

# Médecins

## Suivi de la force de travail médecins

Nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas Médecins

Publication de la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé



# **Suivi de la force de travail des médecins**

-

## **Nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033**

**un rapport de la**

Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé  
Service Professions de Santé et Pratique professionnelle  
DG Soins de santé  
SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

**réalisé par**

Jesse Berwouts  
Christelle Durand  
Peter Jouck  
Dominiq Nkenné  
Pascale Steinberg  
Veerle Vivet

**03 04 2023**



## COLOPHON

### Rédaction du rapport:

Cellule Planification de l'offre des professions de soins de santé :

**Chef de cellule** : Pascale Steinberg

**Collaborateurs** : Jesse Berwouts, Christelle Durand, Peter Jouck, Dominiq Nkenné, Olivier Van Weyenbergh et Veerle Vivet

### Organisation :

Service professions des soins de santé et pratique professionnelle

**Chef de service** : Aurélia Somer

Direction générale Soins de santé

**Directeur-général** : Annick Poncé

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

**Président du SPF SPSCAE** : Dirk Ramaekers

**Éditeur responsable** :

Dirk Ramaekers, Avenue Galilée, 5/2 - 1210 Bruxelles

### Données de contact :

Direction générale Soins de santé

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Service Center Santé

Avenue Galilée, 5/2 - 1210 Bruxelles

T. +32 (0)2 524 97 97

[plan.team@health.fgov.be](mailto:plan.team@health.fgov.be)

[www.health.belgium.be/hwf](http://www.health.belgium.be/hwf)

*Dit document is eveneens beschikbaar in het Nederlands.*

### Veillez citer le document avec cette référence :

Suivi de la force de travail des médecins : nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2023.

© 2023, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Toute reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate.

Ce document est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : [www.health.belgium.be/hwf](http://www.health.belgium.be/hwf) (=> Publications).

Dépôt légal : D/2023/2196/18



## INTRODUCTION

La Commission de Planification offre médicale a reçu une note verte du ministre de la Santé, Frank Vandebroucke pendant l'été 2022. La mission était de revoir les quotas médecins pour les années 2029 à 2033, en tenant compte des éléments suivants :

- l'impact du COVID-19 sur l'offre des médecins généralistes ;
- la comparaison internationale de l'offre de médecins et du taux d'activité, avec une attention particulière aux médecin généralistes et à la répartition régionale ;
- une enquête auprès des médecins pour connaître leurs attentes quant à l'exercice futur de la profession.

Afin de respecter les délais légaux, cette mission devait aboutir en avril 2023 pour informer les étudiants qui souhaitent commencer le programme médical en 2023 et qui seront soumis au quota 2029.

Afin de mener à bien cette mission dans les délais impartis, la Commission de planification a demandé la collaboration d'un certain nombre de partenaires, dont notamment l'INAMI, le KCE et IM Associates.

Le rapport qui vous est présenté contient tous les éléments qui ont contribué à la détermination des quotas de médecins pour les années 2029 à 2033.



## MOTS DE REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à mener cette mission.

Pour le couplage des données, celles-ci ont été préparées par Timothée Mahieu du SPF SSCAE, Antoine Khalil de l'INAMI et Chris Brijs de la Banque Carrefour de Sécurité Sociale. Le processus du transfert et d'anonymisation des données a été réalisé par Chris Brijs. Nous les remercions tous les trois pour les efforts qu'ils ont déployés afin de nous fournir les données sources pour le couplage dans les délais impartis.

Pour la revue de la littérature sur l'impact COVID-19 en médecine générale, nous remercions Pascale Jonckheer, du KCE.

Pour l'enquête auprès des médecins généralistes, nous remercions IM Associates pour la rédaction et l'adaptation du questionnaire dans le cadre de l'étude sur la charge de travail des médecins généralistes et pour la flexibilité dont ils ont fait preuve pour prendre en compte les préoccupations du ministre.

Nous remercions également Pascal Meeus qui a évalué les effets de la crise COVID-19 sur l'activité des médecins à partir de l'analyse des données longitudinales de l'INAMI pour l'ensemble des spécialités médicales.

Enfin nous souhaitons également remercier les membres actifs du Groupe de Travail Médecins de la Commission de planification Offre médicale : Brigitte Velkeniers, Jonas Brouwers, Elie Cogan, Pascale Cornette, Wilfried De Backer, Jan De Maeseneer, Pierre Drielsma, Sofie Goyvaerts, Evelyne Hens, Paul Herijgers, Luc Herry, Piet Hoebeke, Bernard Landtmeters, Edouard Louis, Catherine Lucet, Danny Mathysen, Stella Matterazzo, Pascal Meeus, Jill Meirte, Marc Moens, Véronique Moreau, Milhan Roex, Françoise Smets, et Christel Van Geet.

Ils se sont réunis à de nombreuses occasions et ont travaillé dans une ambiance constructive et positive, à un rythme soutenu, afin que l'avis concernant les quotas fédéraux 2029-2033 puisse être finalisé dans les temps et en intégrant les nombreuses nouvelles analyses réalisées.

Nous remercions également la présidente du groupe de travail Brigitte Velkeniers pour son investissement et pour avoir, avec brio, conduit le groupe afin de mener sa mission, dans le respect de chacun.

Enfin, nous ne pouvons pas oublier les membres de la cellule de planification qui se sont fortement investis pour que le projet aboutisse. Merci aux analystes : Christelle Durand, Peter Jouck, Veerle Vivet, ainsi que les deux nouveaux analystes qui ont rejoint récemment la cellule Jesse Berwouts et Dominiq Nkenné. Il ne faut pas non plus oublier Olivier Van Weyenbergh qui s'est chargé des tâches administratives nécessaires et Pascale Steinberg qui a coordonné l'équipe.

Ce rapport qui accompagne l'avis Quotas 2029-2033 de la Commission de planification est le fruit d'un important travail collaboratif. L'investissement de chacun est à la hauteur de l'enjeu de santé publique d'avoir un nombre de médecins en nombre suffisant et qualifiés pour répondre aux besoins en soins de la population de Belgique.

Aurélie Somer

Chef du service Professions de Santé – DG Soins de Santé



# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	2
<b>PARTIE 1 : SUIVI DE LA FORCE DE TRAVAIL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES .....</b>	<b>4</b>
1. MÉDECINS GÉNÉRALISTES ACTIFS DANS LE CADRE DE L'INAMI (2011-2021) .....	4
1.1. Méthodologie .....	4
1.2. Évolution de la force de travail des médecins généralistes actifs à l'INAMI (2011-2021) .....	5
1.3. Répartition des médecins généralistes selon le degré d'urbanisation .....	11
1.4. Enquête sur l'équivalent temps plein dans la pratique en médecine générale – description de la force de travail .....	14
2. IMPACT DU COVID-19 EN MÉDECINE GÉNÉRALE .....	18
2.1. Revue rapide de la littérature pour étudier l'impact COVID-19 sur la médecine générale (Pascale Jonckheer - KCE) .....	18
2.2. Évolution de la force de travail des médecins généralistes actifs dans le cadre de l'INAMI (2011-2021) .....	20
2.3. Analyse longitudinale des données INAMI pour toutes les spécialités médicales - Impact COVID-19 (Pascal Meeus - INAMI) .....	25
2.4. Enquête sur l'équivalent temps plein dans la pratique en médecine générale – impact COVID-19 .....	29
<b>PARTIE 2 : SUIVI DE LA FORCE DE TRAVAIL DE TOUS LES MÉDECINS .....</b>	<b>30</b>
1. INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE .....	30
2. RÉSULTATS .....	31
<b>PARTIE 3 : PROJECTIONS DE LA FORCE DE TRAVAIL DES MÉDECINS 2021-2041 .....</b>	<b>36</b>
1. MÉTHODOLOGIE DU MODÈLE DE PROJECTION .....	36
2. PARAMÈTRES DU MODÈLE .....	37
3. HYPOTHÈSES ALTERNATIVES RETENUES .....	39
3.1. Médecine générale .....	39
3.2. Autres spécialités médicales contingentées .....	46
3.3. Résultats des évolutions projetées .....	47
<b>PARTIE 4 : COMPARAISON INTERNATIONALE .....</b>	<b>54</b>
1. COMPARAISON INTERNATIONALE DE L'OFFRE EN MÉDECINS .....	54
1.1. Introduction .....	54
1.2. Résultats de la comparaison internationale de l'offre en médecins .....	55
2. PLANIFICATION DE LA FORCE DE TRAVAIL MÉDECINS EN FRANCE .....	59
2.1. Éléments de contexte pour la France .....	59
2.2. Niveau d'activité ou équivalent temps plein .....	60
2.3. Répartition territoriale .....	60
2.4. Identification de zones sous-dotées en médecins généralistes .....	61
2.5. Incitations à l'installation des médecins généralistes dans les zones sous-dotées .....	62
3. PLANIFICATION DE LA FORCE DE TRAVAIL MÉDECINS AUX PAYS-BAS .....	63
3.1. Éléments de contexte pour les Pays-Bas .....	63
3.2. Niveau d'activité ou équivalent temps plein .....	64
3.3. Répartition territoriale .....	65
3.4. Identification des zones connaissant une pénurie de médecins généralistes .....	66
3.5. Incitations à l'installation de médecins généralistes dans les zones en pénurie .....	67
4. LISTE DE RÉFÉRENCES .....	69



# INTRODUCTION

La **Commission de planification – Offre médicale** a été créée en 1996. L'une de ses missions est d'examiner les besoins en matière d'offre médicale (conformément à la LEPSS<sup>1</sup>, article 91, § 2). Pour déterminer ces besoins, il sera tenu compte de l'évolution des besoins relatifs aux soins médicaux, de la qualité des prestations de soins et de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées et de la population.

Pour accomplir ses missions, la Commission de planification élabore un rapport pour les différentes professions des soins de santé sous le nom «PlanCad », qui décrit le contexte historique et la situation actuelle sur le marché du travail et elle élabore des scénarios d'avenir à l'aide d'un modèle de projection.

Le projet **PlanCad** comprend des couplages de données qui sont effectués entre le SPF SPSCAE (le cadastre fédéral des professionnels des soins de santé), le Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale (DW MT&PS) et l'INAMI. Le couplage part du cadastre fédéral et est une banque de données des professionnels des soins de santé en droit d'exercer une profession de santé agréée en Belgique (Licensed to Practice). Le cadastre offre donc un récapitulatif de toutes les personnes ayant introduit une demande d'exercice d'une activité professionnelle agréée. Toutefois, cette base de données ne permet pas de soutenir pleinement la mission de la Commission de planification - Offre médicale. Ainsi, ce cadastre ne permet pas de déterminer si les professionnels agréés sont effectivement actifs, d'estimer leur taux d'activité et d'identifier leur secteur d'activité. C'est pourquoi les données de ce cadastre sont liées aux données d'activité au niveau du DWH MT&PS et de l'INAMI.

Dans le cadre du mandat confié par le ministre, il a été décidé de réaliser deux couplages de données différents. Le premier couplage de données peut être vu comme une version « *light* » du projet PlanCad. Il ne comprend que les données du **cadastre fédéral et de l'INAMI** relatives aux **médecins généralistes**. Cette version *light* présente l'avantage d'une mise à disposition beaucoup plus rapide des données et de la possibilité de demander des informations complémentaires venant de l'INAMI, telles que des informations sur le lieu d'activité, les formes de pratique et l'impact COVID-19 sur la médecine générale. Néanmoins, ce couplage *light* présente quelques limitations. Par exemple, il n'a pas été possible de définir la population des médecins professionnellement actifs en Belgique, les données d'activités réalisées sous le statut professionnel de salarié sont manquantes,...

Le second couplage des données est un couplage complet qui reprend les données du **cadastre fédéral, de l'INAMI et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale**, tant pour la médecine générale que pour les autres spécialités médicales. Ce couplage de données répond aux limites de la première liaison de données. Il permet de mettre à jour les données de tous les médecins et d'élaborer des scénarios alternatifs conduisant à la détermination des quotas.

Pour une explication détaillée de la méthodologie utilisée, nous vous renvoyons au rapport « [Médecins sur le marché du travail 2004-2016](#) » (publié en 2019) et au rapport « Médecins sur le marché du travail 2017-2021 » (publication attendue en 2023).

---

<sup>1</sup> Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé



La **première partie** de ce rapport présente les résultats du couplage light des données ainsi que les études portant sur l'impact de la crise COVID-19.

La **deuxième partie** reprend un bref résumé des résultats du couplage complet de données (cadastre-INAMI-Banque Carrefour de la sécurité sociale) à l'aide d'un tableau récapitulatif des chiffres clés pour tous les médecins actifs sur le marché du travail belge en 2021.

La **troisième partie** décrit la manière dont les scénarios futurs sont élaborés tant pour les médecins généralistes que pour les autres spécialités. Ainsi, elle fournit les informations sur le modèle de projection et les hypothèses retenues. Enfin, un aperçu des résultats des projections futures est présenté.

La **quatrième partie** place l'offre des médecins en Belgique dans une perspective internationale. La planification des soins de santé chez nos voisins du nord et du sud est examinée, ainsi que la manière dont les effectifs de médecins et leur densité se répartissent sur le territoire.

Les différentes sections de ce rapport ont permis la détermination des quotas de médecins pour les années 2029 à 2033.





# **PARTIE 1 : SUIVI DE LA FORCE DE TRAVAIL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

## **1. MÉDECINS GÉNÉRALISTES ACTIFS DANS LE CADRE DE L'INAMI (2011-2021)**

### **1.1. Méthodologie**

Certaines dispositions méthodologiques spécifiques ont été mises en œuvre pour ce couplage *light* des données sur les médecins généralistes, avec les limites méthodologiques qui y sont associées.

#### **Aspects méthodologiques du couplage des données SPF SPSCAE - INAMI**

- Un médecin généraliste est considéré comme actif dans les soins de santé (Practising = PR) lorsque son montant remboursé INAMI annuel est supérieur ou égal à un seuil minimal, ou s'il est actif dans une maison médicale telle qu'enregistrée au sein de l'INAMI. Le seuil minimal correspond à 5% du montant médian remboursé déterminé dans le groupe de référence des médecins généralistes âgés de 45 à 54 ans avec au moins une prestation INAMI sur une base annuelle.
- Le temps de travail exact des médecins généralistes n'étant pas disponible, une approximation est faite à partir des montants INAMI remboursés. Un travail à temps plein pour un médecin généraliste correspond à un montant brut remboursé dans le cadre de l'INAMI de 145.909 € en 2021. Ce montant change chaque année.
- Pour les médecins généralistes actifs dans des maisons médicales, un ETP de 0,83 leur est attribué, correspondant à l'ETP moyen des salariés exclusifs en 2016 (source : PlanCad 2004-2016). En effet, un certain nombre d'entre eux sont salariés et travaillent au forfait, données que nous n'avons pas à notre disposition.
- Un individu appartient à la Communauté flamande ou française sur la base de la langue du diplôme obtenu (français ou néerlandais) ou, si cette information n'est pas disponible (diplômes étrangers par exemple), sur la base de la langue de contact (néerlandais, français ou allemand). Si la langue de contact est l'allemand, le professionnel est affecté à la Communauté française.
- La région d'activité du médecin généraliste est déterminée sur la base du premier lieu d'activité tel qu'enregistré à l'INAMI.

#### **Limites méthodologiques importantes**

- Ces données couplées ne donnent pas une vue sur l'intégralité des activités des médecins généralistes employés comme salariés. L'ETP attribué aux médecins généralistes actifs en maison médicale est une approximation.
- Toutes les prestations effectuées en dehors du cadre de l'INAMI ne sont pas prises en compte dans le calcul du taux d'activité des médecins généralistes. C'est pourquoi le taux d'activité n'est pas une valeur absolue, mais une valeur relative qui doit être interprétée et comparée avec prudence.

Note : dans la suite du document le terme « médecins généralistes actifs à l'INAMI » est utilisé pour ce couplage *light* mais prend en compte aussi les médecins généralistes actifs dans une maison médicale.

Les résultats de la partie 1, qui seront discutés dans les paragraphes suivants, constituent la synthèse du couplage des données entre le cadastre fédéral du SPF SPSCAE et l'INAMI, pour la profession de médecin généraliste, entre 2011 et 2021.



## 1.2. Évolution de la force de travail des médecins généralistes actifs à l'INAMI (2011-2021)

### 1.2.1. Nombres et densités (en individus et ETP) de 2011 à 2021

Le nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé en **Belgique** a augmenté de 10 % entre 2011 et 2021 (passant de 11.512 en 2011 à 12.691 en 2021), tandis que le nombre total d'ETP a augmenté de 8 % au cours de la même période (passant de 11.840 en 2011 à 12.775 en 2021). Les densités des actifs et de leurs ETP (nombre pour 10.000 habitants) sont pratiquement les mêmes et ont augmenté (légèrement) entre 2011 et 2021 (voir tableau 1).

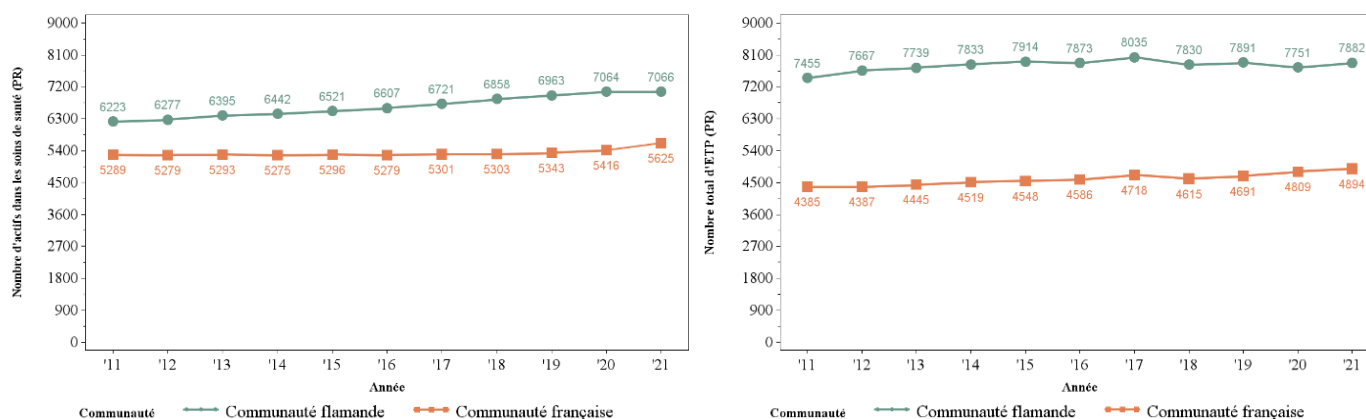
**Tableau 1. Évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé et du nombre total d'ETP en Belgique, 2011-2021**

BEL	Individu				ETP			
	Total	Index	Densité	Index	Total	Index	Densité	Index
'11	11.512	100	10,43	100	11.840	100	10,73	100
'12	11.556	100	10,41	100	12.054	102	10,86	101
'13	11.689	102	10,48	100	12.185	103	10,93	102
'14	11.717	102	10,45	100	12.352	104	11,02	103
'15	11.818	103	10,49	101	12.463	105	11,06	103
'16	11.887	103	10,50	101	12.460	105	11,01	103
'17	12.023	104	10,57	101	12.754	108	11,21	104
'18	12.163	106	10,64	102	12.446	105	10,89	101
'19	12.306	107	10,71	103	12.582	106	10,95	102
'20	12.480	108	10,83	104	12.560	106	10,90	102
'21	12.691	110	10,96	105	12.775	108	11,03	103

La situation est plus nuancée au niveau des communautés et des régions. Dans la figure 1, outre la tendance à la hausse du nombre d'actifs et de leurs ETP, nous observons également une différence entre les **communautés** sur la base de leurs ETP. Pour toutes les années, en Communauté flamande, le volume d'ETP est plus élevé que le nombre total d'actifs, alors que c'est l'inverse en Communauté française.

En outre, l'augmentation relative du nombre de médecins généralistes actifs et de leurs ETP varie en fonction des communautés. Par exemple, en Communauté flamande, entre 2011 et 2021, le nombre d'actifs est passé de 6.223 à 7.066 (+14 %) et le volume total d'ETP de 7.455 à 7.882 (+6 %). En Communauté française, entre 2011 et 2021, le nombre d'actifs est passé de 5.289 à 5.625 individus (+6 %) et le volume total d'ETP de 4.385 à 4.894 (+12 %).

**Figure 1 : Évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé (à gauche) et du nombre total d'ETP (à droite) par communauté, 2011-2021**



Enfin, si l'on tient compte des **régions** (voir Tableau 2), on constate que le nombre d'ETP a augmenté de façon moins importante en région wallonne (+8 %) qu'en Communauté française (+12 %). Cela est dû à la forte augmentation observée dans la région de Bruxelles-Capitale. Le nombre d'actifs y a augmenté de 20 % et le volume total d'ETP de 35 % entre 2011 et 2021. Malgré cette forte augmentation du volume d'ETP, la densité d'ETP est restée relativement faible à Bruxelles (de 7,07 en 2011 à 8,92 en 2021).

Les densités ont augmenté partout, avec une hausse prononcée à Bruxelles, à l'exception de la densité du volume d'ETP en région flamande (11,75 en 2011 et 11,68 en 2021) et de la densité de médecins généralistes actifs en région wallonne (11,33 en 2011 et 11,38 en 2021).

**Tableau 2. Évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé et du nombre total d'ETP par région, 2011-2021**

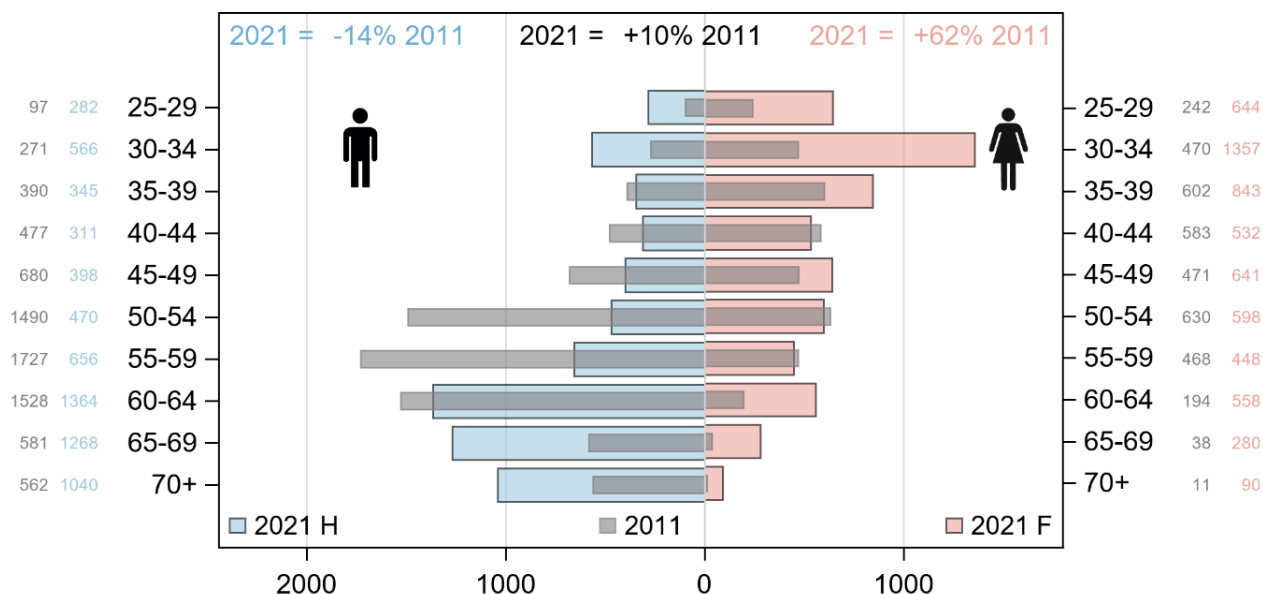
RFI	Individu				ETP			
	Total	Index	Densité	Index	Total	Index	Densité	Index
'11	6.229	100	9,81	100	7.460	100	11,75	100
'...	...	...	...	...	...	...	...	...
'21	7.020	113	10,48	107	7.824	105	11,68	99
RWal	Individu				ETP			
	Total	Index	Densité	Index	Total	Index	Densité	Index
'11	4.019	100	11,33	100	3.568	100	10,06	100
'...	...	...	...	...	...	...	...	...
'21	4.168	104	11,38	100	3.860	108	10,54	105
RBC	Individu				ETP			
	Total	Index	Densité	Index	Total	Index	Densité	Index
'11	1.251	100	10,98	100	805	100	7,07	100
'...	...	...	...	...	...	...	...	...
'21	1.498	120	12,25	112	1.091	135	8,92	126

### Conclusions

- Entre 2011 et 2021, le nombre de médecins généralistes actifs en région flamande a augmenté plus fortement (+13 %) que le volume d'ETP presté (+5 %). En région wallonne et en région de Bruxelles-Capitale, le volume d'ETP presté a augmenté plus fortement (RW : +8 %; RBC : +35 %) que le nombre de médecins généralistes actifs (RW : +4 % ; RBC : +20 %).
- Dans l'ensemble, la densité des médecins généralistes actifs et de leurs ETP a connu une tendance à la hausse, qui a été la plus prononcée dans la région de Bruxelles-Capitale en raison de la forte augmentation du nombre de médecins généralistes actifs et du volume d'ETP. Toutefois, la densité du volume d'ETP en région flamande (11,75 en 2011 et 11,68 en 2021) et de médecins généralistes actifs en région wallonne (11,33 en 2011 et 11,38 en 2021) est restée relativement stable.

## 1.2.2. Caractéristiques démographiques

Figure 2. Comparaison des pyramides des âges des médecins généralistes actifs dans les soins de santé, pour la Belgique, 2011 vs 2021



Pour donner une idée de l'évolution de la force de travail entre 2011 et 2021, le graphique ci-dessus présente les pyramides des âges des médecins généralistes exerçant une activité dans l'assurance maladie.

La pyramide des âges en couleur est celle de l'année 2021, tandis que la pyramide des âges de 2011 est représentée en gris. À gauche et à droite de la pyramide, les nombres absolus pour les hommes et les femmes, respectivement, sont indiqués pour chaque catégorie d'âge. Là encore, les chiffres en couleur sont ceux de 2021, tandis que les chiffres en gris représentent les chiffres de 2011.

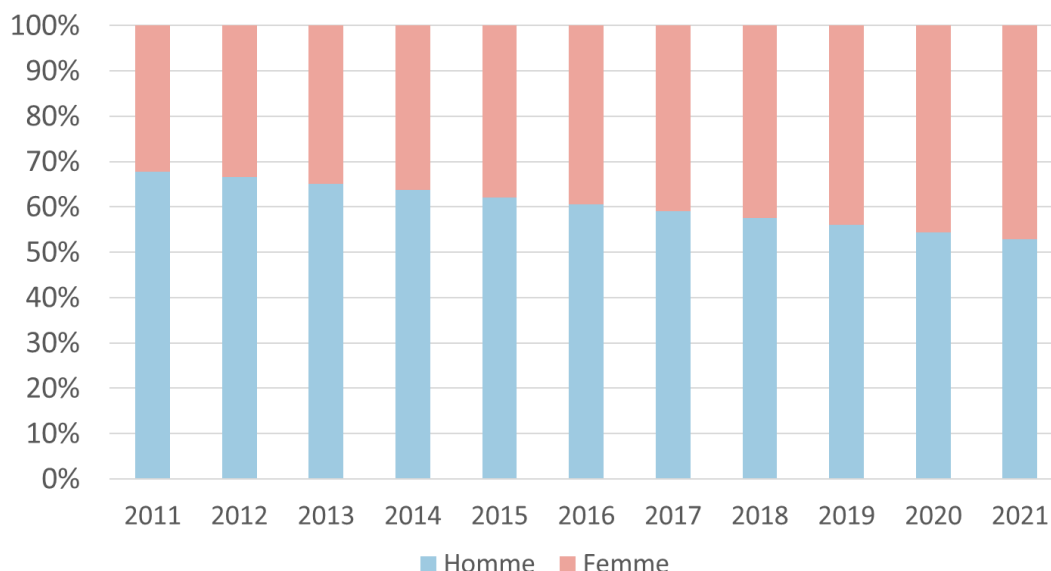
Au-dessus de la pyramide, on retrouve l'évolution globale du nombre de praticiens professionnels entre 2011 et 2021, exprimée en pourcentage, et ce, pour les hommes (en bleu), les femmes (en rouge) et les deux sexes ensemble (en noir, au centre).

Cette pyramide des âges évolutive nous montre trois évolutions :

- 1) Le nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé a augmenté de 10 % entre 2011 et 2021.
- 2) Le nombre d'hommes a diminué de 14 %. On constate que le nombre d'hommes dans les catégories d'âge des 55-59 ans et 60-64 ans a fortement diminué. Pourtant, une part importante de ce groupe est encore active en 2021.
- 3) Le nombre de femmes a augmenté de 62 %. Cette augmentation est particulièrement perceptible dans la catégorie d'âge des 30-34 ans. On constate également que les femmes restent plus longtemps sur le marché du travail. La majorité des femmes qui faisaient partie des catégories d'âge des 50-54 et 55-59 ans en 2011 sont encore actives en 2021.

