

# **SOUTIEN DE LA FORCE DE TRAVAIL EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**ET**

# **INDICATEURS DE PERFORMANCE DE L'ORIENTATION DES NOUVEAUX MÉDECINS VERS LA MÉDECINE GÉNÉRALE.**

---

NOTE DE LA CELLULE PLANIFICATION DE L'OFFRE DES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTÉ



# Colophon

## Groupe de travail:

Gretel Dumont, Anne Delvaux, Meike Horn, Pieter-Jan Miermans, Sara Olislagers, Muriel Quinet, Joëlle Pieters, Aurélia Somer, Pascale Steinberg, Veerle Vivet.

**Responsable de projet:** Aurélia Somer

**Directeur-général DG Soins de santé :** Christiaan Decoster

## Éditeur responsable:

Dirk Cuypers, place Victor Horta 40, boîte 10, 1060 Bruxelles

Juillet 2014

## Coordonnées de contact :



Direction générale Soins de santé  
Service Professions des Soins de Santé et Pratique Professionnelle  
Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé  
Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement  
Eurostation II  
Place Victor Horta 40, boîte 10 – 1060 Bruxelles  
T. +32 (0)2 524 97 16  
+32 (0)2 524.97.97  
F. +32 (0)2 524 97 98

[com.dg2@sante.belgique.be](mailto:com.dg2@sante.belgique.be)

[www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)

Dit document is ook beschikbaar in het nederlands.

Toute reproduction partielle de ce document est permise moyennant indication de la source.  
Ce document est disponible sur le site web du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.



## SOMMAIRE

Introduction .....	4
A. La Commission de planification – offre médicale et son avis du 12 novembre 2012 .....	4
B. Mesures prises dans le but d’augmenter l’attractivité de la profession de médecin généraliste .....	7
1. Revalorisation des honoraires de la médecine générale.....	7
2. Fonds Impulseo .....	7
3. Nouveau statut des candidats médecins généralistes .....	8
4. DMG+ .....	8
5. Statut du médecin qui ne répondrait plus aux critères de médecin généraliste .....	8
6. Actions réalisées pour réduire la lourdeur de la continuité des soins et le service de garde en médecine générale : .....	8
A. Les tables rondes sur la continuité des soins en médecine générale .....	8
B. Le plan gardes 2013 : Actions programmées pour réduire la lourdeur de la continuité des soins en médecine générale .....	9
C. Monitoring par la Commission de Planification - offre médicale .....	11
1. La publication des statistiques annuelles des nombres de Professionnels des soins de santé .....	11
2. Le contingentement et son suivi.....	11
3. Projet PlanCad médecins et l’élaboration de scénarios 2013-2054.....	12
4. Horizon scanning médecins généralistes .....	12
5. Mobilité internationale .....	13
D. Indicateurs de performance « orientation des nouveaux médecins vers la médecine générale » .....	14
Deux indicateurs de performance : le taux de remplissage à l’entrée et le taux de remplissage à la sortie .....	14
1. Evolution en Communauté flamande .....	15
2. Evolution en Communauté française.....	16
3. Comparaison de l’évolution dans les deux Communautés.....	17
4. Evolution en Belgique .....	18
E. Documents sources .....	19

## INTRODUCTION

Lors de la conférence interministérielle du 24 juin 2013, les Ministres ont pris connaissance des résultats du rapport sur la performance des soins de santé 2012<sup>1</sup>. Il est apparu que certaines thématiques méritent une surveillance toute particulière compte tenu des résultats observés.

Le groupe de travail « performance du système de santé » a été chargé par la conférence interministérielle de se pencher sur la nécessité de promouvoir l'orientation des jeunes médecins vers la médecine générale. Afin d'améliorer les résultats de la thématique « pérennité », il s'agit d'analyser ces résultats, de proposer des objectifs chiffrés dans le temps, et d'analyser si il y a lieu de renforcer les stratégies en vigueur. Afin de suivre l'évolution, la Conférence Interministérielle demande également un rapport annuel sur le suivi de ces résultats à adresser au secrétariat de la CIM.

La présente analyse a été réalisée afin d'éclairer ce groupe de travail en fournissant des indicateurs de performance liés à l'attractivité de la médecine générale pour les médecins nouvellement diplômés.

## A. LA COMMISSION DE PLANIFICATION – OFFRE MÉDICALE ET SON AVIS DU 12 NOVEMBRE 2012

La planification de l'offre médicale est un sujet d'attention du Gouvernement depuis plus de 20 ans. La Commission de planification - offre médicale a été instaurée en 1996, en particulier pour étudier la question de la pléthore de médecins qui s'est avérée dans les années quatre-vingt. Cette commission rend son rapport annuellement. C'est ainsi que les premières mesures qui ont été prises ont consisté à continger la profession de médecins. Actuellement, cette limitation détermine le nombre de médecins autorisés à débiter une formation pratique de spécialisation permettant d'obtenir l'agrément soit de médecin généraliste, soit de médecin spécialiste. Cette mesure de régulation porte sur l'accès à la spécialisation.

Les avis de la Commission de planification sont disponibles sur le site web du SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement la page :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/AvisFormel/index.htm?fodnlang=fr>

---

<sup>1</sup> Rapport du KCE 196B, *Health system performance Report 2012*.

