

## 1. La médecine généraliste s'exprime d'une voix concertée

Le Collège de médecine générale de Belgique francophone rassemble :

- La SSMG – la Société Scientifique de Médecine Générale
- Les fédérations de cercles de Médecine Générale : FAMGB – FAGW
- Les syndicats médicaux : le GBO - les chambres wallonne et bruxelloise de l'ABSyM
- Les départements universitaires de Médecine générale : CAMG/UCL ; DUMG/ULB ; DMG/ULiège.
- La commission de médecine générale de l'UNamur.

## 2. Notre vision d'une planification de la médecine en Wallonie-Bruxelles

2.1 Prendre en considération l'évolution quantitative et qualitative des besoins (plutôt que les demandes) d'une politique de santé en Wallonie-Bruxelles pour les 20 prochaines années.

Plusieurs facteurs expliquent cette modification des besoins en soins dont :

### ➤ **Le vieillissement de la population**

Celui-ci entraîne un risque accru de maladies et une diminution générale des capacités (14). Ainsi, plus de la moitié des bénéficiaires de soins de longue durée ont plus de 80 ans et plus de 80 % sont âgés d'au moins 65 ans (2). Au vu du vieillissement de la population, la demande en soins de longue durée risque d'augmenter. Si le taux d'incapacité sévère baisse légèrement dans la population âgée, le taux de déficiences moins sévères semble rester stable depuis 30 ans (14). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande donc d'agir en termes de prévention et de promotion de la santé afin d'augmenter les années de vie en bonne santé (14).

### ➤ **L'augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité**

L'OMS considère l'accroissement des maladies chroniques comme épidémique. Elles sont les premières causes de décès au niveau mondial et représentent 86 % des causes de décès en Europe (15). La multimorbidité est également en augmentation (16,17). En Belgique, elle s'observe chez 13.5 % de la population âgée de plus de 15 ans (18). L'augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité est responsable d'une augmentation du volume de soins, qui pourraient être réduits en renforçant la promotion de la santé et la prévention (14).

La multimorbidité induit également un changement dans la nature même des besoins en soins. Il a en effet été démontré que, chez un patient porteur de plusieurs pathologies, la prise en charge séparée de ces maladies avait des conséquences néfastes en termes d'interactions médicamenteuses et d'observance thérapeutique. De plus, en cas de multimorbidité, la sommation des marqueurs biomédicaux mesurant l'efficacité d'une prise en charge d'une maladie chronique semble inopérante, le tableau hétéroclite qui en résulte différant souvent de celui constitué par l'individu dans son contexte de vie (19).

### ➤ **L'augmentation des problèmes psychiques**

Lors de l'Enquête de santé belge de 2013, une personne de plus de 15 ans sur trois avait déclaré souffrir de problèmes psychiques et 18 % présentaient un risque réel d'affection psychique (18). Ces chiffres étaient en augmentation par rapport aux Enquêtes de santé précédentes. Selon l'OMS, l'intégration

des soins de santé mentale dans les soins primaires a le potentiel d'améliorer l'accès aux soins qui sont fournis de manière coordonnée autour des besoins du patient tout en respectant leurs préférences, et qui sont sûrs, efficaces, opportuns, abordables et de qualité (20).

➤ **Les évolutions économiques**

En 2020, 18,9% de la population belge était considérés comme à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (21). Or, un statut socioéconomique bas prédispose à la multimorbidité et donc à des besoins en soins plus importants (16,1).

➤ **Une augmentation des soins à domicile**

D'une part, les personnes préfèrent recevoir des soins de longue durée dispensés à domicile plutôt que dans des institutions (22,23). D'autres part, le concept d'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrit dans la tendance actuelle à raccourcir les durées de séjour à l'hôpital, voire à éviter l'hospitalisation (23).

