

**CENTRE UNIVERSITAIRE D'INFORMATION SUR LES
PROFESSIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES**
Association sans but lucratif

EVOLUTION DU CORPS MEDICAL 1975 - 2011

ET

**CONCLUSIONS POUR L'AVENIR
DU NUMERUS CLAUSUS**

**Base : Cadastre des activités médicales du
Centre d'Information sur les Professions médicales et
paramédicales (CIPMP)**

Rapport technique (document de travail)

Auteurs :

Prof^{ém.} D. Deliège (UCL – IRSS)
Prof. E. De Clercq (UCL – IRSS)

Avec la collaboration du CIPMP

Edition : mai 2015
Version : 4.0

Table des matières

Préambule

1. Tous médecins de moins de 76ans

- 1.1. Total (toutes situations) et Actifs en soins curatifs
- 1.2. Taux de spécialisation

2. Tous médecins exerçant des soins curatifs

- 2.1. Activités curatives des médecins généralistes et spécialistes
- 2.2. Taux de spécialisation au sein des activités curatives
- 2.3. Densité d'activités curatives des médecins : équivalents-personnes/100 000 habitants
 - 2.3.1 Densité de médecins généralistes (activités curatives)
 - 2.3.2 Densité de médecins spécialistes (activités curatives)
 - 2.3.3 Ratio des densités régionales : activités curatives des médecins généralistes
 - 2.3.4 Ratio des densités régionales : activités curatives des médecins spécialistes
 - 2.3.5 Densités d'activités curatives des spécialistes par rapport à celles des généralistes (au sens large)

3. Activités hospitalières des médecins

- 3.1. Part des activités hospitalières des généralistes
- 3.2. Part des activités hospitalières des spécialistes

4. Activités "autres" des médecins dans le système de santé belge

- 4.1. Evolution des « autres activités » dans le pays
- 4.2. Evolution des « autres activités » par région et Communauté et selon la qualification (généralistes/spécialistes)

5. Médecins inactifs dans le système de santé belge

- 5.1. Médecins de moins de 76 ans inactifs en Belgique
- 5.2. Taux d'inactivité des généralistes et des spécialistes
- 5.3. Taux d'inactivité par Communauté linguistique
- 5.4. Taux d'inactivité selon l'âge

6. Féminisation de la profession

- 6.1. Taux de féminisation
- 6.2. Taux de féminisation selon la qualification
- 6.3. Taux de féminisation selon l'âge

7. Vieillesse des médecins et « besoins de remplacement »

- 7.1. Evolution des âges selon la Communauté linguistique
- 7.2. Nombre et pourcentage de médecins « âgés »
- 7.3. Les diplômés 40 ans plus tôt
- 7.4. Les « besoins de remplacement »

Préambule

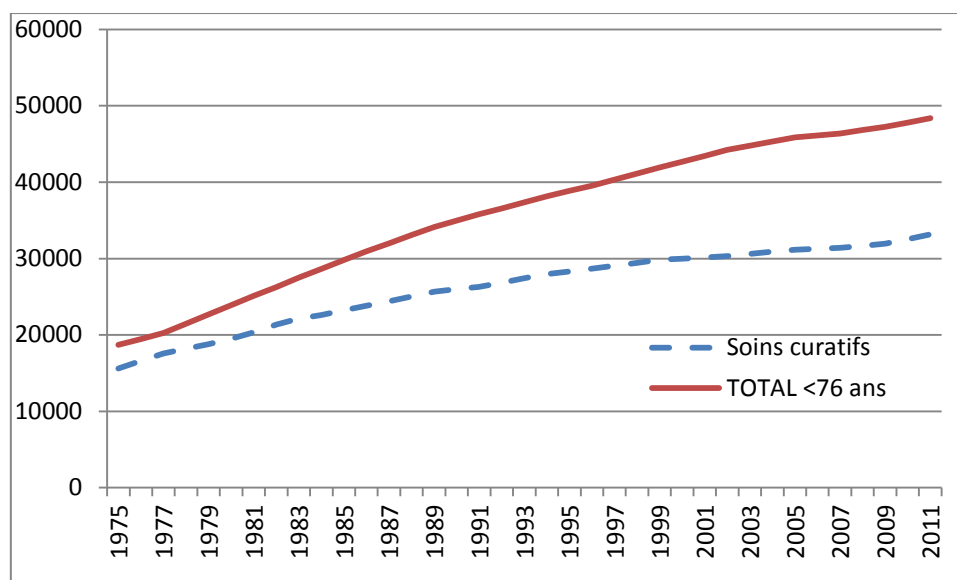
Les données du présent rapport sont issues du cadastre d'activités médicales du Centre d'Information sur les professions médicales.

Tous détails sur la méthodologie suivie et sur les définitions des termes peuvent être trouvés sur notre site web : via google : cipmp/méthodologie

Sur le site du Centre CIPMP on trouvera aussi de nombreuses cartes illustrant les évolutions par entité géographique, ainsi qu'une foule d'autres statistiques relatives au système de santé (via « Info-Santé »)

1. Tous médecins de moins de 76 ans

1.1. Total et Actifs en soins curatifs



Médecins <76 ans Total (toutes situations) et Equivalents-Personnes en soins curatifs

En 36 ans, le nombre de médecins de moins de 76 ans a été multiplié par 2.6, passant de près de 20 000 en 1975 à près de 50 000 en 2011.

Au cours de cette période, la population n'a augmenté que de 10%. Aussi, l'évolution des densités est-elle à peine moins rapide (cf. section 2.2).

Mais l'évolution de la structure des activités est remarquable.

Les **activités « curatives »** des médecins, c'est-à-dire celles consacrées aux soins des patients, ont « seulement » doublé (cf. section 2).

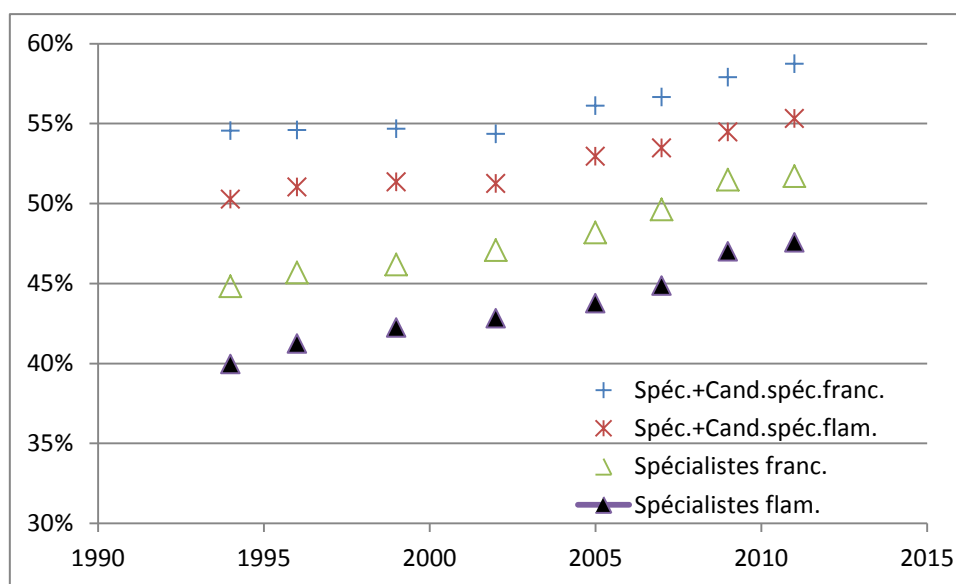
Cette évolution différenciée est à mettre en regard de l'évolution des inactifs (cf. section 5, il y a neuf fois plus d'inactifs).

Dans le même temps, on assiste à :

- la hausse des taux de spécialisation (cf. section 1.2),
- la croissance des activités hospitalières (cf. section 3),
- l'augmentation des « autres activités » (cf. section 4),
- une forte féminisation de la profession (section 6) et à
- un vieillissement du corps médical contribuant à l'augmentation des « besoins de remplacement » (section 7).

1.2. Taux de spécialisation

Le taux de spécialisation peut concerner les seuls spécialistes agréés au sens strict (notion juridique) ou l'ensemble des « spécialistes + candidats-spécialistes », exprimant mieux l'offre de soins spécialisés.



% de spécialistes et de « Spécialistes+candidats-spécialistes » par Communauté

Au sens strict, le taux de spécialisation a fort cru depuis 1994 : pour l'ensemble du pays, il passe de 42% à 50% des médecins de moins de 76 ans.

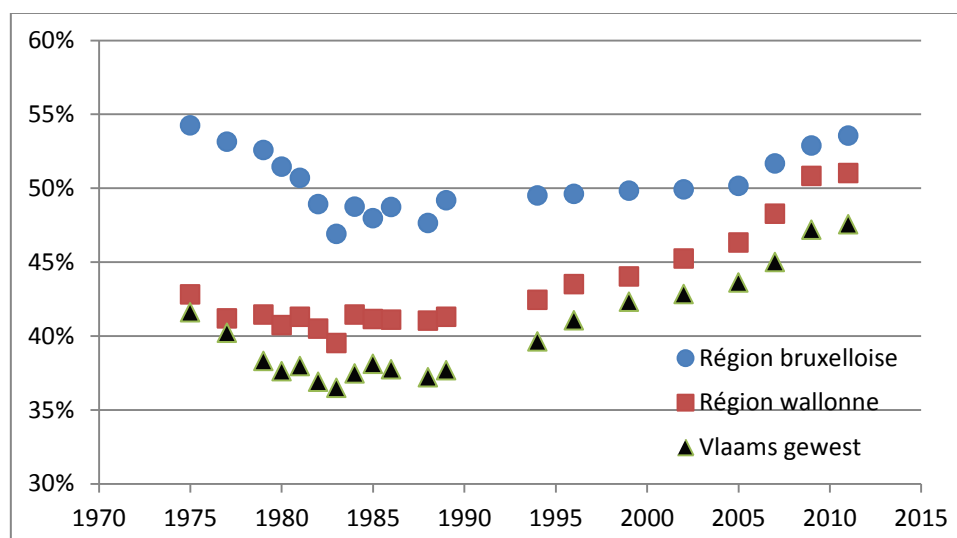
Il est toujours plus élevé en Communauté française : 52% versus 48% en 2011.

Il en va évidemment de même pour l'ensemble incluant les candidats-spécialistes ; depuis 1996, la part de cette offre en soins spécialisés est toujours majoritaire, soit en 2011 : respectivement 59% et 55% des effectifs, selon la Communauté..

% de spécialistes parmi les médecins actifs par région

La situation en région bruxelloise est particulière : le taux de spécialisation (au sens strict) y est toujours plus élevé : 54% parmi les actifs en 2011.

