

Février 2024

POLICY BRIEF N°24.02

La pénurie de médecins généralistes en Belgique

Rédigé par Claire Duchêne, Benoît Bayenet et Ilan Tojerow.

APERÇU

La pénurie de médecins généralistes suscite des préoccupations concernant la disponibilité des soins de première ligne, notamment en Belgique. Bien que les intensités soient différentes, toutes les Régions du pays sont confrontées à un manque d'effectif médical de première ligne. La pénurie, due à la fois à un manque de médecins généralistes actifs et une mauvaise répartition géographique de ceux-ci, provoque des conséquences préoccupantes tant pour les patients que pour les médecins. Au travers de la littérature scientifique, ce policy brief propose une analyse de la situation belge, en se penchant sur la planification médicale de l'offre ainsi que sur les différentes politiques publiques permettant de rééquilibrer la répartition géographique des médecins généralistes.

ÉLÉMENTS-CLÉS

- ▶ Selon les derniers chiffres, 129 communes wallonnes sur 252 sont touchées par la pénurie de médecins généralistes. En Flandre, elles sont au nombre de 227 sur 300 alors qu'à Bruxelles, quelques 67 quartiers sur 118 sont touchés par le phénomène. Et on estime que 120 communes du pays seraient en situation de pénurie grave.
- ▶ Cette situation déficitaire est due à la fois à un nombre insuffisant de médecins généralistes pratiquant sur le territoire (contingentement de l'offre médicale, manque d'attrait pour la profession de généraliste) et à une mauvaise répartition géographique de ceux-ci. Les conséquences du problème se manifestent tant du côté des patients que du côté des praticiens.
- ▶ Le contingentement de l'offre médicale est en partie responsable du problème. Cette compétence est partagée en Belgique entre les entités fédérées et l'entité fédérale. L'objectif est de garantir une offre médicale adéquate, en assurant la compatibilité entre l'offre et les besoins en soins. Récemment, pour résorber la pénurie, il a été décidé d'augmenter les quotas de médecins, en particulier de généralistes.
- ▶ Toutefois, il ne suffit pas de former de nouveaux médecins généralistes. Il faut également s'assurer que ceux-ci se répartissent bien sur le territoire et veiller à attirer un certain nombre d'entre eux vers les zones en pénurie. Une analyse de facteurs déterminants le choix d'installation des médecins et des mesures permettant une meilleure répartition géographique vient éclairer cette problématique. Il apparaît que certaines mesures présentent des résultats mitigés.
- ▶ Seule une politique combinant différentes mesures, coordonnée, évaluée régulièrement et ajustée en conséquence pourra répondre efficacement au défi de la pénurie des médecins généralistes.

INTRODUCTION

La pénurie de médecins généralistes est un sujet qui fait couler beaucoup d'encre et qui touche de nombreux pays, dont la Belgique. Bien que ce problème ne soit pas nouveau, la situation ne semble pas s'améliorer, mettant en péril l'accessibilité aux soins de santé pour de nombreux Belges.

Selon l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), une commune est en pénurie si elle compte soit moins de 90 généralistes pour 100.000 habitants, soit moins de 125 habitants au km² et moins de 120 généralistes pour 100.000 habitants, soit moins de 75 habitants au km² et moins de 180 généralistes par 100.000 habitants¹. Une pénurie sévère est déclarée lorsque celle-ci compte moins de 50 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ou moins de 125 habitants par km² et moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ou moins de 75 habitants par km² et moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Ce problème de pénurie touche toutes les Régions du pays, avec toutefois des intensités différentes. En Wallonie, les dernières données de l'AVIQ indiquent qu'environ une commune sur deux est en pénurie (129 sur 252 communes), la situation étant particulièrement critique en province du Luxembourg ainsi que dans la botte du Hainaut comme le montre la figure 1 (Hardy, 2023). Au nord du pays, on estime que 227 communes sur 300 souffraient d'un manque de médecins généralistes en 2019-2020 (Zorg en gezondheid, 2019). À Bruxelles aussi, la pénurie se fait sentir. Selon les scénarios retenus par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, le nombre de quartiers en possible pénurie de médecins généralistes oscillerait entre 41 et 67 quartiers sur 118² (Missinne & Luyten, 2018). Ces chiffres devraient être prochainement mis à jour.

¹ La densité de population est utilisée pour définir si une commune est en pénurie ou non. En effet, la situation des zones rurales (moins denses en population) est particulière au vu des distances à parcourir par les patients mais aussi par les médecins lors des visites à domicile. Le temps perdu en trajet sur une journée explique cela. La demande en médecin généraliste est donc supérieure dans les zones rurales pour une même offre de soins qu'en ville.

² Pour plus de détails concernant la méthodologie de calcul de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, voir le rapport https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2018-02_medecins_generalistes_bruxelles.pdf

De plus, un nombre inquiétant de communes belges est considéré être en pénurie grave. Selon les derniers chiffres présentés à la Chambre en octobre 2022 par Frank Vandembroucke, 120 communes du pays seraient concernées. Parmi celles-ci, 43 se trouvent en Wallonie³, 70 en Flandre et 7 à Bruxelles.