L'avis 2012\_02, rendu le 12 novembre 2012 conclut par ces recommandations :

*« Tenant compte des courbes actuelles et afin d'assurer un premier échelon des soins de santé performant, les mesures suivantes doivent être prises à court terme, afin qu'ils aient un effet en 2020:*

- 1. Redéfinir le rôle du généraliste au sein du système de soins: le généraliste est le médecin du premier recours qui résout plus de 90% des nouveaux problèmes lui-même, qui prend en charge la prévention pour la patientèle et qui s'engage dans la prise en charge des problèmes chroniques en coopération avec les autres acteurs du premier échelon (intégration horizontale) et avec les médecins-spécialistes (intégration verticale). Ceci nécessite la fidélisation d'une personne auprès d'une pratique de médecine générale ou de soins de santé primaire (avec implémentation généralisée du DMG) et des mesures qui stimulent les patients à utiliser de préférence la guidance par le médecin généraliste entre les lignes de soins.*
- 2. Intensifier les mesures d'attractivité de la profession, permettant une meilleure répartition géographique des généralistes (avec attention spécifique pour les zones rurales, les zones avec petite densité de population et les quartiers défavorisés en ville).*
- 3. Prendre des mesures à court terme pour faciliter la "distribution des tâches" au sein des pratiques de médecine générale: la création de la fonction de "assistant dans les soins de santé primaire", des infirmières travaillant dans les pratiques de soins de santé primaire, du personnel administratif,... Ceci requiert une augmentation des ressources du Fonds IMPULSEO.*
- 4. Demander au Groupe de Travail Permanent du Conseil Supérieur des Médecins Généralistes et des Spécialistes de préparer des solutions pour les médecins ayant un numéro d'INAMI "généraliste" qui ne répond pas aux critères de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010. Ces solutions doivent orienter ces médecins, de sorte qu'ils puissent trouver une place appropriée dans le système de santé.*
- 5. En attendant, on pourrait augmenter les "quotas minimums" de la médecine générale et veillez à ce que ces quotas soient réalisés, et qu'un nombre suffisant de lieux de stage de qualité soient disponibles.*

*La Commission veut attirer l'attention sur le fait qu'il y a d'autres spécialités méritant des mesures qui augmentent leur attractivité. C'est bien sûr le cas des spécialités à quota minimum comme la médecine d'urgence, la médecine aigue, la gériatrie et la pédopsychiatrie, mais aussi d'autres comme la biologie clinique, l'anatomopathologie, la radiologie ou la médecine interne générale. Cette dernière spécialité devrait être enfin reconnue à part entière.*

*Le groupe médecins rappelle que dans le cadre de la planification, la première mesure à généraliser est l'organisation d'un examen d'entrée en médecine. Celui-ci permet également d'améliorer la pédagogie et la qualité de la formation des études de médecine. Rappelons que pour l'instant cet examen n'existe que du côté néerlandophone mais que du côté francophone une sélection sera mise en place dès cette année académique 2012-2013 à la fin du 1<sup>er</sup> quadrimestre du 1<sup>er</sup> bachelier (Seuls les étudiants réussissant les examens de janvier sur les sciences de base pourront poursuivre au 2eme quadrimestre).*

*Pour aider la commission de planification dans ce travail, il est utile d'avoir non seulement les chiffres actuels de médecins par spécialité, mais aussi la pyramide des âges pour chacune d'elle.*

*Enfin, la commission souligne la nécessité d'aborder la planification dans sa dimension européenne. »*

La Commission de planification s'est donc penchée sur la problématique de la force de travail « médecins » dans son ensemble. Les 4 premières recommandations de cet avis concernent des actions qui visent à augmenter l'attractivité de la profession de médecin généraliste, et qui ne relèvent pas directement du mécanisme de la planification de l'offre médicale. Elles ont cependant toute leur importance, puisque leurs effets sur l'organisation de la Santé publique en Belgique peuvent se faire sentir dans les années proches à venir, tandis que les mesures de planification, par définition, agissent sur un plus long terme. Les mesures de contingentement entrent en vigueur 6 ans après leur publication, à la fin des études de médecine, et leur impact ne se fait réellement sentir que 3 à 6 ans plus tard, après la fin des stages permettant l'obtention d'un agrément. Seul le point 5 de cet avis relève directement du mécanisme de la planification de l'offre médicale.

## B. MESURES PRISES DANS LE BUT D'AUGMENTER L'ATTRACTIVITÉ DE LA PROFESSION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Remarque : plus de précision se trouve dans l'introduction du Plan Gardes 2013, où sont décrites les mesures prises depuis 2008. Ce document est disponible sur le site :

[http://www.laurette-onkelinx.be/articles\\_docs/20131120\\_-\\_Plan\\_Gardes.pdf](http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/20131120_-_Plan_Gardes.pdf)

### 1. REVALORISATION DES HONORAIRES DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Depuis 2009, diverses mesures ont été prises pour revaloriser financièrement la profession de médecin généraliste, malgré les économies demandées en 2012 en matière d'honoraires médicaux.

### 2. FONDS IMPULSEO

Le fonds Impulseo I a été créé en 2006, dans le but de corriger la répartition géographique inégale des médecins généralistes. La contribution du Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes permet de signaler les zones où la première ligne est réellement en danger du fait d'une pénurie imminente. Ce fonds soutient les médecins généralistes qui s'installent dans ces zones où la densité de médecins reste relativement basse. 949 aides (primes, prêts et prêts complémentaires) ont été octroyées de septembre 2006 à décembre 2010. Ce fonds a été augmenté par la suite.