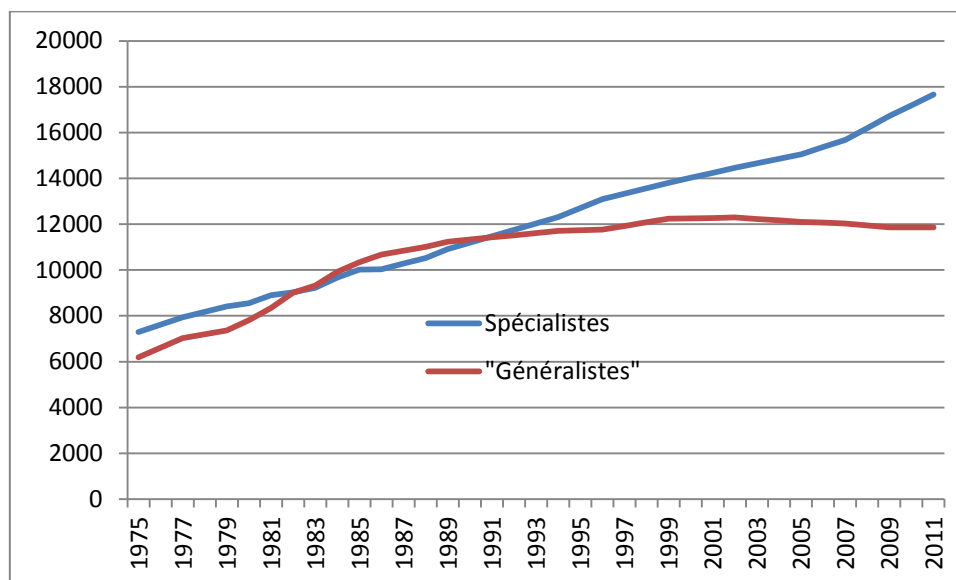
Toutefois, l'écart par rapport aux deux autres régions, important en 1995, s'est fortement amoindri, en raison d'une hausse en « province », contrastant avec une relative stagnation dans la capitale. Ceci est lié à la régression du nombre de généralistes en région bruxelloise au cours de cette période (cf. 2.3.1 et 2.3.3).



% de spécialistes parmi les médecins actifs par région

2. Tous médecins exerçant des soins curatifs

2.1. Activités curatives des médecins « généralistes » et des spécialistes.



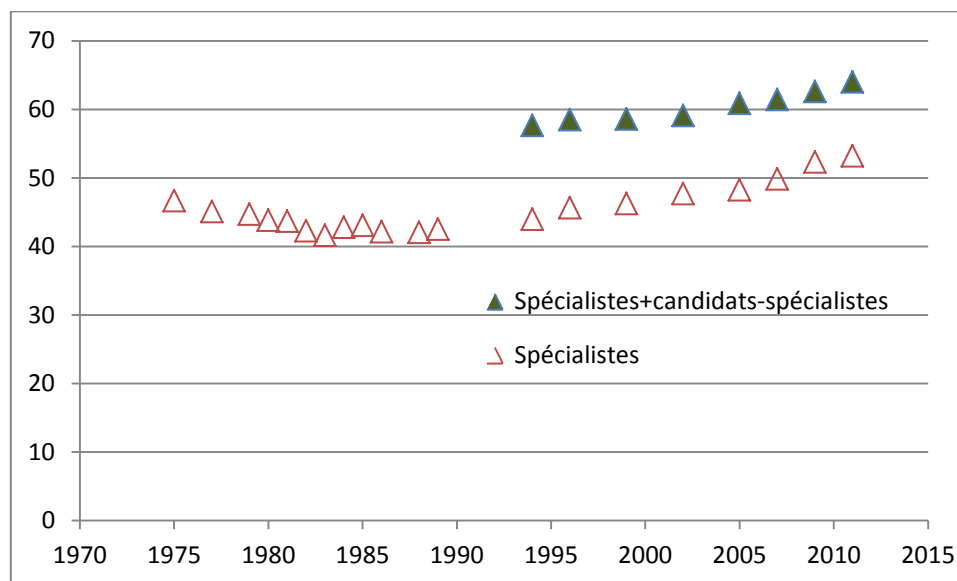
Activités "curatives" de médecins de <76 ans en Belgique :
équivalents-personnes selon la qualification

Le **nombre** d'activités curatives des spécialistes (au sens strict) n'a cessé de croître depuis 1975 : il a plus que doublé, passant d'un peu plus de 7 000 à près de 18 000 (en équivalents-personnes). Si on inclut les candidats-spécialistes, le nombre passe de 16 000 en 1994 à plus de 21 000 en 2011.

Par contre, celui des "généralistes" (au sens large¹) qui a quasi doublé jusque vers l'an 2000 (d'un peu plus de 6 000 à plus que 12 000) stagne depuis lors et tend même à décroître quelque peu au cours des années récentes.

¹ Ancienne notion de "généralistes" : agréés, non agréés, en formation et sans agrément

2.2. Taux de spécialisation au sein des activités curatives



Taux de spécialisation parmi les activités curatives des médecins actifs

La **part** des spécialistes (au sens strict) parmi les activités curatives avait diminué jusqu'en 1988 : de 47% à 42%. Depuis lors, elle a crû fortement pour battre largement son niveau du début de période : 53% en 2011.

Si on y ajoute les candidats-spécialistes (tous en soins curatifs), la part de l'offre de soins spécialisés est nettement majoritaire, passant de 58% à 64% entre 1994 et 2011.

Cette évolution est due :

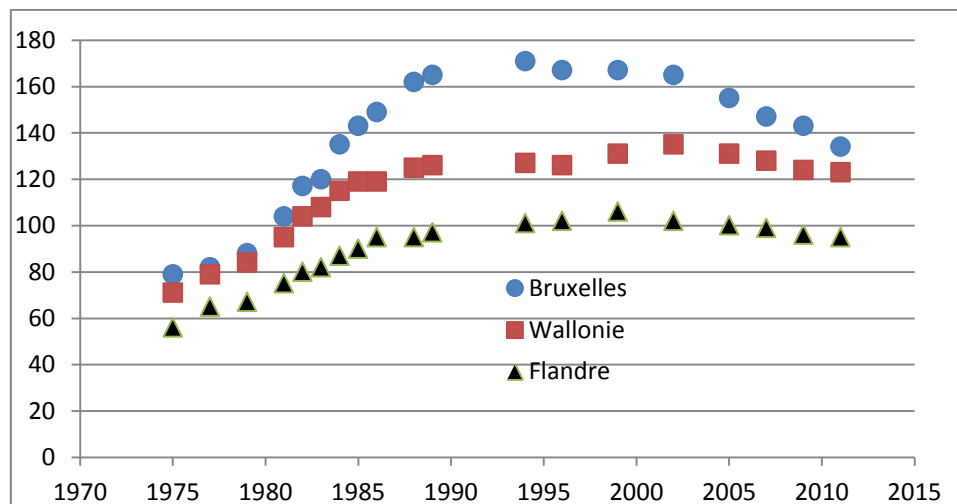
- a) d'abord aux entrées massives de jeunes médecins dans les années '70 et '80,
 - b) suivies par une diminution de ces entrées, accentuée par le numerus clausus.
- En effet, le choix des jeunes se porte plus facilement vers des postes de stage en spécialité, ce qui est proportionnellement plus fréquent en période de pénurie

L'évolution récente est évidemment défavorable aux soins de première ligne, ce qui accentue la charge des généralistes en place et favorise une médecine plus onéreuse en moyenne.

2.3. Densité d'activités « curatives » des médecins

Activités "curatives" des médecins par 100 000 habitants (Equivalent-personnes)

2.3.1. Densité de médecins généralistes (au sens large) : activités curatives



Activités curatives des « Généralistes » par 100 000 habitants (Equivalent-personnes)

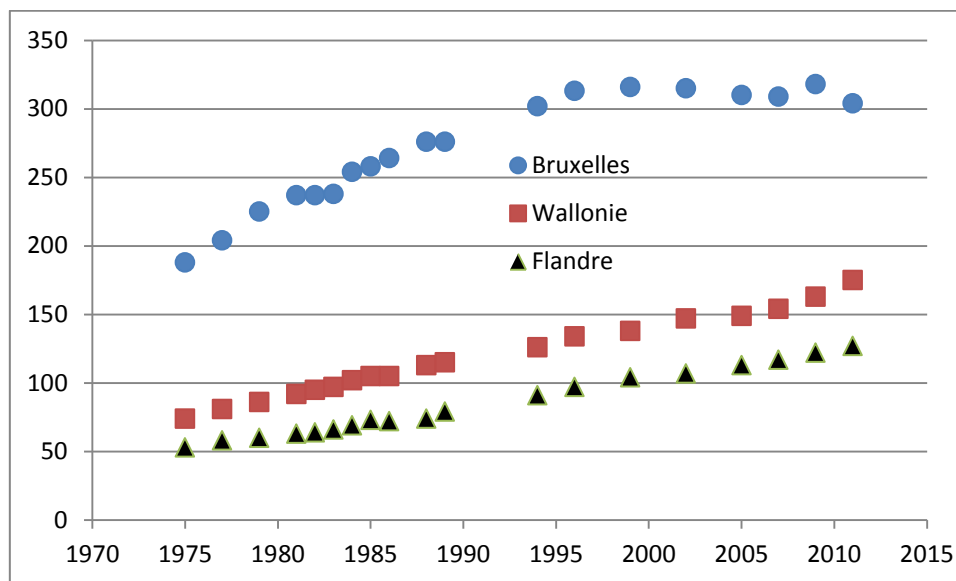
Dans les trois grandes régions du pays, la densité d'activités curatives des généralistes (au sens large) a largement crû jusqu'au milieu des années '90, le sommet étant atteint à Bruxelles vers 1995 : 170 pour 100 000 habitants.

Depuis le début du 21^e siècle par contre, on assiste à une érosion généralisée. La chute est brutale en région bruxelloise où, en 2011, la densité (134) rejoint pratiquement celle prévalant en Wallonie (123 pour 100 000 habitants). Cette évolution dans la capitale résulte d'une baisse du nombre d'activités curatives des « généralistes », couplée à une forte hausse de la population : respectivement moins 6% et +20% de 1994 à 2011.

Wallonie et Bruxelles restent néanmoins nettement « mieux dotées » que la Flandre (95), l'écart atteignant encore 30 à 40%. Nous disons « mieux dotées » par rapport au confort des patients et à la qualité de vie des praticiens. Certains pourraient y voir plutôt une source de dépenses accrues pour l'assurance soins de santé, en raison du risque de « demande induite par l'offre ». Cette question est fortement controversée dans la littérature scientifique. Notons ici qu'en tenant compte de certains « besoins »², la consommation globale de soins des Wallons ne se révèle pas (ou plus) plus éloignée de la moyenne nationale que celle des Flamands, selon une étude de l'INAMI. Soulignons également la relative « sous-consommation » enregistrée pour les Bruxellois dans ce rapport de l'INAMI, due notamment à une plus forte présence de « non-consommateurs » de soins INAMI. Dès lors, pourquoi faudrait-il égaliser les « densités de médecins » entre Communautés, comme les règles du *numerus clausus* le prévoient ?