Les causes de cette inquiétante pénurie sont multiples. Premièrement, le nombre de médecins généralistes pratiquant sur le territoire est insuffisant. Deux éléments expliquent ce phénomène : la limitation du

nombre de médecins diplômés, via le mécanisme du *numerus clausus*, et la trop faible part de médecins généralistes parmi les médecins diplômés (De Munck, 2023). En effet, les besoins en médecins généralistes ont longtemps été sous-estimés et la formation de médecine générale, dénigrée, alors que le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques viennent renforcer les besoins en soins de première ligne. En outre, il convient de noter que les conditions de travail difficiles renforcent le faible attrait pour la profession (RTBF, 2023a). Ainsi, il n'y aurait pas suffisamment de nouveaux médecins généralistes pour remplacer les départs à la retraite, qui se multiplient par ailleurs, étant donné l'âge moyen avancé des médecins généralistes⁴. Cela est d'autant plus vrai que la profession a changé. En effet, alors que les très longues journées de travail étaient autrefois la norme, les praticiens aspirent dorénavant à un meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle⁵. On estime dès lors qu'il faudrait 2 voire 3 médecins généralistes pour combler un départ à la retraite (Tessier, 2023).

Néanmoins, le nombre insuffisant de médecins généralistes n'explique pas tout. En effet, la répartition géographique de ces médecins sur le territoire est également cruciale. Alors qu'ils s'installaient auparavant dans les zones peu desservies afin de s'assurer une patientèle suffisante, les médecins généralistes ont plutôt tendance actuellement à s'installer dans des zones disposant de suffisamment de médecins généralistes, afin de pouvoir collaborer et d'éviter l'isolement et les conditions de travail difficiles (Gillet, 2023). Ce faible attrait pour les régions en pénurie renforce le problème initial et crée un cercle vicieux.

Les conséquences de ce phénomène sont préoccupantes, tant pour les patients que pour les praticiens. En effet, la pénurie conduit à une diminution du nombre de contacts par patient, à d'importants délais d'attente voire au renoncement aux soins, participant à la dégradation de la qualité du système de santé. Le manque de médecins généralistes induit également un report vers les services d'urgences des hôpitaux, déjà saturés. De plus, les médecins eux-mêmes souffrent

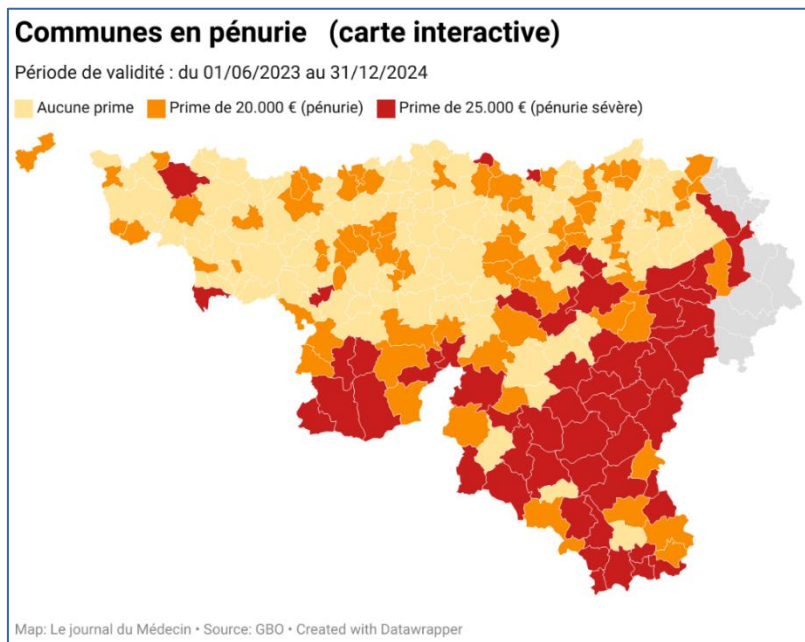


Figure 1. Carte de la pénurie de médecins généralistes en Wallonie (Hardy, 2023)

³ La dernière liste de l'AVIQ (publiée en juin 2023) indique que ce chiffre est désormais passé à 57 (AVIQ, s. d.).

⁴ En 2016, la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 52,7 ans. De plus, en 2018, 18,7 % des médecins généralistes actifs avaient plus de 65 ans. De nombreux praticiens continuent donc à travailler une fois passé l'âge de la retraite, souvent par crainte de ne pas trouver de remplaçant (Medi-sphère, 2019).

⁵ Ce phénomène a été exacerbé par la féminisation de la profession.

également de la situation (charge de travail alourdie, fatigue, burnout⁶). Pour protéger leur propre santé, nombre d'entre eux se voient contraints de refuser des patients⁷. La littérature souligne d'ailleurs que l'épuisement des médecins généralistes affecte également négativement la qualité des soins prodigués (Patel et al., 2018; Salyers et al., 2017; Silhol et al., 2020).

À l'aide de la littérature scientifique et de la littérature grise, nous tentons de mieux comprendre la planification de l'offre médicale en Belgique, ainsi que les facteurs expliquant la répartition géographique des médecins. De plus, un aperçu des différentes politiques publiques permettant de rééquilibrer la répartition géographique des médecins généralistes est proposé. Enfin, quelques recommandations clôturent ce policy brief.

APPORTS DE LA LITTÉRATURE⁸

Planification de l'offre médicale en Belgique

Comme mentionné précédemment, le contingentement de l'offre médicale est en partie responsable de la pénurie de médecins généralistes. Celui-ci a pour objectif de garantir une offre médicale adéquate, en assurant la compatibilité entre l'offre et les besoins en soins et ainsi, d'éviter les pénuries ainsi que les excédents de personnel. Ce processus de planification est une étape essentielle mais compliquée, notamment en raison de la durée de la formation des professionnels de santé, et pour laquelle il n'existe pas d'« approche standard reconnue sur le plan international » (Vandenbroeck et al., 2017, p. 8). En Belgique, cette planification de l'offre médicale a été ponctuée de polémiques et de désaccords communautaires.

