

"Double cohorte 2018"
(formation professionnelle de médecins)

Deuxième avis intermédiaire du Conseil Supérieur des
médecins spécialistes et des généralistes du 10 décembre 2015

Table de matières

I. CONTEXTE

- I.1. Suivi du premier avis du 19 novembre 2014
- I.2. Récapitulatif des informations et analyses nouvelles pertinentes
- I.3. Le financement des MGF (médecins généralistes en formation)
- I.4. Les problèmes concernant le financement des MSF (médecins spécialistes en formation)

II. DEUXIEME AVIS INTERMEDIAIRE CONSEIL SUPERIEUR DES MEDECINS
SPECIALISTES ET DES GENERALISTES

- II.1. Plan d'actions
- II.2. Proposition réaliste et concrète pour le financement des MSF,
condition préalable et prioritaire pour une solution

I. CONTEXTE

I.1. Suivi du premier avis du Conseil Supérieur du 19 novembre 2014

Le 24 avril 2014, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a décidé de créer un Groupe de travail "Double cohorte 2018".

Les membres de ce Groupe de travail sont les suivants : Prof. J. Boniver, Prof. J. De Maeseneer, Prof. M. Deneyer, Prof. J. Lambert, Prof. C. Vermynen, Prof. H. Nielens, Dr. R. Lemye, Dr. M. Moens, Prof. B. Velkeniers, Prof. J. Goffin, Prof. A. Dupont, Prof. D. Vanpee, Dr. B. Maillet et Prof. G. Vanderstraeten.

Un premier avis intermédiaire du Groupe de travail a été approuvé par le Conseil Supérieur le 19 novembre 2014 et transmis à Madame la Ministre M. De Block.

Le Groupe de travail "Double cohorte 2018" et le Conseil Supérieur ont pris connaissance du compte rendu de la réunion tenue au cabinet de la Ministre M. De Block le 16 juin 2015 à propos de ce premier avis intermédiaire.

Le Groupe de travail "Double cohorte 2018" et le Conseil Supérieur ont pris connaissance du fait qu'une proposition de la délégation du gouvernement pour le budget des soins de santé 2016 au Conseil général de l'INAMI a inclus une intervention structurelle en faveur des maîtres de stage non-universitaires d'un montant de € 10 millions.

Au cours de l'année écoulée, plusieurs initiatives contribuant à une meilleure exploration de la problématique ont été prises et une réflexion a été menée sur une stratégie adéquate pour répondre aux problèmes auxquels nous serons confrontés en 2018.

Ce deuxième avis intermédiaire dresse un récapitulatif de la situation et formule une proposition claire de plan d'action, visant à créer les conditions de base nécessaires pour mettre en place une prise en charge appropriée de la problématique de la double cohorte en 2018 et au cours des années suivantes.

I.2. Récapitulatif des informations et analyses nouvelles pertinentes

Lors de la réunion du 18 novembre 2015 et du 10 décembre 2015, le document suivant a été présenté au Groupe de travail et au Conseil Supérieur.

"Projection quantitative de l'effet de la double cohorte de diplômés en sciences médicales sur les places de stages en médecine pour l'obtention d'un titre professionnel particulier. Mise à jour août 2015", une note de la cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé (voir annexe 1).

La modélisation décrit la répartition dans le temps de l'impact de la double cohorte de médecins qui termineront leurs études en 2018 sur le besoin de postes de stage, en fonction du nombre de candidats et de la durée de leur spécialisation.

Sur toute la période de formation (variable selon la discipline) à partir de 2018 et compte tenu à la fois de la médecine générale et de la médecine spécialisée, on prévoit pour la Flandre un déficit de places de stage de 29,7% (4.063 candidats, 3.132 postes de stage agréés). Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française), le déficit serait de 37,7% (4.047 candidats pour 2.940 postes de stage agréés). En partant de l'hypothèse d'un profil de choix constant pour les différentes spécialités, les déficits nationaux les plus aigus en termes de pourcentage pour les postes de stage se manifestent dans les disciplines de chirurgie plastique/esthétique (80 candidats à l'échelle nationale pour 25 postes de stage) et d'urologie (167 candidats à l'échelle nationale pour 66 postes de stage agréés). Les spécialités qui attirent moins de candidats présenteront rapidement des déficits importants en termes de pourcentage. Mais même dans des disciplines telles que la cardiologie (220 candidats à l'échelle nationale pour 126 postes de stage agréés), l'anesthésie (déficit prévu à l'échelle nationale de 222 postes de stage) ou l'orthopédie (déficit de 173 postes de stage), des problèmes sont à prévoir.