² Standardisation selon l'âge, le sexe, le pourcentage d'assurés indépendants et d'interventions majorées.
<http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/geographie-consommation-medicale/Belgique.aspx#.VL0qSE0tG-4>

2.3.2. Densité de médecins spécialistes : activités curatives



Activités curatives des spécialistes par 100 000 habitants (Equivalentes-personnes)

Comme quasi partout dans le monde, la capitale connaît une densité très forte d'activités curatives prodiguées par des spécialistes. Elle s'élève pratiquement au double de celles des deux autres régions (rapport = 1.7 à 2.4 en 2011).

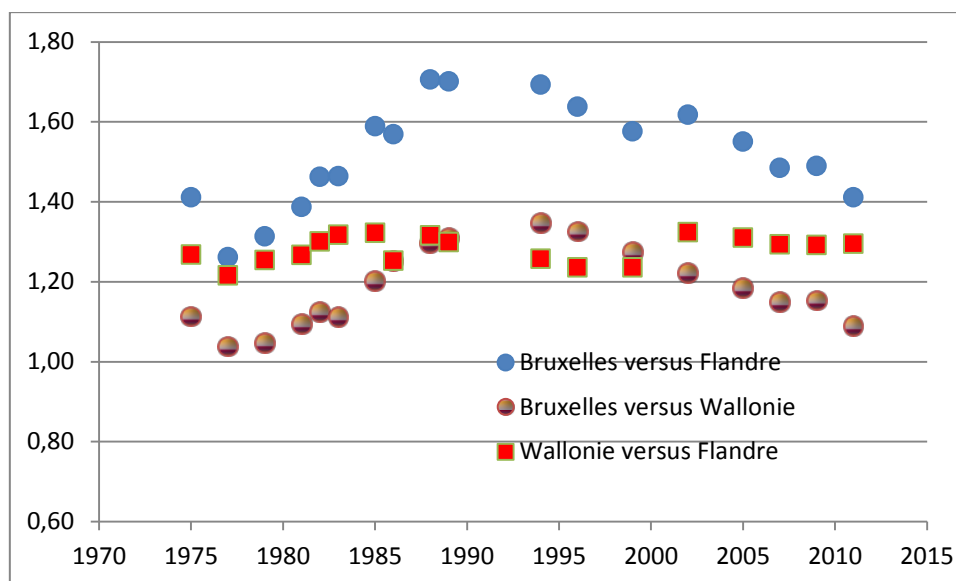
Ce phénomène résulte évidemment de la présence d'hôpitaux universitaires, lesquels drainent des patients venant d'autres régions, de sorte que la densité brute indiquée est quelque peu fallacieuse.

Mais, contrairement à la régression de généralistes à Bruxelles, on y assiste plutôt à une stagnation des densités de spécialistes depuis le milieu des années '90. Comme ces densités continuent à croître dans les deux autres régions, un rapprochement s'opère. L'écart reste néanmoins important : plus de 300 en 2011 à Bruxelles contre 175 et 127 dans les deux autres régions.

Au cours de toute la période, la Wallonie connaît une densité de spécialistes curatifs plus forte qu'en Flandre. Supérieur de 40 à 50% jusqu'à la fin des années '80, le rapport s'est graduellement atténué, mais néanmoins il atteint encore plus d'un tiers depuis 2005.

Dans ces deux régions, la croissance est forte : + 40% environ de 1975 à 2011, reflétant la technicité croissante du métier.

2.3.3. Ratio des densités régionales : activités curatives des médecins « généralistes »



Entre la Wallonie et la Flandre, le ratio des densités de généralistes « curatifs » est assez stable: environ 1.25 à 1.30.

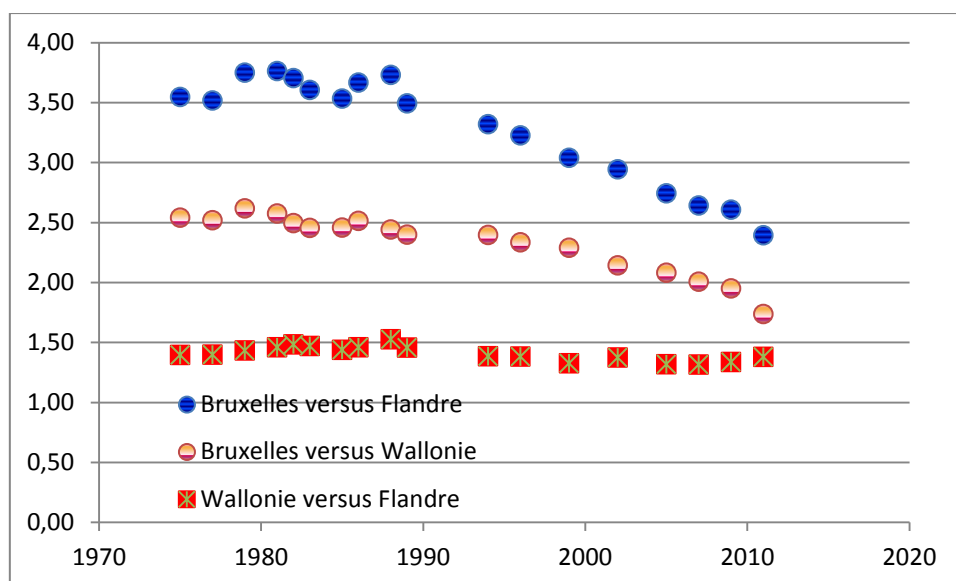
Par contre, par rapport aux deux autres régions, Bruxelles présente des ratios plus fluctuants : ils atteignent un maximum au début des années 90, époque où une pléthore sévissait. Avec l'érosion des densités de généralistes curatifs (plus rapide à Bruxelles) et donc de la pléthore, ces ratios ont diminué ; en 2011, ils sont redescendus aux niveaux observés en début de période. Bruxelles semble donc plus sensible aux phénomènes de pléthore/pénurie.

Hypothèses interprétatives

A Bruxelles, les médecins se sont accumulés au cours d'une période de forte croissance, conduisant à une pléthore. La baisse brutale des densités de généralistes curatifs au cours des dix dernières années serait alors un signe de « résorption de pléthore », favorisée par l'augmentation de la population.

A l'avenir, nous étudierons l'évolution des densités dans d'autres grandes villes et leur ratio par rapport à des arrondissements moins urbanisés. Ce serait peut-être un indicateur plus intéressant de « pléthore/pénurie » que les simples densités régionales. En effet, celles-ci peuvent être liées à des aspects « culturels » et notamment par le décalage historique dans l'attraction des études de médecine. L'effet du numerus clausus se traduirait ainsi par l'évolution du ratio « Bruxelles/Régions ». Le rapport des densités entre Wallonie et Flandre refléterait plutôt une différence culturelle et sans doute aussi une réponse aux besoins différenciés résultant d'une densité de population moindre en Wallonie. Dans cette hypothèse, l'écart entre ces deux régions ne devrait pas être traité comme un signe de « pléthore ». Les résultats d'une étude de l'INAMI² nous confortent dans cette vision ; en effet, malgré une forte densité de médecins curatifs à Bruxelles, la consommation moyenne de soins (tous soins confondus) y est nettement inférieure à la moyenne nationale et les facteurs de besoin utilisés pour la standardisation n'expliquent pas cette différence.

2.3.4. Ratio des densités régionales : activités curatives des médecins spécialistes

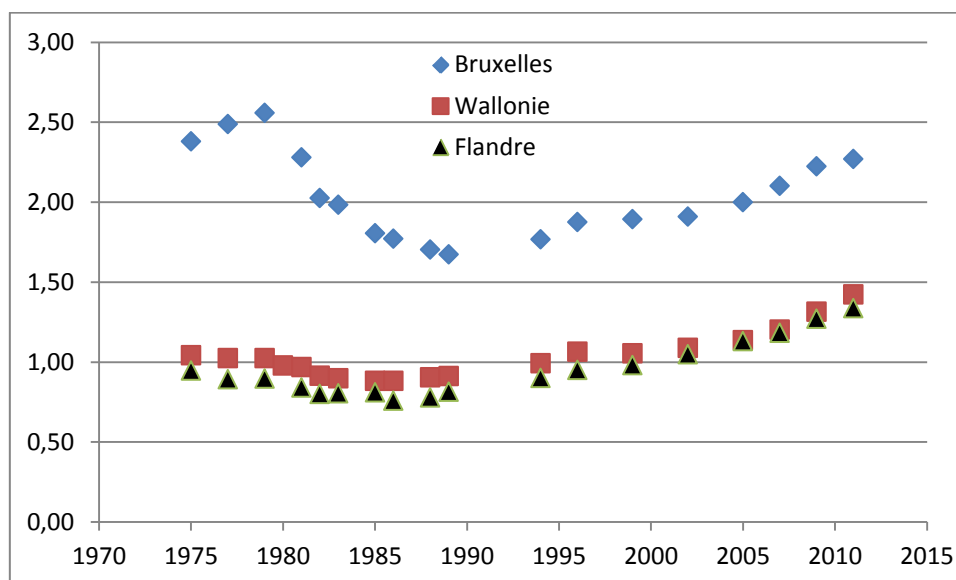


Entre la Wallonie et la Flandre, le ratio des densités de spécialistes curatifs est fort stable : proche de 1.5.

Par contre, entre Bruxelles et les deux autres régions, les ratios se rapprochent :

- Par rapport à la Flandre : il atteignait plus de 3.5 jusqu'en 1990, pour descendre à 2.4 en 2011.
- Par rapport à la Wallonie, l'écart est moindre : d'environ 2.5 jusqu'en 1990, il s'érode ensuite jusque 1.7 en 2011.