En effet, la planification de l'offre médicale existe sur le sol belge depuis 1996, époque à laquelle on craignait une pléthore menaçant les caisses de la sécurité sociale (RTBF, 2023c). L'organisation de la compétence est partagée entre le pouvoir fédéral et le pouvoir communautaire. L'autorité fédérale est de fait chargée de fixer des quotas de médecins généralistes et spécialistes ayant accès au numéro INAMI⁹. Cette planification fédérale est orchestrée par la Commission de planification – offre médicale, ayant développé une méthodologie spécifique¹⁰, évaluée en 2017 par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)¹¹. Les projections fixées par Commission de planification permettent donc de fixer les quotas d'étudiants en médecine qui obtiendront un numéro INAMI (6 ans en avance, avec possibilité pour les Communautés d'adapter le quota à leur situation depuis la sixième réforme). Notons que ces estimations se basent sur des méthodes imparfaites et qu'une mauvaise estimation peut avoir des répercussions importantes à long-terme. Par ailleurs, le KCE remettait en question dans son évaluation la volonté de planifier de façon stricte les effectifs médicaux et suggérait plutôt d'utiliser les projections pour prédire et anticiper des tendances (Vandenbroeck et al., 2017).

⁶ Pour plus d'informations : Jonckheer et al., 2011.

⁷ 57 % des médecins généralistes wallons, 51 % des Bruxellois et 50 % des Flamands (Medi-sphère, 2022).

⁸ La recherche de littérature scientifique et littérature grise s'est effectuée sur base des mots-clés suivants : pénurie de médecins généralistes, contingentement de l'offre médicale, répartition géographique des médecins, attirer les médecins en zones rurales, etc. Les sources mobilisées, qui s'étendent de 1999 à 2023, sont principalement issues de revues scientifiques ainsi que de rapports officiels.

⁹ Pour rappel, « le numéro INAMI d'un professionnel de la santé permet à ses patients d'obtenir un remboursement auprès de la sécurité sociale » (Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.).

¹⁰ Modèle mathématique couplant les données du cadastre des professionnels des soins de santé du SPF Santé publique avec celles de l'INAMI et au Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale, projections d'évolution de la force de travail à l'aide d'un modèle de planification (Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2015).

¹¹ Pour plus de renseignements sur cette évaluation, voir Vandenbroeck et al., 2017.

Les Communautés organisent quant à elles la sélection au moment de la formation et mettent en place des sous-quotas par disciplines (Benahmed et al., 2013). Elles sont ainsi chargées de faire respecter les quotas fixés par l'autorité fédérale et organisent la planification via des Commissions de planification communautaires. Tandis que la Flandre a opté pour un examen d'entrée dès la mise en place de la planification¹², « les décisions relatives à la sélection des étudiants ont été plus fluctuantes au sud du pays¹³ » (Benahmed et al., 2017, p. 107). Toutefois, on observe depuis la rentrée 2023-2024 une harmonisation du filtre communautaire, puisque la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) a pour la première fois fait passer un concours d'admission aux étudiants en médecine, avec un nombre défini d'admis¹⁴ (Vandenbroucke, 2023). Concernant les sous-quotas de médecine générale, on observe également des divergences entre Communautés (Leherste, 2019). Notons que le sous-quota francophone est passé depuis peu à 43 %, et qu'il devrait être relevé dès 2024 à 50 % (Commission de planification francophone de l'offre médicale, 2022).

Récemment, le gouvernement fédéral belge a déterminé les quotas de médecins pouvant démarrer leur spécialisation (médecine générale ou autre) au bout des 6 ans de formation de base. Ainsi, il a été décidé que 2 173 médecins seraient diplômés de la formation de base en 2029, soit 1 244 en Communauté flamande et 929 en Communauté française. Ces chiffres ont été fixés sur la base de l'avis rendu par la Commission fédérale de planification, en ajustant à la hausse les recommandations prévues pour la Flandre. En effet, la Commission suggérait d'atteindre 1 144 diplômés en Flandre, mais le gouvernement a préféré augmenter ce chiffre de 100 étudiants, « afin de résorber plus rapidement la pénurie historique de candidats médecins en Communauté flamande » (Vandenbroucke, 2023). Il convient ensuite aux Communautés de traduire ce quota fédéral en un quota de départ¹⁵. La Flandre a par exemple opté pour un quota de départ de 1600 étudiants. En outre, les Communautés fixent les sous-quotas par discipline. Pour la médecine générale, la Commission fédérale suggérait d'atteindre 507 médecins généralistes en Communauté flamande (507 sur les 1 144 médecins suggérés, soit 44,3 %) et 473 en Communauté française (473 sur 929, soit 50,9 %). L'accent a ainsi délibérément été mis sur la médecine générale (Commission de planification - Offre médicale, 2023). À noter par ailleurs que le ministre Vandenbroucke espère que les 100 médecins diplômés supplémentaires accordés en Flandre seront orientés vers les professions en pénurie telle que la médecine générale. Aussi, l'accord conclu entre la Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles inclut un contrôle plus sévère des numéros INAMI, pour mettre fin au dépassement de la FWB.

	Communauté flamande	Communauté française	Total
Quotas de médecins diplômés de la formation de base en 2029 – avis de la commission fédérale de planification	1144	929	2073

¹² Transformé en 2018 en un concours.

¹³ *Numerus fixus* de 1997 à 2008 ; de 2008 à 2015, abandon de la sélection pendant la formation, mise en place en 2012 du test d'orientation et du principe de réorientation, réintroduction du *numerus fixus* en complément aux deux autres mesures en 2015 ; examen d'entrée en 2017 (Benahmed et al., 2017; Mathieu, 2022).

¹⁴ Et non plus un examen d'entrée qui permettait à tous les étudiants réussissant le test de s'inscrire aux études.

