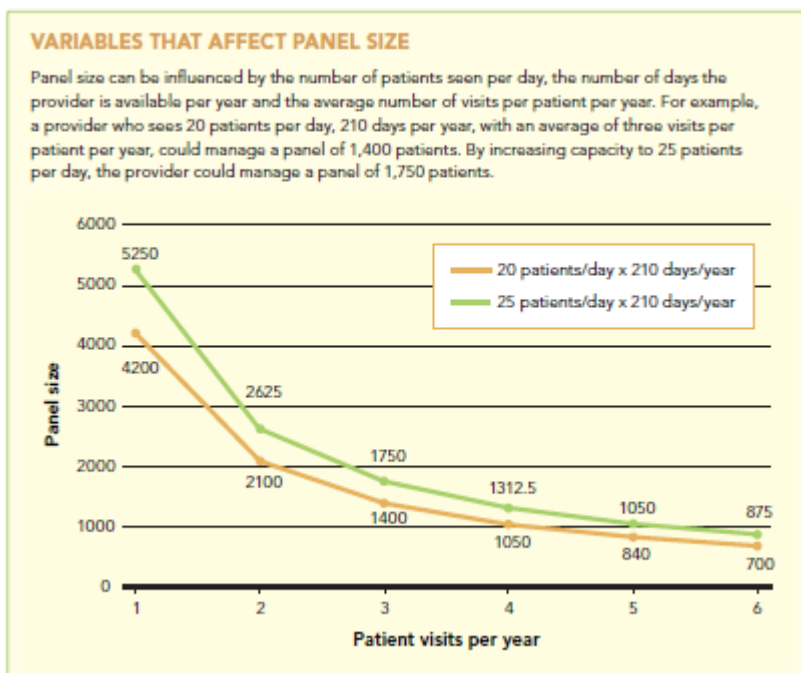
Qu'est-ce qu'un temps plein ?

Une question épineuse ! Si dans les emplois salariés, il n'est pas trop difficile de savoir ce qu'est un temps plein ? En médecine générale cette question est difficile, même dans le cadre encore modeste du salariat (surtout les pratiques forfaitaires de première ligne). Les comparaisons internationales donnent des chiffres impressionnant de l'ordre de 50 à 60h de travail par semaine.

Mais là encore l'imprécision règne. Il est nécessaire de distinguer l'activité curative de l'activité de coordination, administrative et d'appui. L'activité curative stricte devrait compter les seules heures de contacts directs ou téléphoniques avec les patients ou leur famille.

L'étude KUL ULG sur les MM, commanditée par l'Inami, montrait que le temps de contact direct strict ne dépassait guère les 60% du temps de travail. [1]

La courbe ci-dessous[2] analyse la taille de la patientèle en fonction du nombre de contacts annuels par MG, ce nombre dépend évidemment de la durée moyenne de consultation



Plus les contacts seront longs, moins on en fera par jour, l'autre paramètre important c'est le nombre annuel de contacts par patient, on observe sur la courbe que la taille de patientèle diminue en fonction du nombre de contacts annuel par patient.

Si on voit 15p/j avec une utilisation de 5 contacts par an la patientèle possible sera très réduite. La complexité croissante des situations médicales et sociales ne vont pas arranger les choses.

Reference List

1. Kesteloot K., Gillet P., Filee D, Degroof S., Gillain D.. Le financement des centres de santé; Description des activités et analyse financière et économique. 2003. Ref Type: Report
2. Murray M, Davies M, Boushon B: **Panel size: how many patients can one doctor manage?** *Fam Pract Manag* 2007, **14**: 44-51.