

## Comment calculer la force de travail nécessaire en MG pour répondre aux besoins de la population ?

*Comment calculer la force de travail nécessaire en médecine générale (MG) pour répondre aux besoins de la population, telle a été la question posée par une enquête internationale relayée par le SPF Santé publique à destination de tous les membres des commissions de planification dans le cadre de l'action conjointe HEROES. Il s'agit d'une action pour laquelle 19 pays partagent leur expertise en matière de planification du personnel de santé dans le but d'optimiser le processus de planification dans chaque pays. Vous trouverez ci-dessous un résumé de la contribution du GBO à cette enquête.*

### Subsidiarité et échelonnement

Bien que sachant que les réorientations professionnelles, les plans de carrière et les forces vives à la tâche restent volatiles, difficiles à prédire, il est nécessaire de pouvoir calculer les besoins en professionnels : calculer ces besoins sur une base socio-démo-épidémiologique a l'avantage de définir d'abord un paquet global de besoins objectivables qui est alors traduit en actes (contacts) professionnels.

Ensuite attribuer tel type de contacts à tel professionnel sur une base de compétence en se basant sur le principe de **subsidiarité** et l'**échelonnement** évite les querelles de territoires qui sont sans fin en système libéral de soins.

### Calcul de la consommation de la population

En MG, calculer la force de travail nécessaire doit se faire par le calcul de la consommation de la population (nombre contacts par an et par personne).

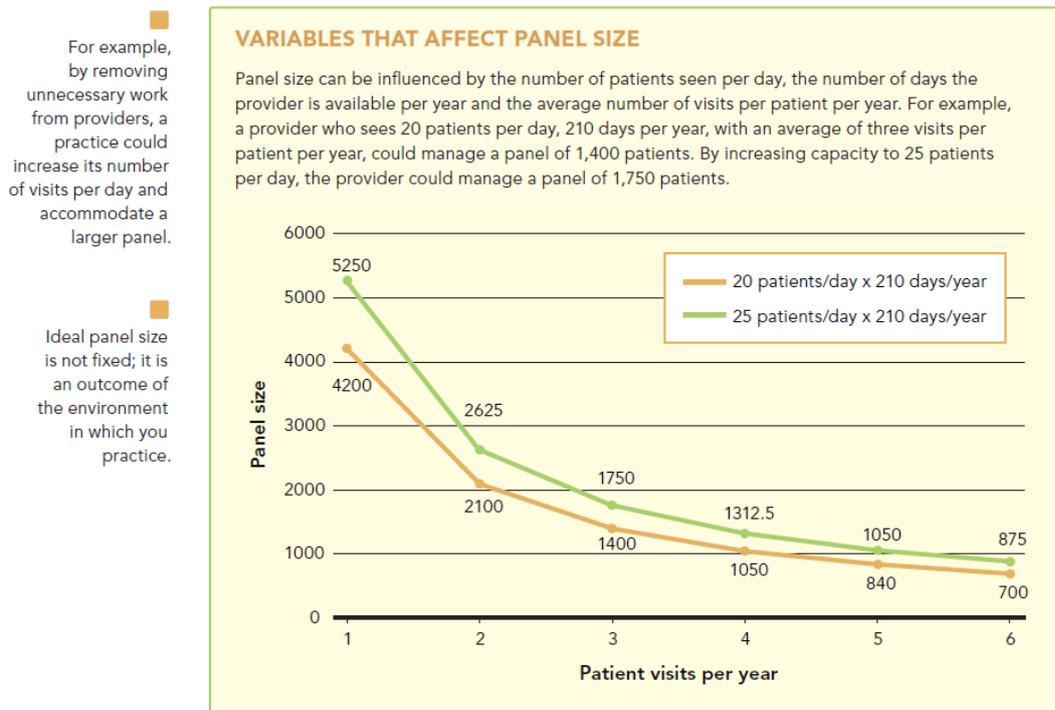
Selon le schéma N°1, si les médecins généralistes (MG) voient 25 personnes par jour ouvrable, avec 3 contacts/an/personne, cela permet des listes de 1750 patients/généraliste, s'il s'agit de 20 personnes vues par jour ouvrable par généraliste, nous descendons à 1400 patients par généraliste en Équivalent Temps Plein (ETP).