Les évolutions sont similaires d'une communauté à l'autre.

**Figure 3. Nombre total de médecins généralistes actifs dans les soins de santé selon le sexe, pour la Belgique, 2011-2021**



La répartition hommes-femmes des médecins généralistes actifs dans les soins de santé a évolué de manière significative au cours des 10 dernières années. La figure ci-dessus montre la proportion des médecins généralistes par sexe. Alors que la part d’hommes diminue d’année en année, la part de femmes ne cesse d’augmenter. Là où la part de femmes était encore de 32 % en 2011, elle est passée à 47 % en 2021. Cette évolution est similaire pour les deux communautés.

**Conclusions**

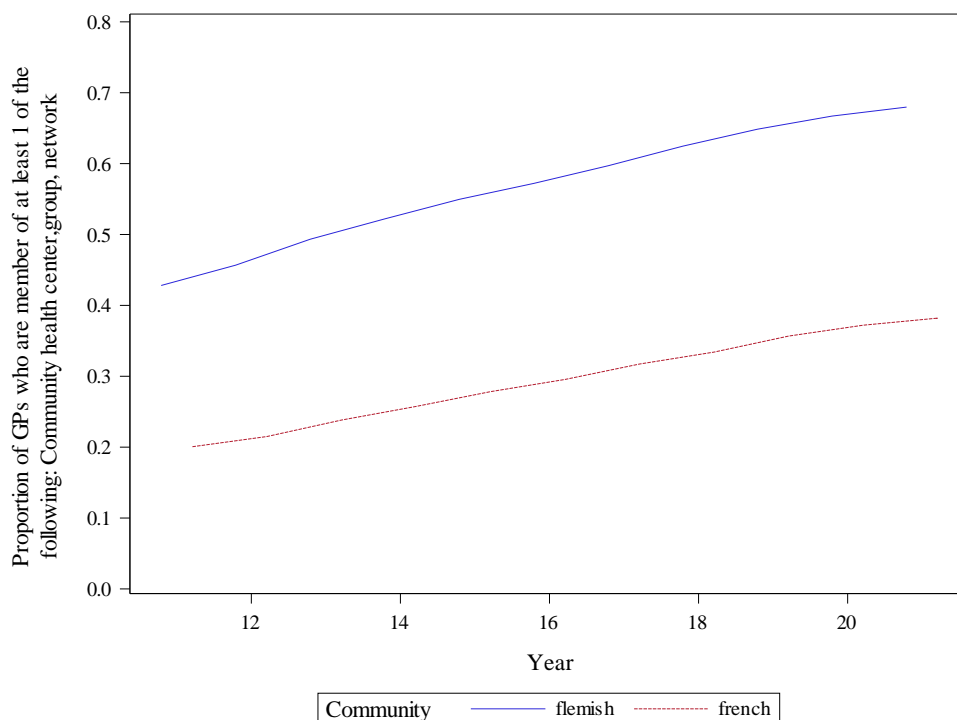
- Les pyramides des âges montrent clairement que le nombre d’hommes en 2021 dans les tranches d’âges des 50-54 ans et 55-59 ans a fortement diminué par rapport au nombre d’hommes en 2011. Néanmoins, l’évolution globale est positive, d’une part parce que les médecins restent plus longtemps au travail et, d’autre part, en raison d’un fort flux entrant de jeunes femmes dans la profession.
- La médecine générale se féminise. En 2011, la proportion de femmes actives dans les soins de santé était de 32 %. Ce pourcentage a augmenté jusqu’à 47 % en 2021.

**1.2.3. Types de pratique**

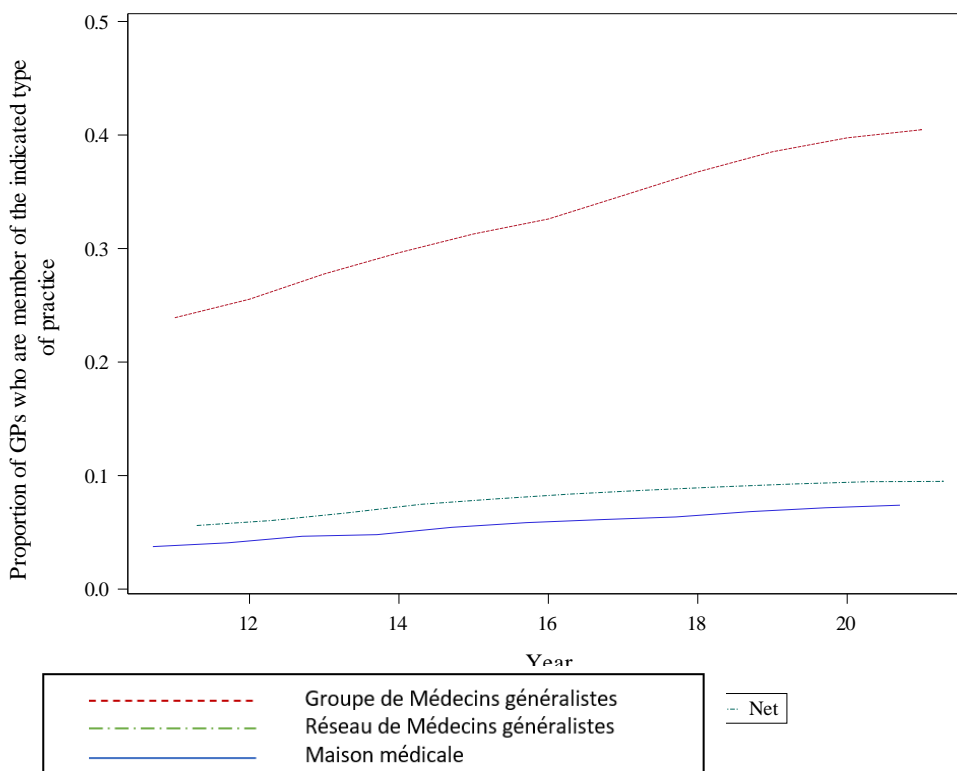
Les médecins généralistes peuvent exercer leurs activités dans le cadre de différents partenariats : réseau de médecins généralistes, groupe de médecins généralistes et maison médicale. Une exploration globale de la part de médecins généralistes membres d’un partenariat suggère une **tendance à la hausse au fil du temps** pour les deux communautés et pour chaque type de regroupement. Toutefois, des **différences sont perceptibles entre les communautés et les pratiques** : le pourcentage de médecins généralistes membres d’un réseau, d’un groupe ou d’une maison médicale est environ deux fois plus élevé en Communauté flamande qu’en Communauté française. À cet égard, les groupes de médecins généralistes sont nettement plus représentés que les maisons médicales et les réseaux de médecins généralistes, avec environ 25 % de membres en 2011 et environ 40 % en 2021.



**Figure 4. Évolution de la proportion de médecins généralistes membres d'au moins un des types de pratique suivants : maison médicale, groupe de médecins généralistes, réseau de médecins généralistes, selon la communauté, pour la période 2011-2021**



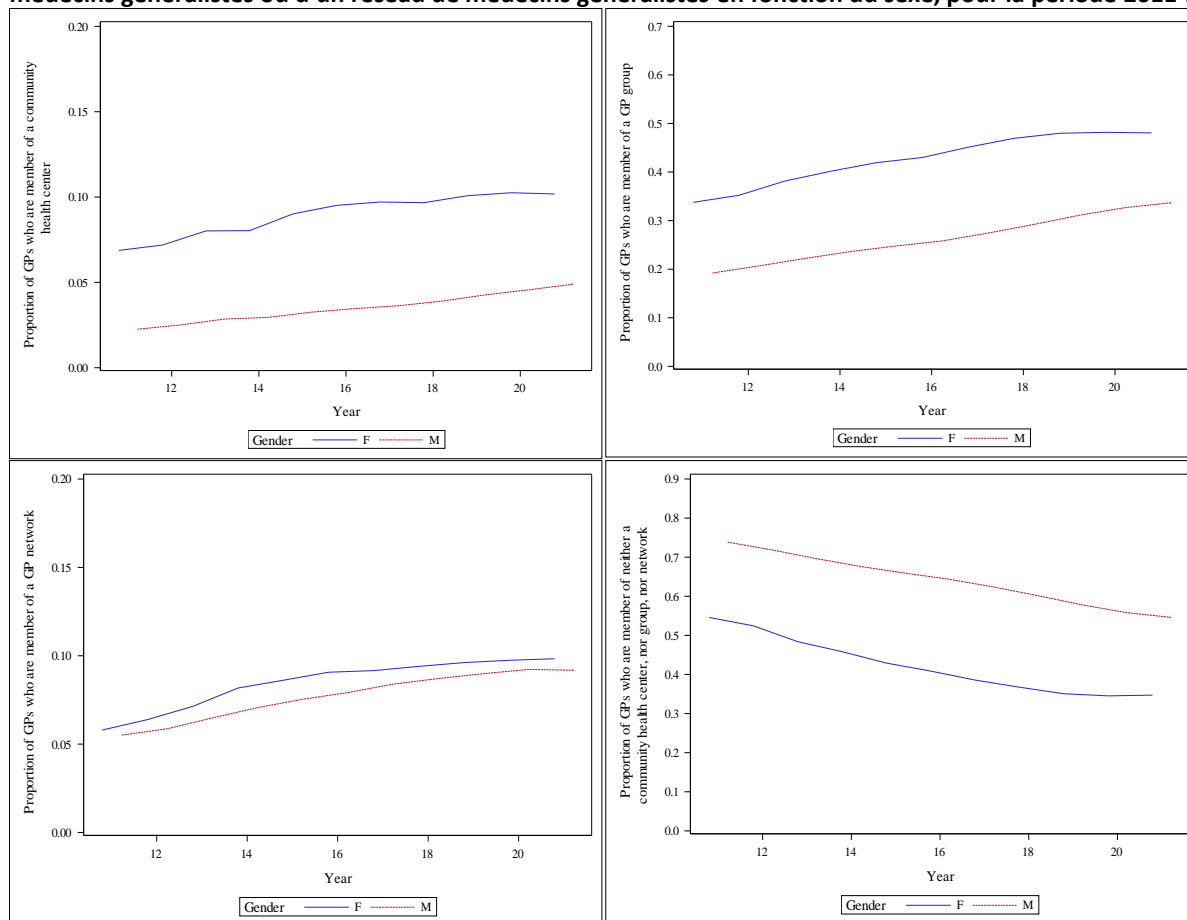
**Figure 5. Évolution de la proportion de médecins généralistes membres d'une maison médicale, d'un groupe de médecins généralistes ou d'un réseau de médecins généralistes, pour la période 2011-2021**



Si l'on examine plus en détail le regroupement par catégorie d'âge, on constate généralement **une augmentation au fil du temps pour les médecins les plus âgés, tandis que des stagnations, voire des diminutions, sont observées pour les générations plus jeunes**. Ces tendances en apparence contradictoires ne sont pas surprenantes, car le **pourcentage de regroupements est systématiquement plus élevé chez les jeunes médecins généralistes** (ce qui laisse donc moins de place aux augmentations chez ces derniers). Bien entendu, la proportion de médecins généralistes qui ne sont membres d'aucun type de pratique (et qui sont donc actifs dans une pratique individuelle) suit une tendance inverse.

La tendance à la hausse au fil du temps est perceptible pour les différents types de pratiques, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, il est important de noter que les **femmes médecins généralistes sont systématiquement plus susceptibles de se regrouper**, bien que la différence soit plutôt faible pour les médecins généralistes en réseau. Il faut également tenir compte de la corrélation entre le sexe et l'âge des médecins généralistes dans cette interprétation : les femmes médecins généralistes appartiennent plus souvent aux jeunes générations, qui sont plus souvent membres d'un réseau, d'un groupe ou d'une maison médicale.

**Figure 6. Évolution de la proportion de médecins généralistes membres d'une maison médicale, d'un groupe de médecins généralistes ou d'un réseau de médecins généralistes en fonction du sexe, pour la période 2011-2021**



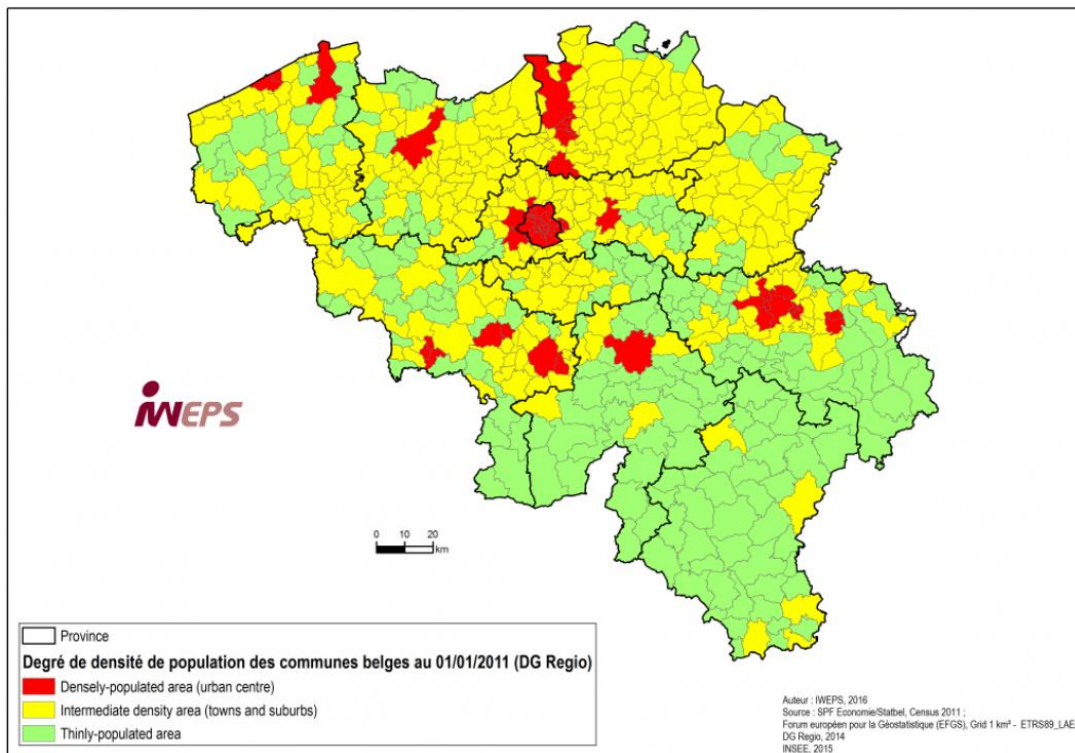
### Conclusions

- Après la pratique solo, la pratique en groupes est le type de pratique le plus fréquent parmi les médecins généralistes.
- Le pourcentage de membres affiche une tendance à la hausse pour chacun des trois types de pratiques.
- Les femmes et les jeunes médecins ont systématiquement des pourcentages de regroupement plus élevés.



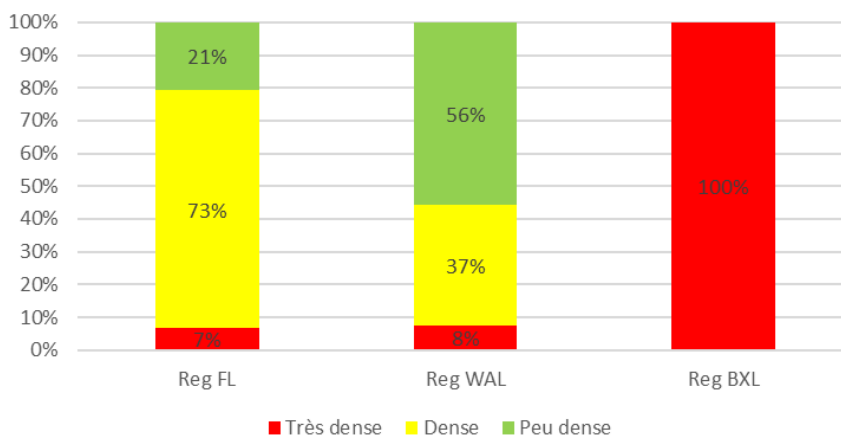
### 1.3. Répartition des médecins généralistes selon le degré d'urbanisation

Figure 7. Typologie des communes belges selon le degré de densité de population au 01/01/2011



Source : SPF Economie Statbel - Censua 2011 ; <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/degre-de-densite-de-population-communes-belges-methode-dg-regio/>

Figure 8. Répartition des communes belges selon le degré de densité de population au 01/01/2011 par région

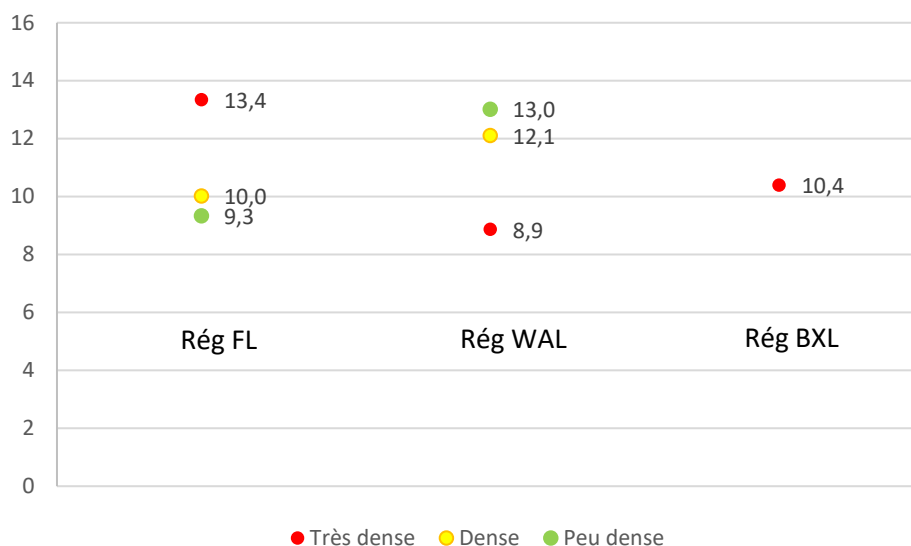


#### Conclusions

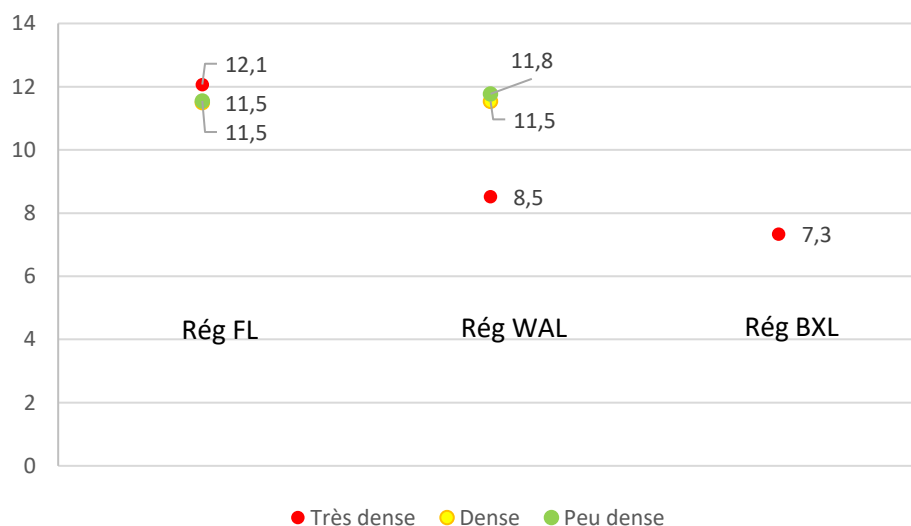
- Région flamande : la majorité des communes (73%) sont denses en population. Les communes peu denses (21%) se retrouvent à proximité de communes denses ou très denses.
- Région wallonne : un peu plus de la moitié des communes (56%) sont peu denses en population et sont pour la plupart isolées des communes denses ou très denses.



**Figure 9. Moyenne des densités de médecins généralistes PR en 2021 pondérées selon les besoins en soins de la population<sup>2</sup>, par région et degré de densité de population des communes**



**Figure 10. Moyenne des densités d'ETP médecins généralistes PR en 2021 pondérées selon les besoins en soins de la population, par région et degré de densité de population des communes**

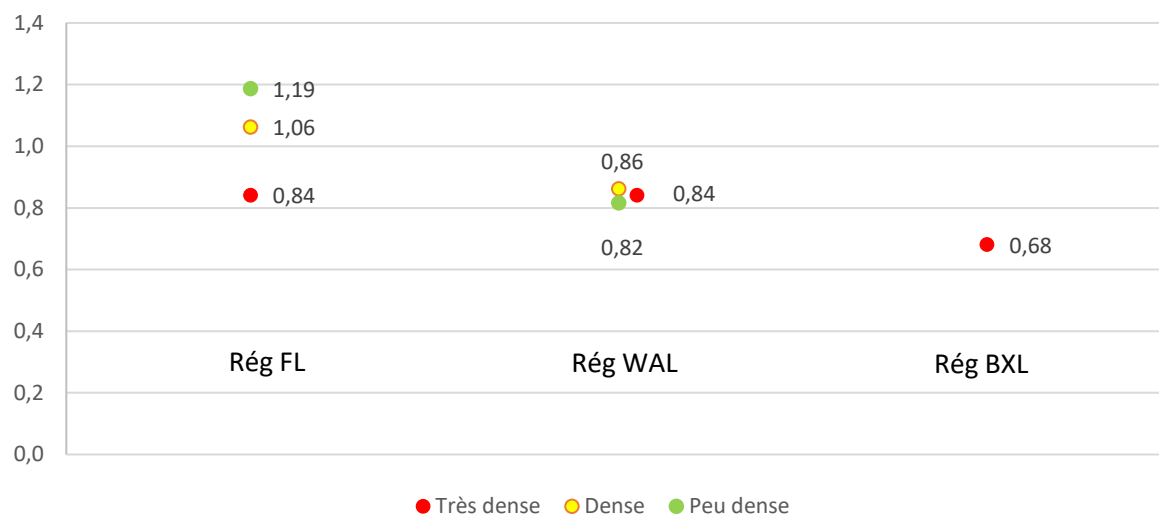


<sup>2</sup> Densité pondérée = nombre de médecins généralistes pour 10.000 habitants après ajustement de la population selon les besoins en soins à composition démographique de la population.

Ajustement selon le taux de consommation des soins de la population pour chaque commune : taux de consommation des soins pour la médecine générale multiplié par le nombre d'habitant, pour chaque catégorie d'âge.



**Figure 11. Moyenne des ETP médians des médecins généralistes PR en 2021 par région et degré de densité de population des communes**



### Conclusions

#### Tendances différentes selon la région

- *Région flamande* : densité pondérée de médecins généralistes plus élevée dans les communes très denses (13) comparée aux communes denses et peu denses ( $\approx 10$ ) mais moyennes ETP inversées  $\rightarrow$  densités pondérées en ETP similaires ( $\approx 12$ )
- *Région wallonne* : densité pondérée de médecins généralistes plus élevée dans les communes denses et peu denses (12-13) comparée aux communes très denses (9). ETP moyens similaires.
- *Communes très denses* : densité pondérée la plus basse en région wallonne (9), autour de 10 en région Bruxelles-Capitale et la plus élevée en région flamande (13).
- *Région Bruxelles-Capitale* : ETP moyen le plus bas. Densité pondérée en ETP le plus bas (7).

## 1.4. Enquête sur l'équivalent temps plein dans la pratique en médecine générale – description de la force de travail

En début d'année 2022, la société de consultance IM-Associates a été chargée de mener une étude pour mieux définir un équivalent temps plein pour un médecin en exercice libéral en Belgique, mieux appréhender le contenu de l'activité et la pratique et en comprendre les variations. Quatre spécialités ont été retenues : la médecine générale, la chirurgie orthopédique, la gastro-entérologie et l'anesthésie-réanimation.

L'étude et les questionnaires ont été élaborés avec le soutien d'un comité d'accompagnement composé de membres néerlandophones et francophones de la Commission de Planification, du SPF Santé publique et de l'INAMI. Les questions ont été validées par ce comité et par d'autres experts, y compris au KCE.

L'étude initiale est toujours en cours au moment de la rédaction du présent rapport. À la demande de Franck Vandebroucke, ministre de la Santé publique, la priorité a été donnée au questionnaire à destination des médecins généralistes et il a été adapté pour connaître également l'impact de certains événements sur la charge de travail des médecins généralistes en Belgique, tels que les conséquences de la crise du COVID-19, mais aussi les aspirations des médecins pour la suite de leur carrière.

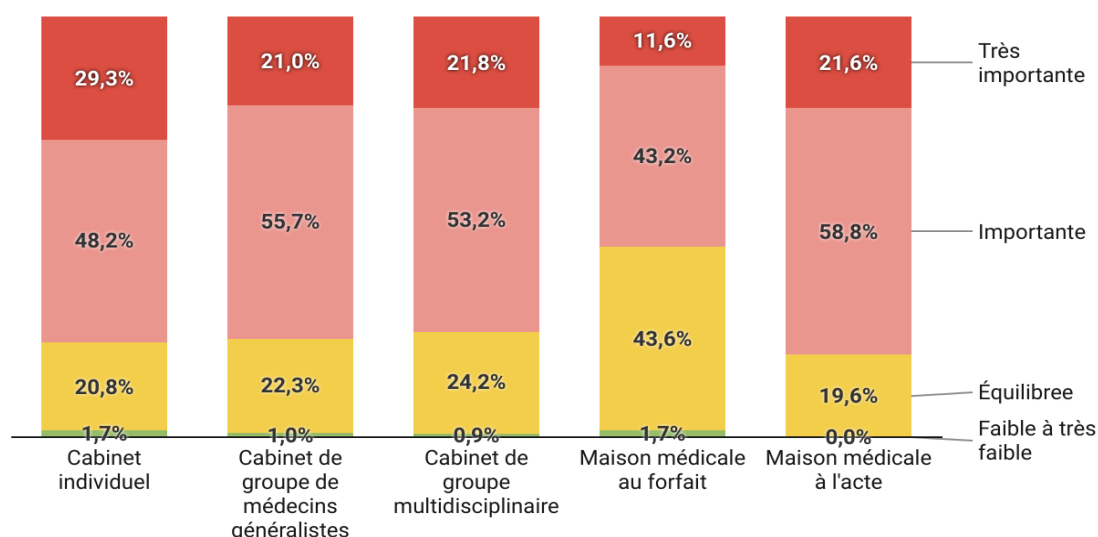
Le rapport de l'enquête auprès des médecins généralistes est disponible dans les publications de la Commission de planification : [Rapport sur la répartition du temps de travail des médecins généralistes | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)

Les principales conclusions du rapport sont résumées ci-dessous.

Parmi les 2.698 répondants médecins généralistes, 75 % déclarent que la charge de travail leur semble élevée ou très élevée, bien que ce pourcentage soit plus faible en région de Bruxelles-Capitale (62 %). Dans les maisons médicales dotées d'un système de paiement forfaitaire, cette perception semble également légèrement plus favorable (65 %), tandis que la charge de travail dans les pratiques individuelles est ressentie comme la plus élevée (78 %, 29 % « très élevée »). Les médecins généralistes s'attendent également à ce que cette charge de travail augmente à l'avenir, en raison d'un départ à la pension proche pour un grand nombre d'entre eux. La plupart des médecins généralistes ont signalé eux-mêmes un lien entre la charge de travail ressentie et le nombre de médecins généralistes disponibles dans les environs, bien que cette réponse ne diffère pas selon les régions où un nombre différent de médecins généralistes est actif.



Figure 12. Charge de travail ressentie selon le lieu de travail (% médecins généralistes)

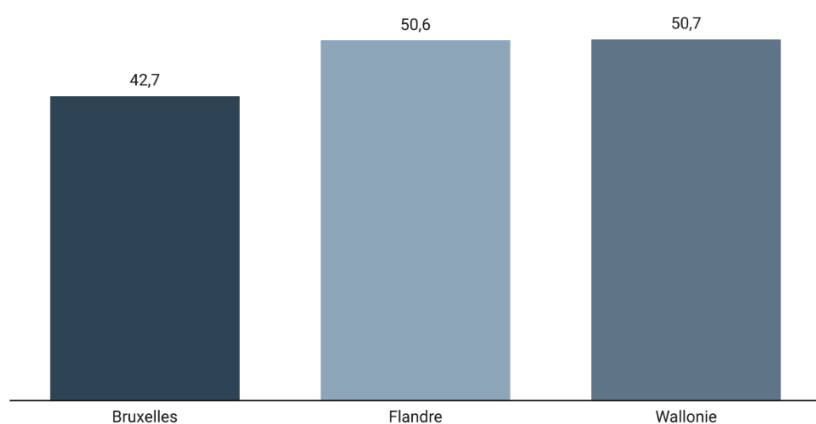


Cette charge de travail ressentie comme élevée s'accompagne d'un changement de mentalité par rapport au temps de travail par semaine : la moitié des médecins généralistes interrogés indiquent qu'une semaine de travail devrait durer selon eux entre 38 et 40 heures dans l'idéal. Seule une minorité souhaiterait encore travailler entre 50 et 60 heures par semaine. La préférence pour une semaine de travail de durée plus courte est systématiquement plus élevée chez les médecins généralistes de sexe féminin et chez les médecins généralistes plus jeunes. Notons que l'âge et le sexe sont étroitement liés car la génération plus âgée de médecins généralistes est remplacée par des cohortes de jeunes médecins majoritairement de sexe féminin.