2.3.5. Densités d'activités curatives des spécialistes par rapport à celles des « généralistes » (au sens large).



Rapport densité de spécialistes / densité de « généralistes » par région (activités curatives)

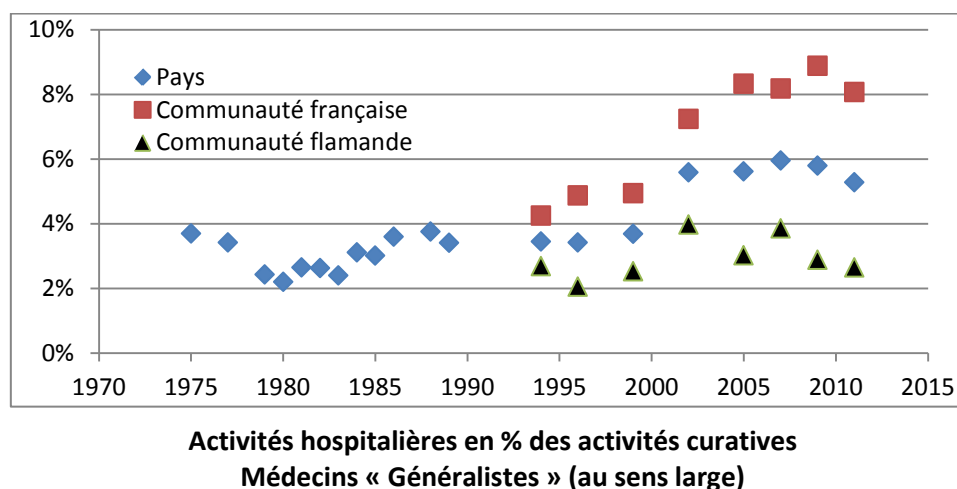
La densité de spécialistes (au sens strict) étant élevée en région bruxelloise (cf. supra), l'écart entre les densités de spécialistes et de « généralistes » y est aussi fort supérieur, comparé aux deux autres régions : de 1,7 à 2,6 fois plus, selon les années. Si on y ajoutait les candidats-spécialistes, l'écart serait encore plus spectaculaire.

L'écart par rapport à Bruxelles s'est réduit jusque dans les années '90. Depuis, l'évolution (croissante) est assez parallèle.

Par contre, dans les deux autres régions, les rapports entre densités de spécialistes et de "généralistes" sont assez analogues jusque vers l'an 2000 (ils avoisinent 1). Depuis lors, les densités d'activités curatives de spécialistes s'accroissent plus vite que celles des généralistes : en 2011, le rapport atteint 1.3 en Flandre et 1.4 en Wallonie.

3. Activités hospitalières des médecins

3.1. Part des activités hospitalières des « généralistes »



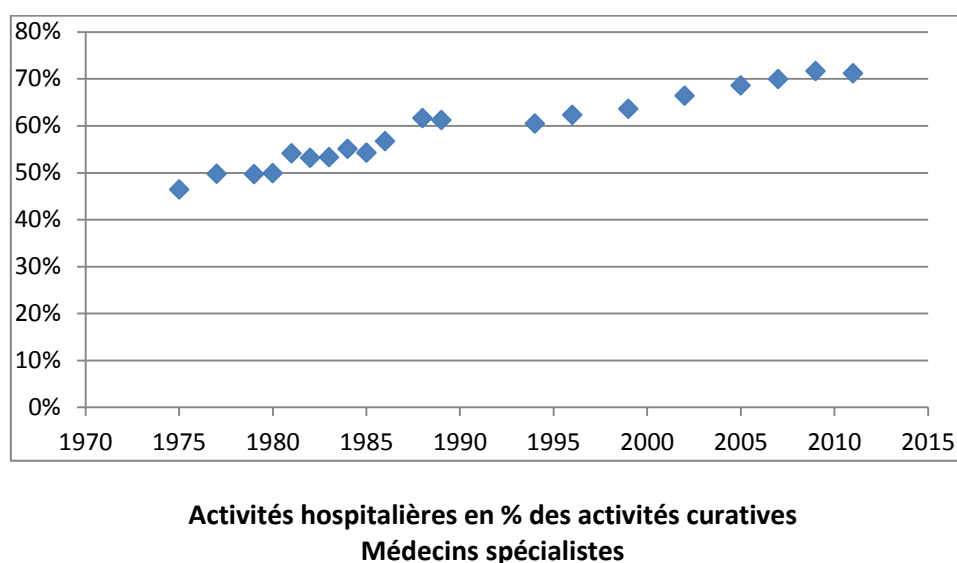
Parmi les activités curatives des « généralistes », la part de leurs activités hospitalières augmente en Communauté française, et y est plus élevée qu'en Communauté flamande. Comme celle-ci ne connaît pas d'augmentation systématique, l'écart s'est fort creusé depuis 2004.

Il serait tentant d'imputer ce phénomène au numerus clausus. Mais la croissance a débuté avant. Le numerus clausus a pu accentuer le phénomène.

Cependant, la part des activités hospitalières des médecins « généralistes » reste minime : de l'ordre de 3% en Communauté flamande, alors qu'en Communauté française, elle passe de 4 à 8% entre 1994 et 2011.

3.2. Part des activités hospitalières des spécialistes

Il n'y a guère de différence entre Communautés en ce qui concerne la part des activités hospitalières des spécialistes. Celle-ci croît fortement : de 46% en 1975 à 71% en 2011.



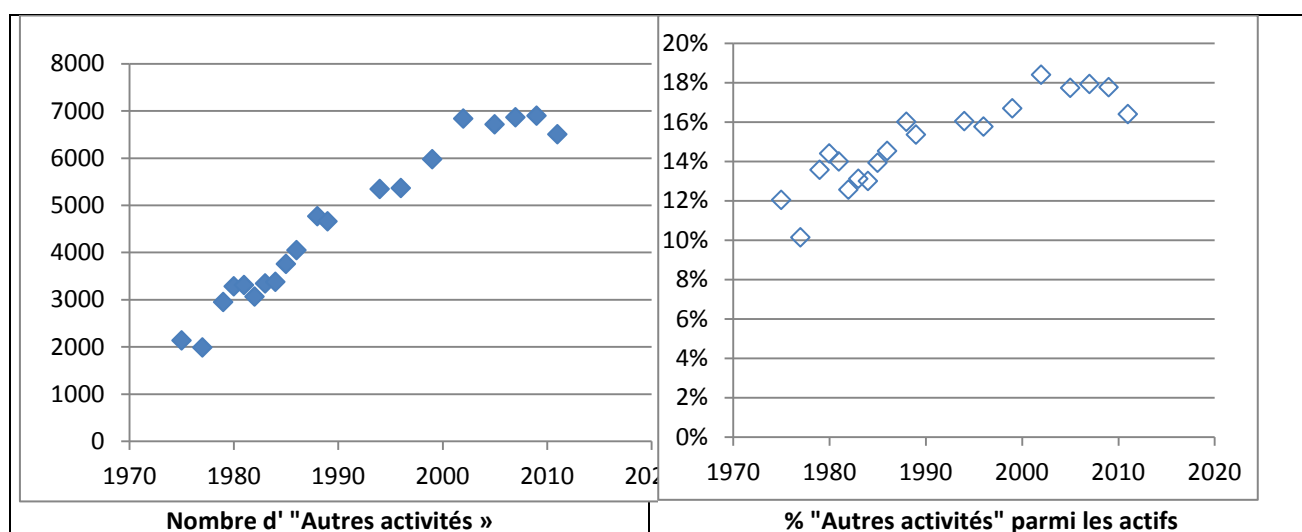
4. Activités dites « autres » des médecins

4.1. Evolution dans le pays

Le nombre et le % des activités "autres" ont crû nettement jusqu'en 2002 : de 2 000 à 6 800 en équivalents-personnes et de 10-12% à 18.5% de l'ensemble des activités sanitaires des médecins.

Puis, on constate un léger déclin : 6 500 équivalents-personnes en 2011, soit 16.5 %.

« Autres activités » sanitaires des médecins <76 ans: équivalents-personnes en Belgique



Dans un premier temps, la forte croissance du corps médical, couplée à celle du PIB, ont permis d'affecter des ressources humaines à des fonctions nouvelles, par exemple en matière de prévention, de qualité des soins, de gestion de données, ...

Quant au déclin en fin de période, on peut y soupçonner (hypothèses) :

- l'influence des mesures d'austérité, entraînant une moindre croissance, voire une suppression de tels postes ;
- la chute du nombre de diplômés : de 2004 à 2008 la moyenne annuelle des diplômés des universités flamandes est inférieure de 18% par rapport à celle des 25 années antérieures, mais la chute est bien plus forte pour les universités francophones où elle atteint 48%.

Les difficultés de recrutement qu'ont pu connaître ces postes vont s'atténuer si les étudiants « surnuméraires³ » ne reçoivent pas d'agrément INAMI à partir de 2016 (?). Par contre, ces difficultés vont persister et s'aggraver au milieu des années 2020 en cas d'intégration initiale de ces « surnuméraires » suivie d'un « lissage négatif⁴ » et de filtre à l'entrée des études calqué sur les quotas fédéraux en fin de cursus.

³ Etudiants en médecine dépassant les quotas fédéraux de médecins admissibles.

⁴ Rattrapage de ces médecins en surnombre, par déduction des futurs quotas fédéraux.

4.2. Evolution des « autres activités » par région et Communauté

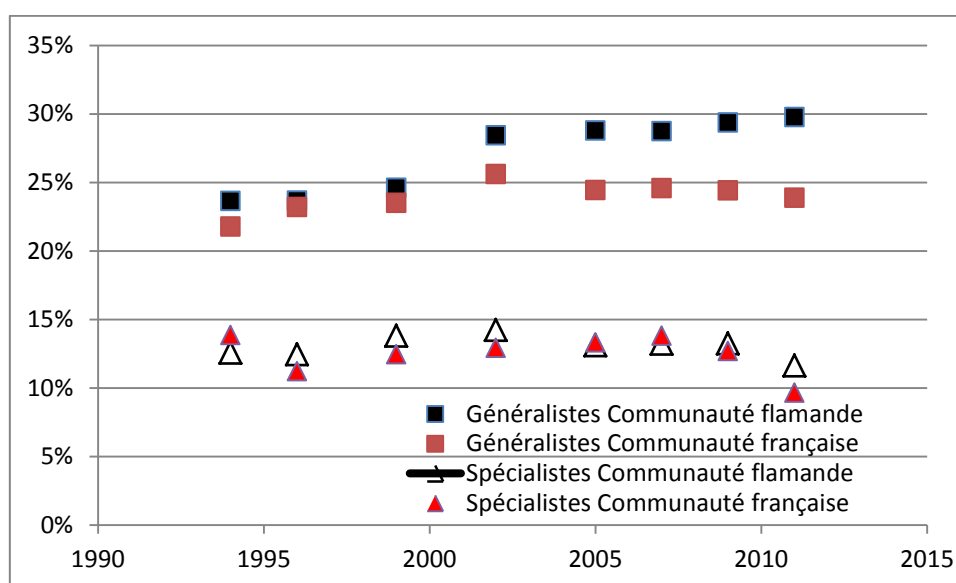
4.2.1. Evolution par région

Ces activités se multiplient en Flandre : +37% de 1994 à 2011. En région bruxelloise, la croissance est moindre (+16%). En Wallonie par contre, elles stagnent.

4.2.2. Généralistes versus Spécialistes

Les « généralistes » (au sens large) comptent évidemment bien plus d'autres activités en leur sein que les spécialistes : 27% versus près de 11% en 2011.

Les généralistes agrés s'y collent moins, mais toujours davantage que leurs collègues spécialistes : 17.5%. La différence de comportement par rapport aux spécialistes s'observe dans les deux Communautés.