En Belgique, en tous cas au sud francophone du pays, nous savons que nous voyons en moyenne 20 personnes par jour ouvrable, le nombre de contacts moyen/an/personne est de 4,5, ce qui nous conduit à des listes de 945 patients en moyenne, très en dessous des 1050 patients actuellement considéré comme référence pour une patientèle normale.

Sachant que dans certaines maisons médicales la consommation des patients inscrits est de l'ordre de 6 contacts/an/personne inscrite, suite à un meilleur échelonnement des soins et donc un recours plus important à la première ligne de soins, cela donne des listes de 700 patients par généraliste. Ce qui explique la nécessité de produire plus de généralistes si l'échelonnement des soins est amélioré.

On pourrait penser que le nombre de contacts annuels par les personnes devrait pouvoir être diminué avec une aide administrative et infirmière<sup>1</sup>. Mais cette subsidiarité vers le **bas** sera plus que probablement compensée par une subsidiarité venant du **haut** : c'est-à-dire de la médecine spécialisée (frottis de col, contraception, pédiatrie de l'enfant sain et maladies classiques, ongle incarné, ablation de verrue et de tumeur cutanée bénigne, etc...actes transférés vers la MG). » **(1)** ainsi que de la prise en charge de ce qui n'est pas pris suffisamment en charge actuellement (médecine environnementale, report de soins dans les populations pauvres...). Une bonne articulation au sein de la première ligne de soins et entre les lignes (1ère, 2ème et 3ème) ne mènera donc pas à une diminution du travail des généralistes mais à un changement de qualité de leur travail.

Le tableau ci-dessous est issu d'un article de *Family practice management*<sup>2</sup>, il a le mérite d'une extrême clarté et peut *mutatis mutandis* être utilisé pour la médecine générale belge.



48 | FAMILY PRACTICE MANAGEMENT | www.aafp.org/fpm | April 2007

1 Ou assistant de pratique, en cas d'**impossibilité** de renforcer le corps infirmier de première ligne.

2 Mark Murray, MD, MPA; Mike Davies, MD; Barbara Boushon, RN ; Panel size, how many patients can one doctor manage? April 2007 | www.aafp.org/fpm | FAMILY PRACTICE MANAGEMENT

1. (P.Drielsma)

## Besoins de la population : besoins objectivables, les besoins perçus subjectifs et la demande (subjective/pratique) de soins

Outre le vieillissement de la population et la demande de soins par âge, il faut connaître les variables sociales, culturelles qui ont un effet sur les besoins objectivables, les besoins perçus subjectifs et la demande (subjective/pratique) de soins. Il est fondamental de séparer ces 3 aspects au risque de fournir des soins de purs « caprices » ou au contraire seulement des soins pour les maladies graves. La discussion sur la prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP) en Belgique est typique à ce point de vue: la pression est mise sur les prestataires pour ne prescrire des IPP que selon des critères objectivés. Les questions surgissent alors : que faisons-nous avec la souffrance hors critères objectivés ? quelle est la prise en charge des soins dits « de confort » ?

D'autres données importantes incluent :

- Prévalence et incidence des maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, maladies mentales, ...), des troubles de l'apprentissage et de développement chez l'enfant, des troubles psychiques chez les adolescents et les adultes.
- Évolution des facteurs de risque de santé (tabagisme, obésité, sédentarité, crises environnementales, changements climatiques)
- Transition épidémiologique liée aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes
- Disparités régionales et sociales en termes de santé et d'accès aux soins
- Impact des déterminants sociaux de la santé (logement, éducation, travail et chômage, migration... prévalence des facteurs de vulnérabilité des familles (monoparentales...)
- Médicalisation de menus petits problèmes, due aux difficultés de gestion de la santé provoquées par l'éclatement des familles empêchant la transmission des savoirs en santé
- Médicalisation de problèmes sociaux, entre autres par manque de référents non médicaux

## Organisation des soins et force de travail

Nous savons que la **relation thérapeutique (personal continuity)** a un effet positif sur la santé objective et subjective des patients. Nous devons donc organiser les soins autour de la première ligne avec une bonne rétention des agents de première ligne : généraliste, infirmier/e de pratique, etc... nous devons étoffer l'offre de première ligne et si nécessaire/possible alors réduire l'offre de 2<sup>e</sup> ligne. Nous devons homogénéiser le système de santé. Il doit se trouver intégralement dans le secteur non marchand y compris les pharmacies, les maisons de repos, les hôpitaux, etc.. Le modèle doit être coopératif et non concurrentiel. Dans ce cadre, le **glissement des tâches** (task shift) se fera dans l'intérêt de tous.

