



Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries?

SARAH MISSINNE & SARAH LUYTEN
OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

avril 2018

COLOPHON

Auteurs:

Sarah MISSINNE

Sarah LUYTEN

Traduction:

Brussels Language Service sprl pour la version en français

Pour plus d'informations:

Observatoire de la Santé et du Social
Commission communautaire commune

Avenue Louise 183 – 1050 Brussel

Tél. : 02/552 01 89

observat@ccc.brussels

<http://www.ccc-ggc.brussels>

Sarah Missinne

Tél.: 02/552 01 17

smissinne@ggc.brussels

Sarah Luyten

Tél.: 02/552 01 18

sluyten@ggc.brussels

Veillez utiliser les références suivantes : Missinne S. & Luyten S. 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, Bruxelles, Commission communautaire commune, 2018

Cette publication est également disponible en néerlandais.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	4
2. Contexte général	4
2.1 Fonds d'Impulsion	4
2.2 Profil démographique et socioéconomique des Bruxellois	6
2.2.1 Démographie	6
2.2.2 Situation socioéconomique	7
2.3 Besoins de soins des Bruxellois	8
2.4 L'offre de soins à Bruxelles	9
2.5 S'établir comme médecin généraliste en région bruxelloise	10
3. Objectifs	11
4. Méthodologie	11
4.1 Données: FBHAV-FAMGB & BHAK	11
4.2 Analyses	12
5. Profil démographique des médecins généralistes et localisation des cabinets	12
5.1 Médecins généralistes en formation	12
5.2 Répartition des médecins selon l'âge et le sexe	13
5.3 Pratiques solos versus pratiques de groupe	14
5.4 Localisation des pratiques de médecine générale	15
5.5 Nombre de médecins généralistes par quartier	18
6. Nombre de médecins généralistes et caractéristiques socioéconomiques du quartier	23
7. Identification de quartiers spécifiques confrontés à une possible pénurie de médecins généralistes	27
7.1 Pondération sur base de l'âge	27
7.2 Pondération en fonction du statut socioéconomique du quartier	30
7.3 Aperçu des scénarios	33
8. Projections concernant le besoin de médecins généralistes dans 10 et 20 ans	37
9. En guise de conclusion	38
10. Références	40
Annexe I: Comparaison de la méthodologie et des sources de données des principales études sur ce sujet	41

1. INTRODUCTION

Le Fonds d'Impulsion a été introduit en 2006 pour garantir la bonne accessibilité des soins de santé de première ligne. Dans ce cadre, le médecin généraliste joue un rôle central important. Avec la 6^e réforme de l'État, cette compétence a été transférée aux entités fédérées. À Bruxelles, la Commission communautaire commune est à présent compétente pour ces dossiers. Afin de stimuler les médecins généralistes à exercer ou à continuer à exercer une activité de médecine générale en région bruxelloise, plusieurs primes sont octroyées. C'est dans ce cadre que cette étude a été réalisée. Le but est d'identifier les quartiers bruxellois où il existe, ou où il pourrait exister dans un avenir proche, une possible pénurie de médecins généralistes.

Cette étude donne un aperçu de l'effectif de médecins généralistes en 2017 en région bruxelloise. Une première partie traite du contexte socioéconomique et démographique bruxellois dans lequel les médecins généralistes exercent leur pratique. Une deuxième partie décrit le profil démographique des médecins généralistes, de même que les différents types de pratiques de médecine générale. Une troisième partie est consacrée aux analyses géographiques réalisées pour déterminer où les différents types de pratiques de médecine générale sont établis et pour voir s'il est possible d'identifier une tendance géographique claire des quartiers confrontés à une pénurie de médecins généralistes. Nous examinons également si des tendances générales se dessinent au niveau du nombre de médecins généralistes par habitant et des caractéristiques démographiques et socioéconomiques du quartier. Une quatrième partie concerne l'évaluation d'une possible pénurie, compte tenu d'un besoin de soins différent. Ceci est fait en intégrant la structure d'âge et le contexte socioéconomique par quartier dans les calculs. Enfin, une dernière partie donne une estimation générale du nombre supplémentaire de médecins généralistes qui sera

nécessaire dans 10 ans et dans 20 ans pour pouvoir remplacer le nombre important de médecins généralistes qui prendront leur retraite.

Ces éléments peuvent alimenter le débat sur la façon dont les mesures de soutien aux médecins généralistes peuvent évoluer à l'avenir en Région bruxelloise. Quelques études similaires ont déjà été publiées par le passé. La prudence est toutefois de mise si l'on souhaite comparer les résultats de ces études. Il est toujours important de bien garder en tête les différences de méthodologie et de sources de données. Sans entrer dans les détails, l'annexe 1 donne un aperçu des principales différences entre ces études.

2. CONTEXTE GÉNÉRAL

2.1. FONDS D'IMPULSION

L'accessibilité des soins de première ligne pour tous constitue l'un des principaux piliers des soins de santé belges et bruxellois. **Les médecins généralistes jouent un rôle important dans ces soins de première ligne.** Il est dès lors primordial qu'il y ait suffisamment de médecins généralistes et qu'une pénurie ou qu'une pénurie imminente à l'avenir soient évitées. Les causes d'une pénurie peuvent être variées : le vieillissement des médecins généralistes, le souhait des médecins généralistes d'un meilleur équilibre entre travail et vie privée, les départs dus au burn-out, la demande croissante, les besoins de soins plus complexes, la charge supplémentaire due aux tâches administratives, etc. (Van Roy et al, 2017).

L'une des mesures que les pouvoirs publics peuvent prendre pour compenser les pénuries consiste en l'octroi d'une aide financière aux médecins qui s'établissent dans des régions où l'on craint l'apparition d'une pénurie. Le Fonds d'Impulsion constitue dans ce cadre une mesure importante. Cette mesure, instituée par l'arrêté royal (AR) du 15 septembre 2006, vise en effet à contribuer à garantir une bonne accessibilité des soins de santé de première ligne en Belgique.

Concrètement, le Fonds d'Impulsion entend aider les jeunes médecins généralistes dans le cadre de l'établissement de leur pratique et les stimuler à s'établir dans une zone prioritaire.

Une zone prioritaire est une zone délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes ou une zone confrontée à une pénurie de médecins généralistes. Une région est en pénurie si le nombre de médecins généralistes par habitant dans une zone déterminée est inférieur à 90 médecins généralistes/100 000 habitants (densité des généralistes).

L'AR du 23/03/2012 stipule les règles de fonctionnement du Fonds d'Impulsion. Le Fonds de Participation a été chargé de la gestion journalière (qui était à l'époque encore une compétence fédérale). Tous les médecins généralistes qui s'établissent sur le territoire de la Région bruxelloise et qui remplissent les conditions (cf. infra) ont droit à la prime. Toute la Région est donc considérée comme prioritaire.

Dans le cadre du transfert de compétences suite à la Sixième réforme de l'État, le Fonds d'Impulsion relevait, depuis le 1er juillet 2014, de la compétence de la Commission communautaire commune pour le territoire de la région de Bruxelles-Capitale. En 2015, il était encore géré par le Fonds de Participation et aucune modification n'avait été apportée.

Dans l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 29 septembre 2016 modifiant l'AR du 23 mars 2012, quelques adaptations ont été réalisées. Par exemple, le Fonds de Participation a été déchargé de sa tâche, le prêt a été annulé et les montants ont été adaptés. Le Fonds d'Impulsion reste d'application pour l'ensemble du territoire de la région bruxelloise.

Il existe **actuellement trois types de primes** que les médecins généralistes peuvent recourir, s'ils sont établis dans l'une des 19 communes de la région bruxelloise.