¹⁵ « Le quota de départ est déterminé par une formule de déperdition qui tient compte des étudiants qui abandonnent en cours de formation de base, des étudiants qui n'optent pas pour une formation continuée dans l'une ou l'autre spécialité (y compris la médecine générale), du nombre d'étudiants qui partent à l'étranger après la formation de base, du nombre d'étudiants qui optent pour un mandat de recherche, etc. » (Vandenbroucke, 2023).

Sous-quotas médecins généralistes en 2029 -avis de la commission fédérale de planification	507	473	980
Quotas de médecins diplômés de la formation de base en 2029 – décision du gouvernement fédéral	1244	929	2173

Tableau 2. Quotas de médecins pour l'année 2029 (Vandenbroucke, 2023).

Même si « dans les années [...] à venir, il restera un creux dans la démographie de la médecine générale » (Le Spécialiste, 2023), il est à espérer que ces récentes décisions permettent de résorber la pénurie de médecins généralistes, ou du moins en partie. En effet, le *numerus clausus* n'explique pas à lui seul la pénurie de médecins généralistes dont souffre le pays et une augmentation du nombre de médecins ne peut dès lors pas être la seule réponse au problème. Il est également essentiel qu'un nombre suffisant de médecins s'installent dans les zones les plus fragiles, et ce, de façon durable.

La répartition géographique des médecins généralistes

Le problème de la répartition géographique des médecins (généralistes et autres) est un problème partagé par de nombreux pays. En effet, même si la densité de médecins a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE ces dernières années, des différences persistent au niveau régional (Ono et al., 2014). En particulier, les zones rurales et les zones urbaines à niveau socio-économique faible souffrent d'une faible densité de médecins. Cette répartition inégale des médecins a naturellement des conséquences en termes d'accès aux soins et participe au problème de la pénurie de médecins généralistes. Cette section se penche sur les apports de la littérature¹⁶ en matière de choix de lieu d'exercice des médecins et de politiques visant une meilleure répartition géographique de l'offre médicale.

Facteurs déterminants le lieu d'installation des médecins

Afin d'éclairer le déséquilibre de la répartition des médecins, il est intéressant de comprendre le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment, de ceux qui décident de s'installer en zones peu attractives. Même si ce choix est complexe, plusieurs facteurs clés peuvent être mis en évidence (Ono et al., 2014; Polton et al., 2021). Ono et al. (2014) résumant ceux-ci en six grandes catégories¹⁷ :

- l'attractivité de l'environnement général ;
- le milieu d'origine ;
- le mode de recrutement ;
- le potentiel salarial ;
- les conditions de travail ;
- le prestige et la reconnaissance professionnelle.

Le premier point fait référence aux infrastructures, aux opportunités d'emploi pour le conjoint, aux activités culturelles, récréatives, à la qualité du logement, etc. qu'offre une zone géographique. Ces facteurs peuvent effet jouer un rôle important dans le choix d'installation du médecin. Or, les

¹⁶ Même si la situation des autres pays n'est pas toujours comparable à la Belgique – une zone rurale aux États-Unis ne présente pas forcément les mêmes caractéristiques qu'une zone rurale belge - des enseignements importants peuvent toutefois être dégagés de cette littérature.

¹⁷ L'étude d'Ono et al. (2014) se base sur des études réalisées dans plusieurs pays de l'OCDE.

zones rurales et urbaines défavorisées sont souvent considérées comme moins attractives sur ce plan, même si les préférences individuelles peuvent varier¹⁸ (Ono et al., 2014). Ces préférences peuvent être en outre influencées par le fait d'avoir grandi en milieu rural, ce qui est considéré comme « le facteur essentiel et le meilleur prédicteur de l'installation en zone rurale » (Polton et al., 2021, p. 6).

Le mode de recrutement fait référence aux différents statuts professionnels des médecins. Si ceux-ci travaillent sous un statut de salarié, leur choix de localisation dépendra largement des offres d'emploi disponibles.

Un autre facteur déterminant le lieu d'installation du praticien est le potentiel salarial. Dans un système de rémunération à l'acte, le salaire du médecin dépend du nombre d'actes effectivement réalisés. Si la densité de population est très faible, le médecin peut s'inquiéter de son niveau de revenus. Néanmoins, les expériences internationales montrent que les médecins en zones mal desservies ont des revenus plus élevés qu'en zones urbaines, mais au prix d'une charge de travail plus lourde et d'horaires de travail plus longs (Ono et al., 2014).

Les conditions de travail jouent également un rôle déterminant. Cela est d'autant plus vrai que les nouveaux médecins généralistes accordent une certaine importance à l'équilibre vie privée-professionnelle. À ce titre, les zones rurales et urbaines défavorisées présentent généralement de moins bonnes conditions de travail, avec une charge de travail plus lourde, des gardes plus fréquentes et de l'isolement (Lurquin et al., 2021; McGrail et al., 2012). Holloway et al. (2020) mentionnent que les craintes en termes d'isolement constituent une barrière importante au recrutement de médecins en zones rurales.

Enfin, le lieu d'installation du médecin peut dépendre du prestige et de la reconnaissance professionnelle qu'il en retire. Il apparaît dans la littérature que les pratiques rurales sont associées à un prestige plus faible (Creed et al., 2010) mais que la reconnaissance que l'on en retire est plutôt élevée (Ono et al., 2014).

À côté de ces six facteurs, Polton et al. (2021) ajoutent que les modalités de la formation peuvent avoir un impact sur le choix d'installation. En effet, le fait que l'université soit située en milieu rural ou que des stages soient proposées dans ces zones mal desservies peut avoir un effet sur la probabilité de les sélectionner comme lieu d'exercice (McGrail et al., 2023; Russell et al., 2022). Une récente revue de la littérature montre par exemple que le fait d'avoir un stage en milieu rural durant la formation médicale contribue au recrutement et à la rétention des praticiens sur ces territoires et peut être envisagé comme une mesure pour lutter contre les pénuries de médecins en milieu rural (Holst, 2020).