La durée de travail actuelle par semaine est systématiquement plus élevée que celle souhaitée. Un nombre relativement important de médecins généralistes indiquent travailler entre 50 et 60 heures actuellement. Les médecins généralistes plus jeunes et les femmes donnent en moyenne des réponses entre le temps de travail souhaité et effectif moins éloignées. La figure ci-dessous montre également que les heures de travail effectives ne diffèrent pas sensiblement entre la Flandre et la Wallonie, mais qu'elles sont en moyenne légèrement inférieures à Bruxelles.

Les femmes médecins généralistes (mais aussi les plus jeunes) sont également plus susceptibles de dire que leur temps de travail est influencé par des facteurs tels que les enfants, la prise en charge de membres de la famille malades ou leurs propres problèmes de santé.

**Figure 13. Nombre moyen d'heures de travail actuelles selon la région d'activité**



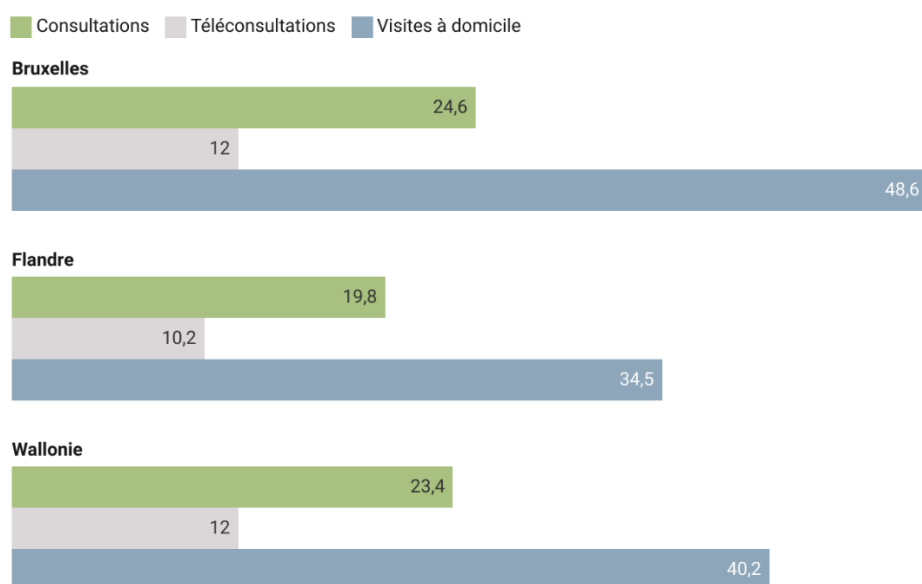
La préférence pour une semaine de travail équilibrée s'accompagne d'une tendance croissante des médecins généralistes à s'organiser en pratiques de groupe (multidisciplinaires), une évolution visible dans les données disponibles - en particulier par les jeunes médecins généralistes - de l'enquête.

Les médecins généralistes consacrent trois quarts de leur temps aux patients ou à des tâches qui leur sont directement liées, ce qui signifie aussi qu'environ un quart de leur temps est consacré à d'autres activités. Il s'agit de tâches médicales et non médicales telles que le remplissage des dossiers patients, l'administration financière et la lecture de littérature médicale. Étant donné la grande diversité de ces tâches, des solutions simples ne sont pas évidentes, même si le personnel de soutien, médical ou non, a invariablement un impact positif sur la charge de travail des médecins généralistes.

Si près d'un cinquième des médecins généralistes a cessé d'accueillir de nouveaux patients, ils sont encore 58 % à accepter de nouveaux patients s'ils réunissent des conditions spécifiques. Le nouveau patient doit par exemple habiter dans une zone spécifiquement délimitée ou faire partie de la famille d'un patient actuel. 25 % des médecins généralistes acceptent encore des nouveaux patients sans conditions.

L'endroit – région et province – où travaille le médecin généraliste joue un rôle évident dans cette décision. Il est frappant de constater que les médecins généralistes exerçant seuls sont plus susceptibles d'admettre des patients sans restriction mais qu'ils sont aussi plus susceptibles de refuser de manière générale de recevoir de nouveaux patients. Étant donné que les médecins exerçant dans des pratiques individuelles sont relativement plus souvent des hommes et plus âgés, et que le refus de patients ne semble pas être lié au sexe ou à l'âge, ce phénomène semble être davantage une conséquence de la charge de travail et beaucoup moins de l'évolution de la perception des heures de travail.

**Figure 14. Durée médiane en minutes des différents contacts avec les patients, par région**



Enfin, les médecins généralistes wallons et bruxellois rapportent dans cette enquête des consultations physiques et des visites à domicile plus longues que les médecins généralistes flamands. Les médecins généralistes âgés et de sexe masculin font état de consultations un peu plus courtes. Outre la durée de consultation, la distance entre le médecin généraliste et le patient peut également jouer un rôle dans le contact avec le médecin généraliste : les médecins wallons rapportent par exemple une durée de trajet hebdomadaire moyenne qui est supérieure de quasiment une demi-heure par rapport à leurs collègues flamands.

## 2. IMPACT DU COVID-19 EN MÉDECINE GÉNÉRALE

### 2.1. Revue rapide de la littérature pour étudier l'impact COVID-19 sur la médecine générale (Pascale Jonckheer - KCE)

Pour répondre dans les délais étroits à la demande du ministre, la Commission de planification a reçu le soutien du KCE pour mener une analyse rapide de la littérature sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'offre médicale, en particulier en médecine générale. Ce document est consultable sur le lien suivant : <https://kce.fgov.be/en/publications/covid-19-contribution>

Le KCE a défini plusieurs propositions pour des stratégies futures, qui sont reprises ci-dessous.

Des crises comme la pandémie de COVID-19 sont parfois décrites comme autant d'occasions de proposer des changements majeurs, voire de véritables réformes. Parmi les recommandations qui émergent de cette revue rapide de la littérature, certaines ont une portée très générale, comme par exemple la nécessité de maintenir des soins de santé primaires performants, essentiels pour gérer les pressions démographiques, épidémiologiques et technologiques qui s'exercent sur les systèmes de santé. À noter que nous n'avons pas examiné l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'ensemble du système de santé, ni les propositions formulées par certaines organisations internationales concernant la préparation à une potentielle future pandémie (p. ex. en termes de formation des professionnels de santé et d'amélioration des infrastructures). La vision du futur de la médecine générale belge fait par ailleurs actuellement l'objet de nombreux débats qui ne sont pas repris ici.

Sur le versant de **la demande de soins**, peu de recommandations ont été identifiées ; elles se focalisent essentiellement sur la nécessité de réduire les soins inutiles et d'évoluer vers une plus grande durabilité (en renforçant l'autonomie des patients, en améliorant la littératie en santé de la population et en investissant dans le soutien aux aidants non professionnels).

Sur le versant de **l'offre de soins**, les propositions sont beaucoup plus nombreuses et portent en majorité sur le maintien d'un maximum de professionnels dans le système de soins de santé et sur les manières de les retenir. Ces propositions sont présentées ci-après en 6 catégories (sans hiérarchie) :

#### **Augmenter les effectifs de médecins généralistes et optimiser leur répartition géographique**

Des stratégies de recrutement adaptées sont nécessaires car les jeunes médecins sont souvent attirés vers les spécialisations pour des raisons financières et de prestige. La Banque mondiale préconise différentes approches : un moindre coût de la certification en médecine générale, une subvention de la formation médicale ou un ajustement des taux de remboursement afin de réduire les écarts de rémunération.

Le vieillissement des médecins généralistes est un point d'attention particulier en Belgique, puisque selon certaines estimations, il faudrait actuellement un jeune généraliste et demi pour remplacer un généraliste qui part à la retraite (New deal pour la médecine générale).

Il est également essentiel de veiller à une bonne répartition géographique des médecins généralistes. Aux Pays-Bas, des pénuries de soins primaires subsistent en zone rurale alors que les modèles de planification estimaient clairement les besoins en effectifs à former. Ce constat illustre que la planification seule est inefficace si elle n'est pas intégrée au sein d'une stratégie plus large d'initiatives visant à améliorer le recrutement et le maintien des effectifs.



### **Protéger le bien-être des médecins généralistes**

De nombreux auteurs considèrent que le bien-être des prestataires de soins primaires devrait être une priorité. L'une des conditions essentielles est de leur permettre un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ce qui peut impliquer de revoir leurs conditions de travail.

Un facteur qui a été clairement identifié est le besoin de reconnaissance, de la part des autorités, du rôle central de la médecine générale, et de l'octroi d'un soutien systémique à la hauteur de ce rôle. Encourager le travail d'équipe et les relations de collaboration est une autre mesure proposée pour protéger la santé mentale des médecins généralistes. Enfin, certains auteurs proposent de développer des stratégies pour soutenir le personnel médical vieillissant, en mettant en valeur leurs connaissances et leur expérience et en leur proposant des opportunités de réorienter leur carrière.

### **Proposer des changements dans l'organisation du travail**

Une enquête menée auprès des médecins généralistes belges a montré qu'ils demandent à être davantage impliqués dans les processus de prise de décision concernant l'organisation et le financement de leur travail. Cette étude a également fait émerger plusieurs propositions de changements qui coïncident avec celles retrouvées dans la littérature. Parmi les propositions le plus souvent évoquées, citons :

- Promouvoir le travail multidisciplinaire, en particulier pour la gestion des maladies chroniques et de la multimorbidité ;
- Faciliter le skill mix (délégation de tâches avec introduction de nouveaux profils professionnels) ;
- Promouvoir l'utilisation de solutions technologiques innovantes (dossiers informatisés, télémédecine...) en prenant des mesures pour protéger les données et pour éviter de creuser la fracture digitale ;
- Réduire la charge administrative (à l'instar de la récente suppression des certificats médicaux pour absence d'une journée) ;
- Réduire les départs anticipés à la retraite en favorisant un meilleur équilibre dans les partages de gardes et une limitation des tâches professionnelles en dehors des heures de travail.

### **Faire évoluer la formation des soignants**

Les changements organisationnels proposés ci-dessus vont de pair avec une évolution des mentalités qui doit passer par des changements dans la formation des médecins et des autres professionnels de santé. La formation des médecins généralistes devrait être davantage axée sur la multidisciplinarité (voire l'intersectorialité), sur l'utilisation des technologies (dans l'apprentissage comme dans la pratique), sur la promotion de l'autogestion par les patients. Les (futurs) médecins généralistes devraient également être mieux armés pour lutter contre le stress (p. ex. en apprenant des stratégies de self-care).

### **Réformer les modèles de financement**

De nombreux auteurs soulignent la nécessité de repenser en profondeur le financement des soins de santé primaires. La pandémie a exercé de sérieuses pressions financières sur ces professionnels (baisse des consultations, augmentation des coûts des équipements de protection individuelle, télémédecine, détournement d'effectifs vers les programmes de testing et de vaccination...) qui ont mis en évidence les limites des modèles de financement à l'acte.

D'ailleurs de nombreux pays, dont la Belgique, ont réagi en mettant en place très rapidement divers soutiens financiers aux médecins généralistes (p. ex. nouveau code de remboursement pour les téléconsultations, financement de l'achat de matériel informatique, bonus financier pour le surcroît de travail).





## Organiser des évaluations

Enfin, prévoir l'avenir nécessite que l'on évalue les expériences du passé. Dans le cas spécifique de la pandémie de COVID-19, l'évaluation devrait notamment porter sur l'expansion rapide des consultations à distance (en termes d'efficacité, de sécurité des patients, de risque d'exclusion numérique, de charge de travail...). L'impact de la pandémie sur le bien-être et la santé mentale des prestataires de soins primaires doit également être mesuré et surveillé à l'avenir.

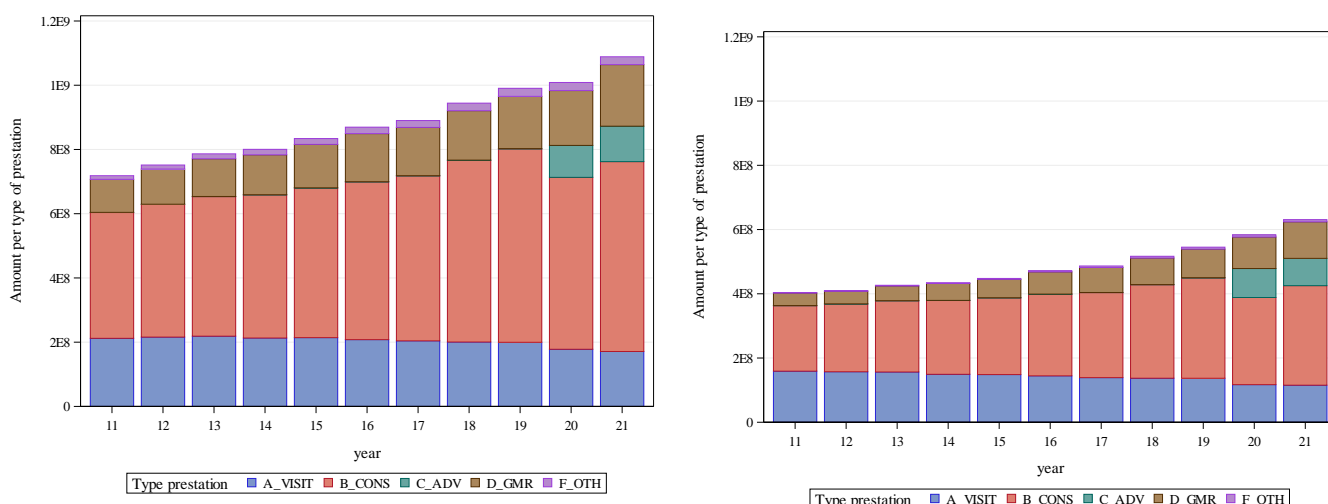
Il est également nécessaire de mettre au point des indicateurs visant à évaluer l'adéquation de l'offre et des compétences du personnel de santé au regard de la demande de soins et notamment du nécessaire travail en équipe. L'enquête PARIS sur les indicateurs rapportés par les patients chroniques (PROM) fournira vraisemblablement des informations intéressantes à ce sujet en 2023.

## 2.2. Évolution de la force de travail des médecins généralistes actifs dans le cadre de l'INAMI (2011-2021)

### 2.2.1. Évolution du type des prestations et les montants remboursés dans le cadre de l'INAMI pour la médecine générale

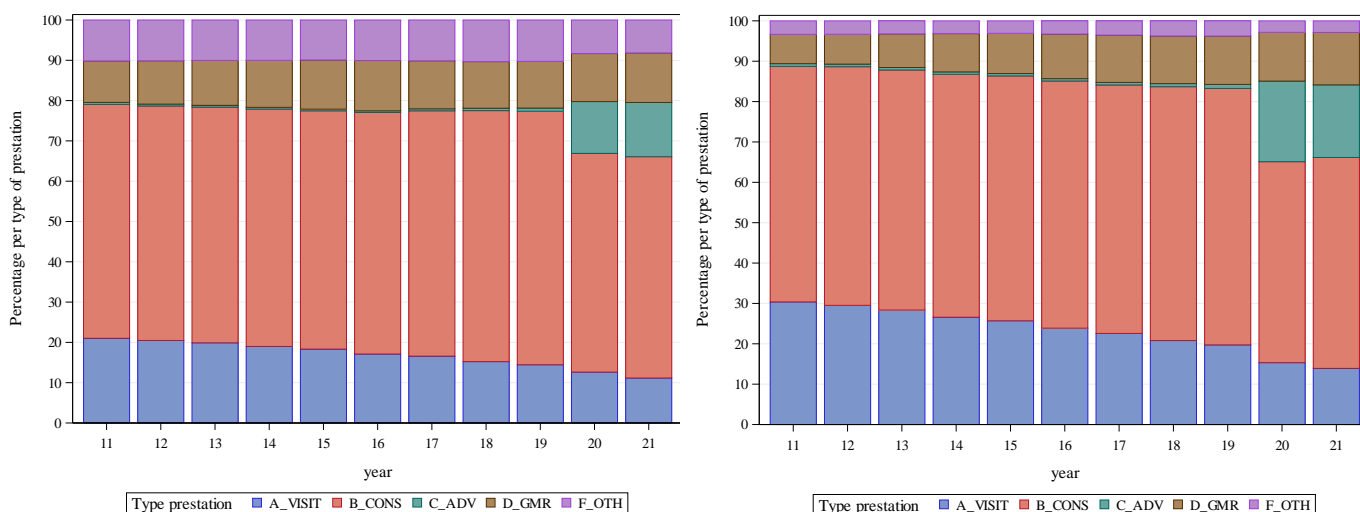
La figure 14 indique par communauté l'évolution du montant total remboursé dans le cadre de l'INAMI pour la médecine générale, par type de prestation. La tendance générale dès 2011 est une augmentation des prestations INAMI effectuées et des montants y afférents remboursés au sein des deux communautés. Les années 2020 et 2021 ne font pas exception. En excluant le type de prestation, nous pouvons conclure que la population belge n'a pas moins consulté de médecins généralistes pendant la crise COVID-19.

Figure 15. Montant remboursé par type de prestation, pour la Communauté flamande (gauche) et la Communauté française (droite), pour la période 2011 à 2021



La figure 15 reflète l'évolution de la proportion de prestations INAMI par type de prestation et par communauté. Nous constatons entre 2011 et 2021 une diminution de la proportion de visites à domicile, aussi bien avant que pendant la crise COVID-19 (A\_VISIT). À l'instar de ce qui est illustré dans la figure 14, nous observons néanmoins qu'à partir de 2020, une part non négligeable de consultations physiques est remplacée par des consultations téléphoniques (C\_ADV). Ce genre de consultations était presque inexistant avant la crise COVID-19. La proportion n'a toutefois pas augmenté entre 2020 et 2021, mais est restée stable. Les prochaines années doivent montrer si cette tendance va se poursuivre ou non. Néanmoins, après 2020, les consultations physiques (B\_CONS) représentent toujours la part la plus importante des prestations INAMI effectuées par les médecins généralistes.

**Figure 16. Proportion des prestations INAMI par type de prestation, pour la Communauté flamande (gauche) et la Communauté française (droite) pour la période 2011 à 2021**



A\_VISIT : Visites à domicile, B\_CONS : Consultations physiques, C\_ADV : Téléconsultations et avis, D\_GMR : dossier médical global, F\_OTH : autres types de consultations

### Conclusions

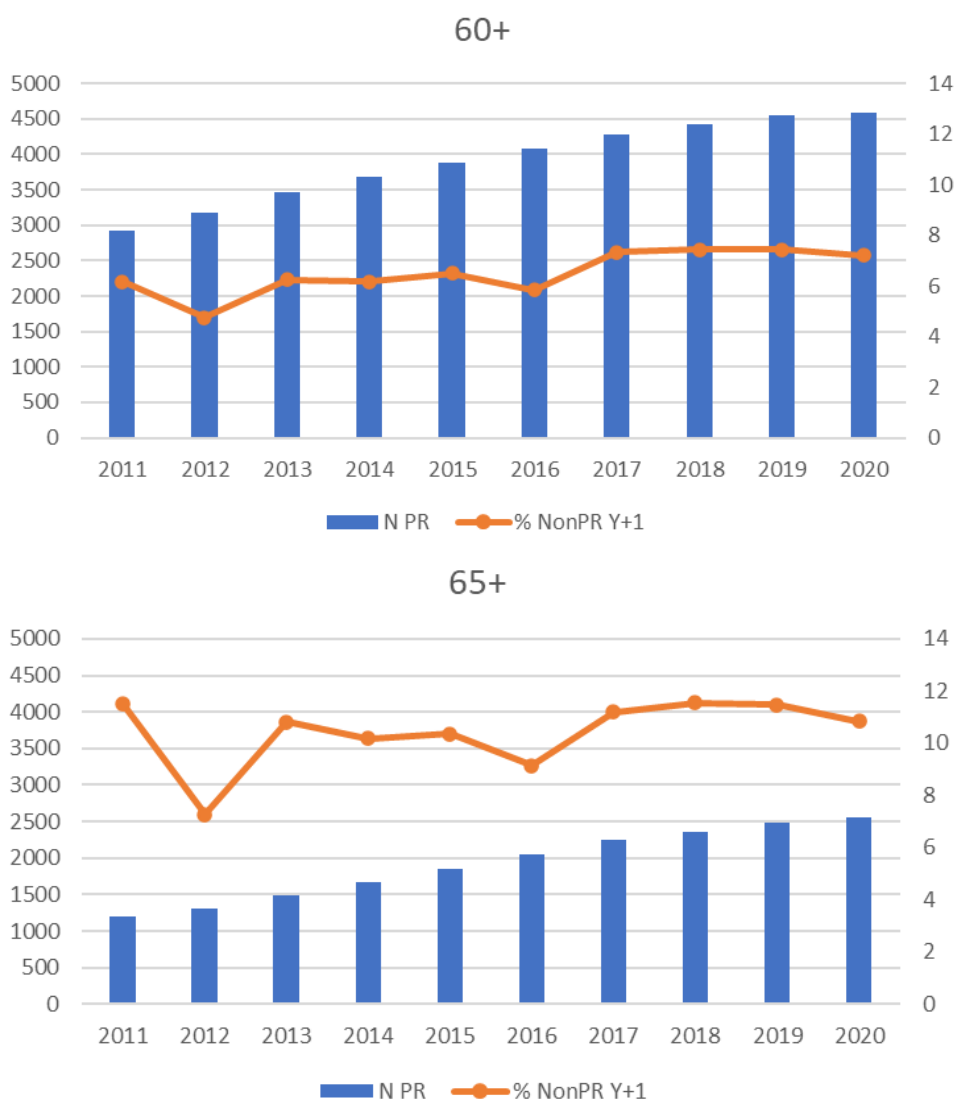
- La population belge n'a pas moins fait appel aux médecins généralistes pendant la crise COVID-19. Un glissement est néanmoins observé au niveau du type de prestation du médecin généraliste.
- Même si la téléconsultation a clairement fait son apparition dès 2020, la principale proportion des prestations INAMI réalisées par le médecin généraliste reste la consultation physique. Nous pouvons dès lors conclure que la téléconsultation n'a remplacé que partiellement la consultation physique.



## 2.2.2. Évolution de l'activité des médecins généralistes dans le cadre de l'INAMI

Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé à l'INAMI de 2011 à 2020 (histogrammes en bleu) et le pourcentage de ces personnes qui arrêtent leur activité INAMI l'année qui suit (ligne orange). Le premier graphique se focalise sur les médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus et le second sur ceux âgés de 65 ans ou plus.

Figures 17. Nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé de 2011 à 2020 (âgés de 60 ans et plus et de 65 ans et plus) et pourcentage de ces médecins qui arrêtent leur activité INAMI l'année qui suit

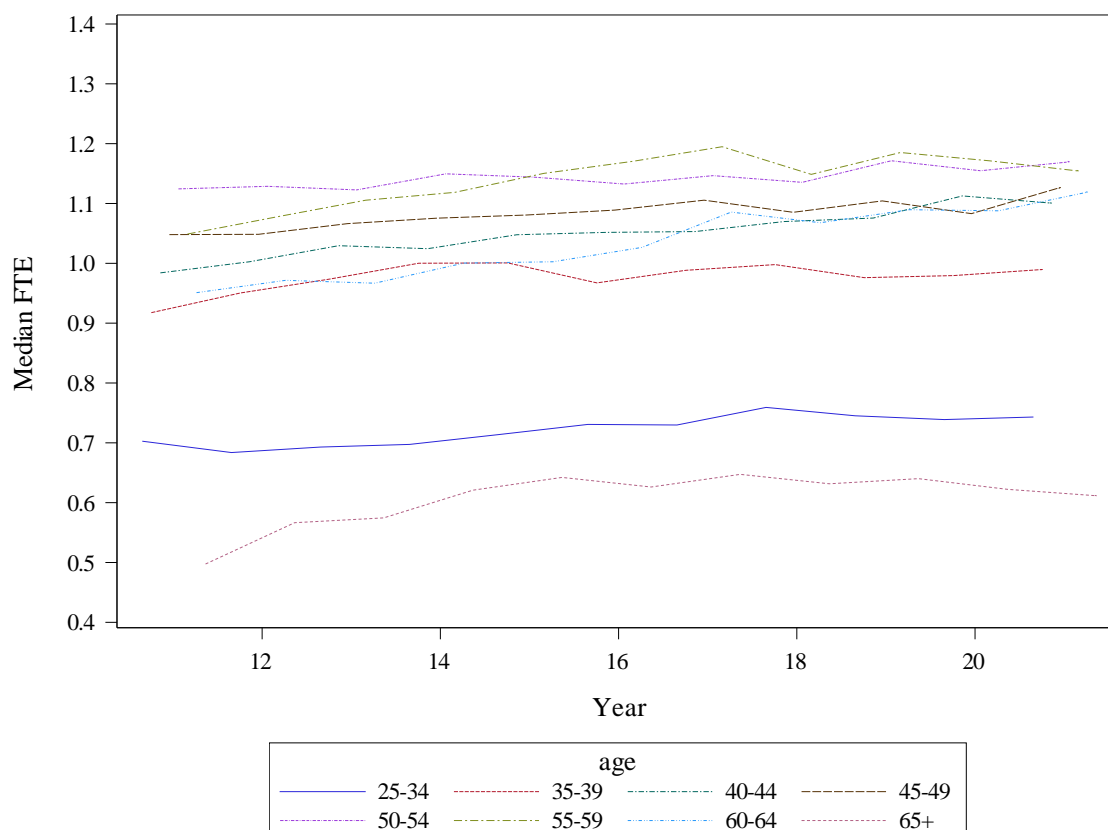


En définissant le drop-out comme « une année d'inactivité après une année d'activité », nous constatons que **le nombre d'abandons reste relativement stable** pour la majeure partie des catégories d'âge au cours des années marquant la période COVID-19. Aucune augmentation significative du nombre d'abandons n'est observée en 2020 ou 2021 dans aucune catégorie d'âge. Dans la majeure partie des catégories d'âge, le pourcentage d'abandons reste stable, entre 1 et 2 %, mais il est évidemment plus élevé chez les groupes plus âgés.



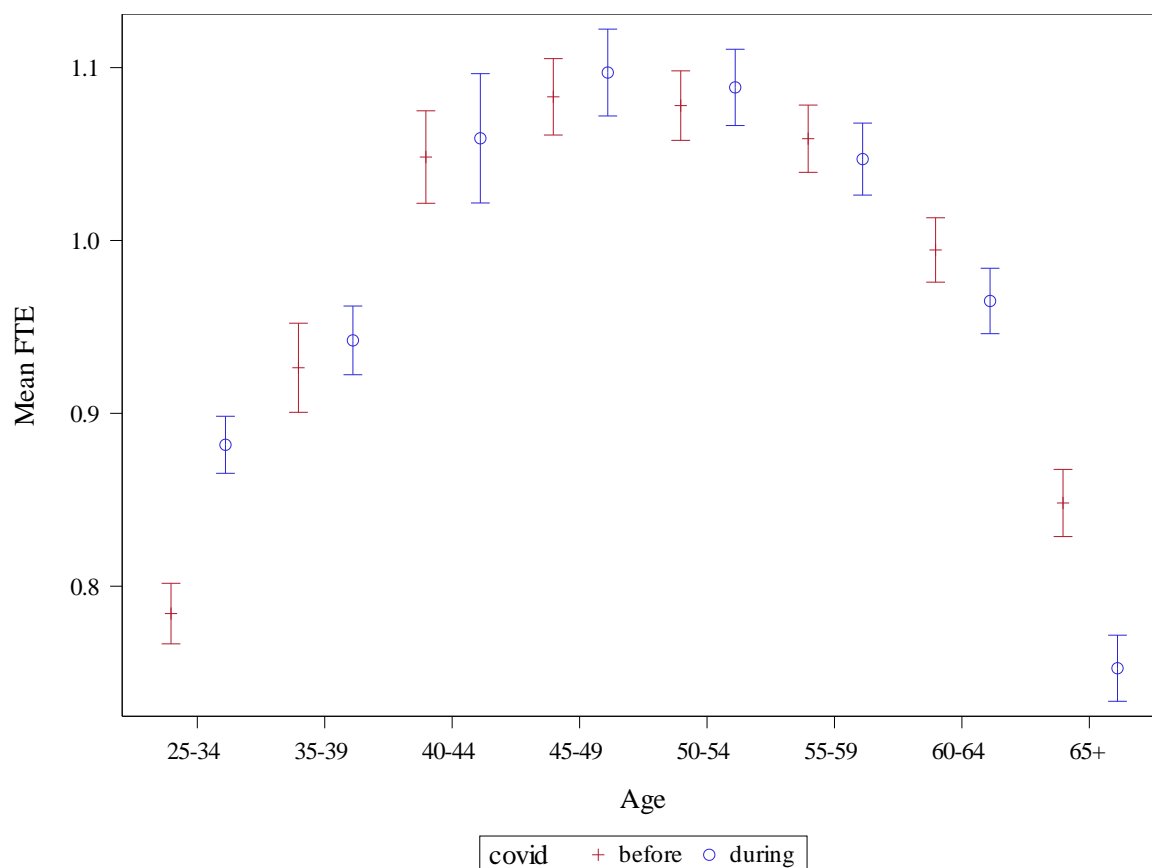
Si nous considérons les équivalents temps plein (ETP) médians par an, nous n’observons **pas d’évolution notable au fil du temps pour aucune catégorie d’âge** et donc pas non plus pour les années qui ont suivi la crise COVID-19 (2020 et 2021). Ces ETP médians relativement stables sont observés tant en Communauté flamande qu’en Communauté française.