- IMPULSEO I, ou la prime d'installation, vise à motiver les jeunes médecins généralistes à débiter une pratique en Région bruxelloise. Les médecins généralistes qui s'installent dans l'une des 19 communes bruxelloises ont droit, au maximum 5 ans après l'obtention de l'agrément comme médecin généraliste, à une prime de € 25 000 (non soumise à l'indexation). Une condition supplémentaire est qu'ils restent au moins 5 ans en Région bruxelloise. Si pas, ils devront rembourser tout ou partie de la prime. De plus, ils doivent être connectés au Réseau de Santé bruxellois (Abrumet), utiliser un dossier médical électronique labellisé et gérer des dossiers médicaux globaux.
- IMPULSEO II, ou une intervention dans les coûts salariaux d'un employé chargé de l'accueil et de la gestion de la pratique de médecine générale. Celle-ci s'élève à maximum € 6 300 (montant de 2016 à indexer) par an. Pour pouvoir en bénéficier, il faut introduire un dossier chaque année.
- IMPULSEO III, ou une intervention dans les coûts des services d'un télésecrétariat. Celle-ci s'élève à maximum € 3 619 (montant de 2016 indexé) et doit également être demandée chaque année.

Pour IMPULSEO II et III, les médecins généralistes sont soumis à certaines conditions, dont la connexion au Réseau de Santé bruxellois, l'utilisation d'un dossier médical électronique labellisé et la gestion d'au moins 150 dossiers médicaux globaux durant l'année précédant la demande.

Les médecins généralistes qui travaillent dans une pratique de groupe peuvent aussi faire appel au Fonds d'Impulsion quasiment aux mêmes conditions que les médecins individuels.

Vous trouverez plus de détails sur les conditions d'octroi dans l'AR du 23/3/2012 et dans l'arrêté du Collège réuni du 29/9/2016. Celles-ci sont également expliquées en détail sur le site web de la Cocom: www.ccc-ggc.brussels. Les médecins généralistes peuvent faire appel à l'une des structures d'appui avec lesquelles la Cocom a conclu un accord s'ils souhaitent de l'aide pour introduire une demande ou un soutien dans le cadre d'une nouvelle installation.

En 2017, 45 primes d'installation (Impulseo I) ont été demandées, contre 31 en 2016. Avec 94 demandes pour Impulseo II, il y a eu 7 demandes de moins en 2016 qu'en 2017. Le nombre de demandes pour Impulseo III est resté stable entre 2016 et 2017 (cf. tableau 1).

2.2. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE DES BRUXELLOIS

La région bruxelloise diffère en plusieurs points des deux autres régions belges. Des caractéristiques spécifiques importantes qui peuvent fortement influencer le besoin et l'offre de soins de première ligne sont notamment **une forte croissance démographique, une population jeune, le fait qu'une grande partie de la population se trouve dans une situation de précarité ou de pauvreté, le fait qu'une grande partie de la population soit de nationalité étrangère, et un immobilier cher**. En outre, il y a des réalités difficilement chiffrables, comme la forte présence de personnes sans statut de séjour légal, d'étudiants koteurs, de touristes, ... qui ont ou peuvent tous aussi avoir besoin de soins médicaux.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014-15*	2016	2017
Prime d'installation	18	13	12	16	31	34	31	45
Impulseo II & III**	28	29	40	87	54	71		
Impulseo II							94	101
Impulseo III							27	28
* Pour les années 2014-2015, les chiffres ont été calculés pour les deux années ensemble								
** Jusqu'en 2015, les chiffres pour Impulseo II et III ont été additionnés.								
Source 2009-2015: Fonds de Participation								
Source 2016-2017: Commission communautaire commune, Bruxelles								

2.2.1 DÉMOGRAPHIE

Après une forte tendance à la baisse entre 1970 et la moitié des années 1990, la population bruxelloise augmente fortement depuis 1995. Les projections démographiques prévoient une nouvelle augmentation de 7 % de la population bruxelloise pour la période 2017-2025. Cela signifierait une population de plus de 1 270 000 en

2025. On constate d'importantes différences en région bruxelloise entre les communes et les quartiers en matière de densité de population. Au niveau des communes, la densité de population est plus de douze fois plus importante à Saint-Josse-ten-Noode, la commune la plus densément peuplée du pays, avec 23 737 hab./km² qu'à Watermael-Boitsfort (1 923 hab./km²)¹.

¹ Source: IBSA, Bureau fédéral du Plan, Statbel (Direction générale de Statistique - Statistics Belgium)

La population bruxelloise est une **population plutôt jeune** et ce rajeunissement se poursuit, contrairement aux autres régions où on constate un vieillissement. Bien qu'il y ait moins de personnes âgées (65 ans et plus) par rapport aux autres régions, **une part plus importante de personnes de 80 ans et plus est observée dans le groupe des 65 ans et plus.**

La région bruxelloise **possède une population internationale**, avec un grand nombre d'habitants ayant une nationalité étrangère : le 1er janvier 2017, plus d'un tiers (35 %) de la population bruxelloise, à savoir 414 139 personnes, n'avait pas la nationalité belge (contre 8 % en Flandre et 10 % en Wallonie). Ces chiffres relatifs à la nationalité n'illustrent que partiellement la grande diversité au niveau de l'origine et de la culture de la population bruxelloise. Plus d'un Bruxellois sur deux (56 %) n'est pas né en Belgique², et près de trois quarts (71 %) sont d'origine étrangère³.

2.2.2 SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE

Une **grande partie de la population bruxelloise vit dans une situation de pauvreté** ou de précarité. La part de personnes avec « un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale » se situe en région bruxelloise par exemple aux alentours de 38 %. Un quart des enfants bruxellois de moins de 18 ans (24 %) grandissent dans un ménage sans revenu du travail. En janvier 2017, 325 335 Bruxellois avaient droit à une intervention majorée pour les soins de santé, ce qui représente 27 % de la population bruxelloise. Ces chiffres globaux pour la région bruxelloise cachent cependant **d'importantes inégalités sociospatiales**, car il existe d'importantes différences entre les communes et les quartiers bruxellois en matière de pauvreté. Le taux de chômage est par exemple le plus élevé à Saint-Josse-ten-Noode (26 %) et le plus bas à

Woluwe-Saint-Pierre (9 %). Le revenu médian par déclaration fiscale varie de € 14 998 à Saint-Josse-ten-Noode à € 25 539 à Woluwe-Saint-Pierre. Au niveau des quartiers, la variation est même encore plus importante : il y a des quartiers où le revenu médian des déclarations est inférieur à € 10 000 et des quartiers où il est supérieur à € 40 000. Les quartiers avec les revenus médians les plus bas se situent en grande partie dans le « croissant pauvre ». Le « croissant pauvre » est une zone de la région bruxelloise concentrant depuis plusieurs décennies les populations les moins favorisées sur le plan économique. Ces quartiers forment un croissant autour du centre-ville, du sud au nord en passant par l'ouest, autrement dit de la partie basse de Forest à Saint-Josse-ten-Noode.

La pauvreté n'est cependant pas uniquement l'affaire des bas revenus, des frais élevés peuvent également contribuer à des difficultés financières et autres. Ainsi, le coût élevé du logement pèse lourd sur le revenu des ménages bruxellois. Entre 2004 et 2016, le loyer moyen corrigé pour l'inflation a augmenté de 22 %, entraînant une augmentation bien constante des dépenses pour le logement.

Enfin, d'autres facteurs ont encore une influence sur la situation socioéconomique des ménages, et directement ou indirectement une influence sur l'utilisation de soins. Nous pensons ici au niveau d'instruction, à la qualité du logement ou de l'environnement, à la situation socioprofessionnelle, au réseau social, etc. Tous ces thèmes sont abordés dans le Baromètre social annuel de la région bruxelloise⁴.