Depuis 2010, Impulseo II prévoit :

- un soutien financier pour les frais de services de télé-secrétariat médical qui aident à la gestion de la pratique:
  - du médecin généraliste.
  - du regroupement de médecins généralistes.

Depuis 2012, Impulseo III prévoit :

- un soutien financier pour l'employé(e) qui assiste le médecin généraliste dans l'accueil et la gestion de la pratique.
- un soutien financier pour les frais de services de télé-secrétariat médical qui aident à la gestion de la pratique:
  - du médecin généraliste.
  - du regroupement de médecins généralistes.

### 3. NOUVEAU STATUT DES CANDIDATS MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Depuis la publication de l'AR du 26 juin 2009, le statut du médecin candidat en médecine générale a été amélioré tant sur le plan financier que sur celui de la protection sociale.

### 4. DMG+

Dans le cadre du Plan Cancer, un budget a été dégagé pour créer une consultation préventive gratuite auprès du médecin de famille. Le DMG+, qui contient ce module de prévention, a été créé le 1<sup>er</sup> avril 2011 et vise les 45-75 ans.

### 5. STATUT DU MÉDECIN QUI NE RÉPONDRAIT PLUS AUX CRITÈRES DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

A la demande de la Ministre, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes s'est penché sur la problématique du statut des médecins généralistes qui ne répondent plus aux critères d'agrément. Dans ce cadre, les travaux du groupe de travail médecins généralistes ont été abordés dans une perspective plus large selon les points suivants :

- La création d'un titre de « médecin qualifié en médecine générale, préventive et d'institution » ;
- La « re-entry » en médecine générale ;
- La possibilité d'une formule de suspension pour les médecins exerçant dans les pays en voie de développement ;
- La perte de l'agrément de médecin généraliste par le praticien qui ne répondrait plus aux critères du maintien de l'agrément ;
- L'évolution du médecin généraliste agréé qui devient un « spécialiste en médecine générale » ;
- La situations des médecins généralistes actifs dans les hôpitaux.

### 6. ACTIONS RÉALISÉES POUR RÉDUIRE LA LOURDEUR DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LE SERVICE DE GARDE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

#### A. LES TABLES RONDES SUR LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

En 2011, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a publié le rapport KCE 171B *Quelles solutions pour la garde en médecine générale ?*, qui analyse les alternatives possibles à la lourde charge de travail dans les services de garde en médecine générale. Suite à cette étude, le Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes (CFCMG) a rendu un avis à la Ministre de la Santé publique concernant les services de garde.

A la demande de la Ministre, le SPF santé publique a organisé en 2013, en association avec le CFCMG, des tables rondes sur **la continuité des soins en médecine générale**, dans le but de collecter ainsi l'opinion du terrain relative aux point suivants :



- Les pistes de solutions quant à l'avenir des gardes. Aujourd'hui, les gardes sont une lourde charge pour beaucoup de médecins en de nombreux endroits;
- Les opportunités données par le triage des appels et la répartition des tâches entre les médecins généralistes et les services hospitaliers;
- La modernisation de l'organisation des gardes en tenant compte des moyens disponibles et des différences entre les régions.

Les principales conclusions qui sont ressorties de ces discussions se résument comme suit :

- Il est nécessaire de proposer un triage de qualité pour les appels au médecin de garde, notamment à l'aide d'un numéro unique.
- Il est important de privilégier la coordination entre la première et la deuxième ligne de soins
- Les dossiers des patients devraient être partagés afin d'assurer le meilleur suivi possible
- Il est primordial d'assurer au médecin généraliste une bonne qualité de vie, notamment en lui accordant certaines facilités lors des gardes (exemple : promouvoir le déplacement des patients et non du médecin de garde)

#### B. LE PLAN GARDES 2013 : ACTIONS PROGRAMMÉES POUR RÉDUIRE LA LOURDEUR DE LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Suite à ces tables rondes, la Ministre a élaboré un Plan « service de garde en médecine générale ». Il s'agit d'un plan de réforme des services de garde qui propose des directives générales. Le plan se décline selon les 5 piliers suivants :

- a. Régulation médicale et généralisation du 1733 à l'ensemble du pays
  - b. Création de 45 nouveaux postes de garde
  - c. Vers une offre harmonisée de la garde entre généralistes et spécialistes
  - d. Amélioration de la sécurité des médecins généralistes
  - e. Valider sur un plan scientifique des initiatives locales sous forme de projets pilotes
- **Le projet pilote du 1733**  
Le projet 1733 a été lancé en 2008 par le SPF Santé publique en tant que projet pilote. Le 1733 est un numéro d'appel unique pour la garde en médecine générale, permettant le tri des appels par les régulateurs des centrales 112. Le système d'appel veille ainsi à ce que le médecin généraliste ne doive plus enregistrer et traiter tous les appels lui-même, ce qui non seulement peut représenter un gain de temps, mais fait aussi en sorte que le médecin généraliste ne reçoive que les appels qui le concernent.

Actuellement, le projet court encore toujours en tant que projet pilote sur plusieurs sites en Belgique. Dans le suivi du plan d'action, ce projet va être maintenant élargi d'une manière structurée à toute la Belgique. En 2014, un budget supplémentaire de 2,95 millions d'euros a été accordé afin d'étendre le projet 1733 à toute la Belgique.