**Figure 18. Évolution des ETP médians des médecins généralistes en fonction de la catégorie d’âge, 2011-2021**



Cette tendance a été examinée de manière plus approfondie par le biais d’un modèle de régression utilisant des équations d’estimation généralisées (Generalized Estimating Equations - GEE) sur la base d’une comparaison des récentes périodes avant (2018-2019) et pendant la COVID-19 (2020-2021), en tenant compte de la catégorie d’âge, du sexe et de l’interaction entre la COVID-19 et la catégorie d’âge. Même si l’ETP moyen ne semble pas avoir changé après la période COVID-19 pour la plupart des groupes d’âge, **une tendance légèrement à la hausse est observée chez les plus jeunes générations de médecins généralistes, contre une tendance à la baisse un peu plus marquée chez les 65 ans et plus**. Il nous faut aussi tenir compte des glissements sociodémographiques où (globalement) les plus jeunes générations de médecins généralistes penchent pour un ETP inférieur et remplacent de plus en plus les générations plus âgées sur le terrain.

Figure 19. Comparaison des ETP des médecins généralistes avant (2018-2019) et après (2020-2021) la COVID-19 sur la base des GEE, compte tenu du sexe, de l'âge et de l'interaction entre la COVID-19 et l'âge



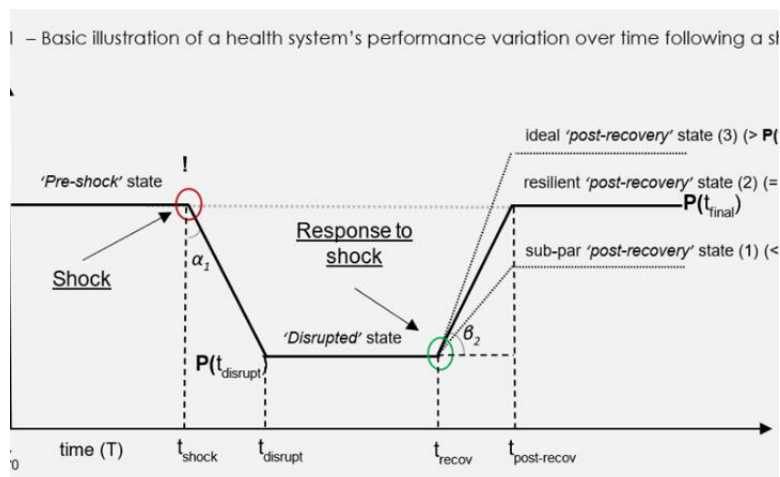
### Conclusions

- Le taux d'arrêt d'activité PR pour les médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus ou de 65 ans et plus n'est pas impacté en 2020 et 2021.
- **Aucune preuve solide** n'a été trouvée pour l'hypothèse que la crise COVID-19 aurait influencé le taux d'activité des médecins généralistes. Cependant, une légère tendance est constatée selon laquelle les jeunes générations de médecins généralistes ont commencé à travailler un peu plus depuis la crise, et les générations plus âgées un peu moins.

## 2.3. Analyse longitudinale des données INAMI pour toutes les spécialités médicales - Impact COVID-19 (Pascal Meeus - INAMI)

Afin d'évaluer l'impact de la crise COVID-19 sur la planification des médecins, l'INAMI a partagé avec le groupe de travail Médecins l'analyse des données longitudinales pour toutes les spécialités médicales.

Cette analyse est basée sur la modélisation de la résilience qui étudie la variation au cours du temps de la performance du système de santé après un choc (méthodologie utilisée dans une publication de la Commission européenne ([« Assessing the resilience of health systems in Europe »](#))). Trois différents états sont décrits après le choc : une récupération partielle (modèle 1), une récupération totale (modèle 2) et une récupération supplémentaire (modèle 3).

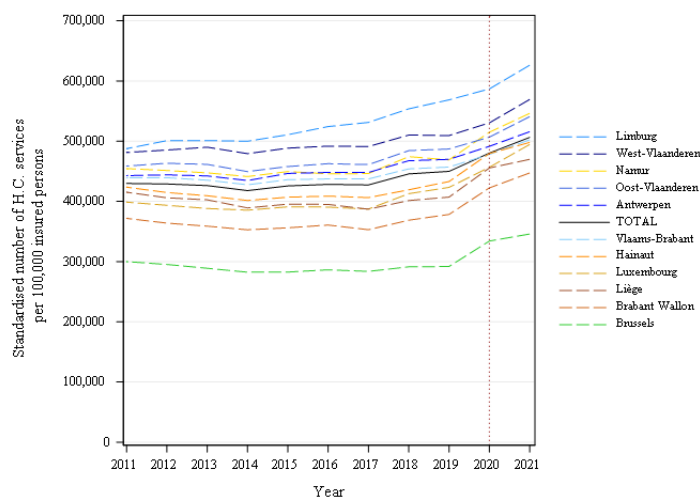


### Médecine générale

L'analyse des contacts liés aux consultations et aux visites montre un taux de recours relativement constant entre 2011 et 2019, un effet choc en 2020 avec une récupération en 2021 mais pas totale → Modèle 1 - récupération partielle.

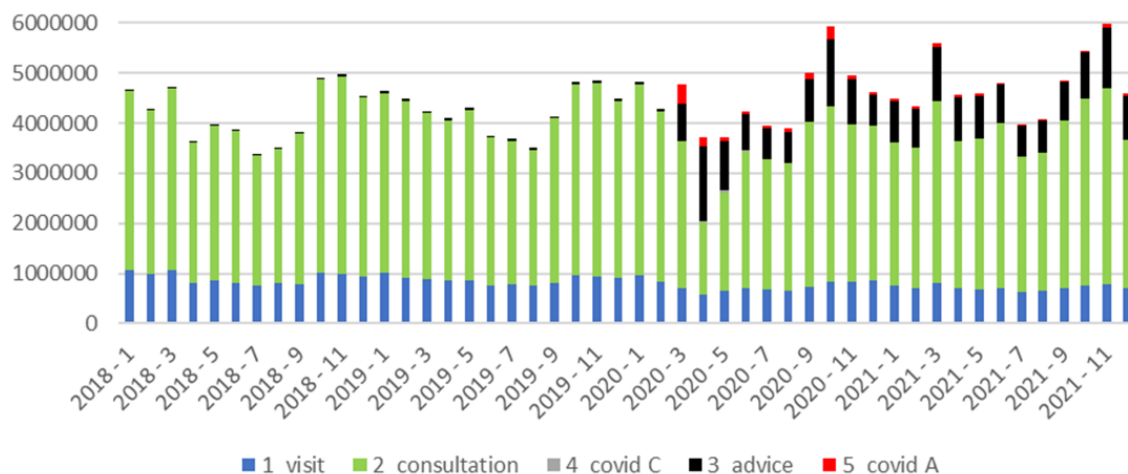
Si on ajoute tous les contacts (consultations + visites + avis) : il n'y a plus de phénomène de rupture en 2020, on observe une progression globale de l'activité et une augmentation de l'activité en 2020 et 2021 → modèle 3 - récupération supplémentaire.

**Figure 20. Nombre de contacts annuels pour 100 000 assurés standardisés en médecine générale par province et pour la Belgique (2011-2021)**



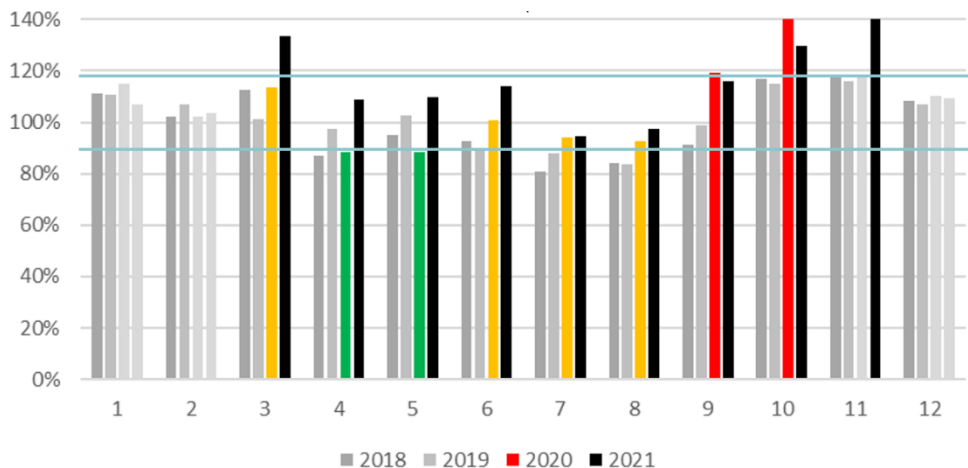
L'évolution mensuelle montre que les avis ont été très fortement impactés en mars 2020 où l'avis continuité des soins et l'avis lié au COVID-19 ont été mis en place. L'utilisation des avis continue, l'activité totale a été particulièrement réduite pendant les périodes de confinement. On observe un pic d'activité lors de la deuxième vague COVID-19 en oct./nov. 2020, lors de la troisième vague en mars 2021 et en oct./nov. 2021.

**Figure 21. Contacts mensuels médecine générale (2018-2021)**



Si on considère l'activité des médecins généralistes comme normale en 2018 et 2019, on approche la capacité maximale en mars 2020 mais sans la dépasser. En juin, juillet et août il y a une légère augmentation mais en septembre et octobre l'activité maximale est dépassée. Pour 2021 : analogue en mars, élevé en avril, mai et juin puis de nouveau dépassement en octobre et novembre.

**Figure 22. Capacité de contacts utilisée par mois (2018-2022)**



La part que représentent certains types de contacts en médecine générale a été étudiée tous les 4 mois entre décembre 2018 et décembre 2021. Les principaux résultats sont :

- Les visites diminuent légèrement ;
- Moins de visites par rapport aux consultations : le ratio visite/consultation passe de 0,28 en décembre 2018 à 0,23 en décembre 2021 ;
- Le ratio avis/consultation a pris énormément d'ampleur à partir d'avril 2020 (0,09) avec un pic en avril 2021 (0,32) puis une légère diminution jusque décembre 2021 (0,28).

Pour la médecine générale, les consultations et les visites ont diminué de 4,6% entre 2019 et 2021. Par contre tous les contacts ont augmenté de 6,1% entre 2019 et 2021.



## Autres spécialités médicales

Pour chaque spécialité médicale, le modèle 1, 2 ou 3 est attribué. Voici les résultats globaux :

### - Modèle 2 (récupération) :

spécialités	2018	2019	2020	2021	impact covid	recovery	
10.3.0.0. 340 gynécologue	8.158.461	8.294.842	7.593.090	8.583.117	-8%	3%	→ 2
10.5.0.6. 790 rhumatologue	857.549	858.317	784.315	851.104	-9%	-1%	→ 2
10.5.1.2. 650 gastroentérologue	3.558.590	3.765.679	3.427.316	3.727.275	-9%	-1%	→ 2
10.5.1.4. 770 neurologue	2.644.324	2.641.280	2.419.308	2.636.932	-8%	0%	→ 2
10.5.3.0. 550 dermatologie	3.965.401	4.021.393	3.533.458	3.973.748	-12%	-1%	→ 2
10.5.8.5. 930 radiologie	27.469.200	27.926.539	24.883.363	27.593.317	-11%	-1%	→ 2
10.6.0.0. 100 anesthésiologie	7.069.684	7.343.225	6.662.656	7.391.154	-9%	1%	→ 2
10.6.3.0. 450 urologie	2.628.696	2.592.572	2.221.687	2.561.574	-14%	-1%	→ 2
10.6.6.0. 370 chirurgie ophtalmologi	12.539.152	12.862.942	11.332.341	12.814.686	-12%	0%	→ 2

### - Modèle 1 (diminution) :

spécialités	2018	2019	2020	2021	impact covid	recovery	
10.2.0.0. 690 pédiatre	4.744.750	4.709.466	4.103.722	4.481.026	-13%	-5% **	↓ 1
10.4.0.0. 780 psychiatre	7.620.218	7.648.218	7.538.504	7.394.092	-1%	-3%	↓ 1
10.5.0.0. 580 m interne générale	5.602.274	5.465.979	5.190.828	5.290.737	-5%	-3%	↓ 1
10.5.0.2. 180 gériatre	3.079.238	3.128.526	2.877.010	2.842.593	-8%	-9%	↓ 1
10.5.0.5. 598 hématologue	769.713	751.862	710.454	733.838	-6%	-2%	↓ 1
10.5.1.1. 620 pneumologue	4.012.340	3.956.852	3.601.748	3.840.526	-9%	-3%	↓ 1
10.5.1.3. 730 cardiologue	8.465.586	8.021.150	7.229.373	7.868.067	-10%	-2%	↓ 1
10.5.2.0. 830 m physique	6.945.482	7.204.205	6.097.128	6.832.702	-15%	-5%	↓ 1
10.5.4.0. 410 orl	5.687.567	5.868.250	4.789.760	5.325.069	-18%	-9%	↓ 1
10.5.8.0. 970 m nucléaire	1.409.079	1.403.902	1.274.431	1.333.055	-9%	-5%	↓ 1
10.6.1.0. 140 chirurgie générale	5.029.298	5.179.054	4.610.471	4.909.759	-11%	-5%	↓ 1
10.6.2.0. 480 orthopédie	5.352.098	5.442.152	4.716.453	5.016.829	-13%	-8%	↓ 1
10.6.4.0. 170 neurochirurgie	668.176	698.165	611.987	672.047	-12%	-4%	↓ 1
10.6.5.0. 210 chirurgie plastique	559.052	589.045	504.942	556.576	-14%	-6%	↓ 1

Pour la pédiatrie, deux phénomènes se mêlent : le choc COVID-19 ainsi que le transfert des pédiatres vers les généticiens. Ainsi, une analyse supplémentaire a été faite en regroupant les prestations INAMI de la pédiatrie avec celles de la génétique. L'année 2021 suit les tendances 2018 et 2019 avec une diminution COVID-19 importante en 2020.

### - Modèle 3 (moins impacté par le choc et augmentation après covid)

spécialités	2018	2019	2020	2021	impact covid	recovery	
10.1.0.0. MG généraliste	65.466.926	66.389.750	68.235.109	73.526.453	3%	11%	↑ 3
10.2.1.0. 691 neuropédiatre	168.299	165.656	161.211	195.723	-3%	18%	↑ 3
10.5.0.3. 583 endocrinologue	1.047.788	1.053.352	1.059.003	1.257.488	1%	19%	↑ 3
10.5.0.4. 660 oncologue médical	1.498.600	1.566.287	1.550.085	1.667.063	-1%	6%	↑ 3
10.5.6.0. 960 radiothérapie	775.147	813.713	809.346	889.663	-1%	9%	↑ 3
10.5.8.1. 860 biologie	180.311.919	185.108.854	173.456.749	191.414.063	-6%	3%	↑ 3
10.5.8.4. 870 anatomo pathologie	4.747.400	4.868.711	4.459.814	5.185.455	-8%	7%	↑ 3
10.6.0.2. 800 m aigüe et m urgence	2.206.249	2.464.521	2.391.658	2.737.752	-3%	11%	↑ 3

Pour la radiothérapie, il est précisé que cette spécialité était en croissance avant 2020. Cette spécialité serait donc plutôt à mettre dans le modèle de type 2 (impact COVID-19 avec récupération de la courbe montante en 2021).

Par contre, pour la médecine aigüe et médecine d'urgence, la courbe ascendante attendue sur base des chiffres de 2018 et 2019 n'est pas atteinte en 2021. Cette spécialité serait donc plutôt à classer dans le modèle de type 1 (impact COVID-19 avec diminution post COVID-19).

Note : les spécialités en jaune sont les spécialités pour lesquelles un scénario alternatif a été développé par la Commission de planification.





## **Constats finaux**

### **1. En médecine générale :**

- Impact COVID-19 important en terme d'augmentation d'activité (2-3 mois en surcharge par an en 2020 et en 2021) ;
- Gain de productivité par transformation des consultations/visites en avis ;
- L'activité d'avis persiste en 2021 mais à tendance à s'estomper ;
- Attendre 2022 pour conclure.

### **2. Autres secteurs et spécialités médicales :**

- Perte d'activité en 2020 quel que soit la spécialité ou le secteur ;
- Rattrapage d'activités manquées relativement limité (un peu en oncologie) ;
- Les courbes d'activité se stabilisent en 2021 ;
- Quelques spécialités / secteurs sont en retard de rattrapage (revalidation, chirurgie, hospitalisation ...) ;
- Pas d'identification claire de besoins supplémentaires en terme de main-d'œuvre.



## 2.4. Enquête sur l'équivalent temps plein dans la pratique en médecine générale – impact COVID-19

L'enquête menée par IM Associates pour, entre autres, mieux connaître les équivalents temps plein réalisés des médecins indépendants actifs en Belgique comprenait également des questions sur l'impact de la crise COVID-19 sur le niveau d'activité des médecins généralistes. Le rapport de cette enquête est publié sur le site de la Commission de planification de l'offre médicale : [Rapport sur la répartition du temps de travail des médecins généralistes | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#).

Voici quelques résultats notables concernant l'impact de la crise COVID-19 sur le niveau d'activité des médecins généralistes.

Au paragraphe 2.2.1 de ce rapport, nous constatons que la crise COVID-19 s'est accompagnée d'une augmentation des téléconsultations. Ce fait a été confirmé par la quasi-totalité des plus de 2.000 médecins généralistes participant à l'enquête. La diminution des consultations physiques et des visites à domicile est la plus marquée chez les médecins généralistes exerçant dans des pratiques individuelles et/ou légèrement plus âgés. La diminution des interactions « classiques » a connu quelques variations régionales : une diminution plus marquée des consultations physiques à Bruxelles et une diminution des visites à domicile plus prononcée à Liège et plus faible au Luxembourg. En outre, la durée de (la plupart de) ces interactions classiques ne semble pas avoir augmentée pendant la crise COVID-19. La durée des téléconsultations est plus longue pour 58 % des médecins, médecins exerçant principalement dans des pratiques de groupe. De plus, le degré d'urbanisation n'a eu aucun impact sur la durée des consultations pendant la crise COVID-19.

Un tiers des médecins ont fait état d'une augmentation de leurs revenus pendant la crise COVID-19, tandis que le pourcentage de médecins généralistes ayant vu leurs revenus diminuer avoisinait les 20-25 %. La situation semblait un peu plus favorable aux médecins qui exerçaient dans une pratique de groupe. 62% des médecins généralistes indiquent que le contenu des consultations a changé pendant la crise COVID-19. Les principaux changements mentionnés sont les suivants : la gestion de la crise COVID-19, l'augmentation de la charge de travail administrative, un nombre plus élevé de patients souffrant de troubles de la santé mentale, des questions de soins multiples en même temps et moins de soins préventifs. Lorsque les médecins s'attendent à un changement dans la charge de travail après la crise (29%), cela concernerait plus spécifiquement les soins psychologiques, les soins chroniques et préventifs, et de l'attention pour d'autres pathologies. 52% des médecins généralistes s'attendent à une augmentation du nombre de téléconsultations après la crise COVID-19.



# **PARTIE 2 : SUIVI DE LA FORCE DE TRAVAIL DE TOUS LES MÉDECINS**

## **1. INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE**

Comme déjà mentionné dans la première partie de ce rapport, un couplage de données a été initialement réalisé uniquement pour les médecins généralistes avec les données du cadastre fédéral des professions de santé du SPF SPSCAE et les données de l'INAMI pour la période 2011-2021, sous la forme d'une *version light* du PlanCad médecins généralistes. Cependant, ces données ne fournissent pas d'informations sur les médecins spécialistes et ne contiennent pas de données relatives aux activités sous statut salarié. Pour y remédier, il a été décidé de mettre en place un couplage des données complet pour tous les médecins en plus de ce couplage limité aux médecins généralistes. Ce projet PlanCad consiste à coupler des données entre le SPF SPSCAE, le Datawarehouse Marché du travail et protection sociale (DWH MT&PS) et l'INAMI pour la période 2017-2021.

Trois groupes d'analyse ont été définis : les professionnels habilités à exercer la profession de médecin ('Licensed To Practice' ou LTP), les professionnels ayant une activité au 31 décembre comme salarié ou indépendant ('Professionally Active' ou PA), et les professionnels actifs dans les soins de santé en tant que médecin ('Practising' ou PR). Est pris en compte dans le groupe d'analyse LTP tout individu disposant d'un visa de médecin. De cette population est défini comme médecin actif, tout médecin inscrit comme indépendant auprès de l'INASTI au 31 décembre ou repris au 31 décembre dans la base de données ONSS à raison d'au moins 0,1 ETP annuel. Est considéré comme actif dans les soins de santé, tout médecin actif indépendant qui réalise au moins 5 % du montant médian remboursé (déterminé par spécialité dans le groupe de référence des médecins indépendants exclusifs âgés de 45 à 54 ans avec au moins 1 prestation de l'INAMI sur une base annuelle) et tout médecin actif salarié ayant au moins un employeur dans le secteur des soins de santé (tel que défini par le groupe de travail Médecins de la Commission de planification).

Outre le nombre de médecins disponibles, le volume de travail effectué ou équivalent temps plein (ETP) a également été estimé et ce, en fonction du statut professionnel. L'ETP réalisé par les médecins salariés est fourni par le DWH MT&PS sur base du taux d'activité annuel et du taux d'activité réalisé dans le secteur de la santé au cours du dernier trimestre de chaque année. L'ETP des indépendants est déterminé sur base du montant brut remboursé des prestations dans le cadre de la nomenclature INAMI et est calculé séparément pour chaque spécialité. Un emploi indépendant à temps plein correspond au montant remboursé médian observé au sein d'un groupe de référence pour chaque spécialité, notamment les médecins exclusivement indépendants âgés de 45 à 54 ans avec au moins 1 prestation de l'INAMI, sans activité salariée à titre secondaire (= tranche d'âge pour laquelle l'activité indépendante atteint un niveau maximal).

Pour un compte rendu détaillé de la méthodologie utilisée, veuillez-vous référer au rapport "[Médecins sur le marché du travail 2004-2016](#)" (publié en 2019). Les rapports complets pour ce couplage de données par spécialité seront publiés sur le [site web de la Commission de planification de l'offre médicale](#) dans le courant de l'année 2023. Les principaux résultats sont présentés dans le tableau de synthèse suivant.



## 2. RÉSULTATS

Tableau 3. Tableau de synthèse : principales caractéristiques des médecins actifs sur le marché du travail belge en 2021

		Prof. actif			Actif dans les soins de santé												
		LTP	PA		PR				Densité		Nationalité		Genre	Age		Évolution 2017-2021	
Spécialité ou regroupement	Communauté	N	N	% LTP	N	% LTP	ETP Tot.	% conv. INAMI	Dens. N	Dens. ETP	% N-BE	% dipl. N-BE	% femme	% PR 50+	% PR 60+	% N	% ETP
Médecine générale	Com. fl.	11.286	8.768	77,7%	7.364	65,2%	7.505	92%	10,6	10,8	2,2%	1,2%	49%	52,7%	33,1%	+2,9%	-4,1%
	Com. fr.	10.079	7.243	71,9%	5.477	54,3%	4.408	83%	11,8	9,50	5,3%	2,9%	47%	58,4%	40,9%	+3,7%	+0,9%
	<b>Total</b>	<b>21.365</b>	<b>16.011</b>	<b>74,9%</b>	<b>12.841</b>	<b>60,1%</b>	<b>11.913</b>	<b>88%</b>	<b>11,1</b>	<b>10,3</b>	<b>3,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>48%</b>	<b>55,1%</b>	<b>36,4%</b>	<b>+3,3%</b>	<b>-2,3%</b>
Pédiatrie	Com. fl.	1.150	779	67,7%	699	60,8%	800	90%	1,01	1,15	8,7%	8,2%	75%	40,9%	13,7%	+4,4%	+3,3%
	Com. fr.	1.396	939	67,3%	824	59,0%	744	80%	1,78	1,60	10,4%	13,3%	74%	42,5%	20,6%	+5,3%	+5,6%
	<b>Total</b>	<b>2.546</b>	<b>1.718</b>	<b>67,5%</b>	<b>1.523</b>	<b>59,8%</b>	<b>1.544</b>	<b>85%</b>	<b>1,31</b>	<b>1,33</b>	<b>9,6%</b>	<b>11,0%</b>	<b>75%</b>	<b>41,8%</b>	<b>17,5%</b>	<b>+4,9%</b>	<b>+4,4%</b>
Gériatrie	Com. fl.	248	221	89,1%	204	82,3%	242	99%	0,29	0,35	5,8%	6,3%	66%	41,7%	18,1%	+15,9%	+25,3%
	Com. fr.	195	166	85,1%	150	76,9%	132	99%	0,32	0,29	10,6%	14,0%	76%	35,3%	11,3%	+25,0%	+26,5%
	<b>Total</b>	<b>443</b>	<b>387</b>	<b>87,4%</b>	<b>354</b>	<b>79,9%</b>	<b>374</b>	<b>99%</b>	<b>0,31</b>	<b>0,32</b>	<b>7,9%</b>	<b>9,6%</b>	<b>70%</b>	<b>39,0%</b>	<b>15,3%</b>	<b>+19,5%</b>	<b>+25,7%</b>
Ophtalmologie	Com. fl.	827	609	73,6%	565	68,3%	648	22%	0,81	0,93	2,6%	5,4%	69%	49,4%	22,8%	+4,4%	+3,4%
	Com. fr.	723	488	67,5%	462	63,9%	452	39%	1,00	0,98	9,7%	10,3%	60%	47,4%	25,1%	+3,5%	+0,8%
	<b>Total</b>	<b>1.550</b>	<b>1.097</b>	<b>70,8%</b>	<b>1.027</b>	<b>66,3%</b>	<b>1.101</b>	<b>30%</b>	<b>0,89</b>	<b>0,95</b>	<b>5,8%</b>	<b>7,6%</b>	<b>65%</b>	<b>48,5%</b>	<b>23,9%</b>	<b>+4,0%</b>	<b>+2,3%</b>
Otorhinolaryngologie	Com. fl.	435	345	79,3%	312	71,7%	342	65%	0,45	0,49	3,8%	4,8%	54%	48,1%	25,3%	+5,7%	+6,2%
	Com. fr.	488	352	72,1%	319	65,4%	311	66%	0,69	0,67	6,5%	8,4%	50%	57,4%	28,8%	+0,9%	+2,5%
	<b>Total</b>	<b>923</b>	<b>697</b>	<b>75,5%</b>	<b>631</b>	<b>68,4%</b>	<b>653</b>	<b>65%</b>	<b>0,54</b>	<b>0,56</b>	<b>5,2%</b>	<b>6,6%</b>	<b>52%</b>	<b>52,8%</b>	<b>27,1%</b>	<b>+3,2%</b>	<b>+4,4%</b>
Dermato-vénérologie	Com. fl.	511	395	77,3%	373	73,0%	492	16%	0,54	0,71	4,0%	6,9%	78%	47,5%	18,2%	+4,1%	+25,6%
	Com. fr.	510	368	72,2%	347	68,0%	368	30%	0,75	0,79	10,0%	9,2%	76%	55,0%	26,8%	+0,5%	+13,9%
	<b>Total</b>	<b>1.021</b>	<b>763</b>	<b>74,7%</b>	<b>720</b>	<b>70,5%</b>	<b>860</b>	<b>23%</b>	<b>0,62</b>	<b>0,74</b>	<b>6,9%</b>	<b>8,0%</b>	<b>77%</b>	<b>51,1%</b>	<b>22,4%</b>	<b>+2,4%</b>	<b>+20,3%</b>
Médecine d'urgence et aiguë	Com. fl.	298	280	94,0%	260	87,2%	296	99%	0,37	0,43	6,1%	2,6%	49%	20,4%	3,1%	+57,5%	+42,9%
	Com. fr.	402	359	89,3%	320	79,6%	306	100%	0,69	0,66	8,1%	9,0%	47%	40,6%	10,9%	+21,2%	+19,4%
	<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>639</b>	<b>91,3%</b>	<b>580</b>	<b>82,9%</b>	<b>602</b>	<b>100%</b>	<b>0,50</b>	<b>0,52</b>	<b>7,2%</b>	<b>6,2%</b>	<b>48%</b>	<b>31,6%</b>	<b>7,4%</b>	<b>+35,1%</b>	<b>+29,9%</b>