Au-delà de ces facteurs déterminant le lieu d'exercice des médecins, il convient également de s'intéresser aux éléments assurant le maintien de ces médecins sur un territoire donné. À ce titre, les conditions d'exercice telles que le salaire et la charge de travail semblent jouer un rôle important (Rabinowitz et al., 1999). Les conditions de vie, les besoins de la famille et les réseaux de soutien personnel et professionnel ainsi que l'intégration dans la communauté sont aussi déterminants dans la décision de rester en zones mal desservies (Holloway et al., 2020; Kumar & Clancy, 2021).

Politiques publiques visant une meilleure répartition géographique

De nombreux pays ont mis en place des mesures¹⁹ pour améliorer la répartition géographique de l'offre médicale sur leur territoire et faire en sorte que les médecins s'implantent dans les zones

¹⁸ Il arrive en effet que certains médecins justifient leur choix d'installation en zones rurales pour le mode de vie qu'offrent ces régions (Chan et al., 2005).

¹⁹ Souvent, un ensemble de mesures.

mal pourvues. Cette section dresse un aperçu de ces mesures, en s'appuyant sur la classification proposée par l'OCDE. Selon celle-ci, les pouvoirs publics pourraient agir à trois niveaux, via quatre actions (Ono et al., 2014). Les trois niveaux sont :

- cibler les futurs médecins via la formation ;
- cibler les médecins en exercice via les incitants financiers et la régulation ;
- composer avec moins via l'amélioration de la prestation des services.

La première mesure vise à augmenter le nombre de futurs médecins prêts à exercer en zones peu desservies. Cela peut par exemple passer par la sélection d'étudiants ayant un intérêt pour ces régions ou issus de zones rurales. Toutefois, le délai important entre l'inscription aux études et l'obtention du diplôme peut laisser le temps aux étudiants de changer d'avis, nuisant à l'efficacité de cette mesure (Ono et al., 2014). La zone d'implantation des écoles de médecine peut également être déterminante dans la sélection des étudiants (campus satellites, tutorat délocalisé...) (Polton et al., 2021). Cela peut également impliquer d'adapter le contenu des programmes de formation à la pratique médicale en zones mal desservies.

Pour augmenter la part de médecins en exercice dans les zones sous dotées, des mesures d'incitation et de régulation peuvent être adoptées. Les incitants financiers destinés aux médecins en exercice visent à corriger les désavantages de revenus potentiels qui pourraient être perçus comme des barrières à l'installation dans les zones mal pourvues et à compenser les conditions de travail moins avantageuses. De nombreux pays proposent ces compensations financières²⁰. Toutefois, les résultats de ces mesures semblent mitigés (Bes et al., 2023; Buykx et al., 2010; Pilvar, 2023). En effet, il est important de noter que bien que ces incitants financiers puissent être nécessaires pour compenser les conditions d'exercice, « leur capacité d'influencer les choix des professionnels apparaît limitée si elles sont prises de manière isolée et ne sont pas accompagnées de mesures qui visent précisément à rendre l'exercice plus attractif, indépendamment des aspects monétaires » (Polton et al., 2021, p. 33). De plus, il s'agit d'une mesure plutôt coûteuse. Ces incitants peuvent aussi être étendus aux étudiants en médecine, en leur offrant un financement des frais de scolarité en échange d'un engagement à exercer pendant un certain temps dans des zones médicalement sous-desservies (Polton et al., 2021). Notons toutefois que l'évaluation de ces incitations financières à destination des étudiants est également mitigée.

Des mesures plus contraignantes régulant l'installation des praticiens sont parfois envisagées, soit en obligeant les médecins à exercer un certain temps dans une certaine zone en déficit, soit en régulant de façon plus générale la main-d'œuvre (nombre limité de places par zone géographique) (Polton et al., 2021). Le passage obligé dans une zone sous dotée (souvent à destination des médecins étrangers) peut se révéler utile à court-terme, mais peut avoir des effets contre-productifs à long terme. En effet, de nombreux médecins ne restent pas dans la zone sous dotée une fois passée la période d'engagement. Le caractère contraignant peut parfois même les « détourner d'un type d'exercice pour lequel ils auraient pu avoir certaines prédispositions » (Polton et al., 2021, p. 33). Par ailleurs, cela implique que les zones sous dotées doivent faire face à une rotation de personnel importante, mais certains estiment que cela reste préférable à l'absence de médecins (Frehywot et al., 2010). En outre, les mesures de régulation générale de l'offre présente un expérience plutôt positive, même s'il importe de souligner que ces mesures s'inscrivent souvent dans une politique d'ensemble et n'interviennent pas de manière isolée (Polton et al., 2021).

Enfin, Ono et al. (2014) estiment qu'une autre manière de faire face à la pénurie consiste à accepter l'effectif réduit et à organiser les soins de façon à ce que les besoins de la population

²⁰ Elles se divisent en deux catégories : celles qui ne sont pas liées au salaire, comme les subventions à l'installation, et celles qui sont liées au salaire, telles que les revenus garantis ou les bonus.

puissent être remplis par les médecins en fonction, et ce dans de bonnes conditions de travail, en s'appuyant par exemple sur la technologie, sur les pratiques collectives ou encore sur les autres professionnels de santé. Notons que le rapport de synthèse de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) propose encore un axe supplémentaire, visant à soutenir professionnellement et personnellement les médecins travaillant en zones difficiles (Polton et al., 2021).

IMPLICATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUE PUBLIQUE

La pénurie de médecins généralistes en Belgique est un problème complexe et persistant. Si l'on se réfère aux causes du problème, il convient d'améliorer à la fois le nombre de médecins généralistes actifs sur le territoire, mais aussi leur répartition géographique.

L'augmentation de l'offre de médecins est liée au contingentement de la profession. À ce sujet, le gouvernement a récemment décidé de relever les quotas de futurs médecins, avec une attention particulière portée sur la médecine générale. Reste à espérer que ces nouveaux quotas seront suffisants pour faire face aux besoins grandissants en soins de première ligne. Aussi, afin d'attirer les étudiants vers la médecine générale, il est nécessaire de redorer le blason de la profession, longtemps dénigrée au profit de la médecine spécialisée dans nos universités. Pour cela, il faut « revoir le contenu des cours, organiser des stages de qualité dès les premières années d'étude et cibler les étudiants avec une affinité pour la médecine générale » (Drielsma, 2012). Par ailleurs, si l'on veut voir le nombre de médecins généralistes actifs augmenter, il est essentiel que les conditions de travail soient améliorées. Nombreux sont les jeunes médecins généralistes à abandonner la profession après quelques années de pratique. En effet, une étude relative aux parcours professionnels des diplômés en médecine générale²¹ montre que 21,5 % des jeunes diplômés de médecine générale ne pratiquent pas la discipline (Lenoir, 2017). Une manière de rendre la profession plus attractive est de promouvoir l'activité en groupe dans les communes en pénurie, comme le font déjà certaines communes belges (Reeth, 2019). Cela est particulièrement pertinent pour les jeunes médecins, comme en atteste une étude française selon laquelle « la possibilité d'un exercice collectif a motivé le choix du lieu d'installation actuel pour 73 % des médecins de moins de 40 ans, et seulement pour 27 % des 60 ans ou plus » (Polton et al., 2021, p. 10). En outre, les conditions de travail des médecins généralistes peuvent être rendues plus agréables en déléguant certaines tâches à d'autres professionnels de la santé, comme le suggère Ono et al. (2014).

Concernant la meilleure répartition géographique de l'offre, plusieurs mesures existent déjà en Belgique. Tout d'abord, on retrouve les mesures financières Impulseo visant à encourager l'installation des médecins généralistes, devenues une compétence des entités fédérées depuis la 6^{ème} réforme de l'État (INAMI, 2017). En Wallonie, il existe trois mesures de ce type : Impulseo I (primes uniques à l'installation des médecins généralistes en zones en pénurie), Impulseo II (intervention dans les charges salariales de l'employé administratif) et Impulseo III (intervention dans les frais liés au service de télésecrétariat médical). Alors que la Flandre et Bruxelles ont récemment décidé de ne plus octroyer les aides Impulseo pour les remplacer par d'autres systèmes de subventions²², la Wallonie maintient quant à elle le dispositif suite à une évaluation positive (RTBF, 2023b). La littérature précise toutefois que même si elles peuvent sembler nécessaires, elles se révèlent rarement suffisantes et il convient donc de les combiner à d'autres

²¹ Entre 1999 et 2013, issus de trois universités francophones belges.

²² Pour plus de détails, voir : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/flandre-pret-sans-interet-pour-les-generalistes-debutants-et-prime-pour-un-soutien-a-la-pratique.html>, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/fin-d-rsquo-impulseo-a-bruxelles-laquo-un-tres-mauvais-signal-pour-les-generalistes-rdquo.html>.

types de mesures (Polton et al., 2021). Toujours dans l'idée de mieux répartir les médecins sur le territoire, il a finalement été décidé de mettre en place un master en médecine à l'UMons et UNamur²³. Comme le suggère la littérature (Holst, 2020; McGrail et al., 2023; Russell et al., 2022) ainsi que les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010), une meilleure répartition des lieux de formation devrait participer à une meilleure répartition des jeunes généralistes.

Néanmoins, certains estiment que ces mesures ne seront pas suffisantes dans certaines communes en pénurie et qu'il serait dès lors opportun de considérer une éventuelle régulation de la répartition géographique de l'offre, via par exemple des numéros INAMI géolocalisés (RTBF, 2023c). Actuellement, aucun pays ne va « jusqu'à contraindre les professionnels à s'installer dans des zones désignées, sauf de façon temporaire pour certaines catégories de médecins » (Polton et al., 2021, p. 51). Une manière de réguler l'offre de façon permanente pourrait passer par des quotas d'installation dans les zones « surdotées » comme le font déjà certains pays. Dans tous les cas, il est important que ces propositions soient débattues avec les différentes parties prenantes, étant donné la limitation de liberté qu'elles induisent. De plus, une politique de régulation ne peut se soustraire d'une politique de promotion des conditions de vie et de travail pour les praticiens qui s'installent dans des zones en pénurie (Polton et al., 2021).

Finalement, lutter contre la pénurie de médecins généralistes exige une approche globale. La littérature médicale met en effet en lumière l'efficacité limitée des actions isolées, soulignant la nécessité de combiner divers leviers. De plus, il importe de laisser de la place aux initiatives locales (Ono et al., 2014), tout en assurant une coordination des actions entre les différents de pouvoir impliqués. Comme souvent, la clé réside dans l'évaluation rigoureuse des mesures mises en place, conformément aux recommandations de la Commission européenne (Commission européenne, 2015). La récente évaluation des primes Impulseo en Wallonie ainsi que le plan d'évaluation des effets des masters en médecine à Namur et à Mons sont en ce sens encourageants. Car seule une politique combinant différentes mesures, coordonnée, évaluée régulièrement et ajustée en conséquence pourra répondre efficacement au défi de la pénurie des médecins généralistes.