- **Les postes de garde de médecine générale.**

Avec la création de postes de garde, les services de garde peuvent être considérablement soulagés :

- Cela limite le nombre de tours de garde pour chaque médecin étant donné que les postes de garde peuvent couvrir plusieurs services de garde,
- Cela limite le nombre de garde mobile pour chaque médecin étant donné que les patients qui peuvent se déplacer sont renvoyés de préférence vers les postes de garde.
- Cela augmente la sécurité, étant donné que les postes de garde sont installés dans des locaux bien signalés et sécurisés, où du personnel est présent.

Les postes de garde de médecine générale sont en sérieuse progression en Belgique. Actuellement, l'INAMI finance une soixantaine de postes de garde. Lors du dernier accord médico-mutualiste, le budget alloué aux postes de garde a été rehaussé de 6 millions d'euros. Cette augmentation permet la création de 15 nouveaux postes de garde en 2014 ; ce rythme devrait pouvoir être maintenu en 2015 et 2016, pour que fin 2016, le nombre de postes de garde atteigne la centaine.

- **Modification du nombre de généralistes devant assurer la garde**

Suite à l'avis du CFCMG du 22/03/2012 relatif au service de garde, une modification a été apportée au nombre de médecins généralistes devant assurer la garde déterminé par tranche de la population. Au lieu d'exiger de prévoir au moins un médecin généraliste de permanence par tranche de 30.000 habitants, ce n'est plus qu'un médecin pour 100.000 habitants pour un service de jour (de 8h à 23 h) et un médecin de garde de nuit (de 23h à 8h) pour 300.000 habitants qui doivent être de garde.

- **Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé**

Cette loi apporte quelques modifications dans le cadre de la continuité des soins et des services de garde. Un nombre de dispositions concernant la continuité des soins et la permanence médicale ont été clairement définis. Cette loi apporte aussi un cadre juridique pour instaurer un système d'appel uniforme de type « 1733 », de manière à ce que le projet 1733 puisse être davantage élargi.

## C. MONITORING PAR LA COMMISSION DE PLANIFICATION - OFFRE MÉDICALE

### 1. LA PUBLICATION DES STATISTIQUES ANNUELLES DES NOMBRES DE PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Chaque année, la Commission de planification - offre médicale valide la publication des statistiques annuelles des nombres des professionnels des soins de santé inscrits dans le Cadastre (la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé). Elle en prend connaissance et pourrait rendre avis le cas échéant.

Cette publication est actualisée annuellement et disponible sur le site du SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470\\_FR](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470_FR)

### 2. LE CONTINGEMENT ET SON SUIVI

Suite aux avis de la Commission de planification - offre médicale, un contingentement pour la profession de médecin est entré en vigueur à partir de 2004. Le système de contingentement a subi plusieurs modifications. La mesure actuellement en vigueur depuis 2008 limite le nombre total de médecins autorisés à entreprendre une formation en vue de l'obtention d'un agrément pour l'exercice d'une pratique curative. Dans cette limitation, est aussi déterminé le seuil minimum de médecins autorisés à entamer une formation pour exercer la médecine générale. Ainsi, la planification de l'offre médicale ne se limite pas à définir un contingentement de médecins en tant que simple limitation du nombre de médecins. En définissant également des seuils minimaux pour certaines disciplines, l'accent a été mis sur la surveillance des professions en pénurie, comme la médecine générale, la psychiatrie infanto-juvénile, la gériatrie, la médecine aiguë et la médecine d'urgence. En 2011, les quotas et les seuils minimaux ont été fortement relevés. En 2013, la Commission de planification a rendu un avis favorable à la proposition de modifier les mesures liées à la planification de manière à sortir des quotas le nombre de médecins autorisés à entreprendre une formation en médecine générale. L'arrêté royal faisant entrer en vigueur une mesure allant dans ce sens est à l'étude auprès du Comité de concertation entre l'Etat fédéral et les entités fédérées.

La Commission de planification suit la réalisation de cette planification, et publie un état des lieux dans son rapport annuel disponible sur le site du SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement : <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

En 2015, la Commission de planification devra rendre avis sur les quotas du contingentement pour les années ultérieures à 2020.

### 3. PROJET PLANCAD MÉDECINS ET L'ÉLABORATION DE SCÉNARIOS 2013-2054.

Afin d'affiner les données concernant la force de travail des médecins, le projet PlanCad Médecins vient d'être lancé. Il s'agit du couplage de données avec la Banque Carrefour Sécurité sociale et avec l'INAMI. Ce nouveau projet est piloté par la Commission de planification et permettra de connaître selon plusieurs critères comme l'âge ou le genre, le taux d'activité professionnelle du « stock » de médecins enregistrés dans le Cadastre des professionnels des soins de santé. Ces résultats seront publiés dans le rapport « Médecins sur le marché du travail 2004-2012 », prévu pour fin 2015.

Le projet PlanCad Médecins, du couplage de données liées aux médecins, sera suivi de l'étude des scénarios possibles. Il s'agit de scénarios prédictifs calculés à l'aide du modèle mathématique de planification, qui projette sur les 40 prochaines années l'évolution du stock de médecins en fonction des prévisions de l'évolution démographique et l'évolution des besoins en soins de santé. Ils peuvent donc tenir compte du vieillissement de la population et de la féminisation de la profession. En 2016, la Commission de planification rendra ses scénarios prévisionnels pour les 40 prochaines années.