		Prof. actif			Actif dans les soins de santé												
		LTP	PA		PR				Densité		Nationalité		Genre	Age		Évolution 2017-2021	
Spécialité ou regroupement	Communauté	N	N	% LTP	N	% LTP	ETP Tot.	% conv. INAMI	Dens. N	Dens. ETP	% N-BE	% dipl. N-BE	% femme	% PR 50+	% PR 60+	% N	% ETP
Médecine interne	Com. fl.	1.000	705	70,5%	603	60,3%	842	98%	0,87	1,21	8,1%	6,4%	53%	40,5%	15,1%	+9,8%	+4,1%
	Com. fr.	1.326	919	69,3%	785	59,2%	885	96%	1,69	1,91	10,5%	14,1%	48%	45,5%	21,0%	+4,5%	+1,7%
	<b>Total</b>	<b>2.326</b>	<b>1.624</b>	<b>69,8%</b>	<b>1.388</b>	<b>59,7%</b>	<b>1.727</b>	<b>97%</b>	<b>1,20</b>	<b>1,49</b>	<b>9,5%</b>	<b>10,8%</b>	<b>50%</b>	<b>43,3%</b>	<b>18,4%</b>	<b>+6,7%</b>	<b>+2,9%</b>
Cardiologie	Com. fl.	754	569	75,5%	531	70,4%	657	60%	0,76	0,95	9,7%	8,8%	22%	43,1%	16,4%	+9,9%	+6,6%
	Com. fr.	864	639	74,0%	580	67,1%	516	81%	1,25	1,11	11,3%	13,1%	32%	57,4%	31,9%	+9,4%	+9,3%
	<b>Total</b>	<b>1.618</b>	<b>1.208</b>	<b>74,7%</b>	<b>1.111</b>	<b>68,7%</b>	<b>1.173</b>	<b>71%</b>	<b>0,96</b>	<b>1,01</b>	<b>10,6%</b>	<b>11,0%</b>	<b>27%</b>	<b>50,6%</b>	<b>24,5%</b>	<b>+9,6%</b>	<b>+7,8%</b>
Gastro-entérologie	Com. fl.	477	408	85,5%	383	80,3%	407	75%	0,55	0,59	4,6%	4,1%	40%	40,5%	18,5%	+15,7%	+10,8%
	Com. fr.	498	361	72,5%	340	68,3%	302	83%	0,73	0,65	7,6%	7,6%	38%	55,0%	25,3%	+5,2%	+8,2%
	<b>Total</b>	<b>975</b>	<b>769</b>	<b>78,9%</b>	<b>723</b>	<b>74,2%</b>	<b>709</b>	<b>79%</b>	<b>0,62</b>	<b>0,61</b>	<b>6,0%</b>	<b>5,8%</b>	<b>39%</b>	<b>47,3%</b>	<b>21,7%</b>	<b>+10,5%</b>	<b>+9,7%</b>
Pneumologie	Com. fl.	376	316	84,0%	292	77,7%	301	93%	0,42	0,43	5,8%	4,7%	50%	40,1%	16,8%	+6,5%	+2,4%
	Com. fr.	416	293	70,4%	272	65,4%	258	91%	0,59	0,56	9,9%	12,1%	47%	49,6%	25,4%	+5,4%	+5,5%
	<b>Total</b>	<b>792</b>	<b>609</b>	<b>76,9%</b>	<b>564</b>	<b>71,2%</b>	<b>558</b>	<b>92%</b>	<b>0,49</b>	<b>0,48</b>	<b>7,8%</b>	<b>8,3%</b>	<b>49%</b>	<b>44,7%</b>	<b>20,9%</b>	<b>+6,0%</b>	<b>+3,8%</b>
Rhumatologie	Com. fl.	157	122	77,7%	108	68,8%	119	70%	0,16	0,17	5,5%	11,1%	60%	51,9%	23,1%	+9,0%	+7,9%
	Com. fr.	173	123	71,1%	117	67,6%	119	78%	0,25	0,26	7,6%	7,6%	50%	69,2%	38,5%	+1,7%	-10,5%
	<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>245</b>	<b>74,2%</b>	<b>225</b>	<b>68,2%</b>	<b>238</b>	<b>74%</b>	<b>0,19</b>	<b>0,21</b>	<b>6,6%</b>	<b>9,3%</b>	<b>55%</b>	<b>60,9%</b>	<b>31,1%</b>	<b>+5,1%</b>	<b>-2,2%</b>
Médecine physique et réadaptation	Com. fl.	394	337	85,5%	298	75,6%	326	53%	0,43	0,47	2,6%	2,6%	48%	49,3%	21,8%	+12,4%	+24,3%
	Com. fr.	329	207	62,9%	184	55,9%	173	85%	0,40	0,37	13,5%	10,3%	60%	50,5%	29,3%	+1,6%	+14,6%
	<b>Total</b>	<b>723</b>	<b>544</b>	<b>75,2%</b>	<b>482</b>	<b>66,7%</b>	<b>499</b>	<b>65%</b>	<b>0,42</b>	<b>0,43</b>	<b>6,8%</b>	<b>5,6%</b>	<b>52%</b>	<b>49,8%</b>	<b>24,7%</b>	<b>+8,0%</b>	<b>+20,8%</b>
Oncologie médicale	Com. fl.	158	137	86,7%	134	84,8%	145	99%	0,19	0,21	9,7%	8,2%	63%	38,8%	8,2%	+22,9%	+17,5%
	Com. fr.	232	171	73,7%	157	67,7%	135	96%	0,34	0,29	18,4%	20,3%	56%	47,8%	16,6%	+18,9%	+16,9%
	<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>308</b>	<b>79,0%</b>	<b>291</b>	<b>74,6%</b>	<b>280</b>	<b>98%</b>	<b>0,25</b>	<b>0,24</b>	<b>14,4%</b>	<b>14,7%</b>	<b>59%</b>	<b>43,6%</b>	<b>12,7%</b>	<b>+20,7%</b>	<b>+17,2%</b>
Radiothérapie-oncologie	Com. fl.	184	137	74,5%	123	66,8%	136	96%	0,18	0,20	2,4%	2,4%	59%	42,3%	17,9%	+11,8%	+1,9%
	Com. fr.	136	75	55,1%	64	47,1%	61	86%	0,14	0,13	1,5%	4,6%	55%	32,8%	21,9%	+4,9%	+1,3%
	<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>212</b>	<b>66,3%</b>	<b>187</b>	<b>58,4%</b>	<b>197</b>	<b>93%</b>	<b>0,16</b>	<b>0,17</b>	<b>2,1%</b>	<b>3,2%</b>	<b>57%</b>	<b>39,0%</b>	<b>19,3%</b>	<b>+9,3%</b>	<b>+1,7%</b>



		Prof. actif			Actif dans les soins de santé												
		LTP	PA		PR				Densité		Nationalité		Genre	Age		Évolution 2017-2021	
Spécialité ou regroupement	Communauté	N	N	% LTP	N	% LTP	ETP Tot.	% conv. INAMI	Dens. N	Dens. ETP	% N-BE	% dipl. N-BE	% femme	% PR 50+	% PR 60+	% N	% ETP
Anesthésie-réanimation	Com. fl.	1.791	1.319	73,6%	1.212	67,7%	1.498	96%	1,75	2,16	3,9%	3,1%	43%	41,5%	13,7%	+12,0%	+9,8%
	Com. fr.	1.878	1.070	57,0%	946	50,4%	875	94%	2,04	1,89	15,2%	14,2%	40%	42,2%	14,3%	+7,9%	+7,3%
	<b>Total</b>	<b>3.669</b>	<b>2.389</b>	<b>65,1%</b>	<b>2.158</b>	<b>58,8%</b>	<b>2.374</b>	<b>95%</b>	<b>1,86</b>	<b>2,05</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,0%</b>	<b>42%</b>	<b>41,8%</b>	<b>13,9%</b>	<b>+10,2%</b>	<b>+8,9%</b>
Chirurgie	Com. fl.	1.166	779	66,8%	673	57,7%	749	74%	0,97	1,08	8,7%	4,3%	27%	45,6%	19,3%	+2,1%	-0,0%
	Com. fr.	1.123	660	58,8%	531	47,3%	477	85%	1,14	1,03	10,7%	13,5%	27%	55,0%	27,5%	+2,1%	-0,2%
	<b>Total</b>	<b>2.289</b>	<b>1.439</b>	<b>62,9%</b>	<b>1.204</b>	<b>52,6%</b>	<b>1.226</b>	<b>79%</b>	<b>1,04</b>	<b>1,06</b>	<b>9,6%</b>	<b>8,3%</b>	<b>27%</b>	<b>49,8%</b>	<b>22,9%</b>	<b>+2,1%</b>	<b>-0,1%</b>
Chirurgie plastique	Com. fl.	206	142	68,9%	115	55,8%	115	17%	0,17	0,17	4,3%	4,3%	26%	47,8%	19,1%	+3,6%	+4,3%
	Com. fr.	200	126	63,0%	111	55,5%	110	47%	0,24	0,24	11,7%	9,9%	32%	45,9%	17,1%	+7,7%	+6,8%
	<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>268</b>	<b>66,0%</b>	<b>226</b>	<b>55,7%</b>	<b>225</b>	<b>32%</b>	<b>0,20</b>	<b>0,19</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,0%</b>	<b>29%</b>	<b>46,9%</b>	<b>18,1%</b>	<b>+5,6%</b>	<b>+5,5%</b>
Neurochirurgie	Com. fl.	176	134	76,1%	114	64,8%	129	59%	0,16	0,19	14,0%	12,2%	11%	42,1%	15,8%	+8,5%	+0,0%
	Com. fr.	146	90	61,6%	77	52,7%	68	81%	0,17	0,15	12,9%	22,0%	21%	42,9%	10,4%	+6,9%	+7,5%
	<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>224</b>	<b>69,6%</b>	<b>191</b>	<b>59,3%</b>	<b>197</b>	<b>68%</b>	<b>0,16</b>	<b>0,17</b>	<b>13,6%</b>	<b>16,2%</b>	<b>15%</b>	<b>42,4%</b>	<b>13,6%</b>	<b>+7,9%</b>	<b>+2,5%</b>
Stomatologie	Com. fl.	255	206	80,8%	188	73,7%	194	79%	0,27	0,28	3,1%	6,9%	27%	39,9%	20,7%	+19,7%	+13,6%
	Com. fr.	191	128	67,0%	108	56,5%	77	87%	0,23	0,17	11,1%	5,5%	30%	53,7%	26,9%	+0,9%	-6,3%
	<b>Total</b>	<b>446</b>	<b>334</b>	<b>74,9%</b>	<b>296</b>	<b>66,4%</b>	<b>271</b>	<b>82%</b>	<b>0,26</b>	<b>0,23</b>	<b>6,0%</b>	<b>6,4%</b>	<b>28%</b>	<b>44,9%</b>	<b>23,0%</b>	<b>+12,1%</b>	<b>+7,1%</b>
Chirurgie orthopédique	Com. fl.	860	660	76,7%	567	65,9%	590	35%	0,82	0,85	7,4%	7,7%	12%	47,1%	18,5%	+4,4%	+3,4%
	Com. fr.	722	460	63,7%	388	53,7%	296	65%	0,84	0,64	9,2%	12,1%	13%	51,8%	26,5%	+2,3%	+1,0%
	<b>Total</b>	<b>1.582</b>	<b>1.120</b>	<b>70,8%</b>	<b>955</b>	<b>60,4%</b>	<b>886</b>	<b>47%</b>	<b>0,82</b>	<b>0,76</b>	<b>8,1%</b>	<b>9,5%</b>	<b>13%</b>	<b>49,0%</b>	<b>21,8%</b>	<b>+3,5%</b>	<b>+2,6%</b>
Gynécologie-obstétrique	Com. fl.	1.018	739	72,6%	671	65,9%	738	41%	0,97	1,06	5,6%	4,1%	67%	43,5%	18,2%	+9,2%	+4,9%
	Com. fr.	1.212	827	68,2%	744	61,4%	579	49%	1,60	1,25	10,3%	11,6%	64%	51,3%	27,2%	+3,7%	+0,2%
	<b>Total</b>	<b>2.230</b>	<b>1.566</b>	<b>70,2%</b>	<b>1.415</b>	<b>63,5%</b>	<b>1.317</b>	<b>45%</b>	<b>1,22</b>	<b>1,14</b>	<b>8,1%</b>	<b>8,1%</b>	<b>66%</b>	<b>47,6%</b>	<b>22,9%</b>	<b>+6,3%</b>	<b>+2,8%</b>
Urologie	Com. fl.	358	268	74,9%	236	65,9%	248	52%	0,34	0,36	5,5%	5,9%	22%	40,3%	16,5%	+9,7%	+6,7%
	Com. fr.	284	174	61,3%	156	54,9%	130	73%	0,34	0,28	11,5%	8,9%	19%	42,9%	24,4%	+8,3%	+8,2%
	<b>Total</b>	<b>642</b>	<b>442</b>	<b>68,8%</b>	<b>392</b>	<b>61,1%</b>	<b>378</b>	<b>60%</b>	<b>0,34</b>	<b>0,33</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>21%</b>	<b>41,3%</b>	<b>19,6%</b>	<b>+9,1%</b>	<b>+7,2%</b>



		Prof. actif			Actif dans les soins de santé												
		LTP	PA		PR				Densité		Nationalité		Genre	Age		Évolution 2017-2021	
Spécialité ou regroupement	Communauté	N	N	% LTP	N	% LTP	ETP Tot.	% conv. INAMI	Dens. N	Dens. ETP	% N-BE	% dipl. N-BE	% femme	% PR 50+	% PR 60+	% N	% ETP
Anatomie pathologique	Com. fl.	273	201	73,6%	182	66,7%	186	87%	0,26	0,27	6,0%	7,6%	58%	44,0%	14,8%	+10,3%	+4,4%
	Com. fr.	242	152	62,8%	129	53,3%	127	94%	0,28	0,27	15,5%	19,3%	63%	54,3%	23,3%	+0,7%	-2,1%
	<b>Total</b>	<b>515</b>	<b>353</b>	<b>68,5%</b>	<b>311</b>	<b>60,4%</b>	<b>313</b>	<b>90%</b>	<b>0,27</b>	<b>0,27</b>	<b>9,9%</b>	<b>12,5%</b>	<b>60%</b>	<b>48,2%</b>	<b>18,3%</b>	<b>+6,1%</b>	<b>+1,6%</b>
Biologie clinique	Com. fl.	373	271	72,7%	217	58,2%	310	94%	0,31	0,45	0,9%	0,4%	55%	53,0%	19,8%	-2,6%	+16,9%
	Com. fr.	440	210	47,7%	141	32,0%	198	97%	0,30	0,43	13,4%	13,4%	56%	62,4%	36,2%	-13,4%	-13,2%
	<b>Total</b>	<b>813</b>	<b>481</b>	<b>59,2%</b>	<b>358</b>	<b>44,0%</b>	<b>508</b>	<b>95%</b>	<b>0,31</b>	<b>0,44</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,5%</b>	<b>55%</b>	<b>56,7%</b>	<b>26,3%</b>	<b>-7,2%</b>	<b>+3,0%</b>
Radiodiagnostic	Com. fl.	1.113	862	77,4%	789	70,9%	823	40%	1,14	1,18	3,6%	4,1%	30%	51,7%	21,2%	+5,7%	+6,0%
	Com. fr.	1.249	769	61,6%	700	56,0%	644	81%	1,51	1,39	9,8%	11,4%	40%	55,6%	28,7%	+0,7%	+3,8%
	<b>Total</b>	<b>2.362</b>	<b>1.631</b>	<b>69,1%</b>	<b>1.489</b>	<b>63,0%</b>	<b>1.466</b>	<b>60%</b>	<b>1,29</b>	<b>1,27</b>	<b>6,5%</b>	<b>7,5%</b>	<b>34%</b>	<b>53,5%</b>	<b>24,7%</b>	<b>+3,3%</b>	<b>+5,1%</b>
Médecine nucléaire	Com. fl.	175	128	73,1%	110	62,9%	125	95%	0,16	0,18	1,8%	3,6%	45%	50,0%	17,3%	-4,3%	-4,4%
	Com. fr.	233	151	64,8%	122	52,4%	107	92%	0,26	0,23	6,5%	6,5%	47%	59,0%	27,0%	-4,6%	-6,4%
	<b>Total</b>	<b>408</b>	<b>279</b>	<b>68,4%</b>	<b>232</b>	<b>56,9%</b>	<b>232</b>	<b>94%</b>	<b>0,20</b>	<b>0,20</b>	<b>4,3%</b>	<b>5,1%</b>	<b>46%</b>	<b>54,7%</b>	<b>22,4%</b>	<b>-4,5%</b>	<b>-5,3%</b>
Psychiatrie-particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile	Com. fl.	284	263	92,6%	244	85,9%	237	98%	0,35	0,34	2,4%	1,6%	83%	26,2%	14,3%	+11,4%	-4,0%
	Com. fr.	168	138	82,1%	128	76,2%	112	95%	0,28	0,24	11,7%	4,6%	73%	23,4%	10,2%	+19,6%	+24,3%
	<b>Total</b>	<b>452</b>	<b>401</b>	<b>88,7%</b>	<b>372</b>	<b>82,3%</b>	<b>349</b>	<b>97%</b>	<b>0,32</b>	<b>0,30</b>	<b>5,6%</b>	<b>2,6%</b>	<b>80%</b>	<b>25,3%</b>	<b>12,9%</b>	<b>+14,1%</b>	<b>+3,5%</b>
Psychiatrie-particulièrement en psychiatrie adulte	Com. fl.	1.108	787	71,0%	707	63,8%	830	90%	1,02	1,19	3,6%	4,1%	51%	55,7%	29,0%	+1,8%	-12,7%
	Com. fr.	1.271	888	69,9%	804	63,3%	747	86%	1,73	1,61	11,5%	10,9%	50%	66,0%	38,9%	-0,7%	-13,1%
	<b>Total</b>	<b>2.379</b>	<b>1.675</b>	<b>70,4%</b>	<b>1.511</b>	<b>63,5%</b>	<b>1.577</b>	<b>88%</b>	<b>1,30</b>	<b>1,36</b>	<b>7,8%</b>	<b>7,7%</b>	<b>51%</b>	<b>61,2%</b>	<b>34,3%</b>	<b>+0,4%</b>	<b>-12,9%</b>
Neurologie	Com. fl.	426	356	83,6%	328	77,0%	368	95%	0,47	0,53	10,0%	11,2%	52%	38,4%	18,6%	+14,6%	+6,0%
	Com. fr.	419	325	77,6%	294	70,2%	267	84%	0,63	0,58	13,9%	15,3%	51%	50,0%	24,8%	+13,0%	+8,1%
	<b>Total</b>	<b>845</b>	<b>681</b>	<b>80,6%</b>	<b>622</b>	<b>73,6%</b>	<b>635</b>	<b>90%</b>	<b>0,54</b>	<b>0,55</b>	<b>11,8%</b>	<b>13,1%</b>	<b>52%</b>	<b>43,9%</b>	<b>21,5%</b>	<b>+13,9%</b>	<b>+6,9%</b>



### **Lignes directrices pour l'interprétation - Synthèse**

Ce tableau reprend les principales caractéristiques des médecins pour les différentes spécialités et regroupements de spécialités.

#### **Explication**

Colonne 2 : Communauté : Un individu appartient à la Communauté flamande ou française sur base de la langue du diplôme obtenu (NL ou FR) ou, si cette information n'est pas disponible, sur base de la langue de contact (NL, FR ou DE). L'allemand a été ajouté comme langue de contact possible uniquement à partir de 2014 par l'administration. Étant peu nombreux et non représentatif de la situation réelle, les professionnels ayant comme langue de contact l'allemand sont intégrés dans la catégorie 'Communauté française' dans ce tableau.

Colonne 3 : **LTP N** : Nombre de personnes disposant d'un visa en lien avec la spécialité indiquée et sont donc **autorisées à exercer la profession** de médecin (LTP = Licensed to Practice).

Colonne 4 : **PA N** : Nombre de médecins **professionnellement actifs** (PA = Professionally Active). Un médecin en droit d'exercer (LTP) est considéré comme actif lorsqu'il est inscrit comme indépendant à l'INASTI au 31/12/2021 ou repris au 31/12/2021 dans la banque de données ONSS à raison d'au moins 0,1 ETP.

Colonne 5 : PA % actif : Pourcentage des médecins professionnellement actifs comparé aux médecins LTP.

Colonne 6 : **PR N** : Nombre de médecins **actifs dans les soins de santé** (PR = Practising). Font partie des médecins actifs dans les soins de santé (PR), les médecins professionnellement actifs (PA) qui sont inscrits à l'INASTI au 31/12/2021 et ont comptabilisé au moins 5% du montant total médian des remboursements INAMI du groupe de référence 45-54 ans durant cette année-là ou qui sont repris au 31/12/2021 dans la banque de données de l'ONSS à raison d'au moins 0,1 ETP/an et exercent une activité dans le secteur des soins de santé.

Colonne 7 : PR % actif : Pourcentage des médecins actifs dans les soins de santé comparé aux médecins LTP.

Colonne 8 : PR ETP Tot. : Nombre d'Équivalents Temps Plein prestés par les médecins actifs dans les soins de santé.

Colonne 9 : PR % conv. INAMI : Pourcentage de médecins actifs dans les soins de santé complètement ou partiellement conventionnés (application des tarifs fixés dans l'accord avec les mutualités).

Colonne 10 : Densité : Dens. N : (PR N / population au 01/01/2022) x 10.000.

Colonne 11 : Densité : Dens. ETP : (PR ETP Tot. / population au 01/01/2022) x 10.000.

Colonne 12 : Nationalité : % N-BE : Pourcentage de médecins actifs dans les soins de santé (PR) disposant d'une nationalité non belge.

Colonne 13 : Nationalité : % dipl. N-BE : Pourcentage des médecins actifs dans les soins de santé (PR) détenteur d'un diplôme de base non belge.

Colonne 14 : Genre : % femme : Pourcentage de femmes actives dans les soins de santé (PR).

Colonnes 15 et 16 : Âge : Pourcentage de médecins actifs dans les soins de santé (PR) âgés de 50 ans ou plus et âgés de 60 ans ou plus.

Colonne 17 : Évolution 2017-2021 : % N : Pourcentage d'augmentation ou de diminution du nombre de médecins actifs dans les soins de santé, entre 2017 et 2021.

Colonne 18 : Évolution 2017-2021 : % ETP : Pourcentage d'augmentation ou de diminution du nombre d'équivalents temps pleins prestés par les médecins actifs dans les soins de santé, entre 2017 et 2021.





# PARTIE 3 : PROJECTIONS DE LA FORCE DE TRAVAIL DES MÉDECINS 2021-2041

## 1. MÉTHODOLOGIE DU MODÈLE DE PROJECTION

Les scénarios alternatifs développés pour toutes les spécialités médicales contingentées proposées dans ce rapport permettent d'étudier l'équilibre entre l'offre future de médecins et les besoins futurs en soins de la population belge pour la période 2021-2041.

La force de travail projetée dans ces scénarios concerne **les médecins actifs dans les soins de santé** (PR - practising) **selon la spécialité médicale et la communauté**. Le modèle de projection se base sur le modèle « stock-and-flow » qui combine différents paramètres, en tenant compte des entrées et sorties de médecins attendues dans la profession, du nombre attendu de médecins actifs et de la consommation présumée de soins par la population belge. Toutes les données disponibles concernant le flux entrant observé dans la formation de base, le flux entrant observé dans la spécialité des diplômés formés en Belgique ou à l'étranger, les stocks, l'activité des professionnels, la population belge et sa consommation en soins sont prises en compte.

Les scénarios projettent non seulement le nombre de médecins actifs, mais aussi leur taux d'activité. Ce taux d'activité est exprimé en équivalent temps plein (ETP) et fournit une mesure relative pour déterminer la proportion du volume de travail. Pour plus de détails sur la méthode de calcul d'un ETP, voir le rapport de PlanCad : "[HWF Médecins sur le marché du travail 2004-2016](#)".

Outre les nombres absolus d'actifs et d'ETP, des densités pondérées d'ETP sont également projetées. Les densités pondérées reflètent le nombre d'ETP dans les soins de santé pour 10.000 habitants en utilisant des nombres pondérés de la population qui reflètent la composition d'un groupe de population en termes de ses besoins en soins de santé. De cette manière, l'évolution d'une densité pondérée indique non seulement la façon dont le nombre de médecins évolue en termes d'ETP, mais aussi l'évolution de la consommation de soins de santé de la population pour la spécialité médicale considérée.

Dans ces scénarios alternatifs, les hypothèses pour un certain nombre de paramètres sont modifiées. En particulier, il se concentre sur les deux axes centraux suivants du modèle : le niveau d'activité de la force de travail et les besoins en soins par la population belge. Dans la suite de ce rapport, les hypothèses d'avenir pour ces deux axes formulées par les membres du groupe de travail Médecins seront expliquées en détail.

La combinaison des valeurs des paramètres choisis dans le modèle de projection permet d'obtenir des résultats projetés (nombre d'actifs, nombre d'ETP et nombre de densités pondérées d'ETP) représentant l'évolution de la force de travail des médecins pour la période 2021-2041.

## 2. PARAMÈTRES DU MODÈLE

Lors de l'élaboration de ces scénarios alternatifs, les données sources ont été mises à jour et les hypothèses de projection pour certains paramètres repris dans le modèle de projection ont été ajustées par le groupe de travail Médecins.

Le tableau 4 présente les sources et les principaux éléments de projection pour chaque groupe de paramètres.

**Tableau 4. Sources des données et principaux éléments de projection pour chaque groupe de paramètres du modèle de projection**

Groupe de paramètres	Source des données	Méthode de projection
Étudiants dans les programmes de bachelier et de master	AHOVOKS CRef et FWB (jusque 2022)	Premières inscriptions en bachelier : Nombre de candidats qui peuvent entamer la formation en médecine sur la base du décret de chaque communauté : 1.391 en Com. Fl. et 992 en Com. Fr. En Com. Fr., le décret relatif aux étudiants non-résidents ne limite plus le nombre d'étudiants non-résidents s'inscrivant pour la première fois au cursus de médecine à 30 %, mais à 15 %. Le pourcentage d'étudiants de nationalité non belge a été diminué de 25% à 20% à partir de 2023 pour tenir compte des étudiants non belges résidents en Belgique.
Spécialisation et enregistrement	Banque fédérale des professionnels de santé (cadastre) (jusque 2022 pour la Com FL et 2021 pour la Com FR)	La part des étudiants entamant la formation en médecine générale a été fixée à 40% en Com. FL et à 43% en Com. FR. Pour les autres spécialités, le taux de spécialité historiquement observé (moyenne observée des 3 dernières cohortes disponibles) est utilisé et est proportionnellement réduit de la part allouée aux médecins généralistes.
Stock et activité en Belgique	PlanCad « Médecins sur le marché du travail 2017-2021 »	Stock des professionnels en 2021. Taux de participation, taux de répartition par secteur d'activité et taux d'activité (ETP) : moyenne des années 2019-2020-2021 <sup>3</sup> .
Besoins en soins	- Évolution de la population : Statbel & bureau fédéral du plan (2021-2041) - Consommation en soins : AIM (échantillon permanent) 2018-2019-2020 <sup>4</sup>	

<sup>3</sup> Des analyses ont montré le peu d'impact de la COVID-19 sur les données d'activité. Dès lors, les données de 2019-2020-2021 sont considérées comme valides.

<sup>4</sup> Malgré une diminution ou augmentation des montants remboursés INAMI lors de la crise COVID-19, le taux de consommation de soins de chaque segment de la population pour les années 2018-2019-2020 est semblable au cumul des 3 années antérieures. Dès lors, les données de 2020 sont considérées comme valides.

Les tableaux et figures ci-dessous illustrent les chiffres historiques (en gris) et projetés (en couleur) communs à toutes les spécialités médicales entre le début du bachelier et la spécialisation, pour chaque communauté.