² Un tiers des personnes ayant la nationalité belge au 1/1/2016 sont nées avec une nationalité étrangère. À leur naissance, 42 % d'entre elles avaient la nationalité marocaine, 10 %, la nationalité turque et 6 %, la nationalité congolaise. Source : IBSA (2017b).

³ Chiffre au 31 décembre 2015. Source : Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale, Banque-carrefour de la Sécurité sociale ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles.

⁴ <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/barometre-social>

2.3 BESOINS DE SOINS DES BRUXELLOIS⁵

En 2013, 25 % des Bruxellois interrogés dans le cadre de l'Enquête de santé ont rapporté que leur état de santé n'était pas satisfaisant⁶. Cette part semble stable entre 1997 et 2013. La proportion de personnes déclarant être **en mauvaise santé** augmente **fortement avec l'âge et avec une position socioéconomique moins favorable**.

La part de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé augmente systématiquement avec l'âge. Alors que 12 % des 15-24 ans font état d'une mauvaise santé, ce pourcentage passe à 24 % chez les 35-44 ans, à 34 % chez les 55-64 ans et à 44 % chez les plus de 75 ans. Il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes, et ce, pour tous les groupes d'âge.

Près d'un **un tiers des Bruxellois** déclarent **avoir au moins une affection de longue durée** (maladie, affection ou handicap). La part de Bruxellois déclarant souffrir d'une ou de plusieurs affections chroniques est comparable à celle des habitants de régions urbanisées en Wallonie, mais supérieure à Bruxelles par rapport aux régions urbanisées en Flandre, après contrôle pour une structure d'âge différente. Un Bruxellois sur huit présente aussi plus d'une maladie chronique. **La multimorbidité** donne régulièrement lieu à des problèmes supplémentaires tels que des complications pendant le traitement, des limitations dans la vie quotidienne ou une mort prématurée (Van der Heyden, 2014). La part de personnes atteintes de multimorbidité augmente fortement avec l'âge.

⁵ Voir aussi le Tableau de bord de la santé en région bruxelloise pour un aperçu détaillé de la santé des Bruxellois : <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/tableau-de-bord-de-la-sante-en-region-bruxelloise>

⁶ La « santé perçue » est une notion qui englobe tant le bien-être que la santé au sens large. Malgré son « caractère subjectif », cette mesure semble être un bon prédicteur de la mortalité (Idler et Benyamini, 1997).

Chez les Bruxellois de moins de 35 ans, la multimorbidité se rencontre à peine, mais ensuite, elle augmente graduellement jusqu'à 42 % chez les plus de 75 ans.

La santé dépend aussi très souvent de la position socioéconomique. La **santé subjective varie par exemple de manière importante selon le niveau d'enseignement obtenu**, pour les hommes comme pour les femmes. Alors que 18 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur et que 24 % des femmes diplômées de l'enseignement secondaire supérieur rapportaient une mauvaise santé, pas moins de 39 % des femmes ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur rapportaient une mauvaise santé. Chez les hommes, il s'agit respectivement de 18 %, 22 % et 33 %⁷ des Bruxellois.

La part de personnes confrontées à un **mal-être psychique**⁸ **dépend aussi de la position socioéconomique**. 34 % des personnes les plus formées font état d'un mal-être psychique, contre plus de la moitié des personnes ayant au plus un diplôme de l'enseignement primaire (56 %). Une affection psychique⁹ est suspectée chez 17 % des personnes les plus formées, et ce pourcentage augmente systématiquement jusqu'à 32 % chez les Bruxellois les moins diplômés.

La santé mentale des personnes ayant suivi une formation de durée moyenne se situe entre les deux.

Les chiffres de l'Enquête de santé 2013 indiquent que **tous les besoins de soins ne sont pas rencontrés**. Près d'un quart (23 %) des ménages bruxellois affirment avoir reporté une forme

⁷ Pourcentages standardisés pour l'âge sur la base de la population européenne de référence, 2013. Données de l'Enquête de santé, 2013.

⁸ Le mal-être psychique est suspecté chez les personnes qui rapportent au moins deux troubles psychiques via l'échelle « General Health Questionnaire » (GHQ-12).

⁹ Un risque réel d'affection psychique est suspecté si au moins 4 troubles psychiques sont identifiés via l'échelle GHQ-12.

déterminée de soins¹⁰ en raison de difficultés financières. Cela arrive aussi bien plus souvent à Bruxelles, par rapport à la Flandre (5 %) et à la Wallonie (9 %). Plus spécifiquement, des soins médicaux ou une opération ont été reportés par 10,4 % des Bruxellois.

Le couplage des données de l'Enquête de santé et des données de remboursements de l'INAMI indique que l'utilisation de soins de santé à Bruxelles est effectivement inférieure par rapport à la Flandre et à la Wallonie. D'une part, **la Région bruxelloise compte près de deux fois plus de personnes qui n'ont jamais recours aux soins de santé**. D'autre part, la part de « gros utilisateurs » est **significativement inférieure à Bruxelles** par rapport aux autres régions. Cette étude souligne également que les différences régionales concernant l'utilisation de soins prodigués par des médecins généralistes et des infirmiers persistent, même après la prise en considération de facteurs individuels importants associés à la sous-consommation (être isolé, ne pas être né en Belgique et avoir un bas revenu). Ceci indique **qu'il ne faut pas seulement chercher des explications dans les facteurs individuels** (Mimilidis et al, 2014). En outre, les données relatives au remboursement n'enregistrent pas tous les soins qui sont prodigués, puisque certains groupes de personnes, comme celles sans statut de séjour légal, n'ont pas droit à l'assurance-maladie obligatoire. En ce qui concerne le groupe de population qui ne séjourne pas légalement en région bruxelloise, nous ne disposons que d'(anciennes) estimations selon lesquelles il y aurait quelque 100 000 personnes en séjour illégal en Belgique, dont une grande partie en région bruxelloise (Van Meeteren et al., 2007).

2.4 L'OFFRE DE SOINS À BRUXELLES

Par rapport aux autres régions, les Bruxellois font plus souvent appel aux services d'urgence et à des soins spécialisés. Il y a plusieurs raisons à cela, qui ont à voir tant avec l'offre – la façon dont le système de santé est organisé –, qu'avec la demande de soins – le profil des Bruxellois et leur état de santé¹¹.

Les médecins généralistes sont cependant des acteurs cruciaux dans les soins de santé de première ligne. Ils peuvent choisir de travailler individuellement dans un cabinet ou en collaboration avec plusieurs médecins généralistes et/ou d'autres professionnels de la santé. Les maisons médicales (ou « wijkgezondheidscentra »¹²) constituent une forme spécifique de collaboration, à savoir une collaboration multidisciplinaire entre les médecins généralistes, les infirmiers, les travailleurs sociaux, les psychologues, les kinésithérapeutes, les dentistes, Les habitants du quartier peuvent s'inscrire dans une telle maison médicale. Dans la plupart des cas, on travaille avec un système de paiement forfaitaire. L'organisme assureur (la mutualité) de cet habitant verse chaque mois un montant à la maison médicale concernée, quel que soit le nombre de consultations. L'habitant ne doit plus avancer d'argent lorsqu'il consulte un des membres du personnel soignant d'une telle maison médicale. Bien que la plupart des cabinets qui recourent à un tel système de paiement forfaitaire soient des maisons médicales, il y a aussi un nombre limité d'autres cabinets qui appliquent cette forme de paiement (cf. infra). En 2015, 11 % des ayants droit à l'assurance-maladie obligatoire en région bruxelloise étaient inscrits auprès d'une maison médicale, ce qui est bien plus élevé que dans les deux autres régions (Atlas IMA-AIM, 2018).