### 4. HORIZON SCANNING MÉDECINS GÉNÉRALISTES

En outre, concernant la médecine générale, une autre étude est prévue dans le plan pluriannuel de la Commission de planification. Il s'agit du projet pilote « Horizon scanning » inscrit dans le cadre de l'action conjointe européenne « Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting » qui est programmée sur trois ans (avril 2013 à mars 2016)<sup>2</sup>. Ce projet Horizon Scanning, piloté par le partenaire Anglais, permettra de développer un modèle de planification de la médecine générale en intégrant dans le modèle mathématique belge actuel, à l'aide d'une méthodologie qualitative structurée (Horizon Scanning et DELPHI), des éléments qualitatifs pour le développement de scénarios futurs (alternatifs).

Les trois étapes principales seront :

- **ETAPE 1 : Elaboration du scénario de base (« Stock Takes »)** : il s'agit du modèle qui réalise la balance entre l'offre et la demande de force de travail actuelles (dernières données disponibles) et envisage la manière dont cela doit évoluer dans les 40 années à venir. Le modèle est appelé dans le jargon belge « modèle de base », dans la mesure où il s'agit d'introduire les 40 variables du modèle et de voir comment la force de travail va évoluer si seules les variables démographiques évoluent. Cette étape débute avec le couplage des données et aboutit à l'élaboration du scénario de base. Elle s'étendra d'octobre 2013 à janvier 2015.
- **ETAPE 2 : Horizon scanning, examen approfondi (« in Depth Review »)** : il s'agit d'examiner l'ensemble des facteurs qui influent sur la demande et l'offre de main-d'œuvre en médecine générale et l'impact des différentes politiques notamment à travers une gamme de futurs plausibles. Ces impacts devront être quantifiés. Cette étape sera faite en parallèle avec la première, d'octobre 2013 à mai 2014.

---

<sup>2</sup> Voir point 5.

- **ETAPE 3 : Elaboration des scénarios futurs** : Les impacts quantifiés dans la démarche 2 sont insérés dans le modèle mathématique et permettent de développer des scénarios pour le futur intégrant des critères qualitatifs. Cette étape est planifiée de septembre 2014 à décembre 2015.

## 5. MOBILITÉ INTERNATIONALE

Concernant la dimension européenne, il faut tenir compte de la législation européenne qui soutient la mobilité internationale, en vertu de la libre circulation des personnes et des professions. La directive européenne 2005/36 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles facilite la libre circulation aussi bien des étudiants que des professionnels des soins de santé. Cela ne signifie pas seulement qu'il existe un flux entrant de migrants qualifiés ; il existe aussi un flux de migrants sortant, mal connu jusqu'à ce jour. Par ailleurs, tout migrant entrant ne va pas nécessairement rester actif en Belgique. Enfin, la mobilité des étudiants induit également des flux entrant et sortant de personnes qualifiées. Cette question est donc très complexe.

L'exploitation de données de mobilité internationale obtenue grâce au couplage (PlanCad) permettra de quantifier plus précisément l'impact de celle-ci.

S'il est impossible d'aller à l'encontre de la libre circulation des professionnels de la santé réglementée par la directive européenne 2005/36<sup>3</sup>, il serait possible après adaptation de la législation d'intégrer les étrangers dans le quota. Cette proposition faite par la Commission de planification a été intégrée dans la proposition approuvée en première lecture par le Conseil des Ministres.

Par ailleurs, l'impact de la mobilité internationale des médecins touche la planification de l'ensemble des pays européens. C'est pourquoi la Belgique a consacré le temps nécessaire à une concertation fructueuse à ce niveau.

Depuis la présidence belge à l'union européenne en 2010, la Ministre de la Santé publique investi beaucoup pour que la Belgique prenne un rôle important dans le projet de la **Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting** dont la Belgique assure la coordination. Le projet a débuté en avril 2013, et se terminera en 2016.

Les objectifs de ce projet sont :

- Améliorer la collecte de données, y compris sur la mobilité au niveau européen
- Augmenter l'expertise des Etats membres dans la planification et prévision du personnel de santé, dans la collecte des données et l'analyse
- Estimer les futurs besoins en termes de qualification et compétence
- Fournir des lignes directrices et stimuler l'action
- Développer et consolider le réseau de planification et prévision.

---

<sup>3</sup> Modifiée par la directive 2013/55.

## D. INDICATEURS DE PERFORMANCE « ORIENTATION DES NOUVEAUX MÉDECINS VERS LA MÉDECINE GÉNÉRALE »

### DEUX INDICATEURS DE PERFORMANCE : LE TAUX DE REMPLISSAGE À L'ENTRÉE ET LE TAUX DE REMPLISSAGE À LA SORTIE

Etant donné le changement majeur opéré dans le système de contingentement des médecins, par l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale<sup>4</sup>, l'analyse d'indicateurs se basera sur les données observées de la période 2008-2012, et sur une moyenne des données cumulées durant la période 2004-2007.

Le suivi de la planification montre que le nombre de médecins débutant la formation pour exercer la médecine générale n'atteint pas les seuils minimaux recommandés par la Commission de planification offre médicale. Par rapport à la planification prévue depuis 2004, trop peu de médecins ont débuté leur formation en médecine générale ; en 2012, le déficit cumulé pour la Belgique atteint 447 unités (cfr tableau 3 ci-dessous).