La conclusion de cet exercice est qu'il faut interpréter les estimations avec prudence, mais que dans les années à venir, un net déficit de postes de stage se manifesterait dans quasiment toutes les spécialités, tant en Communauté flamande qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (Communauté française). Le rapport conclut en ces termes : « *Il serait donc opportun de déterminer dès à présent les mesures qui pourraient être prises afin d'augmenter à court terme le nombre de places de stage dans les spécialités qui seront les plus déficitaires en places disponibles, en gardant à l'esprit la nécessité de maintenir un équilibre entre l'offre de professionnels et les besoins de la population.* »

Un deuxième rapport préparé par le Dr Stevens (voir annexe 2) décrit une première estimation de l'éventuelle "réserve de postes de stage" pour les MSF¹ par discipline.

Un premier constat est que pour un grand nombre de disciplines, le nombre de candidats en formation par rapport au nombre de postes de formation agréés oscille entre 85% et 110%. Quand on examine les disciplines où le taux de remplissage est "faible" (60% ou moins), les disciplines suivantes sont mises en évidence : l'orthopédie, la cardiologie, la médecine physique, la médecine nucléaire, la biologie clinique (mais il faut ici tenir compte des pharmaciens avec spécialisation en biologie clinique), la psychiatrie (artefact probable par rapport au code INAMI 780).

Sur la base d'une première analyse de ce rapport, il est permis d'établir que la réserve inutilisée de postes de stage est relativement faible et que dans les disciplines où elle se manifeste (p. ex. la cardiologie, la médecine physique, la médecine nucléaire...), on peut se demander s'il est souhaitable d'y augmenter la capacité de formation dans une mesure importante.

Le Groupe de travail fait remarquer qu'il serait utile de comparer les résultats des deux exercices.

¹ **M**édecin(s) **s**pécialiste(s) en **f**ormation

Dans une première approche, le Groupe de travail avance les éléments d'analyse suivants :

- Des déficits (de places de stage) s'annoncent dans une large gamme de disciplines.
- Il n'est pas certain qu'il existe actuellement un grand "réservoir" de postes de formation inutilisés.
- Pour chaque discipline, une pondération soigneuse doit être faite quant au caractère souhaitable pour la société d'augmenter le nombre de postes de formation. À cet égard, il est possible d'utiliser le modèle mathématique employé par la Commission de planification, afin d'examiner comment le nombre de médecins évoluera pour chaque spécialité, en fonction de l'évolution de la population et de ses besoins² et utilisation de soins. Ceci devra permettre de déterminer dans quelles spécialités une augmentation de capacité est nécessaire pour répondre aux besoins de soins de la population.
- Dans la suite de l'analyse, divers membres du Groupe de travail mettent en avant que le problème fondamental est lié au financement : on forme toujours trop de MSF en radiologie, alors qu'actuellement déjà il y a un excédent de radiologues sur le terrain, pendant qu'en revanche, la formation de gériatres s'effectue au compte-gouttes (lors de la dernière promotion à l'UGent : 8 radiologues, 3 gériatres). L'explication réside dans la différence de marge de manœuvre financière entre les diverses disciplines. Si l'on ne s'attaque pas à ce problème, il sera impossible de réaliser les adaptations nécessaires dans le développement de capacité au sein des différentes disciplines.
- Plusieurs membres sont partisans d'un système où par le biais d'un financement centralisé (INAMI), un montant annuel de € 30.000 par MSF est mis à disposition et où le maître de stage/service de stage fournit une contribution mensuelle de € 1.600 à € 1.900 (selon l'ancienneté du MSF).
- De la sorte, il devient possible de réaliser un certain nombre d'objectifs :
 - a. Une formation préférentielle dans les disciplines où les besoins sont actuellement les plus grands ;
 - b. Instauration d'une flexibilité au niveau des postes de stage, p. ex. en garantissant également le coût salarial depuis la Belgique pour des postes de stage à l'étranger (cette demande est formulée comme condition essentielle par de nombreux hôpitaux étrangers disposés à former des MSF au cours de la période 2018-2021) ;
 - c. Dans les services qui dispensent une formation dans les disciplines pour lesquelles un grand besoin existe, créer la possibilité d'une extension de capacité dans l'optique d'un contexte sociétal élargi.

Il est encore souligné qu'il serait préférable d'entamer dès maintenant cette "réorientation des sous-quotas", parce qu'il est injuste de laisser la "Double cohorte" résoudre à elle seule le problème des pénuries dans les disciplines sensibles.