¹⁰ Soins médicaux ou opération, achat de médicaments prescrits, achat de lunettes ou de lentilles, soins mentaux ou soins dentaires

¹¹ Pour de plus amples informations, veuillez consulter la publication relative à 'l'offre de soins à Bruxelles' (à paraître)

¹² Il ne faut pas confondre les maisons médicales selon la définition de l'INAMI avec les « maisons médicales » agréées par la Cocof et les principes définis pour les « maisons médicales » par la Fédération des Maisons Médicales, ni avec les « wijkgezondheidscentra » de la « Vereniging van Wijkgezondheidscentra ».

De plus, on encourage l'utilisation d'un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste fixe de son choix. Ainsi, le médecin généraliste a une vue d'ensemble sur la santé du patient et les traitements peuvent être mieux adaptés à la situation personnelle et à l'historique du patient. Le but est que le DMG soit ouvert par le médecin généraliste fixe du patient. La part de Bruxellois avec un DMG (54 %) est environ aussi élevée qu'en Wallonie (56 %), mais considérablement plus faible qu'en Flandre (77 %). Il existe certes des différences entre les communes bruxelloises. Molenbeek-Saint-Jean connaît la part la plus élevée d'habitants avec un DMG (64 %), et Berchem-Sainte-Agathe, la part la plus faible (40 %). Lors de l'inscription dans une maison médicale, le DMG y est automatiquement ouvert consulté automatiquement. Avec Saint-Josse-ten-Noode, la part d'habitants inscrits dans une maison médicale est la plus élevée à Molenbeek-Saint-Jean (1 783 par 10 000 habitants) (Atlas IMA-AIM, 2018).

2.5 S'ÉTABLIR COMME MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN RÉGION BRUXELLOISE

La plupart des médecins généralistes qui viennent d'obtenir leur agrément font leur entrée dans une association ou une pratique de groupe déjà existants, ou s'associent avec un médecin déjà installé qui travaille dans un cabinet individuel. L'ouverture d'un nouveau cabinet médical n'est en effet pas simple. Cela représente une charge d'investissement importante (cabinet, matériel, ...) et il faut se constituer une patientèle. C'est pourquoi certains médecins généralistes débutants optent pour la reprise d'une pratique. Lorsqu'un cabinet existant est repris, il convient de procéder à une évaluation de différents éléments comme la patientèle, l'équipement médical, le matériel informatique et autre, le numéro de téléphone et éventuellement le cabinet (le bâtiment ou le local) (www.domusmedica.be).

La valeur de ce cabinet dépendra de la qualité du bâtiment, de sa situation (accessibilité, nature de l'environnement, ...) et des prix de l'immobilier y liés. En région bruxelloise, ces prix de l'immobilier sont en général plus élevés que dans les deux autres régions. En comparaison, le prix de vente moyen d'une habitation (maison, villa ou appartement) en région bruxelloise s'élève en 2016 à € 235 166, contre € 227 839 en Flandre et € 173 542 en Wallonie. Au sein de la Région bruxelloise, on constate toutefois d'importantes différences. En 2016, le prix de vente moyen est le plus bas à Saint-Josse-ten-Noode (€ 156 500) et le plus élevé à Woluwe-Saint-Pierre (€ 313 198) (Statistics Belgium).

Lors d'une soirée de discussion relative aux mesures de soutien destinées aux (jeunes) médecins généralistes,¹³ il est apparu que **trouver un espace approprié pour développer une pratique (de groupe) relève bel et bien du défi**. Non seulement en raison du prix élevé, mais aussi parce que la structure de nombreux bâtiments bruxellois - souvent des bâtiments étroits avec de nombreux escaliers-, ne permet pas de transformer le bâtiment en une pratique (de groupe) qui réponde à des normes d'accessibilité pour le public. La gestion journalière et la gestion financière d'un cabinet, et certainement dans le cas d'une pratique de groupe, constituent un autre défi important pour les médecins généralistes débutants.

La **grande majorité** des personnes présentes ont déclaré préférer **pouvoir s'installer dans une pratique de groupe**. Une collaboration interdisciplinaire ainsi qu'entre plusieurs médecins généralistes est considérée comme positive. Des médecins généralistes débutants ont exprimé le besoin de se faire encadrer et conseiller lors de leur installation comme médecin généraliste. C'est pourquoi il semble dès lors difficile à certains de s'établir dans un quartier où aucun médecin généraliste n'a de cabinet, auquel ils pourraient

¹³ Organisé par les cabinets Gosuin-Vanhengel le 20/02/2018 en collaboration avec la FBHAV-FAMGB, le BHAK et l'Observatoire de la Santé et du Social

s'adresser pour des conseils. D'un autre côté, certains jeunes médecins généralistes sont certainement motivés pour s'établir dans un quartier confronté à une pénurie, mais il y a alors **un besoin d'encadrement lors de leur installation**. Des jeunes médecins généralistes ont également exprimé de l'inquiétude en ce qui concerne la capacité à constituer une patientèle suffisamment grande et ainsi à s'en sortir financièrement. Ils sont motivés à compléter leurs activités dans le cabinet avec des services de garde et d'autres activités, comme par exemple travailler pour Kind & Gezin ou dans un centre de planning familial.

3. OBJECTIFS

Cette étude vise plusieurs objectifs :

- La détermination du profil démographique et du type de pratiques de médecine générale chez les médecins généralistes en Région bruxelloise.
- La description du contexte socioéconomique et démographique bruxellois dans lequel les médecins généralistes exercent leur pratique, et le besoin de soins y lié.
- La détermination d'éventuelles tendances géographiques de quartiers confrontés à une possible pénurie (sans tenir compte d'un besoin de soins différent).
- Par quartier, l'identification d'une possible pénurie, compte tenu du besoin de soins des habitants du quartier.
- La réalisation de projections concernant le nombre de médecins généralistes supplémentaires nécessaires dans 10 ans et dans 20 ans.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. DONNÉES: FBHAV-FAMGB & BHAK

La liste des médecins généralistes actifs en Région bruxelloise a été constituée sur la base des listes de la FBHAV-FAMGB (Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen/Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles) et de la BHAK (Brusselse Huisartsenkring vzw). Tous les médecins généralistes sont tenus de s'affilier à l'une de ces deux fédérations, quelques-uns d'entre eux sont affiliés aux deux¹⁴.

La liste contient donc le nom de tous les médecins généralistes en Région bruxelloise en 2017¹⁵. Tous les médecins généralistes de la FBHAV -FAMGB et de la BHAK ayant une adresse professionnelle en Région bruxelloise ont été repris dans les analyses ultérieures (N=1 468).

Outre **l'adresse professionnelle**, nous avons aussi **l'âge** et le **sexe** des médecins généralistes et nous pouvons distinguer les **médecins généralistes en formation (MGF)**. Le nombre de valeurs manquantes est très limité pour ces variables. Nous ne possédons aucune information sur le sexe de 2 médecins, ni sur l'âge de 4 médecins. Aucune limite d'âge n'a été définie pour la première partie des analyses (parties 5 & 6), mais bien pour la deuxième partie (parties 7 & 8).

L'adresse professionnelle nous permet de savoir si le médecin généraliste travaille **individuellement** dans un cabinet ou dans une **pratique de groupe**, et **de connaître la taille de cette pratique de groupe**. Le couplage avec les informations de l'INAMI nous permet aussi de déterminer quelles pratiques en région bruxelloise ont recours à un **système de paiement** forfaitaire ou à système de paiement à la prestation. Étant donné que nous connaissons la localisation exacte du cabinet, nous pouvons réaliser des cartes qui indiquent où les

¹⁴ Nous n'avons pas pu éviter ces doubles comptages, il s'agit cependant d'un petit nombre négligeable de médecins qui sont affiliés aux deux fédérations.