Dans l'analyse ci-dessous, deux indicateurs sont analysés afin de suivre la performance de l'orientation des médecins vers la médecine générale. Les taux de remplissage des quotas des deux communautés sont calculés de deux manières différentes. **Le taux de remplissage « à l'entrée »** représente le rapport entre le nombre de médecins débutant une formation de médecin généraliste dans les conditions du contingentement et le quota minimum défini pour ceux-ci. **Le taux de remplissage « à la sortie »**, quant à lui compare l'influx du nombre de médecins généralistes agréés lors de l'année « t+2 » à la valeur des quotas définis pour l'année « t »<sup>5</sup>. Cet influx globalise tous les nouveaux médecins généralistes agréés, aussi bien ceux issus du contingentement deux ans plus tôt que ceux qui en étaient exemptés, ainsi que les médecins dont la formation obtenue à l'étranger a été reconnue comme équivalente à celle des médecins généralistes. Ce taux « à la sortie » représente mieux le rapport entre les quotas et l'influx réel dans la force de travail en médecine générale.

Dans les chiffres repris ci-dessous, l'influx annuel représente le nombre de nouveaux médecins agréés en médecine générale pour chaque année donnée.

---

<sup>4</sup> Pour plus de détails, se reporter à La Planification de l'offre médicale en Belgique. Rapport annuel de la Commission de planification de l'offre médicale. 2012, p. 25-31. Document disponible sur la page Web mentionnée au point C.2.

<sup>5</sup> Les 2 années d'écart correspondent à la durée habituelle de la formation des médecins généralistes, qui est de 3 ans, mais dont la première peut être effectuée durant la 7<sup>e</sup> année des études pour tous les médecins ayant débuté leurs études avant septembre 2012.

## 1. EVOLUTION EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

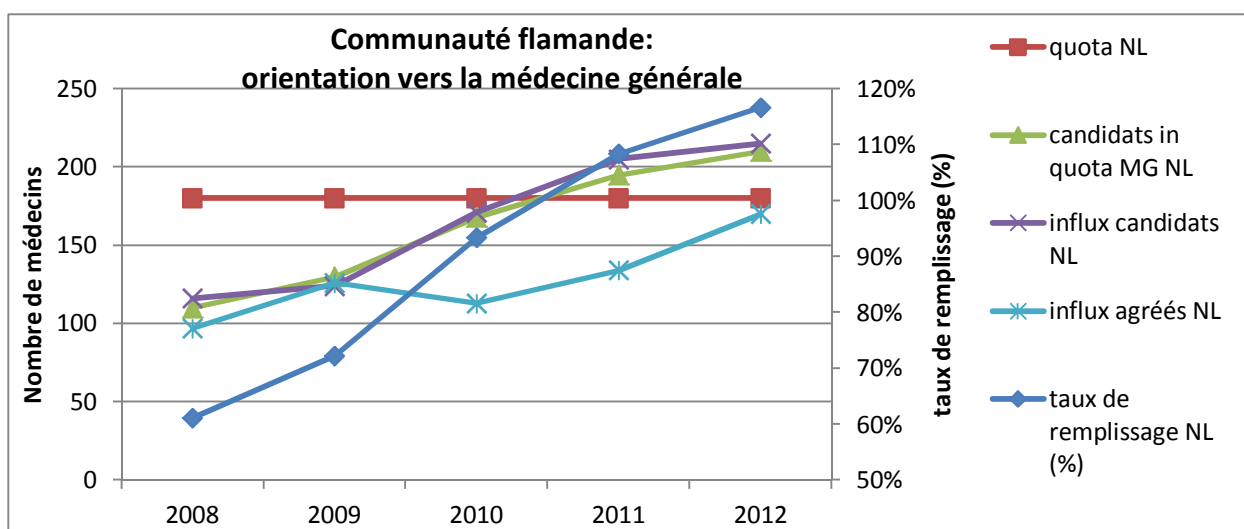
**TABEAU 1: NOMBRE DE PLANS DE STAGE INTRODUITS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET NOUVEAUX AGRÈMENTS DE 2004-2012 EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE: APERÇU GLOBAL (ART. 4 DE L'AR DU 12/06/2008).**

Médecin généraliste	Totaux cumulés 2004-2007	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Totaux cumulés 2004-2012
Quota (N)	720	180	180	180	180	180	180	180	1440
Contingent observé (O)	446			110	130	168	195	210	1259
Différence (O-N)	-274			-70	-50	-12	+15	+30	-391
Taux de remplissage du quota (à l'entrée)	62%	62%*	62%*	61%	72%	93%	108%	117%	87%
Influx annuel (I)				97	126	113	134	170	
Taux de remplissage du quota (à la sortie)**		54%	70%	63%	74%	94%			

\*moyenne de la période 2004-2007.

\*\*Calcul du taux de remplissage du quota de l'année t à la sortie (année t+2) :  $I(t+2)/N(t)$

Les nombres des 5 premières lignes sont repris dans le graphique suivant. Rappelons que le quota concernant la médecine générale est défini comme seuil minimum ; un taux de remplissage supérieur à 100% est donc possible. Depuis 2008, le taux de remplissage du quota est en augmentation constante. En 2010, il dépasse les 90%. Au terme de la période 2004-2012, on a rempli 87% des quotas. A partir de 2011, la différence O-N devient positive. Cela signifie que le déficit cumulé depuis 2004 commence à diminuer.