² Actuellement; le modèle et les données de la Commission de Planification ne mesurent pas directement l'évolution des besoins de soins.

I.3. Le financement des MGF (médecins généralistes en formation)

Depuis quelques années, les MGF³ bénéficient d'un système où l'INAMI verse chaque année environ € 30.000 à une ASBL centrale qui se charge du paiement du médecin généraliste en formation. Outre ce financement INAMI, cette ASBL utilise également les "contributions mensuelles" financées par le maître de stage (€ 1.600 à € 1.900, selon l'ancienneté).

Ce système fonctionne à la grande satisfaction de tous les acteurs : MGF, maîtres de stage, responsables de formation des universités...

Les principaux atouts de ce système sont les suivants :

- Grande uniformité (les paiements à tous les MGF sont identiques et s'effectuent via les mêmes mécanismes, et cela tant en ce qui concerne la rémunération de base que celle relative aux services de garde) ;
- Traitement administratif simple : toutes les procédures s'accomplissent par voie électronique ;
- Meilleure protection sociale: bien que le statut n'offre pas encore une protection sociale complète (il n'inclut pas encore le chômage et la pension), les MGF apprécient grandement la protection sociale améliorée (par comparaison avec le statut précédent d'indépendant) ;
- Une séparation nette entre la fonction "d'employeur sur le plan juridico-administratif" et celle "d'accompagnateur pédagogique" (maître de stage/formateur en cabinet) ;
- Grande flexibilité : lorsqu'une personne doit être transférée à un autre cabinet de formation pour des raisons externes (p. ex. la disparition soudaine d'un maître de stage), le financement et le contrat se poursuivent par le biais de la structure centrale ;
- La possibilité d'offrir plus aisément des postes de stage à l'étranger, grâce à une meilleure position de négociation avec les formateurs potentiels sur place. L'étranger reste une option majeure, car la création temporaire en surnombre de postes de stage dans notre pays pour les MSF implique également une concurrence directe pour les jeunes MSF fraîchement diplômés ;
- La transparence et la centralisation sont probablement de nature à contribuer à la surveillance du cadre qualitatif de la formation.

Le Conseil supérieur recommande que ce mode de financement des MGF soit poursuivi, tout en assurant ce financement pendant TROIS ans (au lieu de deux actuellement) pour les MGF ayant réalisé leurs études de base en 6 ans et ayant obtenu le diplôme de médecin en 2018 et au cours des années qui suivront.

³ **M**édecin(s) **g**énéraliste(s) en **f**ormation

I.4. Les problèmes concernant le financement des MSF (médecins spécialistes en formation)

Actuellement, les MSF sont financés par l'hôpital/les médecins du service où le MSF est en formation. Dans tous les hôpitaux, ce financement est couvert partiellement par la facturation prévue dans la nomenclature INAMI des actes médicaux prestés par les MSF et par la facturation de "l'assistance opératoire" (pour les disciplines chirurgicales : environ € 15 millions par an). Les hôpitaux universitaires disposent d'un nombre restreint de "sources" supplémentaires : la sous-partie B7 du BMF comprend à cette fin une composante limitée (environ € 6.000 par an par MSF) et une allocation annuelle unique par maître de stage (indépendante du nombre de MSF : environ € 39.000⁴). Les hôpitaux non universitaires ne disposent d'aucune source supplémentaire pour le financement des MSF si ce n'est la compensation de € 10 Mios prévue dans le budget 2016 (voir plus haut).

Cette situation présente un certain nombre d'inconvénients majeurs :

- Tous les services ne disposent pas des mêmes moyens : il est plus "facile" pour un service d'imagerie médicale de financer un MSF "supplémentaire" que pour un service de gériatrie. Cela peut entraver la création de postes de stage indispensables par exemple en gériatrie ;
- La fonction maître de stage (opérationnel), la fonction contractant administratif et la fonction pédagogique coïncident parfois, ce qui peut susciter des tensions par rapport à la formation et à la position du MSF ;
- Une situation inégalitaire existe entre hôpitaux universitaires et non universitaires ;
- Le changement d'hôpital/de service entraîne toujours des procédures administratives complexes. Le système n'est pas très flexible ;
- Un problème supplémentaire se pose par ailleurs pour les MSF dans le cadre de la "double cohorte". Il faut chercher à cet effet des postes de formation supplémentaires, ce qui, entre autres, pose clairement la question du financement. En particulier, une condition pour occuper les postes de formation disponibles à l'étranger est apparemment, entre autres, un financement (partiel) du MSF depuis la Belgique.