"Autres activités" en % de l'ensemble des activités sanitaires, selon la qualification et la Communauté linguistique

4.2.3. Différences selon les Communautés linguistiques

Pour les spécialistes, on n'observe guère de différence entre Communautés.

Parmi les généralistes (au sens large), les « autres activités » sont plus fréquentes en Communauté flamande : 30% versus 23% en Communauté française en 2011. Cet écart entre Communautés, insignifiant avant l'an 2000 se creuse depuis, et encore davantage depuis l'instauration du numerus clausus.

Hypothèses interprétatives :

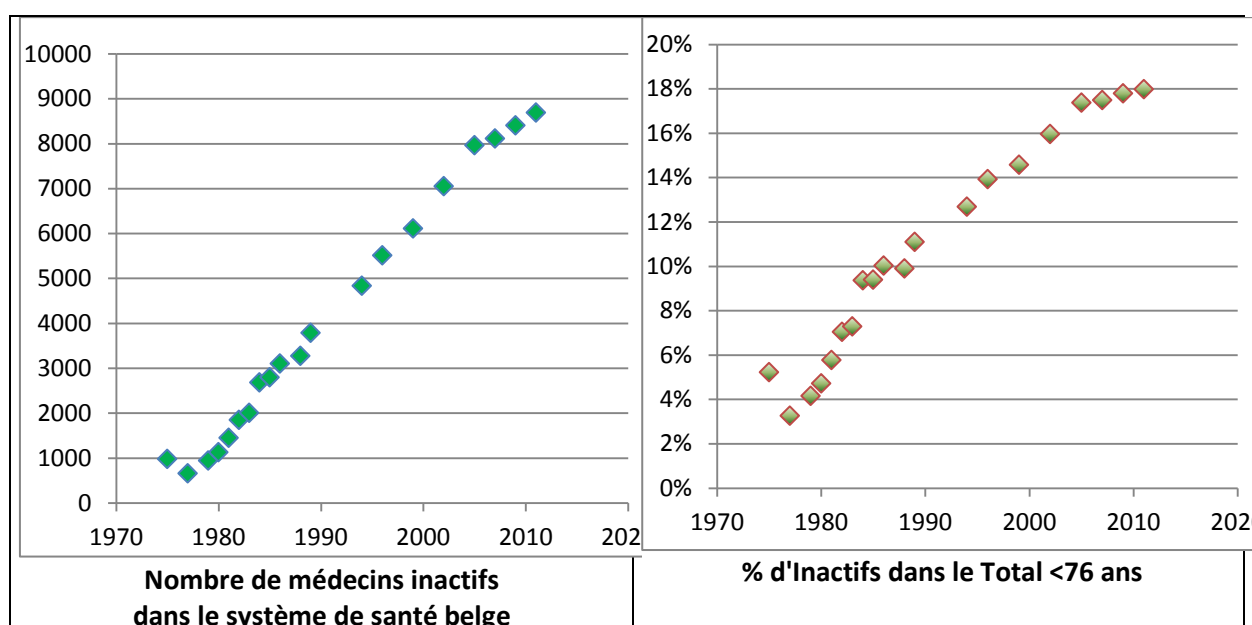
- Les structures d'activités « autres » sont peut-être plus nombreuses au Nord du pays, vu une meilleure situation financière. L'évolution par région conforte cette hypothèse.
- Les structures fédérales recrutent peut-être plus de médecins flamands qu'auparavant.
- La pénurie sévissant du côté francophone, pousse les médecins à privilégier les soins curatifs. Ceci s'est vérifié pour les nouveaux diplômés depuis 2004.

5. Médecins inactifs dans le système de santé belge

Il s'agit des médecins dont on n'a pu déceler aucune activité dans le système de santé belge. Ces médecins peuvent néanmoins être actifs dans d'autres secteurs de la vie, par exemple en politique ou comme écrivain, journaliste, artiste, On en connaît même comme plombier.

On ne comptabilise ici que ceux de moins de 76 ans ; tous âges confondus, ils sont donc encore plus nombreux qu'indiqué ci-dessous.

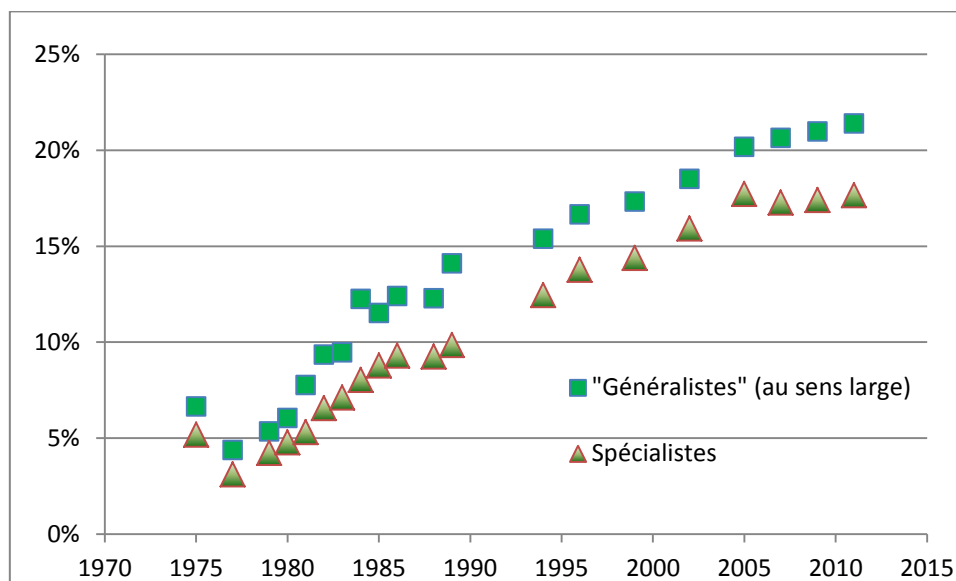
5.1. Médecins <76 ans inactifs en Belgique



Le nombre de médecins inactifs et leur part dans les effectifs totaux, ne cesse de croître depuis 1977, passant de 1 000 à 8 700, soit de 3% à 18% du corps médical de moins de 76 ans.

Détaillons le phénomène avant d'en envisager les causes.

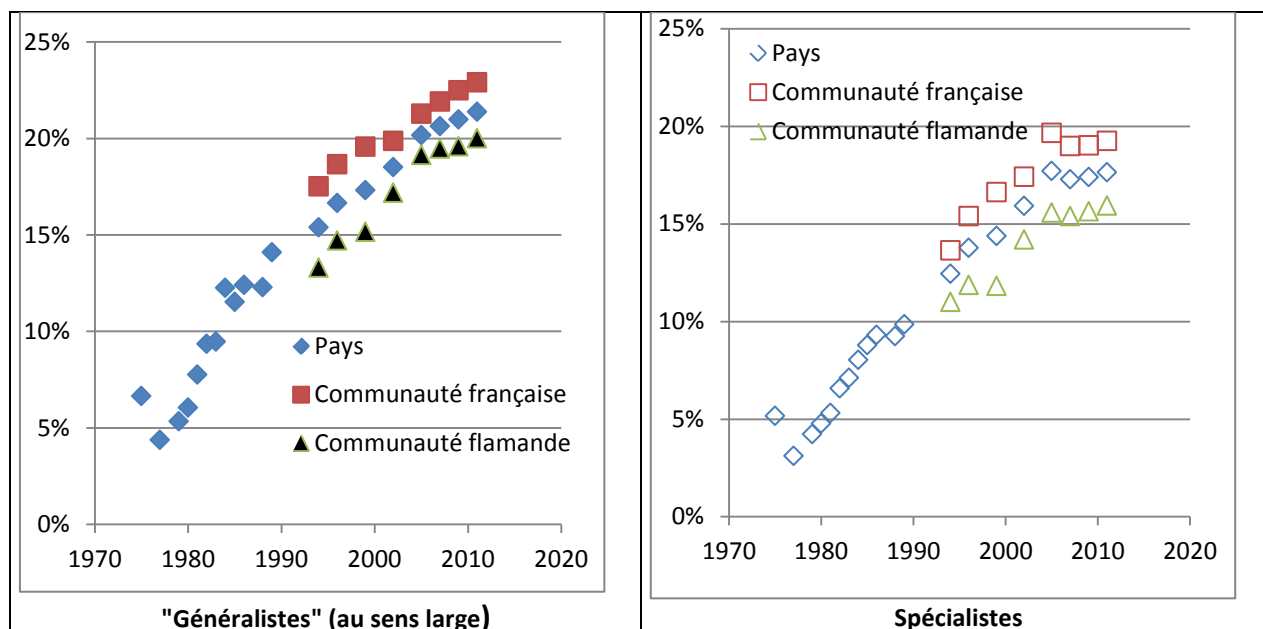
5.2. Taux d'inactivité des généralistes et des spécialistes



Inactifs en % du total des médecins de <76 ans
"Généralistes" (au sens large) et Spécialistes

Les « généralistes » (au sens large) comptent systématiquement plus d'inactifs en leur sein que les spécialistes, mais l'écart est faible, malgré la hausse spectaculaire entre 1975 et 2011 : de 7 à 21% pour les premiers, de 5 à 18% pour les seconds.

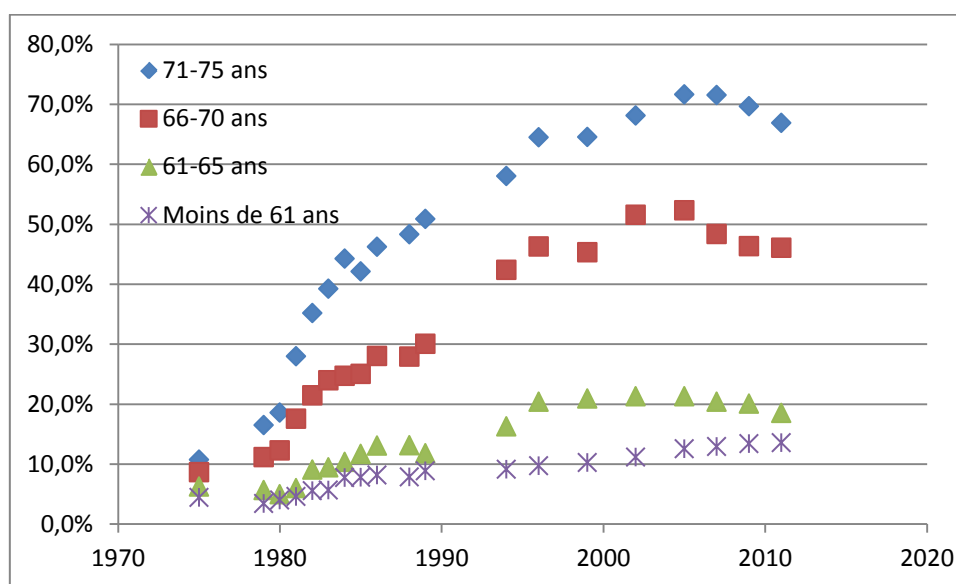
5.3. Taux d'inactivité par Communauté linguistique



Inactifs en % du total des médecins de <76 ans, par Communauté linguistique

Le taux d'inactivité est toujours supérieur parmi les Francophones, soit en 2011 : 23 versus 20% pour les « généralistes », 19 versus 16% pour les spécialistes. A noter que la part des médecins âgés est plus importante parmi les médecins francophones (cf. section 7).