**Articulation** des lignes de soins et définition de leurs **missions** pour « rendre à César ce qui appartient à César, ... » : le non-échelonnement des soins entraîne un encombrement de la seconde ligne qui ne peut plus assumer en suffisance les soins complexes et sophistiqués dont elle est spécialiste : utilisation inadéquate des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, dépenses inutiles

**Structuration territoriale et fonctionnelle** de la première ligne. Articulation des soins au sein de la première ligne trop peu structurée : surmédicalisation, dépenses inutiles

**Forces de travail actuelles**, taux de sortie de la profession par réorientation, burn-out, maladie, retraite ou décès

**Autres activités exercées** par des médecins généralistes travaillant dans d'autres instances que la médecine générale : médecin du travail, médecin conseil...

**Répartition régionale** des forces de travail

**Répartition dans les bassins de vie**

**Taux réel de pratique** de médecine générale qu'il est possible de définir par croisement des données (il existe une surévaluation des forces en présence) sur les différents types de données, par exemple combien de :

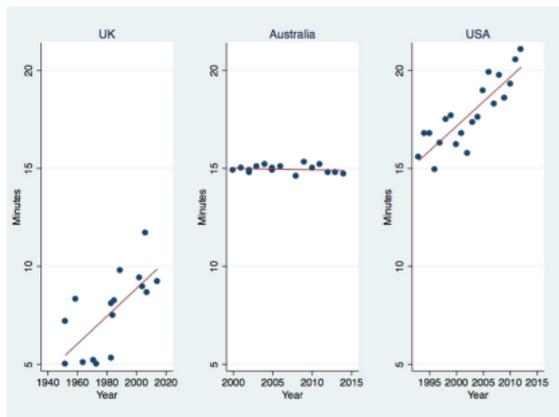
- médecins ayant droit à la prime de pratique
- médecins répertoriés comme échangeant un courrier avec les spécialistes (avec anonymisation préalable). Cela peut refléter assez fidèlement la pratique d'un médecin généraliste
- médecins ayant des pratiques de première ligne ayant un impact sur la santé publique (Œuvre Nationale de l'Enfance (ONE), médecine scolaire, addictologie, planning familial, soins palliatifs)

## **Données sur les carrières des professionnels de la santé**

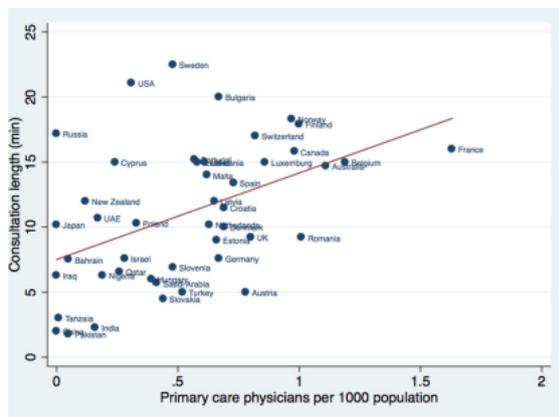
Pour mieux estimer l'offre de soins, après avoir redéfini les missions de chaque ligne de soins pour éviter la surqualification engendrée par l'estompement des lignes, il est utile d'analyser l'attractivité professionnelle sur les différents axes :