## 2. EVOLUTION EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

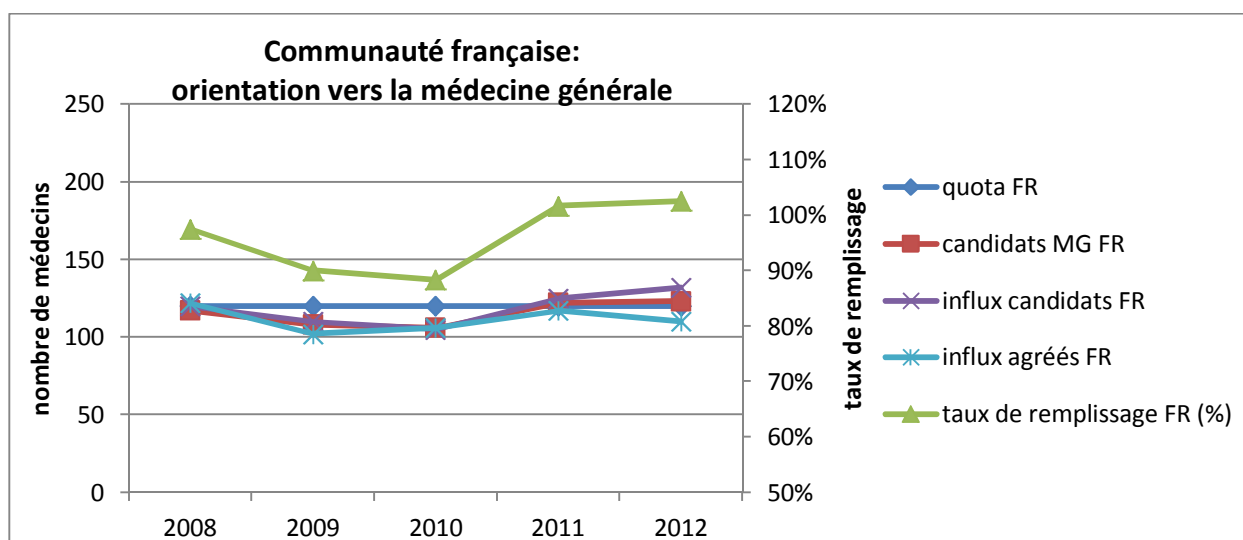
**TABLEAU 2: NOMBRE DE PLANS DE STAGE INTRODUITS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE 2004-2012 EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE: APERÇU GLOBAL (ART. 4 DE L'AR DU 12/06/2008)**

Médecin généraliste	2004-2007	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total cumulé 2004-2012
Quota (N)	480	120	120	120	120	120	120	120	1080
Contingent observé (O)	418			117	108	106	122	123	994
Différence (O-N)	-72			-3	-12	-14	+2	+3	-96
Taux de remplissage du quota (à l'entrée)	87%	87%*	87%*	98%	90%	88%	102%	102,5%	92%
Influx annuel (I)				120	110	105	125	132	
Taux de remplissage du quota (à la sortie)**		102%	85%	88%	98%	92%			

\*moyenne de la période 2004-2007.

\*\*Calcul du taux de remplissage du quota de l'année t à la sortie (année t+2) :  $I(t+2)/N(t)$ .

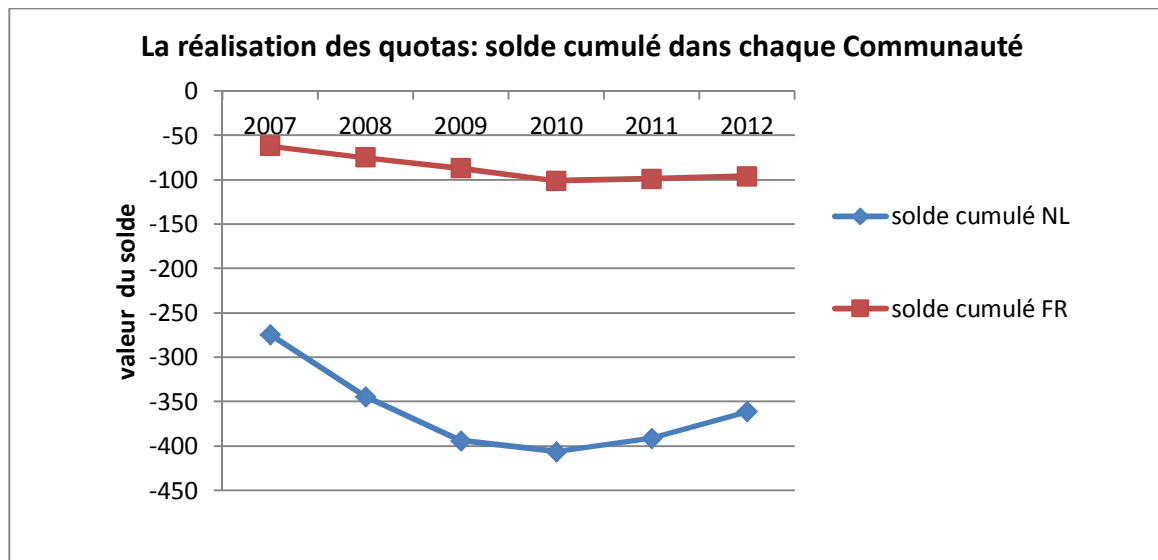
Les nombres des 5 premières lignes sont repris dans le graphique suivant. Durant la période 2008-2012, le taux de remplissage du quota est peu variable entre 88% et 102,5%. Au terme de la période 2004-2012, on a rempli 92% des quotas. A partir de 2011, la différence O-N devient positive. Cela signifie que le déficit cumulé depuis 2004 commence à diminuer.