5.4 Taux d'inactivité selon l'âge



Inactifs en % des médecins au sein de chaque classe d'âges

A quoi est dû ce désengagement important ?

On aurait pu penser que le phénomène résultait du vieillissement du corps médical. C'est en partie vrai, car le vieillissement est réel (cf. section 7). Mais, en réalité, le phénomène est plus complexe.

En effet, le taux d'inactivité augmente dans toutes les classes d'âges, du moins jusqu'en 2005.

Ensuite, il diminue à partir de 61 ans, mais la hausse perdure avant ce seuil d'âge.

De 1975 à 2011, la hausse de l'inactivité est spectaculaire dans toutes les classes d'âges, malgré le tassement récent :

- de 4 à 13.5% avant 61 ans, c'est-à-dire pour le gros des effectifs ;
- de 6 à 18.5% de 61 à 65 ans ;
- de moins de 9% à 46% de 66 à 70 ans et
- de moins de 11% à 67% de 71 à 75 ans.

Par contre, il n'y a guère de différence marquante entre les classes d'âges inférieures à 61 ans. La désaffection croissante au sein de ce large groupe est préoccupante.

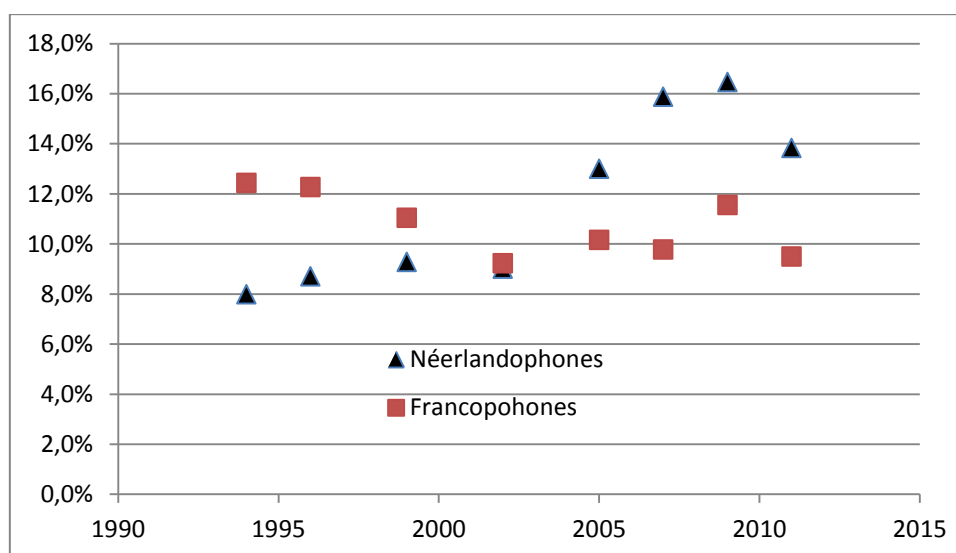
Diverses hypothèses de travail peuvent être formulées :

- Lourde charge de travail à une époque où prime la qualité de vie.
- Féminisation ? Les taux par sexe restent à examiner.
- Poids des tracasseries administratives.
- Déception face à la désinvolture et à l'ingratitude de patients. Une enquête a mis en évidence la présence de ce facteur⁵.

⁵ Delière D, Des médecins parlent de leur métier. Une large plainte se manifeste. *Cah. Socio. Dém. Méd.*, octobre-décembre 2004, 44(4) : 443-506.

Tout à fait remarquable est la fuite des cerveaux qui s'observe dès le début de la carrière : parmi les 31-35 ans, quelque 12% sont déjà inactifs dans le système de santé belge. L'évolution se fait en sens contraire selon le régime linguistique :

- Parmi les jeunes Néerlandophones de 31 à 35 ans,
 - o 8% étaient inactifs dans le système de santé belge en 1994,
 - o Le pourcentage monte à 16% en 2007-09 puis à 14% en 2011.
- Parmi les jeunes Francophones de 31-35ans,
 - o 12,5% étaient inactifs en 1994,
 - o Mais ce pourcentage tombe à 9,5% en 2011.



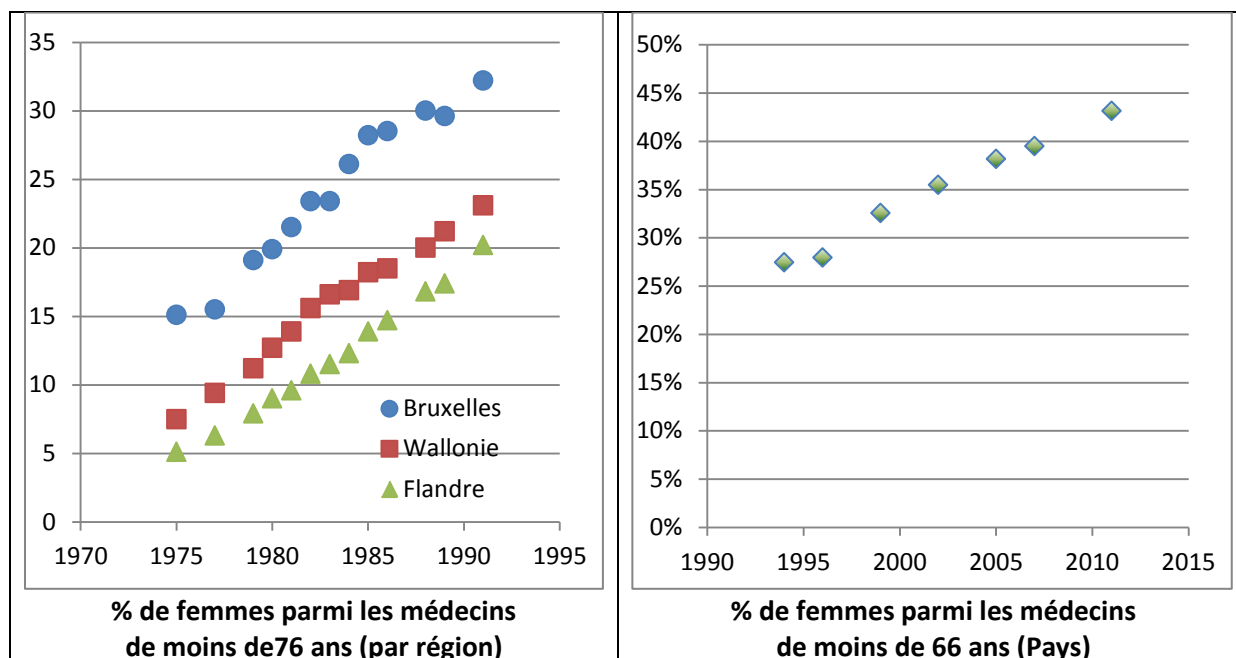
% de médecins inactifs parmi ceux de 31-35 ans

Hypothèses interprétatives (à vérifier par enquête)

- Les Néerlandophones, plus stressés par la charge de travail, deviennent peut-être plus disposés à répondre aux sirènes de l'étranger.
- Les Francophones, au contraire, plus sollicités en Belgique, en raison de la pénurie, ont probablement moins d'incitant à s'expatrier.

6. Féminisation de la profession

6.1. Taux de féminisation



Les femmes ont investi la profession de médecin qui leur était autrefois inaccessible. On vient de loin en effet. La première femme médecin belge Isala Van Diest, dut se rendre à Berne pour faire ses études, l'entrée à l'Université lui ayant été refusée en Belgique ! Puis, elle dut d'abord exercer son métier en Angleterre. De retour en Belgique, il lui faudra en outre suivre des cours complémentaires et obtenir un arrêté royal (en 1884) pour être enfin autorisée à ouvrir son propre cabinet médical !

En 1975, les femmes ne forment toujours que 7.5% du corps médical. Mais, au cours des dernières décennies, le taux de féminisation a connu une progression fulgurante ; en 2011, elles constituent 43% des médecins de moins de 66 ans et elles sont devenues largement majoritaires parmi les étudiant-e-s : plus de 60%.

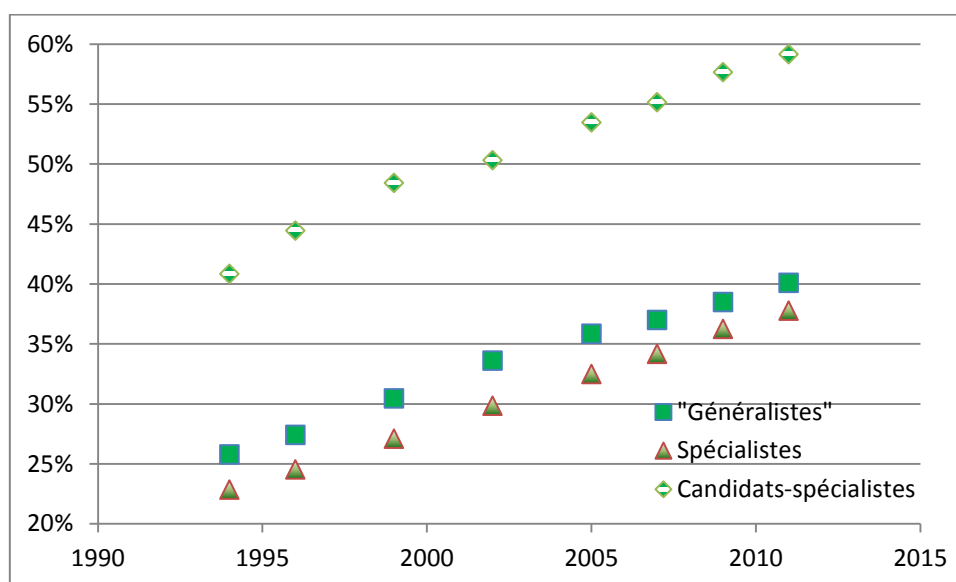
La capitale connaît une fraction de femmes nettement plus élevée que les deux autres régions, conformément à un phénomène bien connu en sociologie : l'attraction des villes pour les femmes.