²³ Précisons qu'il s'agit d'un master en médecine à l'UMons (conjoint avec l'ULB) et d'une spécialisation ouverte notamment sur la médecine rurale à l'UNamur (Andris, 2023).

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- ▶ Holloway, P., Bain-Donohue, S., & Moore, M. (2020). Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *Australian Journal of Rural Health*, 28(6), 543-554. <https://doi.org/10.1111/ajr.12675>
- ▶ Ono, T., Schoenstein, M., & Buchan, J. (2014). *Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses* (OECD Health Working Papers 69).
- ▶ Polton, D., Chaput, H., & Portela, M. (2021). *Synthèse Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques—Les leçons de la littérature internationale* (89; Les dossiers de la DREES). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>



Département d'économie
appliquée de l'ULB

dulbea.ulb.be

+32 (2) 650 41 11 • dulbea@ulb.be
Avenue Franklin D. Roosevelt 50, CP140
B-1050 Brussels

 [@dulbea_ulb](https://twitter.com/dulbea_ulb)

 [Dulbea ULB](#)

 [Dulbea ULB](#)

BIBLIOGRAPHIE

- Andris, J. (2023, mars 27). *Masters en médecine : L'UNamur s'oriente vers la médecine rurale*.
<https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/masters-en-medecine-l-unamur-s-oriente-vers-la-medecine-rurale.html>
- AVIQ. (s. d.). *Liste des communes en pénurie—Impulseo I - Du 01-06-23 au 31-12-2024*. Consulté 8 septembre 2023, à l'adresse <https://www.aviq.be/fr/liste-des-communes-en-penurie-impulseo-i-du-01-06-23-au-31-12-2024>
- Benahmed, N., Alexander, S., De Wever, A., & Deliège, D. (2013). [Focus on planning the supply of physicians in Belgium]. *Revue Medicale De Bruxelles*, 34(3), 141-153.
- Benahmed, N., De Wever, A., & Pirson, M. (2017). *Planification de l'offre médicale : Cadastre dynamique des médecins, sixième réforme de l'Etat et numerus clausus | AMUB*. 38(2).
<https://www.amub-ulb.be/node/1475>
- Bes, J., Flinterman, L., Gonzalez, A., & Batenburg, R. (2023). Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts : A systematic review. *Rural and Remote Health*, 23(1), 1-11.
- Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J., & Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas : Towards evidence-based policy. *The Australian Journal of Rural Health*, 18(3), 102-109.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x>
- Chan, B. T. B., Degani, N., Crichton, T., Pong, R. W., Rourke, J. T., Goertzen, J., & McCready, B. (2005). Factors influencing family physicians to enter rural practice : Does rural or urban background make a difference? *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 51(9), 1246-1247.
- Commission de planification - Offre médicale. (2023, avril 21). *HWF Avis formel Médecins Quota 2029-2033*. Santé Publique.
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-avis-formel-medecins-quota-2029-2033>

- Commission de planification francophone de l'offre médicale. (2022). *Rapport annuel de la Commission de planification francophone de l'offre médicale*.
<http://www.enseignement.be/index.php?page=28611&navi=4937#rapports>
- Commission européenne. (2015). *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe*.
https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/recruitment-and-retention-health-workforce-europe-2015_en
- Creed, P. A., Searle, J., & Rogers, M. E. (2010). Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1084-1088.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.027>
- De Munck, P. (2023, avril 12). *Déclic—Le Tournant—Réinventer la santé de 1ère ligne?* [RTBF].
<https://audio.rtf.be/media/declic-le-tournant-declic-le-tournant-3022797>
- Drielsma, P. (2012, octobre 1). *Pénurie de médecins et consommation de soins : Et Bruxelles dans tout ça ?* Fédération des maisons médicales. <https://www.maisonmedicale.org/penurie-de-medecins-et/>
- Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). *La Commission de planification francophone de l'offre médicale*. Enseignement.be. Consulté 12 septembre 2023, à l'adresse
<http://www.enseignement.be/index.php?page=28611&navi=4937>
- Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P. W., & Ross, H. (2010). Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas : Do they work? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 364-370. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.071605>
- Gillet, A. (2023, février 10). *Médecins généralistes, l'inquiétante pénurie—#Investigation* [RTBF].
<https://audio.rtf.be/media/investigation-medecins-generalistes-l-inquietante-penurie-2997133>
- Hardy, F. (2023, juillet 11). *[Carte interactive] La pénurie de généralistes s'aggrave en Wallonie, le Luxembourg particulièrement touché*. Le journal du médecin.
<https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/carte-interactive-la-penurie-de-generalistes-s-aggrave-en-wallonie-le-luxembourg-particulierement-touche/article-normal-69743.html>

- Holloway, P., Bain-Donohue, S., & Moore, M. (2020). Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *Australian Journal of Rural Health, 28*(6), 543-554. <https://doi.org/10.1111/ajr.12675>
- Holst, J. (2020). Increasing Rural Recruitment and Retention through Rural Exposure during Undergraduate Training: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(17), 6423. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176423>
- INAMI. (2017, mai 10). *Impulseo*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/impulseo/Pages/default.aspx>
- Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M., Kacenenbogen, N., Offermans, A.-M., Piérart, J., & Kohn, L. (2011). *Le Burnout des médecins généralistes : Prévention et prise en charge*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/le-burnout-des-medecins-generalistes-prevention-et-prise-en-charge>
- Kumar, S., & Clancy, B. (2021). Retention of physicians and surgeons in rural areas—What works? *Journal of Public Health, 43*(4), e689-e700. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031>
- Le Spécialiste. (2023, avril 27). *Planification : Les quotas attribués aux généralistes de 2029 à 2033*. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/planification-nbsp-les-quotas-attribues-aux-nbsp-generalistes-de-2029-a-2033.html>
- Le Vif. (2017, juillet 6). *Planification de l'offre médicale : Techniquement performant, mais finalité peu claire*. Le Vif. <https://www.levif.be/belgique/planification-de-loffre-medicale-techniquement-performant-mais-finalite-peu-claire/>
- Lenoir, A.-L. (2017). *Facteurs d'attraction et de maintien dans la profession de médecin généraliste—Une analyse par les choix d'orientation professionnelle d'étudiants et de jeunes médecins* [Université de Liège]. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/223744/1/Th%C3%A8se%20Anne-Laure%20Lenoir.PDF>