De façon globale, on peut conclure que les sources de financement pour les MSF sont insuffisantes ce qui peut expliquer, au moins en partie, que certains postes de stages dans certaines disciplines (p.e.. la gériatrie) ne sont pas occupés et ce qui fait craindre qu'il soit difficile de mettre à disposition un nombre suffisant de postes de stages au cours des années prochaines et en particulier en 2018.

⁴ Art 77 Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, MB 30 mai 2002. Il s'agit d'une répartition d'un budget global.

II. DEUXIEME AVIS INTERMEDIAIRE CONSEIL SUPERIEUR DES MEDECINS SPECIALISTES ET DES GENERALISTES du 10 décembre 2015

Le Conseil supérieur confirme les propositions et recommandations qu'il a émises dans son premier avis intermédiaire approuvé en séance plénière le 19 novembre 2014 et transmis à la Ministre De Block.

Ce deuxième avis intermédiaire tient compte du fait que tous les diplômés des années 2016 à 2020 auront accès, s'ils le souhaitent et s'ils sont retenus, à la formation complémentaire en médecine générale ou en médecine spécialisée.

II.1. Plan d'actions

a) Poursuite de l'analyse des données et projections

En raison du grand nombre attendu de candidats, il convient d'affiner les données quantitatives des besoins en postes de formation (en demandant en particulier à la Cellule de planification de compléter son rapport estimant le nombre de postes de stage de première année requis en 2016, 2017 et 2018 dans un premier temps) et des capacités d'accueil des candidats dans des postes non occupés (en demandant au Dr Stevens de compléter son étude, d'abord en essayant de compléter les tableaux présentés en ventilant les données entre, d'une part, postes de stage néerlandophones et postes de stage francophones et, d'autre part, postes de stage dans les hôpitaux universitaires et postes de stage dans les hôpitaux non universitaires et ensuite en réalisant la même analyse pour les postes de stage en médecine générale), ainsi qu'en procédant à une analyse des capacités supplémentaires de stages à l'étranger et de stages scientifiques et à toute autre analyse permettant de préciser la capacité de postes de formation qui pourraient éventuellement être créés.

Ces données complémentaires devraient contribuer à évaluer de façon plus précise les besoins en postes de stage de première année en médecine générale et en médecine spécialisée et les capacités d'accueil disponibles à partir d'octobre 2016 et en particulier en 2018.

Suite aux travaux du Groupe de travail « double cohorte 2018 », le Conseil supérieur demande que, comme indiqué plus haut, soient poursuivis les travaux de la Cellule de planification, ceux du Dr Stevens et ceux qui permettraient d'objectiver les solutions pour accueillir dans des postes de stage de qualité les médecins diplômés au cours des prochaines années et en particulier en 2018.

b) **Développer une stratégie (en concertation avec les entités fédérées) de formation professionnelle des médecins en accord avec les besoins en soins de santé de la population**

Il convient également de tirer profit de la situation critique créée par la double cohorte 2018 pour promouvoir les postes de stages dans des disciplines actuellement peu suivies par les MSF et ce pour répondre à l'évolution besoins de la population. Cette problématique touche les « sous-quota » qui actuellement relèvent de la compétence des Communautés, ce qui implique une concertation avec ces Communautés.

Le Conseil supérieur propose qu'en concertation avec les Communautés, soient identifiées les disciplines médicales qui sont actuellement en déficit d'effectifs par rapport à l'évolution des besoins de la population (« sous-quotas ») de façon à tirer profit de la problématique « double cohorte » pour mettre en place pour les années prochaines une stratégie de formation professionnelle des médecins en accord avec les besoins en soins de santé de la population.

c) **Le Conseil Supérieur affirme que le règlement de la question du financement est prioritaire et soumet les modalités pratiques décrites ci-dessous (II.2)**

Il est indispensable qu'une solution soit trouvée prioritairement à la question du financement des postes de stage, que ce soit en médecine générale ou en médecine spécialisée, que ce soit en Belgique ou à l'étranger et ce pour tous les diplômés sélectionnés pour une formation complémentaire à partir de 2016.

Le Conseil propose d'introduire le système nouveau de financement des MSF dès le second semestre 2016, de façon à acquérir une expérience de son fonctionnement et de l'orientation vers les disciplines en pénurie au moment où il n'y a pas encore de double cohorte.