6.2. Taux de féminisation selon la qualification

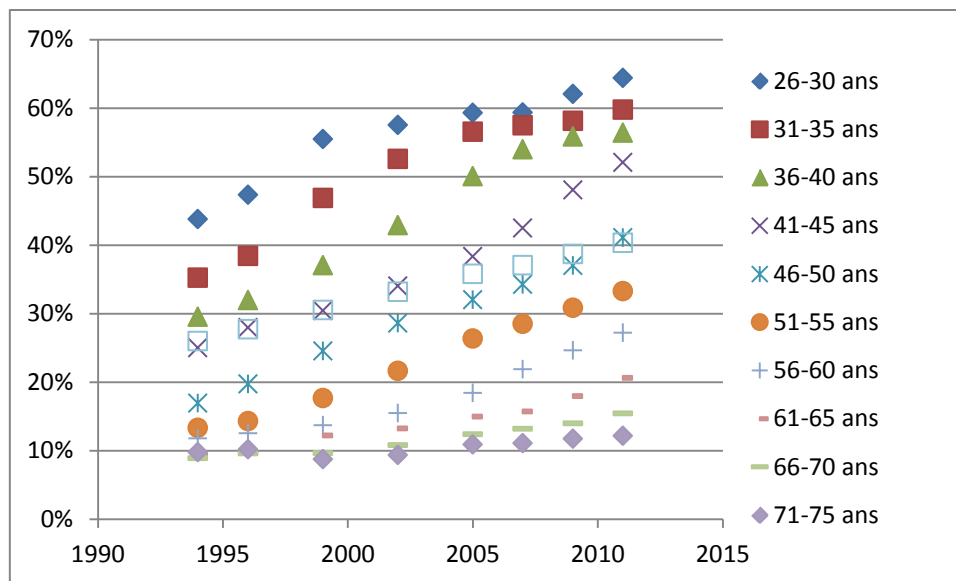
Le taux de féminisation des « généralistes » est à peine plus élevé que celui des spécialistes : 40% en 2011, versus 38%.

La croissance de la féminisation est quasi parallèle pour les un-e-s et les autres.

La féminisation est spectaculairement supérieure parmi les candidats-spécialistes : près de 60% en 2011, reflétant l'évolution de la présence des femmes au sein du corps médical (cf. section 6.1 et 6.3).



6.3. Taux de féminisation selon l'âge



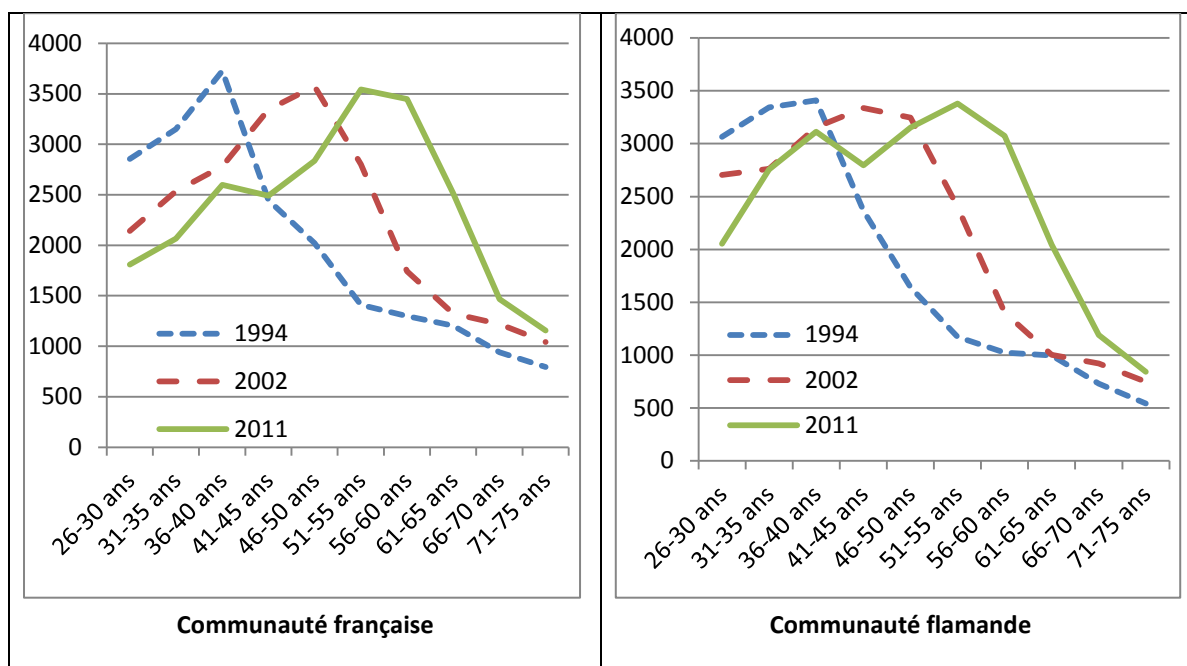
% de femmes parmi l'ensemble des médecins, par classe d'âges

De 1994 à 2011, le taux de féminisation croît continûment dans toutes les classes d'âges.

Parmi les médecins de 51 à 65 ans, il n'est que de 21 à 33%. De 2011 à 2026, ce sont donc surtout des hommes qui sont susceptibles de prendre leur retraite. Si les femmes travaillent moins que les hommes de leur âge (à vérifier), ceci impactera encore davantage les « besoins de remplacement » déjà fort importants au cours de ces années (voir section 7).

7. Vieillesse et besoins de remplacement

7.1. Evolution des âges selon la Communauté linguistique

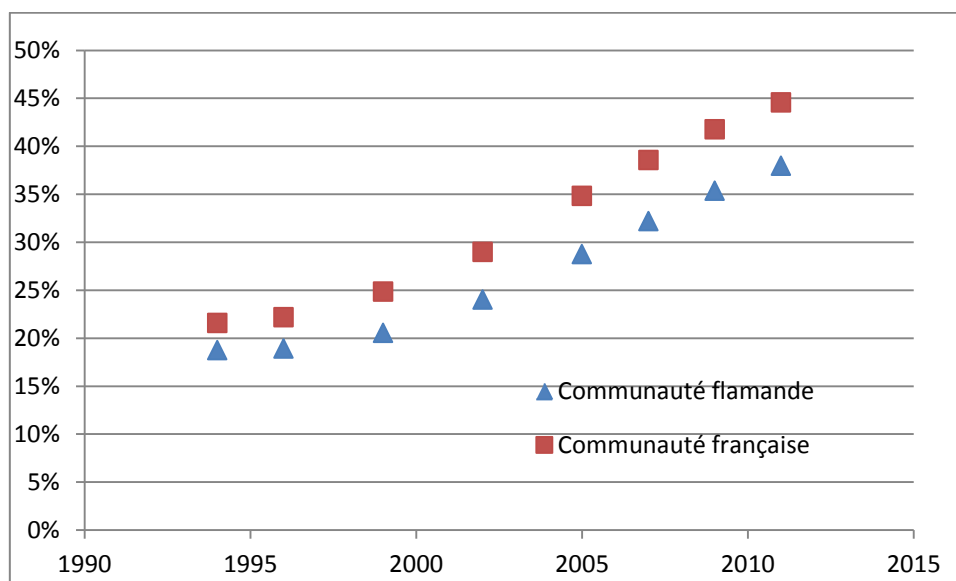


Nombre de médecins (toutes activités) par classe d'âges et Communauté

Les graphiques illustrent la translation des classes d'âge de 1994 vers 2002, puis vers 2011. Le vieillissement progressif apparaît clairement dans les deux Communautés linguistiques, avec des cohortes très fournies de médecins qui approchent régulièrement de l'âge de la retraite.

On remarque aussi que les nombres de médecins proches de l'âge de la retraite, sont très proches d'une Communauté à l'autre. Ceci accentuera les problèmes de remplacement parmi les Francophones, à une époque où les quotas ne leur accordent que 40% des nouveaux agréments.

7.2. Nombre de médecins « âgés »



Médecins 51-65 ans en % de ceux de <66ans, par Communauté linguistique

Parmi les indicateurs de vieillissement focalisons nous d'abord sur les médecins de 51 à 65 ans, c'est à dire ceux dont la probabilité de retraite dans les quinze années qui suivent est la plus grande.

Le nombre de ces médecins relativement âgés est en hausse spectaculaire : de 7 100 à 18 000 pour le pays entre 1994 et 2011, soit 2.5 fois plus en 17 ans.

Par rapport aux médecins de moins de 66 ans, on passe de 20% à 41%.

Vu l'attractivité des études de médecine, toujours supérieure du côté francophone, le nombre total de médecins y est plus élevé jusqu'en 2005.

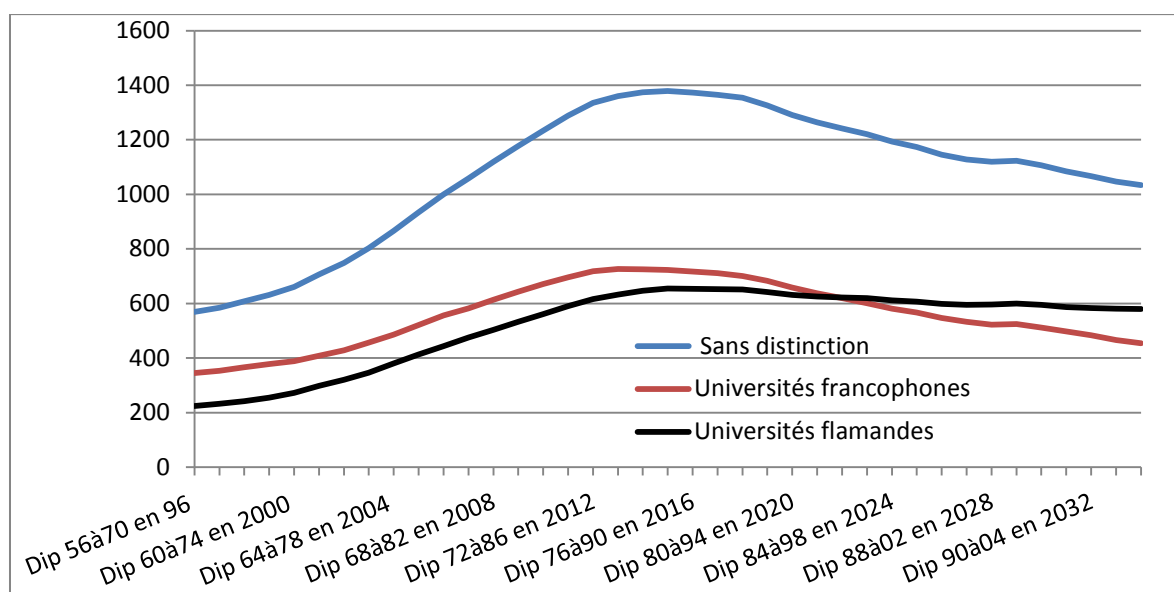
Parmi les médecins « âgés » (ici 51 à 65 ans), la supériorité numérique des Francophones est encore réelle en 2011 :

- en Communauté française 9 500 sont ainsi susceptibles de prendre leur retraite entre 2011 et 2026,
- versus 8 500 du côté flamand.