➤ **Les besoins de santé liés à la dégradation de l'environnement et à la dérégulation climatique**

Le changement climatique influe sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

➤ **Les incertitudes de prochaines pandémies**

Les soins primaires sont la première ligne de défense pour notre système de soins pendant une pandémie. La pandémie de COVID-19 nous a appris des leçons importantes sur la façon dont les soins primaires peuvent réagir pendant une pandémie. Des progrès considérables ont été réalisés dans la prestation de soins virtuels et la gestion de la santé de la population (24).

Ainsi, en plus d'une augmentation de volume, la nature des besoins s'est complexifiée. Par le passé, la plupart des problèmes de santé pouvaient être décrits dans des termes biomédicaux et abordés par les soignants en utilisant les connaissances et les compétences acquises durant leurs études (1). Aujourd'hui, ils se trouvent, au contraire, régulièrement face à des patients pour lesquels il est nécessaire de mettre en place une prise en charge globale multidisciplinaire coordonnée et centrée sur les objectifs du patient (devenu un acteur de soins à part entière).

2.2 S'inscrire dans une volonté de donner davantage de place et de moyens à une politique de **prévention de santé** qui, pour être plus effective, doit pouvoir, au-delà des dispositifs collectifs, être déclinée dans le contact personnalisé avec la population.

- Un investissement plus massif dans une politique de prévention est une alternative crédible et utile pour augmenter le temps de vie en bonne santé.

La prévention et la promotion de la santé prennent une place de plus en plus importante dans le travail quotidien des soignants. À cela, il faut ajouter des considérations économiques, car si les besoins augmentent, les ressources restent limitées. Les années 2000 ont été caractérisées par une période de croissance des dépenses de santé supérieure à celle de l'ensemble de l'économie (2).

Devant de tels changements, l'OMS recommande que les systèmes de soins évoluent vers des systèmes intégrés, centrés sur la personne avec une vision holistique et une coordination entre les différents intervenants (1). Ils doivent être axés sur la promotion de la santé et la prévention, mais aussi sur l'équité. Pour cela, l'OMS propose quatre types de réformes dont une réorientation des services de santé vers les soins de santé primaires, c'est-à-dire autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats. Ces recommandations, plaçant les soins de santé primaires au centre des systèmes de soins, ne sont pas neuves puisqu'en 1978, la déclaration d'Alma-Ata préconisait déjà que les gouvernements « *fassent une place aux soins de santé primaires dans leurs*

*plans nationaux de développement et renforcent ce type de soins » (3). La réorientation des services de santé vers la promotion de la santé date, elle, de 1986 et est le sujet.*

- 2.3 Reconnaître le rôle essentiel de la première ligne de soins dans une politique de santé. Cette première ligne est définie comme une ligne de prévention et de soins, assurant une continuité des soins (les gardes, la proximité, des soins à domicile).
- Les études montrent qu'un système de santé est plus efficace lorsque la première ligne est forte.
  - Loin de nous l'idée d'un affrontement entre spécialisations de médecine. Il est important de mettre les intervenants dans « les bonnes cases » pour que le système de santé soit le plus efficient possible.

La littérature montre que les pays avec des soins primaires forts ont de meilleurs résultats en santé, surtout dans le suivi des pathologies chroniques, grâce à leur accessibilité, à la coordination et au suivi longitudinal (4) qui permettent d'éviter les hospitalisations inutiles (5). Des études ont également prouvé qu'ils permettaient de diminuer les inégalités en santé par la promotion de l'accès aux ressources en santé pour tous et qu'ils réduisaient l'exclusion des individus (2,4,5).

- 2.4 Créer les conditions les plus favorables pour permettre un accès aux soins aux populations défavorisées économiquement, socialement, culturellement. Veiller à proposer une offre de première ligne qui garantisse un accès aux soins sur l'ensemble du territoire (en tenant compte des enjeux liés à la densité et à la diversité des populations).

Selon Starfield, six mécanismes (seuls ou en association) peuvent expliquer l'impact bénéfique des soins primaires : une meilleure accessibilité, une meilleure qualité des soins, plus de prévention, la prise en charge précoce des problèmes de santé, des soins centrés sur la personne, une réduction des soins spécialisés inutiles (6).