Figure 23. Chiffres historiques et projetés entre le début du bachelier et la spécialisation pour la Communauté flamande

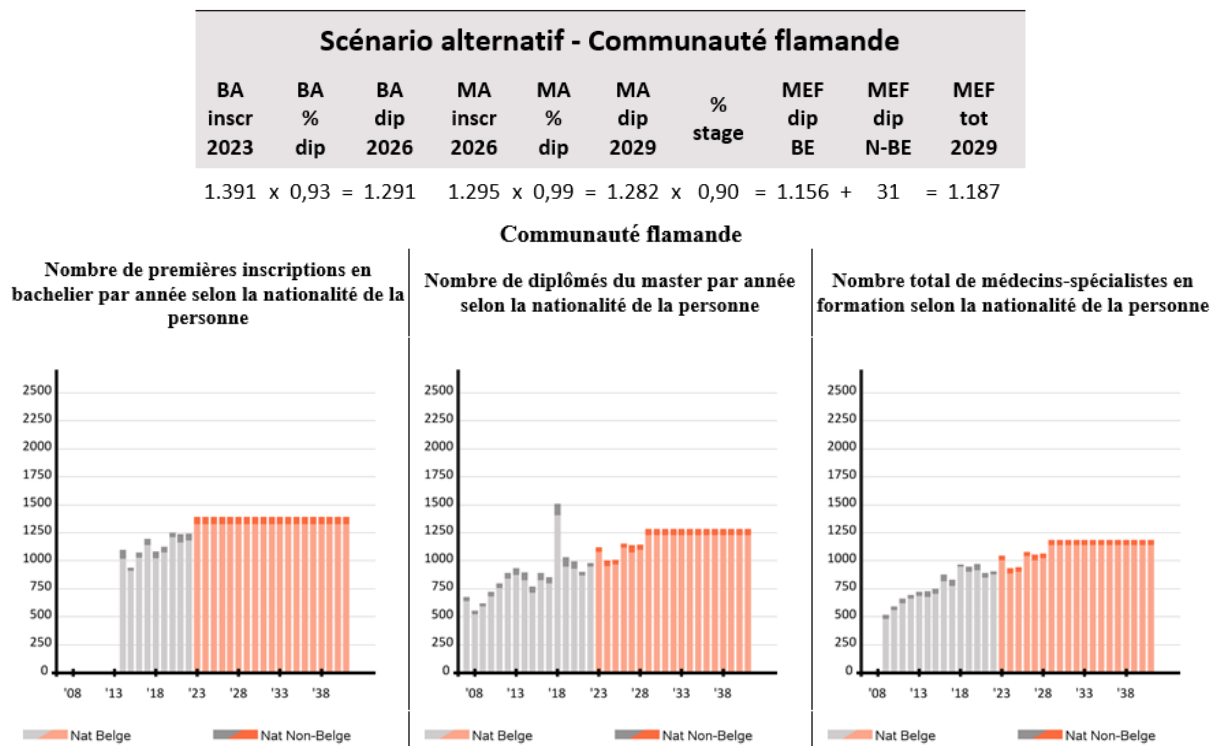
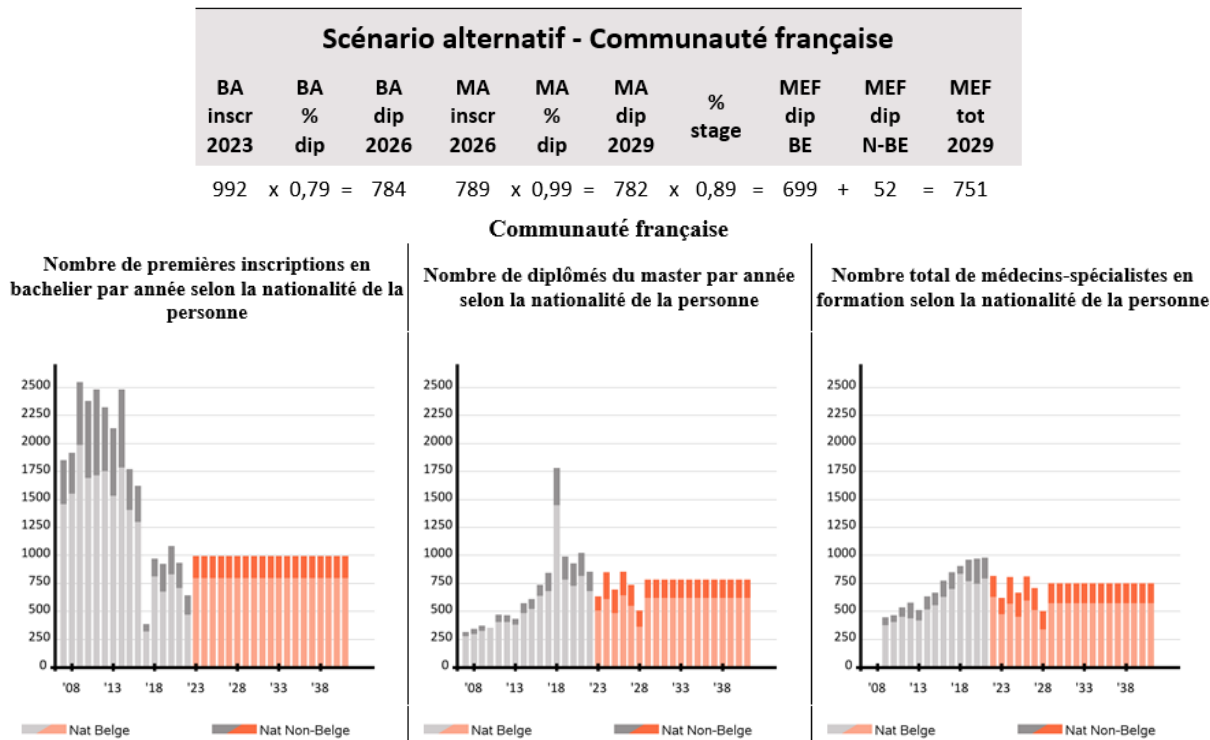


Figure 24. Chiffres historiques et projetés entre le début du bachelier et la spécialisation pour la Communauté française



### 3. HYPOTHÈSES ALTERNATIVES RETENUES

L'ensemble des investigations décrites précédemment dans ce rapport a servi à l'élaboration de nouvelles hypothèses alternatives pour la médecine générale. Pour les autres spécialités médicales contingentées, le groupe de travail Médecins s'est basé sur les hypothèses développées lors des précédents scénarios alternatifs.

Les hypothèses centrales développées sont les suivantes :

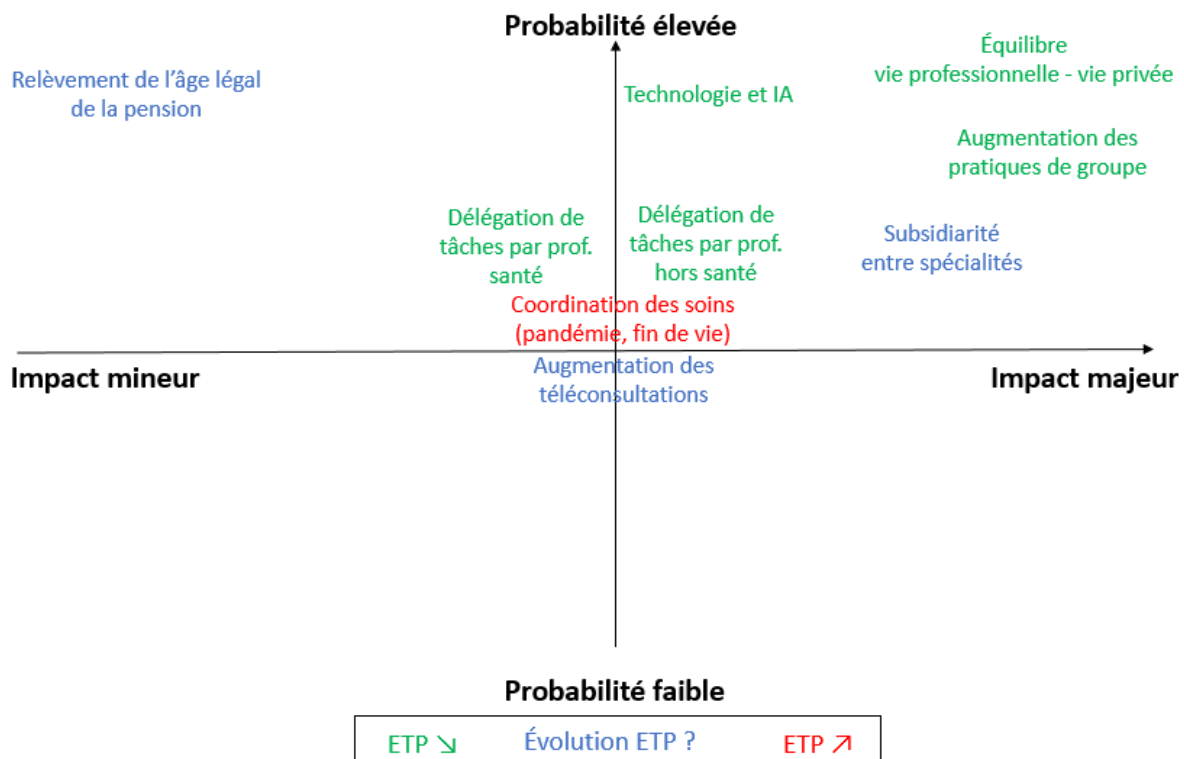
- Une réduction du temps de travail (ETP) suite aux évolutions sociétales vers un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et ce pour toutes les spécialités médicales. Pour la médecine générale, des facteurs supplémentaires ont été pris en compte pour ajuster les ETP.
- Un ajustement du paramètre consommation des soins appliqué à la médecine générale et à 10 spécialités sélectionnées. Pour ces spécialités, on a prévu des augmentations de la demande en soins plus importantes que dans le scénario de base, où seule l'évolution basée sur la croissance et le vieillissement de la population était prise en compte.

#### 3.1. Médecine générale

##### 3.1.1. Taux d'activité

Plusieurs facteurs susceptibles d'influencer les ETP actuels ont été placés selon l'intensité de l'impact que le facteur aura sur l'ETP et selon la probabilité que ce facteur se manifestera dans le futur. Le type d'impact sur les ETP (augmentation ou diminution) a de même été déterminé. Le résultat de cette concertation est repris dans la figure et le tableau ci-dessous. Chaque facteur est ensuite détaillé.

Figure 25. Facteurs susceptibles d'influencer le taux d'activité actuel des médecins généralistes



**Tableau 5. Liste des facteurs susceptibles d'influencer le taux d'activité actuel des médecins généralistes**

Liste des facteurs	Probabilité	Intensité de l'impact	Type d'impact
Équilibre vie professionnelle-vie privée	Élevée	Majeur	Diminution du taux d'activité
Augmentation des pratiques de groupe	Élevée	Majeur	
Technologie et intelligence artificielle	Élevée	Moyen	
Délégation de tâches à d'autres professionnels de la santé	Plutôt élevée	Moyen	
Délégation de tâches à des professionnels extérieurs aux soins de santé	Plutôt élevée	Moyen	
Coordination des soins	Moyenne	Moyen	Augmentation du taux d'activité
Subsidiarité entre spécialités	Plutôt élevée	Majeur	Effet incertain
Relèvement de l'âge légal de la pension	Élevée	Mineur	
Augmentation des téléconsultations	Moyenne	Moyen	

**a. Facteurs conduisant à une diminution du taux d'activité**

**Équilibre vie professionnelle - vie privée**

On observe une évolution sociétale sur le marché du travail selon laquelle les médecins généralistes de tous âges s'efforcent d'atteindre un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les médecins qui entrent dans la profession préfèrent également travailler moins d'heures par semaine afin de libérer plus de temps pour leur famille, leurs proches et leurs loisirs. Cet élément est crucial et aura un impact majeur sur les futurs équivalents temps plein des médecins généralistes.

**Augmentation des pratiques de groupe**

De plus en plus souvent, des cabinets de groupe sont lancés et attirent principalement les jeunes médecins généralistes. Dans un cabinet de groupe, les tâches administratives sont centralisées, la mission de permanence des soins est distribuée, les soins sont organisés plus efficacement, etc. En conséquence, plus de soins peuvent être fournis en moins de temps. Selon toute vraisemblance, cette augmentation aura un impact majeur sur les activités des médecins généralistes avec une diminution de leurs équivalents temps plein.

**Technologie et intelligence artificielle**

La technologie conviviale (comme le dossier électronique du patient) et l'intelligence artificielle sont fortement susceptibles d'affecter l'activité des médecins généralistes et peuvent à la fois améliorer la performance de l'activité des médecins généralistes et augmenter la qualité des soins. De plus, ces éléments peuvent contribuer à une plus grande satisfaction professionnelle. En pratique, l'introduction de ce type d'innovations dans une première phase entraîne une augmentation de l'activité (temps d'intégration et renforcement de la confiance, également pour les patients). Dans un deuxième temps, cela se traduira par une baisse du taux d'activité des médecins généralistes.

## **Délégation de tâches aux professionnels de santé**

La délégation des tâches dans le contexte des soins intégrés deviendra de plus en plus fréquente et entraînera une réduction de la charge de travail. Cependant, la question de la disponibilité des autres professionnels de la santé vers qui les tâches seront confiées se pose. En outre, il n'est pas évident de connaître dans quelle mesure ces professionnels seront capables et désireux d'assumer des tâches supplémentaires et dans quelle mesure une partie de leurs propres tâches pourra également être transférée à d'autres. De plus, la délégation de tâches ne signifie pas que le médecin généraliste n'investira plus de temps dans les tâches déléguées. Il reste un besoin de suivi, de consultation, de rétroaction, etc.

## **Délégation de tâches à des professionnels extérieurs au secteur de la santé**

La création de la profession d'« assistant de pratique » sera une valeur ajoutée pour les médecins généralistes dans la mesure où elle contribuera à la délégation des tâches administratives et de soutien à la pratique dans un cabinet solo ou en groupe. Ces assistants pourront également absorber une partie du travail dans un contexte évoluant vers des Point of Care Testing (POCT) qui seront de plus en plus pratiqués dans le domaine des soins primaires.

### **b. Facteurs conduisant à une augmentation du taux d'activité**

#### **Coordination des soins**

La contribution des médecins généralistes à la coordination des soins devrait augmenter, tant dans la gestion d'une éventuelle prochaine pandémie que dans les soins palliatifs. Cela entraînera une charge de travail plus élevée pour les médecins généralistes et entraînera donc une augmentation de leurs équivalents temps plein. Dans l'hypothèse qu'une partie de la tâche de coordination sera assumée par des non-médecins (voir subsidiarité), l'ampleur de cette tâche sur les médecins généralistes pourrait être diminuée.

### **c. Facteurs dont l'impact sur les taux d'activité est incertain**

#### **Subsidiarité entre spécialités**

De plus en plus, une partie des soins qui se déroulaient traditionnellement en deuxième ligne et à l'hôpital est transférée vers la première ligne : une illustration est l'augmentation significative des interventions qui ont lieu en hospitalisation de jour. La probabilité que cela se produise est plutôt élevée, mais la vitesse et l'ampleur avec lesquelles cela se produira sont plutôt moyennes. L'impact sera grand, car il nécessite de nouvelles compétences, de nouveaux accords et modèles de coopération entre les soins primaires et l'hôpital, l'échange d'informations, etc.

#### **Relèvement de l'âge légal de la pension**

Bien que l'âge légal de la pension ne fera qu'augmenter, la question est de savoir si les médecins continueront réellement à travailler plus longtemps. Étant donné que les médecins généralistes plus jeunes souhaitent travailler moins d'heures, la question de savoir s'ils continueront à travailler plus longtemps à un âge avancé, comme leurs aînés, se pose. De plus, il n'est pas certain qu'ils continueront à pratiquer la médecine générale jusqu'à leur pension. D'autres carrières ou d'autres secteurs pourraient les attirer. Le défi consiste principalement à créer un contexte pour une carrière plus durable avec des facteurs tels que le contenu du travail, l'équilibre vie professionnelle-vie privée et la possibilité de remplir une variété de rôles. De cette façon, des carrières plus longues et plus variées pourront être stimulées.

## Augmentation des téléconsultations

Les téléconsultations sont désormais bien établies entre le médecin généraliste et leurs patients (téléphone, e-mail, chat, vidéo, etc.). En fonction du financement et des évolutions technologiques, une nouvelle augmentation de ces consultations aura un effet sur le niveau d'activité du médecin généraliste. Compte tenu de ces incertitudes, il est indiqué qu'il y a une probabilité moyenne qu'il y ait une nouvelle augmentation avec un impact moyen attendu sur le taux d'activité. On ne sait toujours pas si cela entraînera un taux d'activité inférieur ou supérieur.

### d. Adaptation apportée au taux d'activité

Selon les prévisions, la plupart des facteurs entraîneront une diminution du nombre d'ETP à l'avenir. Cette diminution des ETP ne résultera pas seulement de l'attention accrue portée à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, elle sera également due aux évolutions technologiques, à l'augmentation constante des pratiques de groupe et à la délégation des tâches.

Il ressort de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes en collaboration avec IM Associates qu'environ la moitié des répondants médecins généralistes travaillent actuellement entre 50h et 64h. La moitié des répondants médecins généralistes indiquent par ailleurs souhaiter une semaine de travail de 38h à 40h, ce qui équivaut en d'autres termes à une réduction de 32% du temps de travail.

Sur la base des facteurs présentés ci-dessus et de l'enquête menée auprès des médecins généralistes, le groupe de travail a décidé de **réduire les ETP de tous les médecins généralistes de 20%** de manière rapide d'ici 2031 à l'exception des générations actuelles âgées de 60 ans et plus qui garderont les moyennes actuellement observées lorsqu'ils changeront de groupe d'âge (dans l'hypothèse qu'ils ne modifieront pas leur manière de travailler).

Médecins généralistes	2021-2026	2021-2031	2021-2041
Diminution ETP	-15%	-20%	-20%

### 3.1.2. Besoins en soins

Plusieurs facteurs susceptibles d'influencer les besoins en soins de la population ont été examinés et placés sur un axe représentant l'intensité de l'impact sur les besoins en soins.

Figure 26. Facteurs susceptibles d'influencer les besoins en soins généralistes de la population

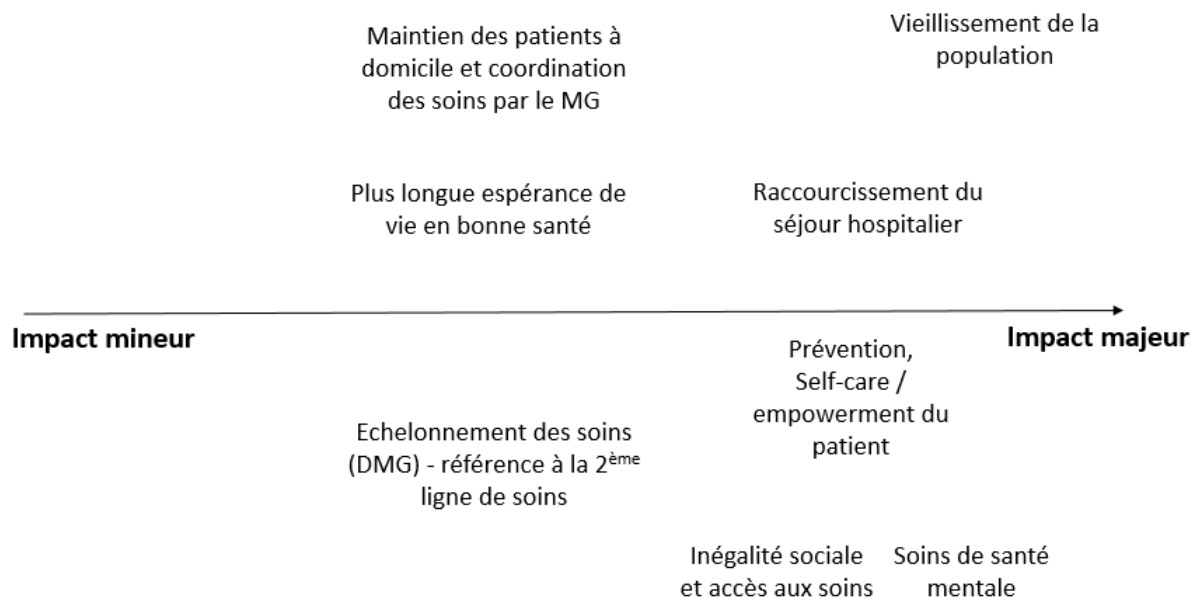


Tableau 6. Liste des facteurs susceptibles d'influencer les besoins en soins généralistes de la population

Liste des facteurs	Intensité de l'impact	Type d'impact
Raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital	Majeur	Augmentation des besoins en soins
Prévention et soins auto-administrés/autonomie des patients	Majeur	
Inégalités sociales et accès aux soins	Majeur	
Soins de santé mentale	Majeur	
Vieillesse de la population	Majeur	
Maintien des patients à domicile et coordination par un médecin généraliste	Moyen	
Plus longue espérance de vie en bonne santé	Moyen	
Echelonement des soins (DMG) - référence à la deuxième ligne de soins	Moyen	

#### a. Facteurs conduisant à une augmentation des besoins en soins

##### Raccourcissement de la durée du séjour à l'hôpital

Comme déjà mentionné, une partie des soins de deuxième ligne est de plus en plus transférée vers la première ligne. La tendance à la réduction des séjours à l'hôpital se poursuivra à l'avenir. Cet élément se situe à la fois au niveau des soins offerts (rapport coût-efficacité des soins) et au niveau de la demande de soins (patients qui souhaitent des séjours hospitaliers plus courts). En conséquence, plus de demandes de soins arriveront vers le médecin généraliste, et aussi le médecin généraliste devra exercer une plus grande fonction de coordination pour organiser les soins autour du patient (à la fois avec d'autres médecins-spécialistes et avec d'autres professionnels de santé). L'impact sera grand, car il nécessite de nouvelles compétences, de nouveaux accords et modèles de coopération entre les soins primaires et l'hôpital, l'échange d'informations, etc.



## **Prévention et soins auto-administrés/autonomie des patients**

Un accent accru de la prévention et une responsabilisation accrue des patients contribuent à ce que les patients deviennent plus autonomes et veulent être davantage impliqués dans leur processus de traitement. Cela aura un impact majeur sur les besoins en soins de santé. Cela nécessite des connaissances et des compétences suffisantes de la part du médecin généraliste pour y faire face de manière adéquate.

## **Inégalités sociales et accès aux soins**

Les inégalités sociales et les difficultés rencontrées par certains groupes de patients en ce qui concerne l'accès aux soins entraînent une charge de travail accrue pour le médecin généraliste. Cela est aussi valable pour la diversité croissante de la population de patients. Ces éléments devraient également avoir un impact majeur sur les besoins en soins de médecine générale.

## **Soins de santé mentale**

L'importance accrue des soins de santé mentale augmentera la demande de soins. Le médecin généraliste reste un premier point de contact important pour les patients souffrant de problèmes mentaux et collabore de plus en plus avec l'offre de soins psychologiques.

## **Vieillesse de la population**

Le vieillissement de la population entraînera une augmentation de la demande totale de soins en Belgique. Toutefois, ce facteur est déjà intégré dans le modèle utilisé. Ainsi, le modèle de projection utilise des données démographiques, selon l'âge et le sexe, pour pondérer la population et tenir compte de ce vieillissement dans l'estimation des besoins en soins.

## **Maintien des patients à domicile et coordination par un médecin généraliste**

La tendance à soigner les patients dans leur propre environnement familial aussi longtemps que possible se poursuivra. Encore une fois, cela signifie que plus de demande de soins aboutissent auprès du médecin généraliste et que le médecin généraliste devra exercer davantage encore une fonction de coordination.

## **Plus longue espérance de vie en bonne santé**

Certains facteurs précédemment mentionnés entraîneront une plus longue espérance de vie en bonne santé, notamment suite au renforcement des mesures de prévention, à l'allongement des carrières professionnelles, etc. L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé devrait avoir un impact moyen sur la demande en soins de santé.

## **Échelonnement (DMG) - référence à la deuxième ligne de soins**

L'extension de l'utilisation du Dossier Médical Global (DMG) à l'ensemble de la population belge conduira à une utilisation plus échelonnée des soins de santé : le patient s'adresse d'abord aux soins primaires et, si nécessaire, le médecin généraliste l'oriente vers la deuxième ligne. Cela augmentera le nombre de demandes de soins en médecine générale et nécessitera plus de coordination.

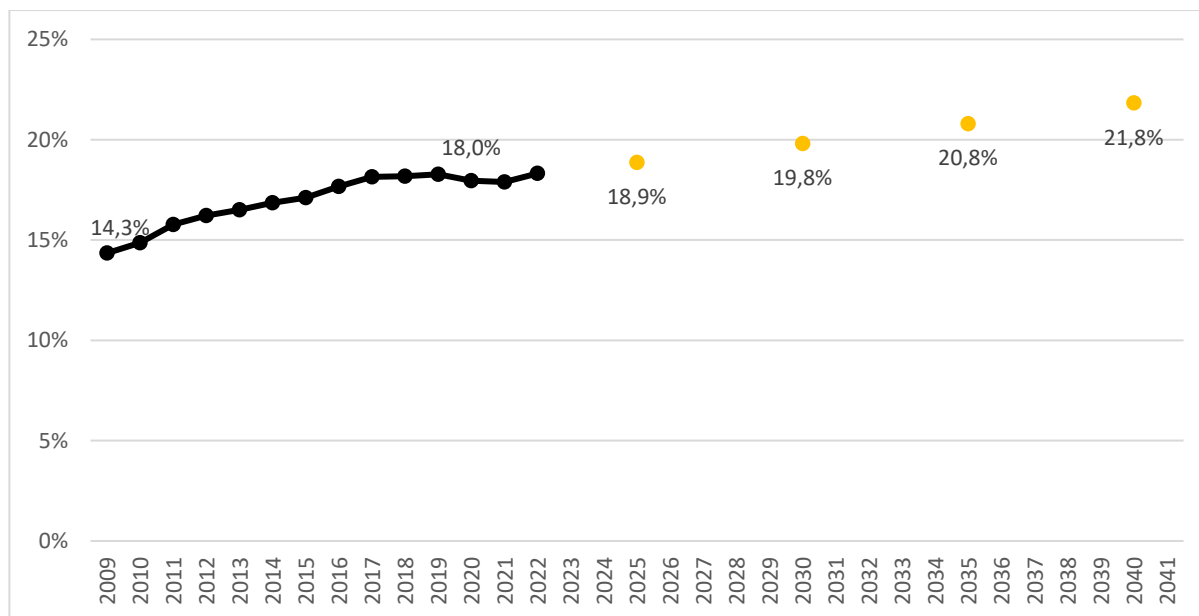
## b. Adaptation apportée au taux de consommation

Sur base de tous ces facteurs, le groupe de travail Médecins a décidé d'appliquer une augmentation linéaire de la consommation de soins d'ici 2041 de la façon suivante :

- La consommation de soins pour le groupe d'âge 0-14 ans reste stable.
- La consommation de soins pour le groupe d'âge 15-74 ans augmente de 5 %.
- La consommation de soins pour le groupe d'âge 75 ans et plus augmente de 10 %.

Un ajustement supplémentaire a été appliqué simulant l'augmentation de 1% par an du pourcentage d'assurés bénéficiant de l'intervention majorée (BIM), indicateur de vulnérabilité économique et sociale (points jaunes dans la figure 27).

Figure 26. Évolution du pourcentage d'assurés bénéficiant de l'intervention majorée et projections (2009-2041)



L'adaptation finale du taux de consommation pour approcher les besoins en soins de la population est décrit dans le tableau 6.

Tableau 6. Adaptation apportée au taux de consommation par catégorie d'âge, sexe et communauté

Com.	Sexe	<5	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
FR	F	+1,6%	+2,8%	+2,5%	+8,1%	+8,6%	+7,0%	+7,0%	+7,4%	+8,0%	+8,6%	+8,3%	+7,7%	+8,7%	+9,1%	+8,3%	+14,1%	+13,5%	+13,4%	+13,0%	+14,0%
	H	+1,7%	+2,9%	+3,0%	+7,9%	+8,3%	+7,4%	+7,0%	+7,6%	+7,4%	+8,2%	+8,4%	+7,9%	+8,8%	+8,5%	+7,5%	+13,0%	+13,3%	+13,3%	+11,3%	+11,6%
NL	F	+0,3%	+0,9%	+1,5%	+7,0%	+6,3%	+5,8%	+6,2%	+6,6%	+7,0%	+7,4%	+7,1%	+7,4%	+7,6%	+7,8%	+7,9%	+14,1%	+14,5%	+15,4%	+14,8%	+13,9%
	H	+0,5%	+1,1%	+1,4%	+7,0%	+6,8%	+6,3%	+6,1%	+6,4%	+6,7%	+7,0%	+6,9%	+6,9%	+7,0%	+7,0%	+7,4%	+12,8%	+13,1%	+13,9%	+14,2%	+13,2%

## 3.2. Autres spécialités médicales contingentées

### 3.2.1. Taux d'activité

L'évolution sociétale vers un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée a été appliquée dès 2026 tant pour les hommes que pour les femmes, pour tous les âges à l'exception des plus de 50 ans au jour d'aujourd'hui, selon l'algorithme suivant :

- ETP moyen < 0,7 : pas de diminution
- ETP moyen entre 0,7 et 1,5 : -13%
- ETP moyen > 1,5 : - 0,2 ETP

Cela correspond à une réduction d'un demi-jour de travail par semaine pour les personnes qui prestent 1 ETP. Les cohortes de médecins actuellement âgés de 50 ans et plus garderont les moyennes actuellement observées lorsqu'ils changeront de groupe d'âge. Cette méthode tient compte des différences d'ETP qui existent déjà entre sexes, catégories d'âge, nationalités et communautés.

### 3.2.2. Besoins en soins

L'adaptation du taux de consommation des soins est identique aux choix réalisés lors des scénarios alternatifs précédents pour 10 des 12 spécialités médicales considérées comme des spécialités « sensibles » en raison des déséquilibres existants. Le tableau 7 présente le récapitulatif de ces adaptations.