7.3. Les diplômés 40 ans plus tôt

L'augmentation du nombre de médecins âgés est évidemment liée à la forte croissance dans le passé du nombre de médecins qui furent diplômés quarante ans⁶ plus tôt :

- de 570 à 750 en moyenne annuelle pour les diplômés correspondant aux quinze cohortes de 51 à 65 ans entre 1995 et 2001,
- atteignant ensuite 935 à plus de 1300 au cours des années 2004 à 2011, soit plus qu'un doublement entre le début et la fin de la période considérée.



Moyennes annuelles des cohortes de diplômés en médecine correspondant globalement aux médecins de 51 à 65 ans l'année dite.

En moyenne annuelle, le pic des quinze cohortes âgées est atteint en 2014 pour le pays.

A partir de 2019, le nombre de ces médecins âgés diminuera, surtout du côté francophone.

⁶ Hypothèse : 25 ans à l'âge de diplôme, ce qui correspond à une carrière de 40 ans pour une retraite à 65 ans.

7.4. Les « besoins de remplacement »

Le taux de médecins « âgés » constitue à la fois un indicateur de vieillissement et un indicateur des « besoins de remplacement » au cours des années suivantes, c'est à dire le nombre de départs probables à remplacer par de nouveaux entrants (à système de santé constant !). En réalité, il s'agit d'un proxy assez grossier, car bien sûr les retraites et les décès ont lieu tant avant qu'après 65 ans ; de plus cet indicateur n'intègre pas la féminisation très importante actuellement en cours (cf. section 6) ; mais les ordres de grandeur ne mentent pas.

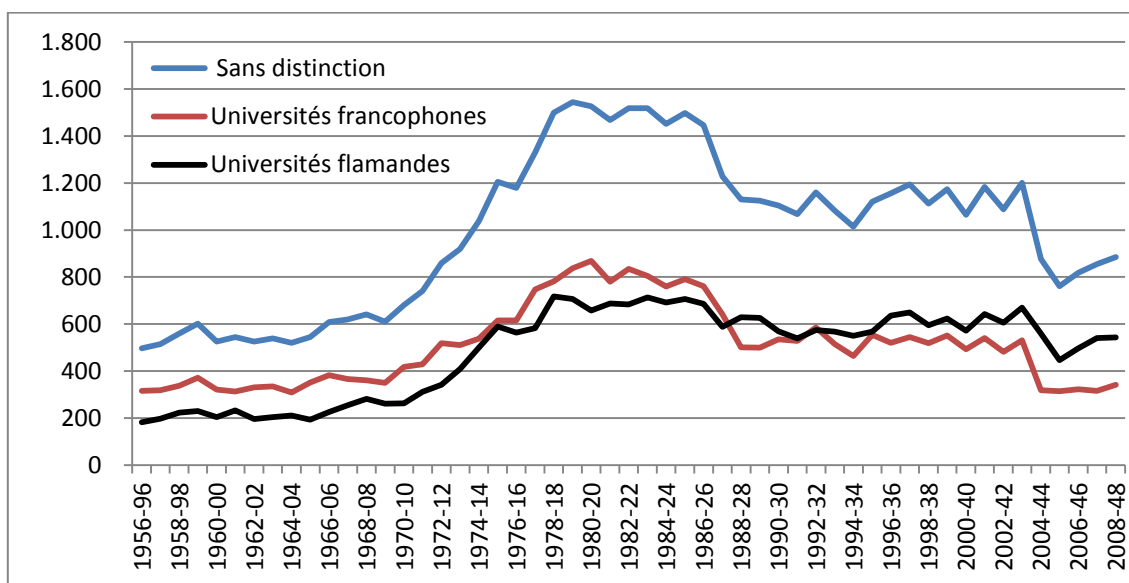
7.4.1. Les « besoins de remplacement » au cours des 15 ans suivantes.

Les pourcentages de médecins susceptibles de prendre leur retraite au cours des 15 années qui suivent sont plus élevés en Communauté française, soit en 2011 : 45% versus 38% en Communauté flamande.

Ce phénomène accentue les problèmes de remplacement des médecins francophones, à une époque où le *numerus clausus* leur impose seulement 40% de jeunes diplômés agréés entrant dans la profession.

7.4.2. Les « besoins de remplacement » année par année

Pour illustrer les besoins de remplacement, prenons à présent l'indicateur des cohortes de diplômés 40 ans avant la date analysée, puis comparons-les aux quotas officiels.



Nombre de diplômés (première année indiquée sur l'axe des X),
pour une probabilité de retraite à 65 ans 40 ans plus tard (2^e date indiquée sur l'axe des X)

Le pic des sorties annuelles devrait avoir lieu entre 2018 et 2026 dans les deux régimes linguistiques, correspondant pour le pays à 1450 à 1550 diplômés par an quarante ans auparavant. Les cohortes des universitaires francophones à remplacer restent un peu plus fournies que les néerlandophones jusqu'en 1926.

De 2004 à 2020, les quotas cumulés autorisent quelque 10 500 diplômés néerlandophones et près de 7 000 diplômés francophones, soit respectivement près de 150% et moins de 80% des cohortes de diplômés quarante ans auparavant (94% si 1500 surnuméraires étaient acceptés). A quotas inchangés, seuls quelque 62% des « besoins de remplacement » francophones pourraient être rencontrés entre 2021 et 2026.

La planification en cours limite déjà et vise, à partir de la rentrée 2015, à limiter plus drastiquement l'accès aux études de médecine dans les universités francophones (notamment en vue d'absorber le surplus des étudiants dits « surnuméraires »). Or ces restrictions sévères prendront place précisément à une époque où les départs sont et seront particulièrement élevés. Elles accentueront ainsi les pénuries actuellement ressenties. En cas de « lissage négatif », les conséquences sur le système de santé francophone deviendraient préoccupantes, même en cas d'incorporation antérieure des surnuméraires. Ainsi, si de 2021 à 2026, les quotas demeuraient fixés à 492 diplômés francophones, puis amputés de 150⁷ par an pour compenser les « surnuméraires », le remplacement des cohortes correspondantes n'atteindrait que 43% !

Si les surnuméraires se révélaient plus nombreux, et que l'amputation compensatoire de 150 par an (sur 492) s'étalait jusqu'au milieu des années '30, le remplacement des cohortes suivantes n'atteindrait que 64% du côté francophone.

Au contraire, dans les années quarante, le maintien des quotas actuels face à la chute des besoins de remplacement risquerait de conduire à une nouvelle pléthore (à réévaluer évidemment en fonction de l'évolution des autres « besoins » à cette époque). C'est notamment par une attention soutenue à ces phénomènes de remplacement que, dès les années '70, nous avons déjà pu prédire la pléthore à venir et que, dès les années '90, nous pouvions annoncer la pénurie en préparation.

Ces conclusions ne valent qu'à système de santé constant. Si des modifications de législation s'y emploient, les « besoins » en médecins pourraient diminuer.

Ainsi, si une délégation de tâches simples (vaccinations, contrôle de paramètres auprès des malades chroniques, ...) vers des diplômés non universitaires devenait la norme, le « besoin en médecins » en deviendrait moindre. Toutefois, il n'y a guère de garantie que de telles professions soient en nombre suffisant pour les accomplir (ce qui en atténuerait l'effet sur les besoins en médecins). Par ailleurs, vu la pénurie d'infirmiers, une délégation de certaines de leurs tâches devrait à son tour s'opérer vers les aides-soignants. Il resterait cependant à se demander si une telle « déqualification » relative des professionnels de santé est souhaitable. En outre, des universitaires (master en 5 ans) salariés à 38h temps-plein seraient-ils payables par les généralistes en place, et économiquement moins coûteux que des médecins indépendants travaillant 55h/semaine (étude budget-temps à renouveler pour actualiser ce constat antérieur) ? Reste l'hypothèse d'un statut d'indépendant.

De même, la suppression éventuelle du certificat médical obligatoire pour les travailleurs en cas d'absence d'un jour ou deux diminuerait le nombre d'attestations de soins nécessaires ;

⁷ Scénario : surplus de 1500 diplômés seulement, à résorber en 10 ans.

tout bénéfique pour la sécurité sociale, mais à quel prix pour l'activité économique si une croissance de l'absentéisme s'ensuivait ?

Néanmoins, tant que les quotas fédéraux ne sont pas aménagés, un concours d'entrée qui en tienne compte (moyennant conditions, cf. infra) semble nécessaire vu le contexte politique actuel.

Sans évolution des quotas fédéraux, les Francophones seraient acculés à naviguer entre deux tempêtes :

- Refuser un concours d'entrée tenant compte des quotas fédéraux en risquant de voir des cohortes entières de diplômés privés du précieux sésame INAMI.
- Introduire un tel concours en supportant un lissage négatif les privant de futurs diplômés indispensables au remplacement d'une fraction particulièrement importante de médecins quittant la vie professionnelle.

La voie à suivre serait :

1. **D'introduire un vrai concours au début des études (si possible avant), tout en**
 - o exigeant que les Néerlandophones fassent de même, vu que leur examen actuel ne garantit nullement l'absence de surnuméraires ;
 - o tenant compte des quotas fédéraux mais sans les calquer, c'est-à-dire en prévoyant un supplément pour faire face aux échecs et abandons et aussi aux diplômés nécessaires pour les fonctions non curatives (environ 14-15% des Francophones de moins de 66 ans). A noter : pour obtenir les 15% d'actifs « autres » à l'arrivée, il faudrait majorer les diplômés de 17,6%.
2. **De négocier vigoureusement au niveau fédéral** des quotas adoptant au moins provisoirement une autre clé de répartition de jeunes diplômés entre Communautés (par exemple 50/50 de 2021 à 2030 (?) et diminuant ensuite graduellement vers 40/60) et reportant le début du lissage au-delà de 2030, afin de ne pas désorganiser gravement le système de santé francophone.
3. De fixer, dans les deux Communautés, des **quotas tenant compte des abandons précoces** : parmi les jeunes médecins (31-35 ans), quelque 12% sont inactifs dans le système de santé belge (9.5 % parmi les Francophones).

Annexe : Quelques chiffres clés

Pays	Quelque 15-16% des <66ans ont d'autres activités (selon les années) ; Et parmi ceux actifs : 17-18 %.
NI	Quelque 16% des Néerlandophones de <66ans ont d'autres activités Et parmi ceux actifs : de 17% en 1994 à 19% en 2011. Parmi les jeunes Néerlandophones de 31 à 35 ans, 8% étaient inactifs dans le système de santé belge en 1994, montant à 16% en 2007-09 puis à 14% en 2011.
Fr	Quelque 14% à 15% des Francophones de <66ans ont d'autres activités (13% en 2011) Et parmi ceux <u>actifs</u> : de 16% en 1994 à 15% en 2011. Parmi les jeunes Francophones de 31-35ans, 12,5% étaient inactifs en 1994, tombant à 9,5% en 2011.