Pour l'OMS, « Bien que l'organisation et les fonctions des soins primaires diffèrent d'un pays à l'autre, en raison du contexte historique et des différentes situations sociales, économiques et culturelles, les services fournis par les médecins généralistes constituent un élément fondamental des soins primaires. Qu'ils travaillent seuls ou en association avec d'autres généralistes, isolés ou dans le cadre d'une équipe de professionnels de santé, que la population s'adresse à eux en premier lieu ou qu'ils soient des spécialistes parmi d'autres auxquels les individus peuvent s'adresser directement, les généralistes jouent un rôle reconnu dans de nombreux pays dans des activités intégrées dans les domaines suivants : promotion de la santé, prévention des maladies, soins curatifs, réadaptation et soins de soutien. [...] La médecine générale peut donc contribuer à l'efficacité et à la bonne qualité des services de soins primaires, et à une bonne utilisation des ressources, ce qui est de nature à avoir des incidences positives sur la charge de travail du personnel de santé et sur la qualité des soins spécialisés et des soins hospitaliers » (7).

- 2.5 La médecine générale est une spécialisation qui s'affirme comme telle, avec la volonté de jouer pleinement son rôle aux côtés des autres spécialités et des autres prestataires de soins. Les médecins généralistes veulent relever les défis du maintien des exigences de qualité.

Ainsi, la médecine générale, par son rôle central au sein des soins primaires, constitue une spécialité médicale à renforcer dans les réformes des systèmes de santé, telles que recommandé par l'OMS, afin de faire face aux évolutions des besoins en soins de santé (8).

### 3. Les arguments en faveur d'autres spécialisations en médecine

Le CMG reconnaît volontiers qu'il existe des besoins non couverts dans d'autres spécialités.

- Les acteurs de la santé mentale
- La pédopsychiatrie
- La médecine interne
- La gériatrie
- ...

### 4. Une évolution de la structure de l'offre de médecins généralistes

Il est important de tenir compte dans la planification de la formation de médecins généralistes :

- de la pyramide d'âge actuelle de la médecine générale,
- du décrochage de médecins généralistes dès les premières années de la carrière (mal-être au travail, pour suivre une autre voie offerte par la polyvalence du diplôme,...)
- l'aspiration des nouvelles générations (hommes ou femmes) à un équilibre entre vie professionnelle/vie privée,
- de la dispersion géographique imparfaite entre territoires de soins (zones en pénurie, régions rurales, quartiers défavorisés, ...)

### 5. Les arguments en faveur de la médecine générale

Afin de déterminer l'équilibre entre le nombre de médecins et les besoins en soins de la population belge, la Commission de planification utilise le modèle « stock-and-flow ». Ce modèle proposé par l'OCDE (figure 1), montre que de nombreux facteurs affectent les besoins et les demandes en soins, mais également l'offre en personnel médical (2). Il indique également que la planification de l'offre de soins est liée à l'organisation du système de soins, car le nombre de médecins nécessaires dépend de différences structurelles notoires, comme le nombre de paramédicaux actifs en première ligne de soins, les différences dans le périmètre d'activités des médecins généralistes concernés, etc.