**Tableau 7. Adaptations apportées au taux de consommation par catégorie d'âge, sexe et communauté pour toutes les spécialités médicales hormis la médecine générale**

	Taux de consommation des soins	
	Adaptation demande en soins	Pas d'adaptation des données historiques
Pédiatrie		X
Gériatrie	+30% - FR/NL – catégories d'âge 75+ – rapide '21-'41	
Ophthalmologie		X
Otorhinolaryngologie		X
Dermato-vénérologie		X
Médecine d'urgence et aiguë		X
Médecine interne	+20% - FR/NL – catégories d'âge 15+ – rapide '21-'41	
Cardiologie		X
Gastro-entérologie		X
Pneumologie		X
Rhumatologie	+20% - FR/NL – toutes les catégories d'âge – rapide '21-'41	
Médecine physique et réadaptation	+10% - FR/NL – toutes les catégories d'âge – graduellement '21-'41	
Oncologie médicale	+20% - FR/NL – catégories d'âge 45+ – graduellement '21-'41	
Radiothérapie-oncologie	+10% - FR/NL – catégories d'âge 50+ – rapide '21-'41	
Anesthésie-réanimation		X
Chirurgie		X
Chirurgie plastique		X
Neurochirurgie		X
Stomatologie		X
Chirurgie orthopédique	Pas d'augmentation	
Gynécologie-obstétrique	Pas d'augmentation	
Urologie		X
Anatomie pathologique	+20% - FR/NL – Toutes les catégories d'âge – graduellement '21-'41	
Biologie clinique	+20% - FR/NL – Toutes les catégories d'âge – graduellement '21-'41	
Radiodiagnostic	+5% - FR/NL – catégories d'âge 50+ – graduellement '21-'41	
Médecine nucléaire		X
Psychiatrie infanto-juvénile		X
Psychiatrie adulte	FR/NL – catégories d'âge 18-25 : 50% / autres : 20% – rapide '21-'41	
Neurologie		X

### 3.3. Résultats des évolutions projetées

**RÉSULTATS :** Évolution du nombre de médecins actifs, du nombre d'ETP et de la densité pondérée ETP dans le secteur des soins de santé

#### DESCRIPTION :

Les tableaux de synthèse ci-dessous montrent l'évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour chaque communauté, ceci pour l'année 2021 avec des projections jusqu'en 2041.

Les hypothèses définies pour chaque paramètre du modèle conduisent aux résultats suivants, divisés en trois colonnes principales :

- **Actif Santé - nombre** : L'évolution du nombre de médecins actifs dans les soins de santé (Practising), par spécialité et par communauté entre 2021 et 2041.
- **ETP Santé - nombre** : L'évolution du nombre d'équivalents temps plein (ETP) effectués par les médecins actifs dans les soins de santé (Practising), par spécialité et par communauté entre 2021 et 2041.
- **ETP Santé - densité pondérée** : L'évolution du nombre d'équivalents temps plein (ETP) réalisés par les médecins actifs dans les soins de santé (Practising) pour 10.000 habitants ajustés à leurs besoins en soins, par spécialité et par communauté entre 2021 et 2041.

#### DIRECTIVES D'INTERPRÉTATION :

Des codes de couleur sont appliqués pour mettre en évidence l'évolution en pourcentage entre 2021 et 2041. La gradation des tons de couleur donne la direction et la grandeur du changement. Attention : ils ne fournissent pas une évaluation de la situation actuelle, ni ne préjugent de l'opportunité des évolutions projetées. Les codes de couleurs correspondent aux intervalles suivants :

>-120%	-120%>-80%	-80%>-40%	-40%>-20%	-20%>0%	0%<20%	20%<40%	40%<80%	80%<120%	>120%
--------	------------	-----------	-----------	---------	--------	---------	---------	----------	-------

Tableau 8. Tableau de synthèse : évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour la Communauté flamande de 2021 à 2041

Spécialité	Communauté flamande											
	Actif Santé - nombre				ETP Santé - nombre				ETP Santé - densité pondérée			
	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41
Médecine générale	7.244	9.971	37,64		7.454	9.091	21,95		10,88	10,38	-4,66	
Pédiatrie	690	1.052	52,52		789	1.060	34,38		1,15	1,46	26,85	
Gériatrie	202	330	63,23		232	348	49,96		0,34	0,25	-27,62	
Ophtalmologie	562	775	37,91		641	802	25,12		0,94	0,92	-2,00	
Otorhinolaryngologie	308	476	54,71		347	434	25,04		0,51	0,57	13,21	
Dermato-vénéréologie	367	467	27,14		448	483	7,83		0,65	0,63	-3,66	
Médecine d'urgence et aiguë	260	1.021	292,61		290	1.030	254,76		0,42	1,29	203,10	
Médecine interne	599	1.576	163,06		833	1.668	100,30		1,22	1,60	31,87	
Cardiologie	530	649	22,47		647	617	-4,61		0,95	0,72	-24,13	
Gastro-entérologie	383	551	43,97		401	485	20,76		0,59	0,61	4,50	
Pneumologie	292	413	41,46		307	369	20,24		0,45	0,47	5,14	
Rhumatologie	108	167	54,78		114	146	28,19		0,17	0,16	-4,07	



Tableau 8. Tableau de synthèse : évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour la Communauté flamande de 2021 à 2041

Spécialité	Communauté flamande											
	Actif Santé - nombre				ETP Santé - nombre				ETP Santé - densité pondérée			
	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41
Médecine physique et réadaptation	297	423	42,55		317	410	29,15		0,46	0,45	-2,96	
Oncologie médicale	134	205	52,87		145	202	38,86		0,21	0,21	-2,96	
Radiothérapie-oncologie	123	165	34,06		133	163	22,39		0,19	0,18	-6,38	
Anesthésie-réanimation	1.212	1.479	22,01		1.527	1.656	8,42		2,23	2,07	-7,31	
Chirurgie	670	824	23,01		760	781	2,85		1,11	0,96	-13,54	
Chirurgie plastique	115	217	88,47		110	178	61,94		0,16	0,23	42,62	
Neurochirurgie	114	167	46,45		136	163	19,87		0,20	0,21	8,03	
Stomatologie	186	290	56,14		195	265	35,66		0,29	0,36	24,88	
Chirurgie orthopédique	564	775	37,36		590	694	17,51		0,86	0,89	3,74	
Gynécologie-obstétrique	663	930	40,34		723	882	22,00		1,06	1,23	16,29	
Urologie	236	433	83,50		244	376	53,80		0,36	0,45	25,17	
Anatomie pathologique	182	277	52,18		185	247	33,25		0,27	0,26	-2,47	



Tableau 8. Tableau de synthèse : évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour la Communauté flamande de 2021 à 2041

Spécialité	Communauté flamande											
	Actif Santé - nombre				ETP Santé - nombre				ETP Santé - densité pondérée			
	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41
Biologie clinique	217	230	6,15		305	276	-9,57		0,44	0,28	-36,37	
Radiodiagnostic	786	957	21,79		817	894	9,44		1,19	1,10	-7,95	
Médecine nucléaire	110	127	15,52		126	122	-3,28		0,18	0,15	-19,00	
Psychiatrie- particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile	244	421	72,61		237	358	51,29		0,35	0,51	47,60	
Psychiatrie- particulièrement en psychiatrie adulte	688	947	37,65		864	1.073	24,18		1,26	1,22	-3,08	
Neurologie	325	611	88,12		374	588	57,04		0,55	0,72	31,60	



Tableau 9. Tableau de synthèse : évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour la Communauté française de 2021 à 2041

Spécialité	Communauté française											
	Actif Santé - nombre				ETP Santé - nombre				ETP Santé - densité pondérée			
	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41
Médecine générale	5.310	6.297	18,60		4.327	4.467	3,24		9,30	7,71	-17,07	
Pédiatrie	811	1.035	27,57		743	854	14,94		1,60	1,85	15,83	
Gériatrie	150	330	119,77		127	258	103,30		0,27	0,27	-0,33	
Ophtalmologie	446	508	13,88		437	445	1,78		0,94	0,77	-18,22	
Otorhinolaryngologie	312	320	2,45		305	253	-17,02		0,66	0,51	-22,77	
Dermato-vénéréologie	336	335	-0,37		342	283	-17,27		0,74	0,56	-23,70	
Médecine d'urgence et aiguë	320	905	182,66		295	738	149,90		0,64	1,39	119,42	
Médecine interne	771	1.251	62,20		842	1.193	41,73		1,81	1,73	-4,73	
Cardiologie	569	546	-4,11		489	411	-16,02		1,05	0,72	-31,94	
Gastro-entérologie	336	325	-3,31		287	240	-16,36		0,62	0,45	-26,60	
Pneumologie	271	304	12,28		254	257	1,30		0,55	0,49	-10,95	
Rhumatologie	109	87	-19,77		107	68	-36,46		0,23	0,11	-52,86	





Tableau 9. Tableau de synthèse : évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour la Communauté française de 2021 à 2041

Spécialité	Communauté française											
	Actif Santé - nombre				ETP Santé - nombre				ETP Santé - densité pondérée			
	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41
Médecine physique et réadaptation	182	224	22,96		157	181	15,32		0,34	0,30	-11,46	
Oncologie médicale	157	222	41,12		134	166	23,92		0,29	0,25	-12,76	
Radiothérapie-oncologie	64	106	65,56		56	87	54,97		0,12	0,14	18,67	
Anesthésie-réanimation	946	1.133	19,72		863	925	7,19		1,86	1,72	-7,34	
Chirurgie	525	579	10,36		476	460	-3,34		1,02	0,85	-16,75	
Chirurgie plastique	111	127	14,27		105	105	-0,60		0,23	0,21	-9,24	
Neurochirurgie	77	111	43,91		66	81	22,53		0,14	0,15	7,20	
Stomatologie	107	113	5,80		72	74	2,73		0,16	0,16	0,67	
Chirurgie orthopédique	385	478	24,14		292	334	14,03		0,63	0,64	2,02	
Gynécologie-obstétrique	730	795	8,88		571	539	-5,65		1,23	1,15	-6,64	
Urologie	154	217	41,16		123	158	28,76		0,26	0,28	5,86	
Anatomie pathologique	129	139	7,70		121	120	-1,48		0,26	0,19	-26,32	



Tableau 9. Tableau de synthèse : évolution de la force de travail des médecins par spécialité pour la Communauté française de 2021 à 2041

Spécialité	Communauté française											
	Actif Santé - nombre				ETP Santé - nombre				ETP Santé - densité pondérée			
	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41	'21	'41	% '21-'41	% évol. '21-'41
Biologie clinique	141	87	-38,45		189	93	-51,02		0,41	0,15	-64,41	
Radiodiagnostic	690	595	-13,78		622	479	-22,92		1,34	0,88	-34,50	
Médecine nucléaire	120	96	-20,16		109	80	-26,93		0,23	0,15	-37,87	
Psychiatrie- particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile	125	274	119,44		107	213	99,42		0,23	0,50	116,21	
Psychiatrie- particulièrement en psychiatrie adulte	752	663	-11,87		740	549	-25,82		1,59	0,95	-40,68	
Neurologie	291	379	30,11		257	284	10,48		0,55	0,53	-4,23	



# PARTIE 4 : COMPARAISON INTERNATIONALE

## 1. COMPARAISON INTERNATIONALE DE L'OFFRE EN MÉDECINS

### 1.1. Introduction

Tous les pays européens sont actuellement confrontés à de graves problèmes de personnel dans les soins de santé (Health Care Workforce - HCWF). Le développement d'une base de données HCWF et d'un système de planification de la force de travail alignés et fiables constitue un défi majeur pour la plupart des membres de l'OMS.

L'absence de données standardisées sur des indicateurs tels que les « médecins en formation », les « postes vacants », les « équivalents temps plein » et les « abandons » dans de nombreux pays rend difficile les comparaisons concernant l'offre future de médecins (et certainement au niveau du taux d'activité). La planification de la force de travail des professionnels de la santé requiert en outre une compréhension des besoins en soins de santé d'une population, de son profil démographique, de sa répartition géographique et de la demande de soins de santé. La plupart des pays ne disposent pas de données standardisées, ce qui rend difficile toute comparaison concernant les besoins en soins futurs.

Une comparaison internationale de l'offre de médecins est toutefois possible pour la mesure de « densité de médecins ». C'est l'indicateur le plus utilisé et le plus disponible ; il indique le nombre de médecins « actifs » par rapport à la population - généralement pour 10.000 habitants. Plusieurs organisations, telles que l'OCDE et l'OMS, ont élaboré des critères de référence pour suivre la densité de médecins. Il est cependant difficile de comparer des pays entre eux (Maier, et al., 2018), étant donné que le rôle des médecins spécialistes est exercé différemment, que l'organisation de la médecine générale est différente, que l'accès est réglementé différemment, que la complexité géographique peut différer, que la structure de la population diffère, etc.

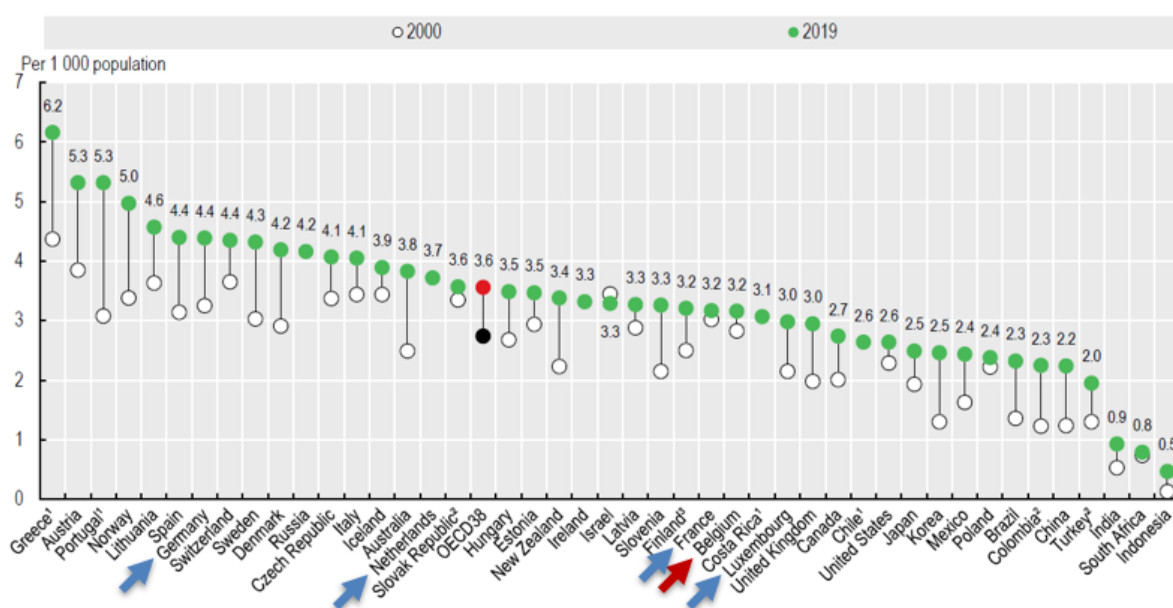
La densité de médecins ne tient pas compte non plus du taux d'activité (ETP), ni de la variation des performances selon les pays (champ d'application de la profession). Outre ces différences fondamentales, il y a également des lacunes au niveau des rapports : « Licensed to Practice (LTP) », « Professionally active (PA) » et « Practising (PR) » sont souvent utilisés à tort de manière interchangeable, ce qui rend les comparaisons exactes difficiles.

## 1.2. Résultats de la comparaison internationale de l'offre en médecins

Une comparaison internationale de l'offre de médecins peut donc être effectuée sur la base d'une exploration du nombre de médecins en fonction de caractéristiques et de la densité de médecins, tout en tenant compte des contraintes associées.

La figure 27 montre l'évolution du nombre de médecins actifs (Practising) pour 1.000 habitants, entre autres pour la Belgique et ses pays voisins, entre 2000 et 2019 (source : OCDE). Le nombre de médecins pour 1.000 habitants a très légèrement augmenté en Belgique (environ 3,2 en 2019) et est égal à la densité en France (3,2). La densité en Belgique est cependant légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE qui est de 3,6 et aux densités aux Pays-Bas (3,7) et en Allemagne (4,4).

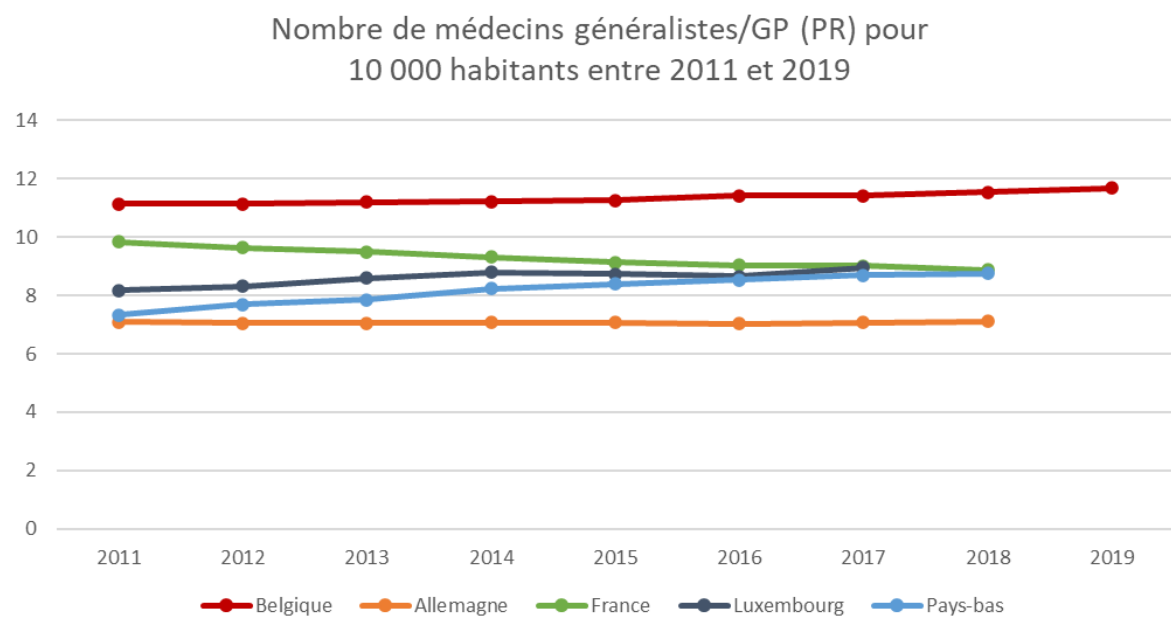
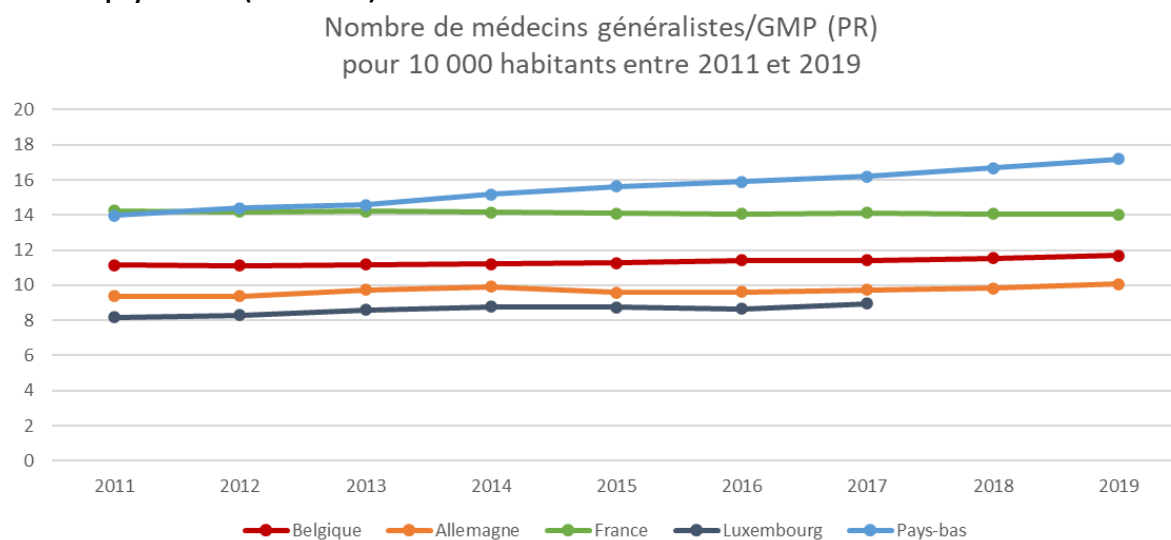
Figure 27. Nombre de médecins actifs dans les soins de santé pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2019



Outre le nombre total de médecins, nous disposons aussi de chiffres spécifiques aux médecins généralistes, d'une part, et aux médecins spécialistes, d'autre part. La figure 28 montre l'évolution de la densité de médecins généralistes actifs dans les soins de santé pour 10.000 habitants, entre 2011 et 2019. Toutefois, l'OCDE définit des notions spécifiques qui permettent aux pays de communiquer leurs chiffres. Les « Generalist medical practitioners » (GMP) comprennent, outre les médecins généralistes classiques tels que nous les connaissons en Belgique, des médecins (non spécialistes) qui exercent par exemple comme médecins généralistes dans un hôpital. Les « Generalist practitioners » (GP) comprennent uniquement les médecins généralistes tels que nous les connaissons. Notez que les chiffres pour ces deux dénominations sont identiques pour la Belgique puisque seule la définition classique des médecins généralistes s'applique.

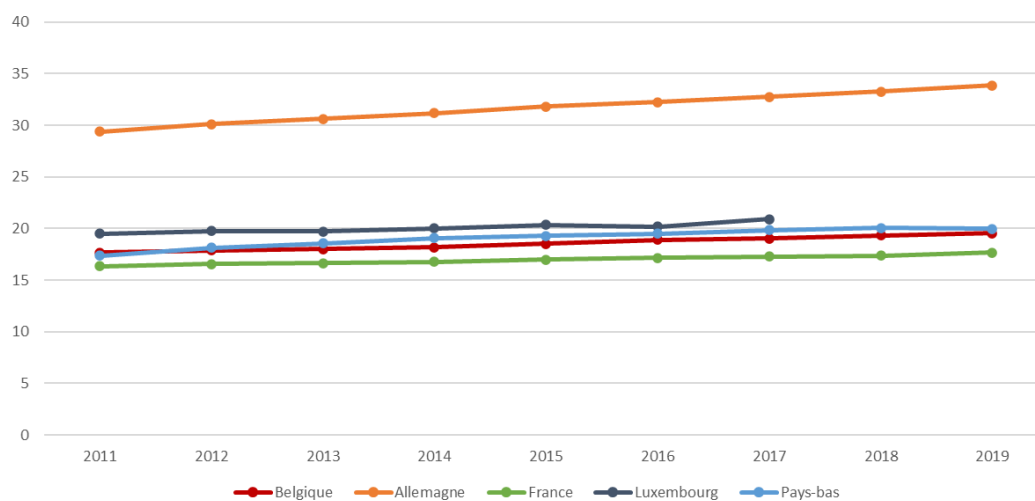
Aux Pays-Bas, en France et en Allemagne, un grand nombre de médecins font partie des GMP mais pas des GP. Toutefois, si nous considérons uniquement les médecins généralistes dans leur définition étroite de GP, nous constatons que la densité de médecins généralistes en Belgique est supérieure à celle de nos pays voisins et qu'elle reste relativement stable dans le temps : 11,7 médecins généralistes pour 10.000 habitants en 2019 (courbe rouge dans la figure 28).

**Figure 28. Évolution du nombre de médecins généralistes (GMP et GP) pour 10.000 habitants en Belgique et dans les pays voisins (2011-2019)**



Outre l'évolution du nombre de médecins généralistes actifs dans les soins de santé pour 10.000 habitants, l'évolution du nombre de médecins spécialistes actifs dans les soins de santé pour 10.000 habitants entre 2011 et 2019 a également été rapportée (voir la figure 29). Force est de constater que la densité de médecins spécialistes en Belgique augmente légèrement, jusqu'à 19,5 en 2019, un chiffre proche des densités observées dans les pays voisins, à l'exception de l'Allemagne qui est nettement supérieure à celle des autres pays.

**Figure 29. Évolution du nombre de médecins spécialistes pour 10.000 habitants en Belgique et dans les pays voisins (2011-2019)**



D'autres chiffres comparatifs sont également disponibles comme certaines caractéristiques de la population active (telles que l'âge et le sexe) et l'offre du personnel infirmier.

Le tableau 9 donne un aperçu de la comparaison réalisée selon le champ d'intérêt ou le paramètre considéré. LTP signifie « Licensed to Practice » et présente les chiffres liés au flux entrant de médecins autorisés à exercer la profession. PR ou « practising » fournit des informations pour chaque paramètre disponible sur les médecins considérés comme étant actifs dans les soins de santé (âge, sexe, ratio nombre d'infirmiers par médecin, offre de soins dont la densité de médecins pour 10.000 habitants).

Outre la moyenne de l'OCDE ou de l'OMS, les chiffres de la Belgique et des pays voisins sont indiqués. Le code couleur indique si la valeur est plus élevée (graduation de verts) ou plus faible (graduation de rouges) comparé à la Belgique. L'année à laquelle se rapportent les chiffres communiqués est indiquée ainsi que la source consultée. Enfin, une brève explication est donnée sur les principaux résultats par paramètre.

Tableau 10. Tableau récapitulatif de la comparaison internationale de l'offre de médecins

			OCDE / OMS	Belgique	Allemagne	France	Luxembourg	Pays-bas	Année	Source	Explication	
LTP	Influx	Densité de médecins diplômés*	1,5	2	1	1	-	2	2020	OMS	La Belgique est relativement proche de la moyenne de l'OMS et de l'OCDE	
		% médecins formés à l'étranger	18	13	14	10	-	4	2019	OCDE		
PR	Âge	% jeunes médecins (<35 ans)	-	12	20	16	5	31	2020	EUROSTAT	Il y a relativement peu de jeunes médecins (<35 ans) et beaucoup de plus de 65 ans en Belgique par rapport aux pays voisins	
		% 55+	34	44	45	44	43	24	2020	OCDE & OMS		
		% 65+	-	20	7	15	12	6	2020	EUROSTAT		
	Sexe	% femmes		49	46	48	47	36	57	2020	OCDE & EUROSTAT	Malgré une tendance à la hausse, le pourcentage actuel de femmes en Belgique est légèrement inférieur à la moyenne de l'OCDE
	INF vs. méd.	Ratio infirmiers / médecin	2,6	3,5	3,2	3,3	3,9	2,9	2019	OCDE & OMS	Le ratio infirmiers/médecins a légèrement augmenté en Belgique entre 2004 et 2020	
	Offre	Densité médecins*		36	32,1	44,7	31,8	29,8	38,3	2020	OCDE & OMS	La densité de médecins a légèrement augmenté en Belgique entre 2000 et 2020
			Densité méd. généralistes - GMP (GP+autres)*	-	11,7	10,1	14,0	9,0	17,2	2019	EUROSTAT	La densité des médecins généralistes est restée relativement stable en Belgique entre 2011 et 2019
			Densité méd. généralistes - GP*	-	11,7	7,1	8,9	9,0	8,8	2019	EUROSTAT	
			Densité médecins spécialistes*	-	19,5	33,9	17,7	20,9	20,0	2019	EUROSTAT	La densité de médecins-spécialistes a légèrement augmenté en Belgique entre 2011 et 2019
Demande	Nombre de consultations par médecin et par an		-	7,3	9,8	5,9	5,5	8,8	2019	EUROSTAT	Le nombre de consultations par médecin a très légèrement augmenté en Belgique entre 2011 et 2019	

\* Les densités sont toujours exprimées pour 10 000 habitants dans le pays/groupe de pays concerné.



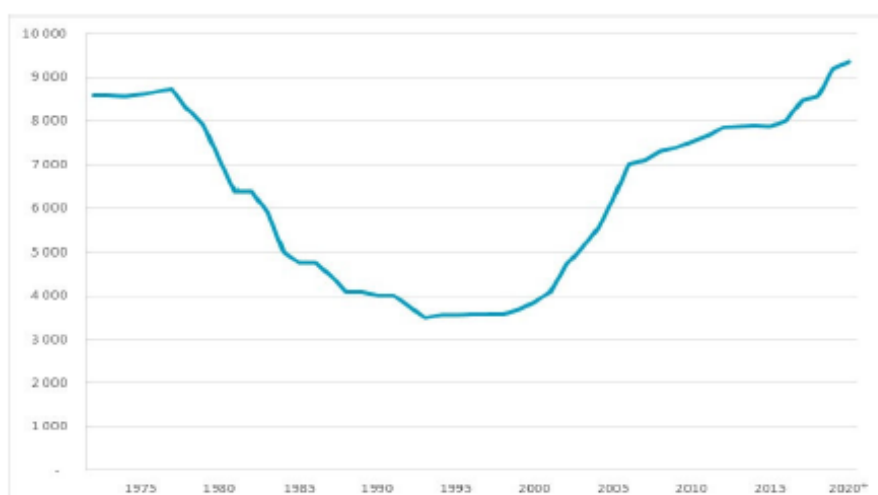
## 2. PLANIFICATION DE LA FORCE DE TRAVAIL MÉDECINS EN FRANCE

La cellule planification a été en contact avec le sous-directeur de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en charge de l'observation de la santé et de l'assurance maladie, Mr Benoît Ourliac.