¹⁵ Les données de la BHAK datent du 16/05/2017 et celles de la FBHAV-FAMGB du 5/10/2017.

cabinets de médecins généralistes se trouvent. En outre, nous pouvons coupler ces informations avec les caractéristiques du quartier dans lequel le médecin travaille.

Le volume de travail des médecins généralistes (p. ex. le nombre de contacts avec des patients ou les heures prestées) et le domicile des patients sont notamment des éléments importants à propos desquels nous ne disposons **d'aucune information**. Dans ces analyses, un médecin généraliste actif est donc pris comme unité, quel que soit le volume de travail.

4.2. ANALYSES

Un premier nettoyage des données a été réalisé : les médecins généralistes décédés, inactifs et ayant une adresse professionnelle située (juste) en dehors de la Région bruxelloise ont été supprimés. Pour la réalisation des cartes, nous avons besoin des coordonnées X- Y exactes d'une adresse déterminée. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel SPW spécialisé pour les analyses géographiques du CIRB-CIBG. Dans cette phase, une série d'adresses erronées ont encore été identifiées et corrigées.

Après la création des variables, les caractéristiques des quartiers ont été rassemblées et recalculées (cf. paragraphes 6 & 7). Différents types de fichiers de données ont été créés pour les différents types d'analyses et de cartes. Les manipulations de données et les calculs ont été effectués dans Excel et STATA. Enfin, MapInfo a été utilisé pour la création des cartes. La méthodologie précise en ce qui concerne l'identification des quartiers précis confrontés à une possible pénurie de médecins généralistes est examinée en détail au point 7.

5. PROFIL DEMOGRAPHIQUE DES MEDECINS GENERALISTES ET LOCALISATION DES CABINETS

Au total, **1 468 médecins généralistes étaient actifs** en Région bruxelloise en 2017. Cela signifie **environ 1 médecin généraliste pour 812 habitants** et 1,23 médecin généraliste pour 1 000 habitants. Si nous ne nous concentrons que sur les médecins généralistes de moins de 70 ans, ce nombre est de 1,17 médecin généraliste pour 1 000 habitants.

5.1. MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FORMATION

Nous nous intéressons tout d'abord aux médecins généralistes en formation (MGF) afin de pouvoir déterminer si cela a un sens de reprendre ces médecins dans les calculs ultérieurs. Si les MGF avaient principalement leur place de stage chez des médecins plus âgés dans un cabinet solo, le risque est en effet plus important que la place de stage soit supprimée lorsque le médecin généraliste expérimenté part à la retraite, et que donc le volume de travail presté par le MGF disparaisse.

Quelle est la part des MGF dans la totalité du groupe des médecins généralistes actifs à Bruxelles ?

Dans les données communiquées sur les médecins généralistes bruxellois actifs, **5,9 % des médecins généralistes sont en formation**¹⁶ (87 médecins sur 1 468). Parmi les médecins affiliés à la BHAK, la part est légèrement supérieure. Elle est de 10,2 % (11 médecins sur 108) en comparaison avec les médecins affiliés à la FBHAV-FAMGB, parmi lesquels est de 5,6 % (76 médecins sur 1 360).

¹⁶ La BHAK a enregistré les MGF séparément. Les MGF affiliés à la FBHAV-FAMGB ont été identifiés sur la base de leur numéro INAMI (le dernier chiffre est un 6).

Quel est l'âge des maîtres de stage ?

L'âge du maître de stage est une caractéristique importante pour déterminer à quel point il est probable que la place de stage disparaisse lorsque le maître de stage part à la retraite. Nous utilisons la limite de 55 ans ou plus.

Dans les pratiques de groupe, il n'est pas possible de savoir sur la base des données disponibles qui parmi les médecins généralistes joue le rôle de maître de stage. S'il y a des médecins de 55 ans ou plus qui travaillent dans un cabinet de groupe, il est toujours parfaitement possible que le(s) autre(s) médecin(s) plus jeune(s) jouent le rôle de maître de stage ou prennent ce rôle à l'avenir. Il est également impossible d'estimer la probabilité que le maître de stage soit remplacé après son départ à la retraite et que la place de stage continue d'exister. C'est le cas tant pour une pratique de groupe que pour une pratique solo, même s'il est plus probable dans une pratique de groupe que la place de stage continue d'exister.

Seules 7 pratiques de médecine générale sont dans la situation où il n'y a pas de maître de stage possible de moins de 55 ans. Parmi celles-ci, dans deux cas y travaillent 2 MGF (non illustré). Dans toute la Région bruxelloise, cela ne représente donc **'que' de 9 places de stage où aucun autre maître de stage de moins de 55 ans n'est présent** et où il est donc plus probable que la place de stage puisse disparaître à l'avenir. Vu ce nombre limité, cela semble avoir du sens de reprendre les MGF dans les analyses ultérieures. La probabilité est en effet plus grande que les places de stage continuent d'exister et que le volume de travail presté reste plus ou moins constant.

5.2. RÉPARTITION DES MÉDECINS SELON L'ÂGE ET LE SEXE

La répartition selon l'âge (tableau 2) nous montre que près d'un médecin sur trois a entre

55 et 64 ans, ce qui signifie qu'un **grand groupe de médecins partira à la retraite au cours des 10 prochaines années**. En outre, nous voyons que le nombre de médecins de 65 ans et plus encore actifs n'est pas négligeable. Cette catégorie est presque aussi importante que le groupe des médecins âgés de 45 à 54 ans.

TABLEAU 2: Répartition des médecins généralistes selon l'âge, région bruxelloise, 2017

	Nombre	%
25-34 ans	358	24
35-44 ans	237	16
45-54 ans	217	15
55-64 ans	443	30
65-74 ans	191	13
75 ans et plus	18	1
Âge inconnu	4	0,3
Total	1468	100

Source: FBHAV-FAMGB & BHAK ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social

En 2017, il y a **737 médecins hommes et 729 médecins femmes** actifs en Région bruxelloise. Actuellement, la répartition selon le sexe est donc parfaitement égale. Cependant, la répartition hommes-femmes diffère fortement entre les groupes d'âge. Ainsi, la part de femmes est considérablement supérieure parmi les médecins jusqu'à l'âge de 45 ans, alors que la part d'hommes est supérieure chez les médecins plus âgés (55 ans et plus). Il en résulte que l'âge moyen des médecins hommes est de 10 années plus élevé que l'âge des médecins femmes (voir tableau 3). Nous voyons donc une **forte féminisation** de la profession de médecin généraliste.

TABLEAU 3: Le nombre et la part de médecins femmes et hommes selon l'âge, région bruxelloise, 2017

	Femmes	Hommes
25-34 ans	250 (71 %)	104 (29 %)
35-44 ans	154 (65 %)	84 (35 %)
45-54 ans	109 (50 %)	109 (50 %)
55-64 ans	172 (39 %)	271 (61 %)
65 ou plus	44 (21 %)	169 (79 %)
Total	729 (50 %)	737 (50 %)
Âge moyen	44 ans	54 ans

Source: FBHAV-FAMGB & BHAK ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social

5.3. PRATIQUES SOLOS VERSUS PRATIQUES DE GROUPE

Dans cette analyse, les pratiques de groupe sont identifiées à l'aide de l'adresse. Si au moins deux médecins travaillent à la même adresse, cette pratique est considérée comme une pratique de groupe. Nous ignorons cependant dans quelle mesure ces médecins collaborent effectivement et dans quelle mesure ils organisent ensemble l'administration ou l'informatique par exemple. En outre, les médecins généralistes peuvent aussi travailler en réseau. Les médecins généralistes ayant une pratique 'solo' ne travaillent donc pas nécessairement complètement individuellement. Nous ne disposons toutefois pas non plus de plus amples informations à ce sujet.