II.2. Proposition réaliste et concrète pour le financement des MSF, condition préalable et prioritaire pour une solution

Il est proposé d'instaurer pour les MSF le mécanisme suivant applicable dans tous les hôpitaux (places de stage) universitaires et non universitaires : l'INAMI met chaque année à disposition un montant fixe de € 30.000 par MSF et les services de stage complètent la rémunération du MSF en ajoutant un montant de 1.600 e à 1.900 € par mois (selon l'ancienneté du MSF). La situation entre hôpitaux universitaires et non universitaires est ainsi rééquilibrée. Le dispositif devrait aussi être appliqué pour les stages à l'étranger et de recherche scientifique.

La gestion de ce mode de financement serait assurée par une structure de coordination à laquelle participent les milieux universitaires et professionnels de façon paritaire (selon des modalités à définir) ce qui permettrait de mieux veiller à ce que les postes de formation répondent aux besoins en soins de santé de la population.

Cette approche et coordination permettra une organisation plus flexible des stages classiques, des stages à l'étranger et de la recherche scientifique.

Estimation du coût du financement des MGF et des MSF

Nous indiquons ci-dessous le coût pour l'INAMI (coût total pour les MSF et les MGF) en cas de mise en place du système à partir de 2016. Attention : certaines de ces dépenses (à savoir celles relatives aux MGF) sont déjà supportées par l'INAMI ; il ne s'agit donc nullement d'un surcoût. Nous partons ici du scénario où la protection sociale actuelle (le statut sui generis) est maintenue.

Les dépenses prévues pour l'INAMI (pour la Belgique) sont les suivantes :

Pour 2015-16 : € 23 millions (partant de l'hypothèse de 750 MGF formés en Belgique). Ce montant a déjà été budgété et est dépensé en ce moment.

Nous adoptons une mise en œuvre progressive, en vertu de laquelle la première année de MSF entre dans le nouveau système de financement en 2016-17, puis les 2 premières années en 2017-18 et ainsi de suite. Il en résulte les montants suivants :

Pour 2016-17: € 60,6 millions (partant de l'hypothèse d'un contingent de 1.600 MSF/MGF en 1^{ère} année ASO/HAIO et de 420 MGF en 2^{ème} année) ;

Pour 2017-18: € 99 millions (partant de l'hypothèse de 1.700 MSF/MGF en 1^{ère} année et 1.600 en 2^{ème} année)

Pour 2018-19 (DOUBLE COHORTE) : € 185,4 millions (partant de l'hypothèse de 3.360 MSF/MGF en 1^{ère} année, 1.700 MSF/MGF en 2^{ème} année et 1.120 MSF en 3^{ème} année).

Pour les années suivantes, le mécanisme évolue de la même manière et les montants diminuent à partir de 2021 (sortie progressive de la double cohorte).

19.12.2015

Il est clair qu'il ne s'agit pas là entièrement de dépenses supplémentaires : les dépenses relatives aux MGF sont déjà budgétées (il faut s'assurer, comme indiqué plus haut, qu'à partir de 2018, le financement des MGF sera de trois ans pour les médecins qui ont obtenu le diplôme de médecin en 6 ans). On peut signaler qu'une partie des investissements consentis par l'INAMI retourne à la Sécurité sociale (par le biais des cotisations sociales sur le salaire).

Le Conseil propose d'introduire le système nouveau de financement des MSF dès le second semestre 2016, de façon à acquérir une expérience de son fonctionnement et de l'orientation vers les disciplines en pénurie au moment où il n'y a pas encore de double cohorte.

Une première estimation sur la période 2016-2025 évalue les dépenses supplémentaires en moyenne à 0,35% du budget total de l'INAMI par an. Des mesures compensatoires pourraient être recherchées.

Le Conseil supérieur souligne l'importance de la formation professionnelle des générations futures de médecins. Un financement juste et transparent convaincra des maîtres de stage à augmenter le nombre de MSF et MGF dans leurs services, ou rendra possible la demande d'un premier agrément comme maître de stage là où l'activité et la diversité médicale le permettent.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a décidé lors de sa réunion du 10 décembre 2015 de transmettre sans tarder le présent avis à la Ministre en vue de l'action nécessaire.

Le Conseil supérieur demande à la Ministre d'être activement associé à la mise en œuvre de ce plan d'actions et d'y associer l'INAMI et d'autres stakeholders importants.

Annexe 1 : *"Projection quantitative de l'effet de la double cohorte de diplômés en sciences médicales sur les places de stages en médecine pour l'obtention d'un titre professionnel particulier. Mise à jour août 2015"*, une note de la cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé.

Annexe 2 : Première estimation de l'éventuelle "réserve de postes de stage" pour les MSF⁵ par discipline, étude dr. R Stevens.

⁵ Médecin(s) spécialiste(s) en formation