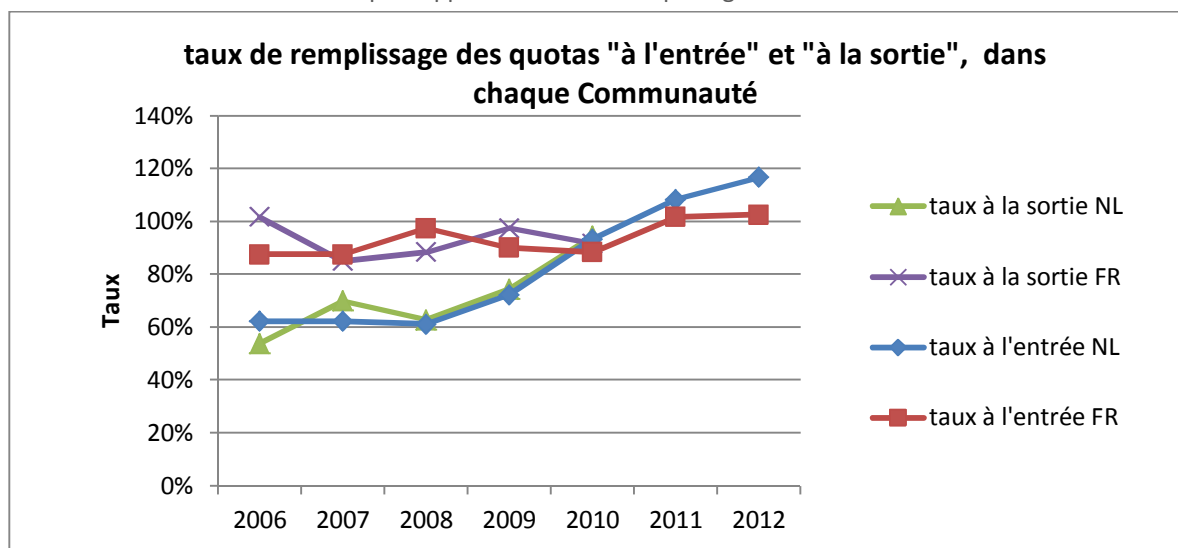
### 3. COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DANS LES DEUX COMMUNAUTÉS

Dans le graphique suivant, le point de départ représenté pour l'année 2007 représente le solde cumulé de la période 2004-2007, où le quota en médecine générale était un maximum à ne pas dépasser, et non un seuil minimum. La Communauté française débutait avec un déficit de 72 unités, tandis que la Communauté flamande, par un déficit de 274 unités.



On observe dans ce graphique que le déficit a continué à se creuser en Communauté flamande, alors qu'il s'est presque stabilisé en Communauté française.

Dans le graphique suivant, les taux de remplissage des quotas « à l'entrée » et « à la sortie », sont comparés entre eux, et entre les deux communautés, sur la période 2006-2010. On observe qu'en Communauté flamande, le taux de remplissage à la sortie suit le taux de remplissage à l'entrée. En Communauté française, le taux de remplissage à la sortie semble décalé d'un an par rapport au taux de remplissage à l'entrée.



## 4. EVOLUTION EN BELGIQUE

**TABEAU 3 : NOMBRE DE PLANS DE STAGE INTRODUITS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE 2004-2012 POUR TOUTE LA BELGIQUE: APERÇU GLOBAL (ART. 4 DE L'AR DU 12/06/2008).**

Médecin généraliste	2004-2007	2008	2009	2010	2011		Total cumulé 2004-2012
Quota (N)	1200	300	300	300	300	300	2700
Contingent observé (O)	864	227	238	274	317	333	2253
Différence (O-N)	-336	-73	-62	-26	+17	+33	-447
Taux de remplissage du quota	<b>72%</b>	<b>76%</b>	<b>79%</b>	<b>91%</b>	<b>106%</b>	<b>111%</b>	<b>83%</b>

Le taux de remplissage du quota est en augmentation constante. En 2010, il dépasse 90%. A partir de 2011, le déficit cumulé depuis 2004 commence à diminuer.

## E. DOCUMENTS SOURCES

Rapport du KCE 171B, *Quelles solutions pour la garde en médecine générale ?*, 2011.

<https://kce.fgov.be/fr/publication/report/quelles-solutions-pour-la-garde-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale>

Rapport du KCE 196B, *La performance du système de santé Belge. Rapport 2012* :

<https://kce.fgov.be/fr/publication/report/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2012>

Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé. Nombre de professionnels au 31/12/2012 et influx 2012. :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470\\_FR](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470_FR)

La planification de l'offre médicale en Belgique. Rapport annuel 2010 de la Commission de planification – offre médicale :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

La planification de l'offre médicale en Belgique. Rapport annuel 2012 de la Commission de planification – offre médicale :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

Plan gardes de médecine générale, 2013 :

[http://www.laurette-onkelinx.be/articles\\_docs/20131120\\_-\\_Plan\\_Gardes.pdf](http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/20131120_-_Plan_Gardes.pdf)

Avis formel 2012\_02 de la Commission de planification offre médicale :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/AvisFormel/index.htm?fodnlang=fr>

### Réglementation

Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.

Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

Arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.