Actuellement, **environ la moitié (49 %) des médecins bruxellois travaillent dans une pratique de groupe**. La part est considérablement plus élevée chez les médecins femmes (59 %) que chez les médecins hommes (39 %), et elle est **systématiquement plus élevée chez les médecins plus jeunes**. Pour le groupe d'âge des 25-34 ans, il n'existe quasi aucune différence entre les médecins hommes et femmes ; pour les deux groupes, environ 85 % travaillent dans une

pratique de groupe. C'est chez les médecins âgés entre 35 et 44 ans que la différence entre les femmes (66%) et les hommes (51%) est la plus forte (tableau 4). Étant donné que les MGF sont presque tous âgés entre 25 et 34 ans et qu'ils travaillent presque exclusivement dans des pratiques de groupe, il serait utile d'examiner les chiffres sans eux. Toutefois, la tendance générale reste la même. La grande majorité des jeunes médecins généralistes préfèrent une pratique de groupe après leur formation, à savoir 84 % des médecins femmes et 82 % des médecins hommes âgés entre 25 et 34 ans (non illustré).

TABLEAU 4: Le nombre et la part de médecins (%) qui travaillent dans une pratique de groupe, selon l'âge et le sexe, région bruxelloise, 2017

	Femmes	Hommes	Total
25-34 ans	218 (87 %)	88 (29 %)	306 (86 %)
35-44 ans	102 (66 %)	43 (35 %)	145 (61 %)
45-54ans	43 (39 %)	43 (50 %)	86 (39 %)
55-64 ans	56 (33 %)	75 (61 %)	131 (30 %)
65+	11 (25 %)	36 (79 %)	47 (22 %)
Total	430 (59 %)	285 (39 %)	715 (49 %)

Source: FBHAV-FAMGB & BHAK ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social

La part de médecins généralistes qui travaillent dans une pratique solo varie fortement entre les communes, allant de 79 % à Uccle à 34 % à Molenbeek-Saint-Jean. La part la plus importante se trouve à Uccle, Ganshoren, Berchem-Sainte-Agathe, Auderghem et Watermael-Boitsfort. La part de médecins généralistes travaillant dans des pratiques de groupe est en revanche la plus élevée dans les communes moins riches. Dans les communes pauvres de Bruxelles, Schaerbeek et Molenbeek-Saint-Jean, il s'agit surtout de grandes pratiques de groupe de plus de 4 médecins, alors qu'à Saint-Gilles et Evere, il y a un nombre bien plus élevé de cabinets où collaborent 2 ou 3 médecins (cf. figure 1).

5.4. LOCALISATION DES PRATIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

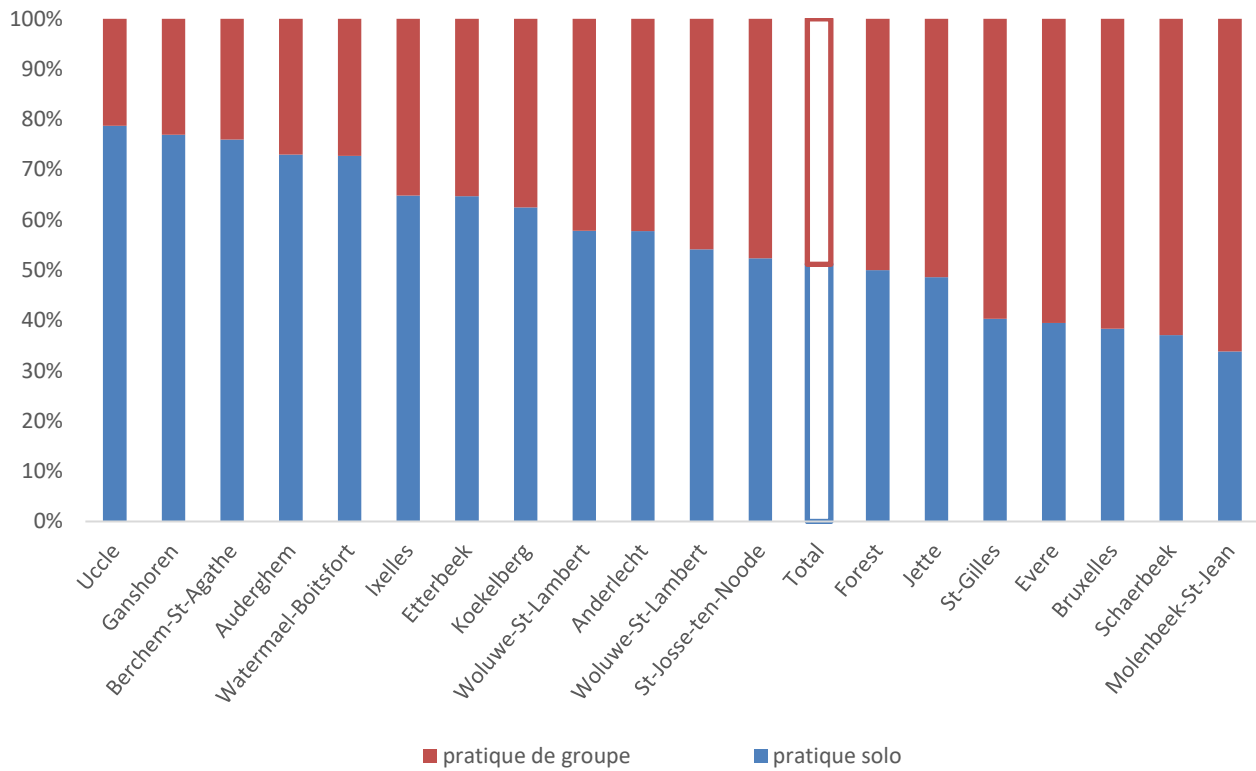
Il y a deux raisons importantes d'effectuer une analyse spatiale. D'une part, il y a l'ambition des pouvoirs publics bruxellois de promouvoir des soins orientés vers les quartiers, dans lesquels les médecins généralistes jouent un rôle important. Il est dès lors important de vérifier si l'offre actuelle est suffisamment répartie entre les différents quartiers. D'autre part, la région bruxelloise connaît une grande diversité de quartiers, mais ceux-ci suivent certaines tendances spatiales. Des tendances concentriques, historiquement liés à l'extension de la ville, déterminent s'il y a des quartiers populaires densément construits ou des quartiers résidentiels plus verts. Ainsi, il y a une opposition est-ouest importante avec des quartiers très riches à l'est de la région et des quartiers très pauvres dans la zone occidentale du Canal. La question que nous nous posons ici est de savoir si la présence de médecins suit ces tendances spatiales socioéconomiques.

Dans un premier temps, les cabinets médicaux sont représentés sur la carte en chiffres bruts. Ici, la population, et donc le nombre potentiel de patients, n'est pas prise en compte. La carte 1 montre où les médecins généralistes bruxellois exercent leur pratique. Plus le cercle est grand, plus il y a de médecins actifs à la même adresse, et donc plus la pratique de groupe est importante.

Au total, il y a 956 pratiques en région bruxelloise, dont 751 pratiques solos et 205 pratiques de groupe. La **région bruxelloise connaît une bonne répartition des pratiques de médecine générale**. Dans un rayon de 500 mètres, la plupart des Bruxellois ont le choix entre plusieurs médecins. En général, la densité des médecins généralistes est plus grande là où la densité de population est la plus importante.