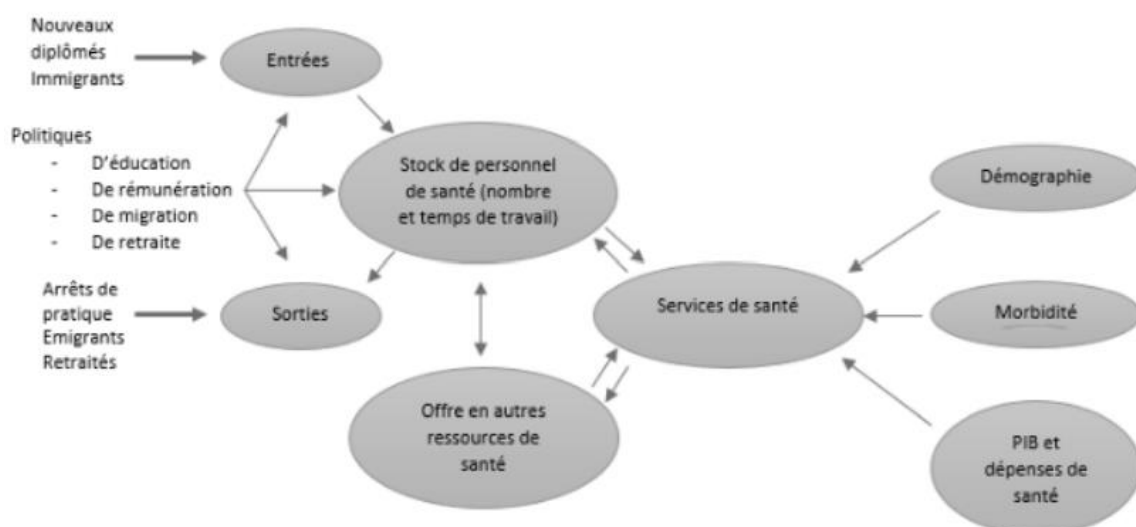


Figure 1 : : Cadre pour l'offre et la demande des médecins (d'après l'OCDE)

Pour chaque paramètre repris dans le modèle de projection, le groupe de travail Médecins de la Commission de planification établit une hypothèse de base qui se situe dans la ligne des tendances historiques observées (9). La combinaison de ces paramètres débouche sur des résultats obtenus par projection qui devraient refléter l'évolution de la force de travail, à circonstances inchangées et à politique inchangée, pour la période 2016-2036.

Les résultats obtenus montrent que

- **En communauté flamande**, le nombre absolu de médecins généralistes actifs dans les soins de santé devrait augmenter de manière constante entre 2016 et 2036 (de 6.907 à 8.510, ce qui équivaut à **+23,21%**). Cette augmentation ne devrait se traduire que partiellement par une augmentation du nombre d'ETP réalisé (+8,50%). Or, celle-ci ne serait pas suffisante pour suivre l'augmentation de la demande de soins de la population (densité ETP pondérée : -8,47%).
- **En communauté française**, le nombre absolu de médecins généralistes actifs dans les soins de santé devrait augmenter légèrement entre 2016 et 2036 (de 5.192 à 5.489, ce qui équivaut à **+5,71%**). Cette augmentation ne devrait pas se traduire par une augmentation du nombre d'ETP réalisée, mais par une diminution de -5,68%. Au vu de l'augmentation prévue de la demande (croissance et vieillissement de la population), cela signifie que la densité ETP pondérée évolue négativement entre 2016 et 2036 (-19,09%).

Cette diminution de la densité ETP pondérée touche également de nombreuses autres spécialités, surtout en communauté française. **Toutefois, comme indiqué plus haut, un système de santé avec des soins primaires forts a également un impact positif sur les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> lignes de soins** entre autres grâce à une prise en charge précoce des problèmes de santé et une réduction des soins spécialisés inutiles (6).

De plus, **la médecine générale est à risque de départs anticipés**. Ainsi, Une étude menée auprès de MG diplômés entre 1999 et 2013 montrait que 21.5% des diplômés de médecine générale avaient quitté la profession en 2015 (10). Ces départs anticipés s'expliquent de plusieurs manières : en réaction à la pratique, par fidélité à un choix de départ, par découverte d'une nouvelle voie, par souhait de mobilité (11). Parmi ces raisons, plusieurs étaient favorisées par le titre de médecin généraliste qui, par sa polyvalence, offre de nombreuses possibilités d'emplois et de fonctions (12). Notons également qu'en plus des départs « complets », de nombreux diplômés en médecine générale partagent leur temps de travail entre la médecine générale et d'autres activités du système de santé (ONE, planning familial, centre spécialisés dans les assuétudes, coordination de MRS, etc.) (10).