- Lurquin, B., Kellou, N., Colin, C., & Letrilliart, L. (2021). Comparison of rural and urban French GPs' activity: A cross-sectional study. *Rural and Remote Health, 21*(3), 5865. <https://doi.org/10.22605/RRH5865>
- Mathieu, B. (2022, février 28). Tout ce que vous devez savoir sur la saga des quotas Inami. *L'Echo*. <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/federal/tout-ce-que-vous-devez-savoir-sur-la-saga-des-quotas-inami/10370259.html>
- McGrail, M. R., Humphreys, J. S., Joyce, C. M., Scott, A., & Kalb, G. (2012). How do rural GPs' workloads and work activities differ with community size compared with metropolitan practice? *Australian Journal of Primary Health, 18*(3), 228-233. <https://doi.org/10.1071/PY11063>
- McGrail, M. R., Nasir, B. F., Chater, A. B., Sangelaji, B., & Kondalsamy-Chennakesavan, S. (2023). The value of extended short-term medical training placements in smaller rural and remote locations on future work location: A cohort study. *BMJ Open, 13*(1), e068704. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068704>
- Medi-sphère. (2019, juillet 18). *Près de 20 % de généralistes restent actifs au-delà de 65 ans*. <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/pres-de-20-de-generalistes-restent-actifs-au-dela-de-65-ans.html>
- Medi-sphère. (2022, août 12). *Enquête exclusive : 60% des généralistes francophones refusent de nouveaux patients—Medi-Sphere*. <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/enquete-exclusive-nbsp-nbsp-60-des-generalistes-francophones-refusent-de-nouveaux-patients.html>
- Missinne, S., & Luyten, S. (2018). *Les médecins généralistes en région bruxelloise : Qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries?* Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Commission communautaire commune. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2018-02_medecins_generalistes_bruxelles.pdf
- Ono, T., Schoenstein, M., & Buchan, J. (2014). *Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses* (OECD Health Working Papers 69).

- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention—Global policy recommendations*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pilvar, H. (2023, novembre). *Primary Care Doctors' Shortages and the Role of Financial Incentives*. <https://hanifa-pilvar.github.io/research>
- Polton, D., Chaput, H., & Portela, M. (2021). *Synthèse Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques—Les leçons de la littérature internationale (89; Les dossiers de la DREES)*. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Hojat, M., & Hazelwood, C. E. (1999). Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 15(2), 212-218. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.1999.tb00742.x>
- Reeth, C. V. (2019, juin 7). *Pénurie de médecins : Se rassembler pour mieux soigner*. Alter Echos; Alter Echos. <https://www.alterechos.be/penurie-de-medecins-se-rassembler-pour-mieux-soigner>
- RTBF (Réalisateur). (2023a, février 10). *Médecins généralistes, l'inquiétante pénurie—#Investigation*. <https://auvio.rtbf.be/media/investigation-medecins-generalistes-l-inquietante-penurie-2997133>
- RTBF. (2023b, avril 4). *Pénurie de médecins : La Wallonie va continuer à octroyer des primes pour l'installation des jeunes médecins dans les zones en pénurie*. RTBF. <https://www.rtbf.be/article/penurie-de-medecins-la-wallonie-va-continuer-a-octroyer->

des-primés-pour-l-installation-des-jeunes-medecins-dans-les-zones-en-penurie-11178105

RTBF. (2023c, avril 12). *Décllic—Le Tournant—Réinventer la santé de 1ère ligne?* <https://auvio.rtbf.be/media/declic-le-tournant-declic-le-tournant-3022797>

Russell, D. J., Wilkinson, E., Petterson, S., Chen, C., & Bazemore, A. (2022). Family Medicine Residencies : How Rural Training Exposure in GME Is Associated With Subsequent Rural Practice. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 441-450. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-21-01143.1>

Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare : A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475-482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2015, décembre 1). *Commission de planification—Offre médicale.* <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-de-planification-offre-medicale>

Silhol, J., Ventelou, B., & Zaytseva, A. (2020). How French general practitioners respond to declining medical density : A study on prescription practices, with an insight into opioids use. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 21(9), 1391-1398. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01222-8>

Tessier, L. (2023, mars 10). « C'est un drame » : À Bruxelles aussi, la pénurie de médecins généralistes fait rage. *Moustique.* <https://moustique.lalibre.be/actu/sante/2023/03/10/cest-un-drame-a-bruxelles-aussi-la-penurie-de-medecins-generalistes-fait-rage-257967>

Vandenbroeck, P., Ooms, K., Benahmed, N., Wickert, R., Christiaens, W., & Stordeur, S. (2017). *Stratégies d'amélioration du modèle de projection de l'offre médicale : Consultation des stakeholders* (290Bs; KCE Report). KCE.

Vandenbroucke, F. (2023, mai 16). *Le conseil des ministres approuve les quotas de médecins pour 2029*. <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/le-conseil-des-ministres-approuve-les-quotas-de-m-decins-pour-2029>

Zorg en gezondheid. (2019, août 26). *Aantal huisartsarme gemeentes blijft toenemen / Zorg en*. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-huisartsarme-gemeentes-blijft-toenemen>