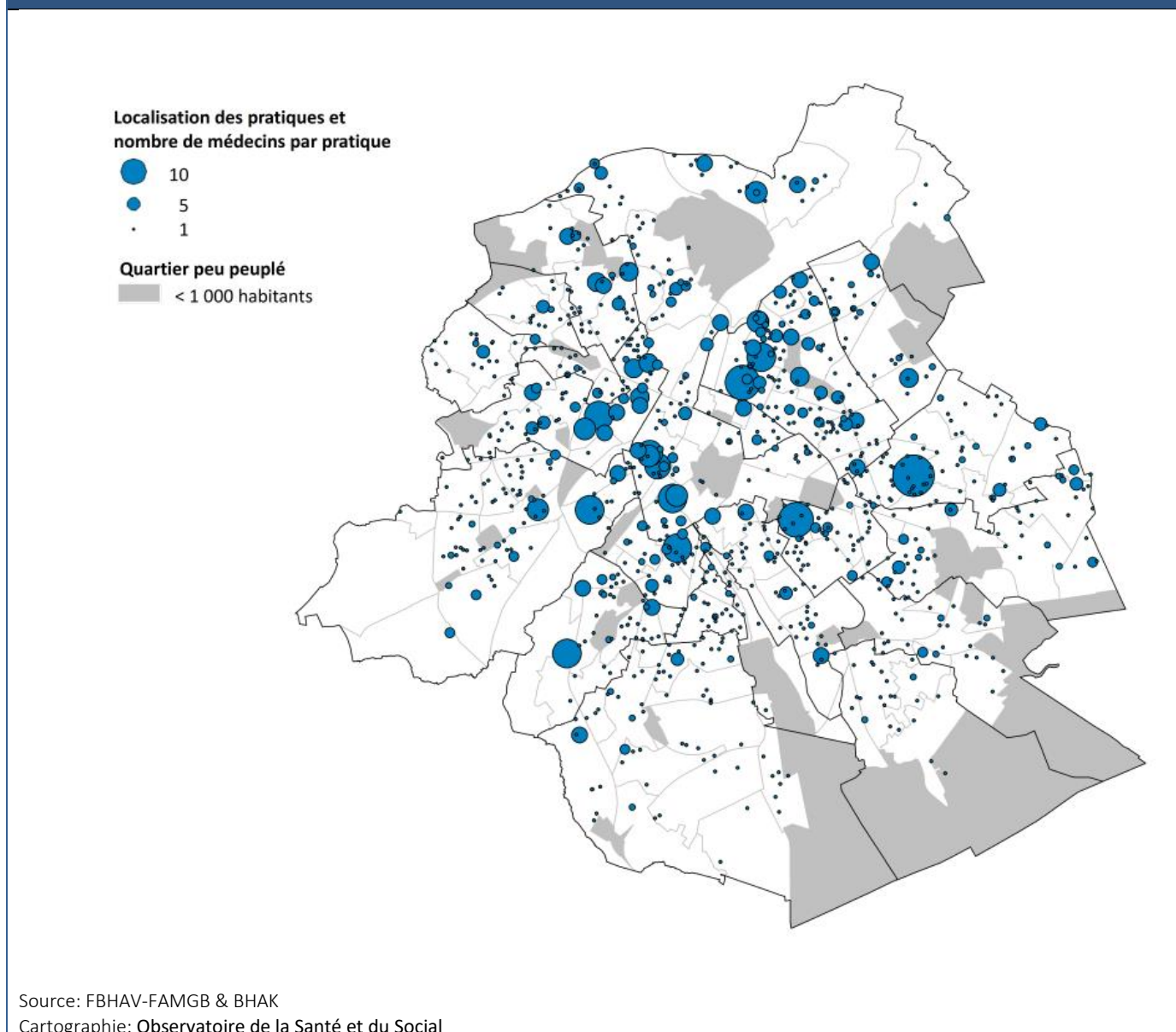
La taille des pratiques de médecine générale diffère en fonction de leur localisation. Au **centre et autour du pentagone et du quartier européen, on constate une concentration plus élevée de grandes pratiques**. Dans la périphérie de la Région bruxelloise, et en particulier au sud et au sud-est de la région bruxelloise, les pratiques individuelles prédominent.

FIGURE 1: Part de médecins généralistes (%) respectivement actifs dans une pratique solo ou de groupe, par commune bruxelloise, 2017



Source: FBHAV-FAMGB & BHAK; Calculs Observatoire de la Santé et du Social

CARTE 1: Localisation des médecins généralistes en région bruxelloise, 2017



Dans la majeure partie des cabinets médicaux, les paiements se font par prestation ; seuls 66 cabinets médicaux sur 956 (7 %) utilisent un système de paiement forfaitaire. Étant donné qu'il s'agit plus souvent de (grands) cabinets de groupe, la **part de médecins qui utilise un tel système forfaitaire** est considérablement supérieure, à savoir **18 %**.

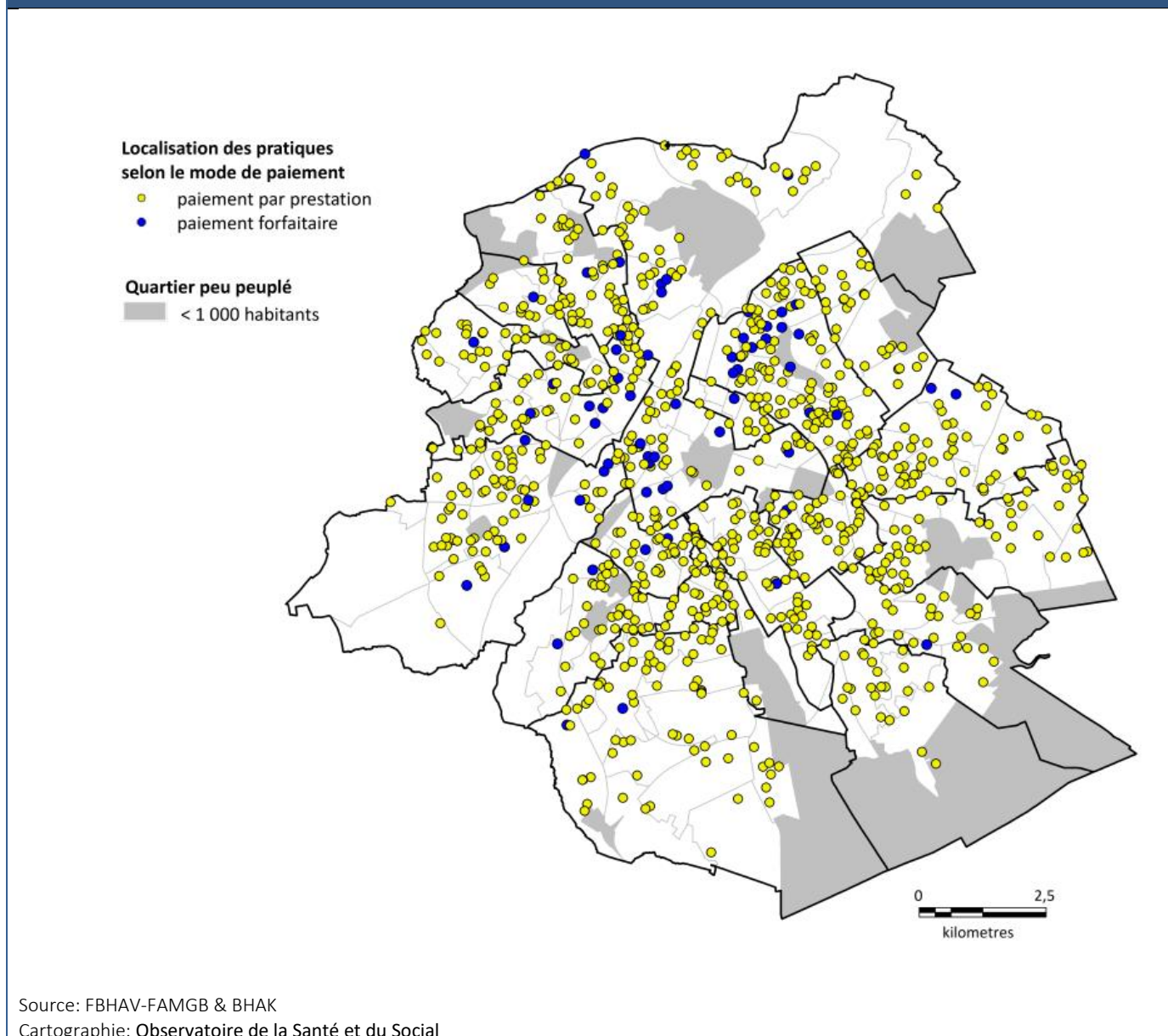
La carte suivante (carte 2) montre la répartition spatiale des pratiques de médecine générale selon le système de paiement: les pratiques de médecine