D'autre part, étant des contributeurs essentiels de la première ligne de prévention et de soin, la médecine générale génère des effets positifs :

- **de la durabilité**. L'action des médecins généralistes avec les patients est inscrite dans la durée.
- **de l'équité**. L'action des médecins généralistes est une meilleure garantie pour un accès aux soins, mieux réparti géographiquement et socialement.
- **de la subsidiarité**. Les questions de santé sont traitées au niveau d'intervention le plus adéquat, limitant ainsi des interventions plus coûteuses en ressources humaines ou financières.
- **de la confiance**. Le médecin généraliste est et reste un intervenant proche et reconnu par les patients. Les interventions de santé sont d'autant plus pertinentes, efficaces et efficientes.
- **de l'observation permanente**. Les médecins généralistes sont bien placés pour détecter l'évolution des besoins de santé.

### Leçons à tirer de la pandémie et de la vaccination.

La médecine générale a été précieuse pour « encaisser le choc » de la pandémie Covid. La réponse curative la plus efficace a finalement été de nature préventive (la vaccination). La 2<sup>ème</sup> ligne de soins, sans une première ligne agile et réactive, aurait eu encore plus de difficultés à gérer la crise.

Voilà pourquoi le CMG plaide pour que les médecins généralistes représentent à l'avenir, de manière constante, au moins 50% de la profession de médecins en Wallonie et à Bruxelles.

## 6. Bibliographie

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Genève; 2008.
- (2) OCDE. Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE. Paris; 2015.
- (3) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata. Genève; 1978.
- (4) Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. Health Aff Proj Hope. sept 2015;34(9):1531-7.
- (5) Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff Proj Hope. avr 2013;32(4):686-94.
- (6) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
- (7) Organisation Mondiale de la Santé. Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale et de la médecine de famille en Europe. . Genève; 1998.
- (8) Organisation Mondiale de la Santé. The role of general practice in primary health care. Genève; 1998.
- (9) Cellule Planification des professions de soins de, santé. Scénario de base de l'évolution de la force de travail Médecins 2016-2036. Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2020 oct.
- (10) Lenoir A-L, Richelle L, Ketterer F, Fraipont B, Cayn M, Duchesnes C, et al. Young general practitioners' professional activities: a survey in the French-speaking part of Belgium. Acta Clin Belg. déc 2017;72(6):399-404.
- (11) Lenoir A-L, Leconte S, Cayn M, Ketterer F, Duchesnes C, Fraipont B, et al. Exploring the diverse career trajectories of general practice graduates in the French-speaking part of Belgium: An interview study. Eur J Gen Pract. déc 2021;27(1):111-8.
- (12) Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien [Internet]. Post-Print. HAL; 2005 [cité 8 févr 2022]. (Post-Print). Report No.: halshs-00111983. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/halshs-00111983.html>
- (13) Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique : nombre de professionnels au 31/12/2019 et influx 2019. 2019.
- (14) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève; 2016.

- (15) European Union Health Policy Forum. Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases. 2012.
- (16) Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. PLOS ONE. 21 juill 2014;9(7):e102149.
- (17) Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. sept 2011;10(4):430-9.
- (18) Van der Heyden J, Charafeddine R. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats. Institut Scientifique de Santé Publique; 2014.
- (19) Belche J-L, Berrewaerts M-A, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? . 2015;44(11):1146–54. Presse Médicale. 2015;44(11):1146-54.
- (20) Organisation Mondiale de la Santé. Mental health in primary care : illusion or inclusion. Genève; 2018.
- (21) StatBEL. Risques de pauvreté en Belgique en 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/risques-de-pauvrete-en-belgique-en-2020>
- (22) Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, et al. Mesures de soutien aux aidants proches – une analyse exploratoire. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE): Health Services Research (HSR); 2014. Report No.: 223B.
- (23) Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. Implementation of hospital at home: orientations for Belgium. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE): Health Services Research (HSR); 2015. Report No.: 250.
- (24) Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. Ann Fam Med. 1 juill 2020;18(4):349-54.