- Rémunération
- Durée moyenne de carrière des professionnels, plan de carrière.
- Heures prestées : un temps plein actuel est estimé à 40H/semaine et non plus 70H/semaine
- Nombre de personnes prises en charge par généraliste, nombre de DMG/généraliste (nombre de contact/an/personne en médecine générale, nombre de personnes vues/jour ouvrable, nombre de jours ouvrables prestés)
- Cadre professionnel
- Carrière, diversité des tâches, défis intellectuels
- Carrière mixte (médecine générale + ONE, planning familial, urgences, prise en charge de la toxicomanie, recherche...)
- Taux de rotation et d'abandon des métiers de la santé
- Spécialisation et formation continue, sub-spécialités, activités annexes : médecin du travail, médecin conseil, médecin d'assurance....
- Impacts des conditions de travail sur la rétention des professionnels
- Cadre et opportunité de vie privée, vie professionnelle du conjoint ou de la conjointe
- Valorisation sociale, retour des patients
- Établissement des référentiels-métiers théoriques et comparaison avec l'offre effective (qui fait quoi ? définition d'un PMA (paquet minimum d'activités) nécessaire au vu des grandes diversités au sein par exemple des cabinets de médecine générale)





**Figure 3** Consultation length over time in Australia, the USA and the UK.



**Figure 5** Average consultation length versus primary care physician density per 1000 population.

Irving G, et al. *BMJ Open* 2017;7:e017902. doi:10.1136/bmjopen-2017-017902

11

Ci-dessus, on peut voir la tendance séculaire à l'allongement de la consultation (sauf l'Australie ?)

Ces données sont importantes car elles influencent directement l'organisation, la formation et la répartition des ressources humaines. Il est absolument nécessaire de sortir du brouillard actuel, très peu efficient.

Nous assistons à un désenchantement des professions de soins (MG, infirmier/e de pratique, ...), alors qu'historiquement, elles attiraient une population étudiante généreuse et intelligente. Nos sociétés connaissent une crise sévère de perte de sens causée par l'idolâtrie du marché et en particulier la marchandisation des soins de santé. Cette société pourtant largement essoufflée poursuit sa course au désastre en détruisant la nature, en réchauffant la planète, en organisant le recul social. Sans changement sociétal radical (à la racine), il existe peu d'espoir de réenchanter le monde.

### Thèmes prioritaires d'un dialogue politique sur le personnel de santé et la planification

- Structuration territoriale fonctionnelle et correctement financée de la première ligne (Proxisanté et Brusano)
- Coordination entre offre de soins et besoins régionaux, répartition géographique équitable
- Formation et adaptation des compétences aux nouveaux défis sanitaires
- Soutien psychologique et amélioration des conditions de travail dans les professions de santé, attractivité de la profession de MG, rétention
- Impact de l'intelligence artificielle et de la télémédecine sur les métiers de santé
- Planification des soins dans un contexte de crises sanitaires (plan d'intervention fédéral et régional disponible en cas d'épidémie ou de catastrophe naturelle)
- Politique de subsidiarité dans un modèle coopératif non marchand et non concurrentiel : délégation, transfert, partage des tâches au sein de la première ligne et entre les lignes de soins, structuration et articulation des soins
- Mobilité des prestataires pour réinvestir le domicile, lieu important des soins

- Critique sévère de la marchandisation de la société
- Revalorisation de la première ligne ambulatoire lors des études qui sont encore trop hospitalo-centrées

## Conclusions

Mieux intégrer les données socio-économiques et de santé environnementale dans la planification, encourager une planification flexible, tenant compte des imprévus (comme la pandémie de COVID-19), des passerelles entre professions et sub-spécialités, encourager la mixité des pratiques (médecine générale et ONE, médecine générale et planning familial...), développer un système de suivi dynamique des données sur les professionnels et les besoins, sont des nécessités impérieuses pour calculer les besoins en personnels de soins pour répondre aux besoins de la population.

Subsidier correctement l'investissement dans les instances d'organisation des soins de santé, pour permettre de mettre au service de la société l'expertise des généralistes.

Par ailleurs, la planification à l'installation et le partage des tâches sont des pistes qui demandent recherche, concertation et débat. La position du GBO pour ces deux thématiques est d'en explorer les contours et la faisabilité. Le GBO est ouvert au débat politique et interprofessionnel en la matière au sein de la première ligne et entre les lignes (1,2 et 3). La stratégie actuelle du partage des tâches, trop peu concertée, n'est pas satisfaisante et risque la mise en concurrence des différents types de prestataires à la place d'une complémentarité indispensable et de facto leur démotivation.

L'Organe d'Administration du GBO