### 2.1. Éléments de contexte pour la France

- Parcours de soins coordonnés : le patient se tourne vers le médecin généraliste (médecin traitant) en premier lieu pour aller ensuite vers les médecins spécialisés (exceptions : ophtalmologue, pédiatre, gynécologue et dermatologue). Il est possible d'accéder directement aux spécialistes mais le taux de remboursement des prestations est plus faible.
- Régulation du nombre de médecins diplômés : la régulation est gérée par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) via :
  - o Un concours après la première année d'études ;
  - o La répartition du nombre de places par spécialité après la cinquième année d'études, pour chaque région. Des comités régionaux émettent des propositions à l'ONDPS.

Figure 30. Numerus clausus pour la France depuis 1972



Source : Rapport DREES Mars 2021 - [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques](#)

- Problématique de la démographie des médecins généralistes : des générations nombreuses de médecins généralistes partent à la retraite, sans être totalement remplacées et les générations nombreuses du baby-boom arrivent à un âge de forte croissance de la consommation de soins de médecine générale.
- Densité de médecins :
  - o 140 médecins généralistes (incluant les non-spécialistes) pour 100.000 habitants en 2021 et 89 médecins généralistes (sans les non-spécialistes) pour 100.000 habitants en 2018 (d'après les données OCDE). Belgique pour 2019 : 117 médecins généralistes / 100.000 habitants.
  - o 178 médecins spécialistes pour 100.000 habitants en 2021. Belgique pour 2016 : 175 médecins spécialistes INAMI / 100.000 habitants.



## 2.2. Niveau d'activité ou équivalent temps plein

Le niveau d'activité est utilisé pour le calcul de l'indicateur « accessibilité potentielle localisée » (APL) :

- Médecins généralistes : pas d'ETP calculé, basé sur le nombre d'actes (consultations et visites).  
Même chose pour les salariés. Centres de santé : consultations totales. Pas de forfait.

**Tableau 11. Numerus clausus pour la France depuis 1972**

Nombre de consultations et visites effectuées dans l'année d'après les données du SNIIR-AM	Nombre de consultations et visites comptabilisées dans l'indicateur
Moins de 250	0
Entre 251 et 3 600	3.600
Entre 3 601 et 6 000	Nombre de consultations et visites effectués dans l'année d'après les données du SNIIR-AM
Plus de 6 000	6.000

Exceptions : pour les cabinets ouverts dans l'année, une offre de 5 400 consultations ou visites est imputée ; pour les centres de santé, la borne maximale de 6 000 consultations ou visites n'est pas appliquée.

Source : [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530\\_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/)

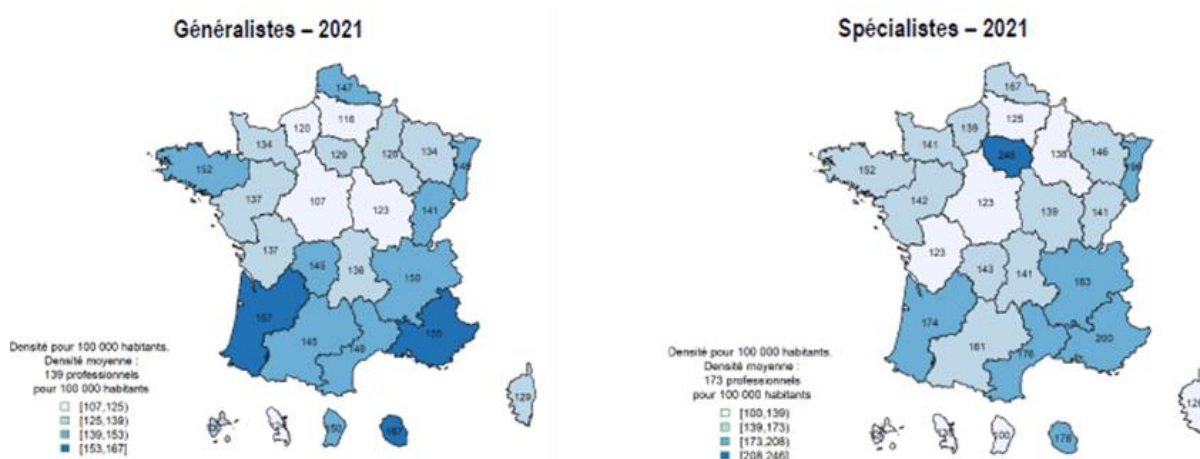
- Autres professions : 1 ETP = activité médiane avec seuils minimal et maximal.

## 2.3. Répartition territoriale

Des inégalités entre régions existent en France :

- Les régions du sud de la France restent relativement les mieux pourvues ;
- La région Centre : densité standardisée de médecins généralistes la plus faible de France, constat étendu à la plupart des régions limitrophes à l'Île-de-France ;
- Île-de-France : profil assez atypique avec densité standardisée en MG  $\approx$  moyenne nationale et celle de médecins d'autres spécialités très supérieure à la moyenne nationale.

**Figure 31. Densités régionales standardisées de médecins selon la spécialité en 2021 en France**



Source : Rapport DREES Mars 2021 - [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques](#)

## 2.4. Identification de zones sous-dotées en médecins généralistes

À partir de 2017, l'État et les agences régionales de santé (ARS) identifient des zones sous-dotées sur base du niveau d'accessibilité potentielle localisée (APL, déterminé au niveau national) au médecin généraliste et en tenant compte des caractéristiques du territoire (par exemple : la part de la population en affection de longue durée, la proportion de médecins exerçant en secteur 1, le taux d'hospitalisations potentiellement évitables,...). Deux types de zones sont définies :

- **Zones d'intervention prioritaire (ZIP)** = territoires particulièrement en tension, caractérisés par une offre de soins insuffisante.
- **Zones d'action complémentaire (ZAC)** = territoires en tension mais à un niveau moins important que les ZIP

L'indicateur APL considère :

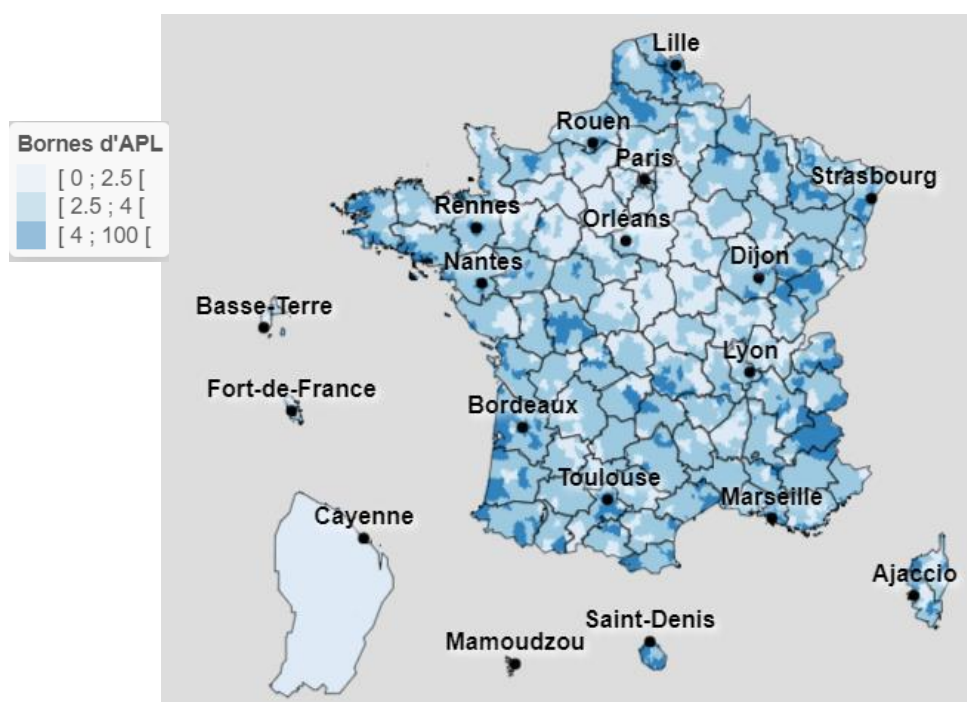
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées dans l'année ;
- le temps d'accès au praticien ;
- la consommation de soins par classe d'âge, utilisée pour standardiser la population afin de tenir compte des besoins différenciés en soins selon l'âge.

Il est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé (C./ an/ hab.).

Pour plus de détails, consultez l'[Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#).

**Figure 32. Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2021 en France**

Unité : nombre de consultations accessibles par an et par habitant



## 2.5. Incitations à l'installation des médecins généralistes dans les zones sous-dotées

Des incitations à l'installation pour les médecins généralistes dans les zones sous-dotées sont mises en place à différents niveaux : national, l'assurance maladie et les collectivités locales.

Dans le rapport de la DREES de décembre 2021 « [Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale](#) », quatre registres d'action sont mobilisés dans les expériences étrangères : la formation, les incitations financières, la régulation et le soutien professionnel et personnel.

En France, l'assurance maladie a mis en place 4 contrats ([Aides financières - Exercice libéral : Installation en zone sous-dotée | ameli.fr | Médecin](#)) :

- Le contrat d'**aide à l'installation des médecins** qui aide les médecins à faire face aux frais d'investissement liés au début de leur activité ;
- Le contrat de **stabilisation et de coordination des médecins** pour une prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire, la formation de futurs diplômés au sein des cabinets libéraux et la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité ;
- Le contrat de **transition** pour soutenir les médecins qui exercent dans les zones « sous-denses » et préparent leur cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet ;
- Le contrat de **solidarité territoriale médecin** qui octroie des bonifications d'honoraires pour les médecins non installés en zone sous-dotée pour apporter leur aide aux confrères.

### 3. PLANIFICATION DE LA FORCE DE TRAVAIL MÉDECINS AUX PAYS-BAS

La Cellule Planification a pris contact avec le responsable de programme du Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Institut néerlandais de recherche en soins de santé - Nivel), M. Ronald Batenburg. Depuis sa création, le Nivel suit le nombre de médecins généralistes et les pratiques de la médecine générale aux Pays-Bas. Ce registre recense le nombre de médecins généralistes et de pratiques, mais il regroupe également les différents types de liens que les médecins généralistes ont dans leur travail, leur répartition par âge et par sexe, ainsi que le type de pratiques. Les enregistrements dans ce registre ont lieu aux niveaux national et régional.

Le **Nivel** distingue **4 catégories de base** pour décrire la situation de travail des médecins généralistes enregistrés :

- Médecin généraliste établi comme indépendant : médecin généraliste ayant des patients à son nom (ou au nom de l'association).
- HIDHA : médecin généraliste employé par un médecin généraliste indépendant pendant au moins six mois.
- Médecin remplaçant permanent : médecin généraliste qui n'est pas établi comme médecin indépendant ou HIDHA et qui remplace un médecin généraliste dans une ou plusieurs pratiques fixes (soir/nuit/week-end et/ou heures de bureau).
- Médecin remplaçant en alternance : médecin généraliste qui n'est pas établi comme médecin indépendant ou HIDHA et qui remplace un médecin généraliste dans une ou plusieurs pratiques variables.

Les trois premières catégories sont comptabilisées collectivement comme « médecins généralistes établis de façon régulière ».

Outre le Nivel, les Pays-Bas disposent également d'un « **Capaciteitsorgaan** » qui examine la capacité nécessaire de professionnels de la santé dans le futur et qui soumet au secteur de la santé et au gouvernement le flux entrant requis dans les formations. Tous les trois ans, le « Capaciteitsorgaan » procède à une estimation nationale du flux entrant nécessaire dans les différentes formations des spécialités médicales et du nombre de médecins nécessaires. Il est composé d'un bureau et de plusieurs chambres et groupes de travail. Le bureau collecte toutes les données, effectue des recherches et sous-traite des études à des tiers (Nivel, Prismant, Regioplan, etc.). Les chambres et les groupes de travail prennent les décisions finales et sont composés de représentants des instituts de formation, des assureurs soins de santé et des associations scientifiques (professionnels qui pratiquent).

#### 3.1. Éléments de contexte pour les Pays-Bas

- Trajet de soins coordonné : le patient s'adresse d'abord à son médecin généraliste qui, si nécessaire, rédige une lettre de renvoi vers des soins médicaux spécialisés. Il est possible de contacter directement les soins de deuxième ligne, mais le remboursement (partiel) de ces soins dépend de l'assurance personnelle du patient.
- Régulation du nombre de médecins diplômés : le « Capaciteitsorgaan » conseille les responsables politiques sur le nombre optimal d'entrants dans les soins de santé. Un minimum et un maximum

sont proposés. De plus, les universités règlent elles-mêmes le nombre et les étudiants qui entament une formation médicale :

- Un diplôme VWO (enseignement scientifique préparatoire) avec le profil adéquat et une moyenne de 8 ou plus,
- Une sélection décentralisée en médecine : les universités peuvent sélectionner elles-mêmes les étudiants les plus motivés. Toutes les informations relatives à la sélection sont disponibles via ce lien : <https://decentralegeneeskunde.nl/decentrale-selectie-geneeskunde/>.
- Un recrutement ciblé en médecine visant à former des chercheurs scientifiques.

- Évolutions actuelles :

- Augmentation substantielle du nombre de médecins généralistes : le nombre de médecins généralistes actifs augmente chaque année de 2 %. Sur la période 2000-2021, cela représente une augmentation de 56 %.
- Vieillesse et féminisation : en 2012, 45 % des médecins généralistes étaient des femmes et en 2022, ce chiffre s'élevait à 60,6 %. Cette évolution est due à deux tendances : d'une part, davantage d'hommes que de femmes ont atteint l'âge légal de la pension et ont quitté le groupe professionnel et, d'autre part, davantage de femmes que d'hommes ont rejoint le groupe professionnel depuis les filières de formation.
- Davantage de médecins généralistes salariés ou remplaçants de médecins généralistes indépendants : en 2000, 6 % des médecins généralistes étaient salariés, contre 28 % en 2021. La proportion de médecins généralistes établis comme indépendants a diminué.
- Diminution du nombre de pratiques de médecine générale couplée avec une officine pharmaceutique : de 484 en 2005 à 344 en 2017.
- Les soins de médecine générale sont soumis à une pression croissante. Les pénuries rencontrées augmentent, avec comme conséquence une charge de travail élevée et régulièrement des pratiques qui refusent de nouveaux patients.

- Densité de médecins :

- 6,7 médecins généralistes pour 10.000 habitants en 2022. 5,3 médecins généralistes pour 10.000 habitants en 2012.
- 20 spécialistes pour 10.000 habitants en 2021.

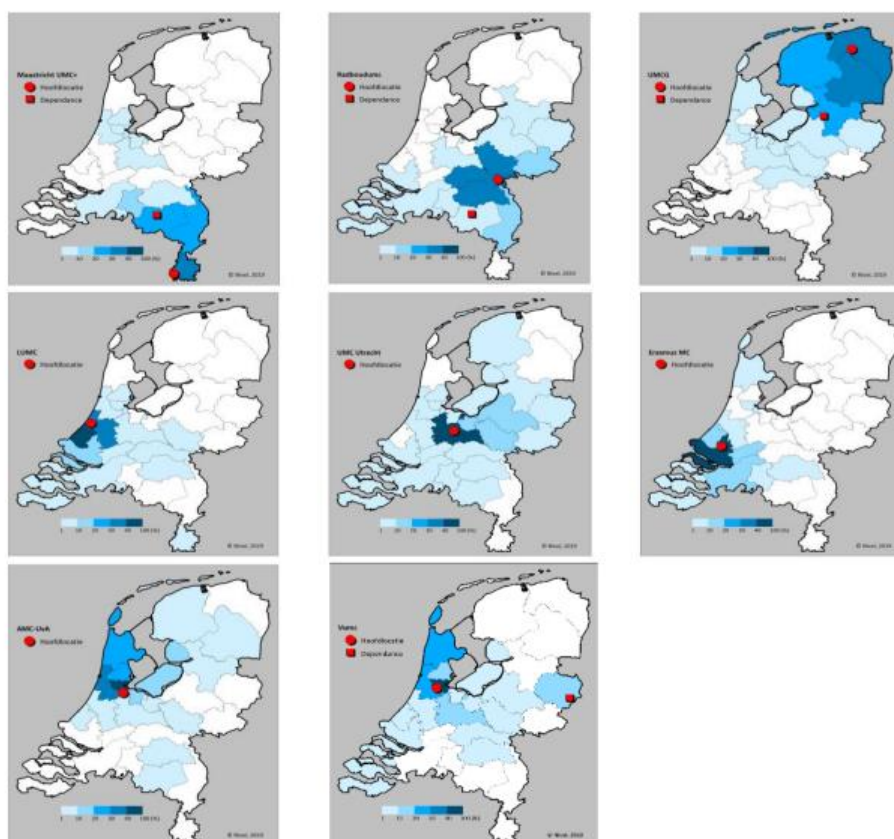
### 3.2. Niveau d'activité ou équivalent temps plein

Depuis 2018, la norme est de 2.095 patients par pratique de médecine générale. Une pratique de médecine générale emploie des médecins généralistes, des assistants médicaux, des infirmiers de pratique, des professionnels de support en soins de santé, etc. Un équivalent temps plein correspond à 5 jours de travail ou 59,3 heures (54 % de tâches directement liées aux patients ; 26 % de tâches indirectement liées aux patients ; 20 % de tâches non liées aux patients). Un médecin généraliste avec 4 jours de travail représente donc 0,8 ETP.

### 3.3. Répartition territoriale

Il existe des inégalités entre les régions aux Pays-Bas en termes d'offre en médecins généralistes. Le risque de pénuries futures est important surtout dans les régions situées en dehors de la Randstad (Conurbation regroupant les villes d'Amsterdam, Haarlem, La Haye, Leyde, Rotterdam). Les médecins récemment diplômés travaillent principalement dans la région où ils ont été formés. Ceci est clairement visible dans la figure 33. Plus la couleur bleue est foncée plus le pourcentage d'étudiants diplômés actifs est élevé. Le cercle rouge fait référence au lieu principal de la formation. Le carré rouge fait référence à une « dépendance », établissement sœur.

Figure 33. Pourcentage d'anciens étudiants actifs par région en 2019, par lieu de formation CHU

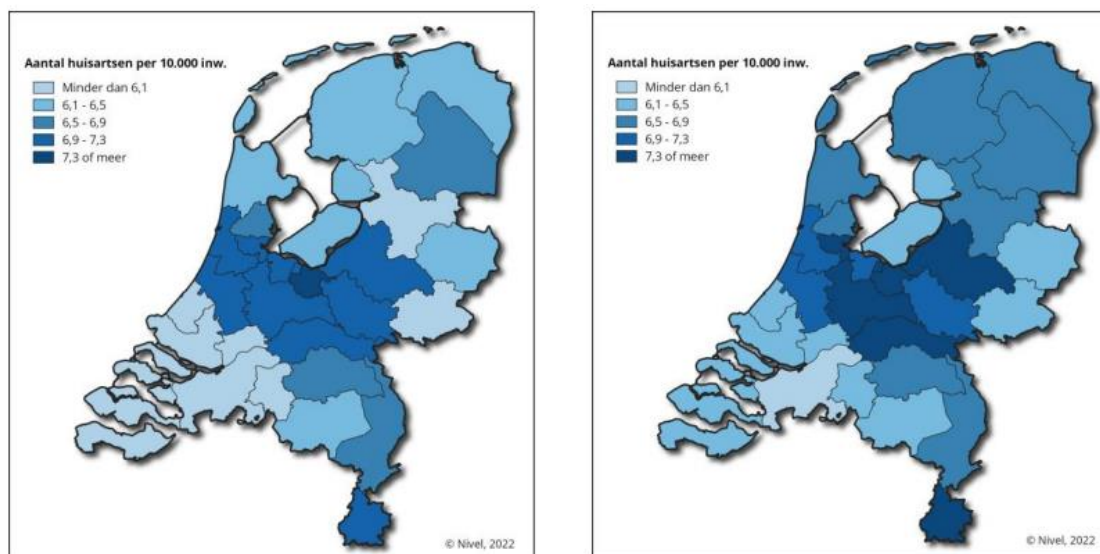


Source : Nivel, een nieuwe generatie huisartsen: goed gespreid (2020)

La figure ci-dessous montre la répartition régionale des médecins généralistes en fonction de la densité de médecins généralistes, pour les 28 régions de marché du travail « Regioplus » que compte les Pays-Bas. Ces régions englobent les groupements régionaux au sein desquels des employeurs développent une politique en matière de marché du travail dans le secteur des soins et du bien-être. Dans presque toutes les régions, la densité de médecins généralistes est restée la même ou a augmenté. Cela s'explique en grande partie par le fait que le nombre de médecins généralistes actifs augmente plus rapidement que le nombre d'habitants aux Pays-Bas. En 2020 comme en 2022, ce sont principalement les régions de marché du travail situées au centre des Pays-Bas qui ont une forte densité de médecins généralistes (6,9 médecins généralistes ou plus pour 10.000 habitants). Mais le Limbourg du Sud présente également une densité relativement élevée de médecins généralistes. C'est dans la région de marché du travail du Brabant occidental que l'on trouve la densité la plus faible en 2020 et 2022.



Figure 34. Densité de médecins généralistes par région de marché du travail « Regioplus » en 2020 (à gauche) et en 2022 (à droite)



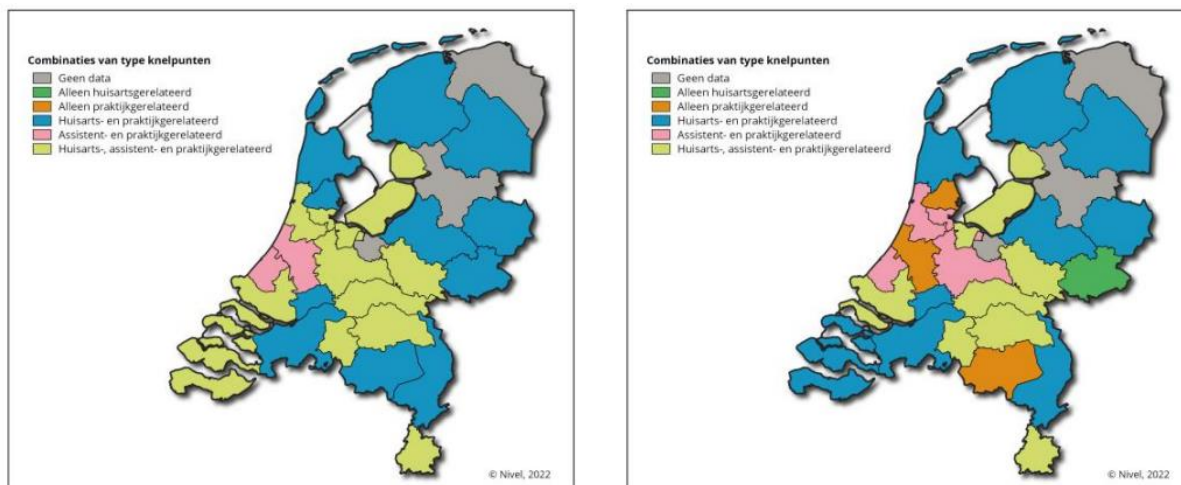
Source : Régistrations médecins généralistes, Nivel et CBS

### 3.4. Identification des zones connaissant une pénurie de médecins généralistes

Depuis 2018, le Nivel surveille les **difficultés** qui surviennent plus ou moins fréquemment dans certaines régions et les solutions que les pratiques de médecine générale déploient pour y faire face. Les difficultés sur le marché du travail varient considérablement d'une région à l'autre et se concentrent autour de différentes fonctions et de différents thèmes. Les enquêtes menées auprès de médecins généralistes ont permis d'identifier les difficultés suivantes :

- Postes vacants de médecins généralistes
- Pénurie attendue de médecins généralistes
- Difficultés à trouver des successeurs pour reprendre une pratique
- Difficultés à trouver des remplaçants
- Charge de travail élevée pour les médecins généralistes
- Postes vacants d'assistants médicaux
- Pénurie attendue d'assistants médicaux
- Charge de travail élevée pour les assistants médicaux
- Refus régulier de patients ces 5 dernières années
- Absentéisme élevé dû à la charge de travail
- Gros problème dès que quelqu'un tombe malade

**Figure 35. Régions connaissant une fréquence supérieure à la moyenne de problèmes liés à un ou plusieurs indicateurs de difficultés concernant les médecins généralistes, les assistants médicaux et les questions liées à la pratique : > 5 % (à gauche) et > 10 % (à droite)**



**Légende :** gris = aucune donnée ; vert = uniquement les indicateurs liés aux médecins généralistes ; orange = uniquement les indicateurs liées à la pratique ; bleu = indicateurs liés aux médecins généralistes et à la pratique ; rose = indicateurs liés aux assistants médicaux et à la pratique ; jaune = indicateurs liés aux médecins généralistes, aux assistants médicaux et à la pratique

Source : de arbeidsmarkt van de Nederlandse Huisartsenzorg in 2020, Nivel

Ainsi, les pratiques situées dans le centre du pays font moins souvent état de pénuries importantes et d'une charge de travail élevée parmi les médecins généralistes. Elles ont également connu moins de difficultés en matière de remplacement et de succession d'une pratique. Dans le même temps, les pratiques de la région de la Randstad en particulier ont connu davantage de difficultés liées à la charge de travail, aux postes vacants et à la pénurie d'assistants médicaux. On observe ainsi un contraste avec certaines régions du nord et du sud, où les pratiques ont connu moins de difficultés au niveau des assistants médicaux, mais davantage de difficultés par rapport à la moyenne au niveau des médecins généralistes.

### 3.5. Incitations à l'installation de médecins généralistes dans les zones en pénurie

Compte tenu des difficultés précitées sur le marché du travail et de la charge de travail dans la pratique, la plupart des pratiques aux Pays-Bas ont pris trois types de mesures en 2021 : l'application de l'e-santé, l'amélioration de l'ambiance de travail/des conditions de travail et la redistribution des tâches au sein de la pratique. De même, on mise beaucoup sur la substitution horizontale et verticale.

La **substitution horizontale** des soins de la deuxième ligne vers la première ligne bat son plein. La substitution horizontale vers le médecin généraliste entraîne manifestement aujourd'hui une extension de ses activités. Il n'est pas prouvé que la substitution horizontale entraîne une réduction de la charge ou des coûts dans les soins de première ligne ou une augmentation des coûts. Il est toutefois probable qu'elle freine l'évolution des coûts dans la deuxième ligne. Le déplacement des soins de la deuxième vers la première ligne entraîne cependant une augmentation de la satisfaction du patient.



La **substitution verticale** est également en plein développement et est loin d'être cristallisée. Outre l'augmentation rapide du nombre d'assistants médicaux et de professionnels de support en soins de santé, le nombre d'infirmiers de pratique avancée et d'assistants médicaux augmente également. Ces deux derniers groupes professionnels continuent d'augmenter plus lentement en première ligne qu'en deuxième ligne. Pourtant, ces groupes professionnels réduisent eux aussi la charge de travail des médecins généralistes.



## 4. LISTE DE RÉFÉRENCES

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES 76. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

Batenburg, R., Flinterman, L., Vis, E., Schaaijk, A. van, Kenens, R.J., Duijkers, B. (2022), Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. Utrecht: Nivel. Retrieved from [Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. | Nivel](#)

De Geit, E., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Vis, E., Batenburg, R. (2022). De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel. Retrieved from [De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. | Nivel](#)

De Geit, E., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Vis, E., Batenburg, R. (2022). De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel. Retrieved from [De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets. | Nivel](#)

DREES. (2021). Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Données statistiques publiques en santé et social. Retrieved from [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530\\_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/)

European Commission, Eurostat (2021). Data Browser – Health care staff. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/>

L'assurance maladie. (2023). Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées. Retrieved from [https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees#:~:text=Le%20CAIM%20est%20une%20aide,%C3%A9quipements%2C%20charges%20diverses%E2%80%A6\).](https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees#:~:text=Le%20CAIM%20est%20une%20aide,%C3%A9quipements%2C%20charges%20diverses%E2%80%A6).)

Maier C.B., Batenburg R., Birch S., Zander B., Elliott R., Busse R. (2018). Health workforce planning: which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect? Health Policy 122(10), 1085-1092, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.016>

OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

OECD (2021). Health - Health care resources: physicians. OECD Statistics. Retrieved from <https://stats.oecd.org/>

Polton, D., Chaput, H., Portela, M., Laffeter, Q., Millien, C. (2021). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. Les dossiers de la DREES 89. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>

Versteeg S., Vis E., Van der Velden L., Batenburg R. (2018). De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018 en een vergelijking met 2013, Utrecht: Nivel. Retrieved from [De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013. | Nivel](#)



Vis, E., Batenburg, R., Bosmans, M., Keuper, J., Kenens, R. (2020). Een nieuwe generatie huisartsen: goed gespreid? Utrecht: Nivel. Retrieved from [Een nieuwe generatie huisartsen: goed gespreid? | Nivel](#)

World Health Organization (2022). Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