générale qui travaillent avec un système de paiement forfaitaire sont représentées en bleu. Il s'agit en grande partie de pratiques de groupe, même s'il y a aussi quelques pratiques solos qui appliquent ce système. Dans 16 communes sur 19, il y a une pratique avec un système de paiement forfaitaire. Mis à part quelques exceptions, la plupart des pratiques qui utilisent un forfait se situent au centre et dans le croissant pauvre¹⁷. Nous y revenons plus en détail au paragraphe 6.

¹⁷ Le « croissant pauvre » fait référence aux quartiers les plus pauvres de la région bruxelloise qui constituent une

zone en forme de croissant autour du centre-ville (côté nord-ouest)

CARTE 2: Localisation des médecins généralistes bruxellois selon le mode de paiement, 2017



5.5. NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES PAR QUARTIER

Une approche axée sur les quartiers présente notamment l'avantage de permettre que l'offre et les besoins puissent mieux s'adapter les uns aux autres. Chaque quartier diffère en effet en termes de composition socioéconomique et démographique. Les quartiers qui sont utilisés dans cette publication sont ceux du monitoring des

quartiers. Il s'agit de régions plus ou moins homogènes sur le plan des caractéristiques sociodémographiques et physiques.¹⁸

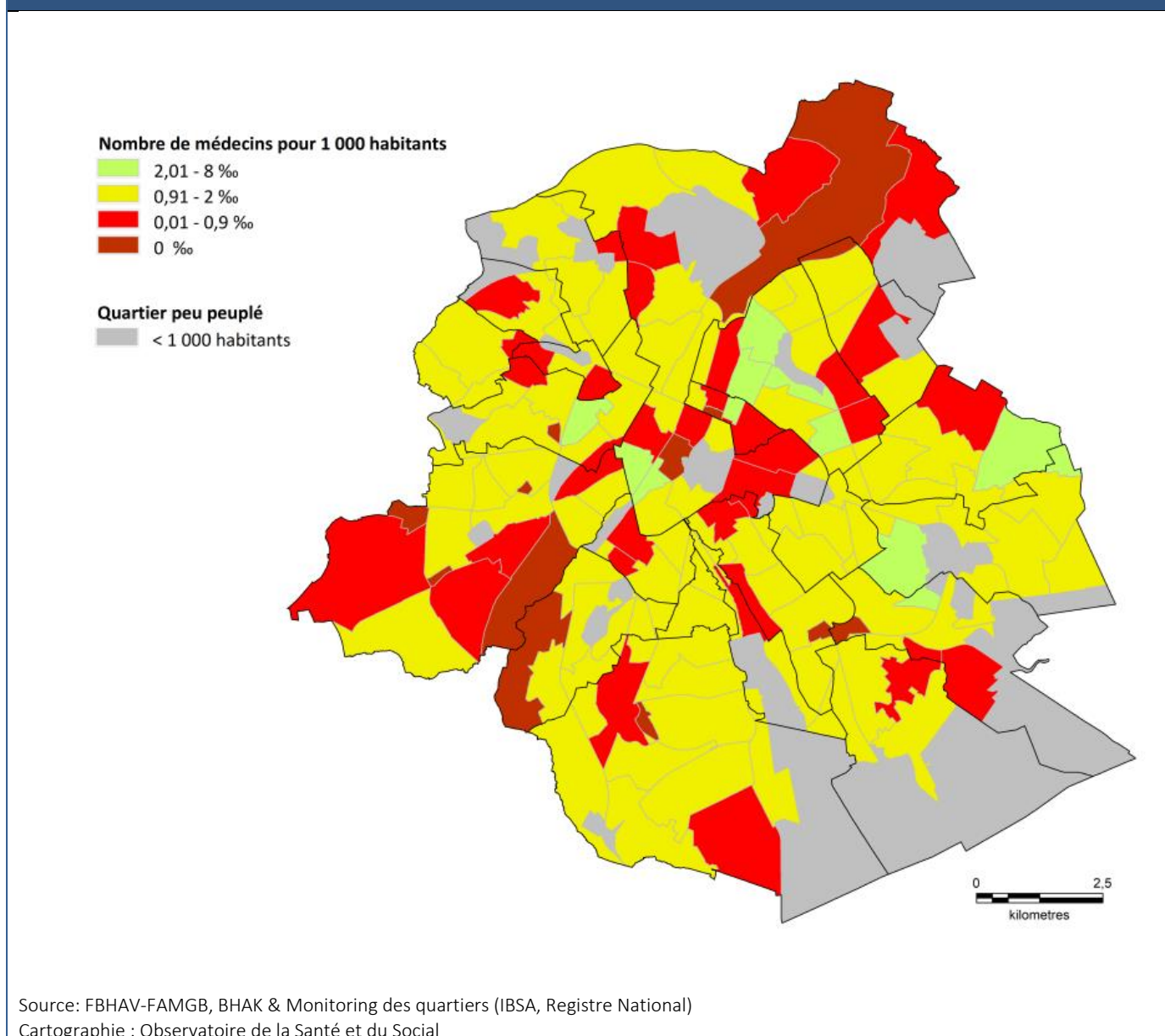
Le nombre de médecins dans un quartier est fortement influencé par le nombre d'habitants de ce quartier : dans les zones à forte densité de population, il y a plus de médecins généralistes que dans les zones à faible densité de population. Afin d'avoir une idée de l'offre de médecins

¹⁸ Pour plus d'informations, voir : <https://monitoringdesquartiers.brussels>

généralistes pour les Bruxellois, le nombre de médecins généralistes (exprimé par 1 000 habitants) est représenté ci-dessous par quartier (carte 3). Les quartiers en rouge vif présentent un nombre de médecins généralistes qui se situe sous la limite fédérale d'une pénurie (0,9 médecin pour 1 000 habitants). Les quartiers en bordeaux se situent également sous cette limite, puisqu'aucun médecin généraliste n'y travaille. Il n'y a pas de

tendance claire indiquant où ces pénuries se situent. Il est cependant frappant de constater que de nombreux quartiers en rouge et bordeaux se situent à côté de zones où il y a peu d'habitants, comme le canal et les parcs (zones grises), ou de zones à forte densité de bureaux (centre de Bruxelles et quartier européen).

CARTE 3: Nombre de médecins généralistes pour 1 000 habitants par quartier, région bruxelloise, 2017



Si nous tenons compte de **l'âge des médecins généralistes, une tendance légèrement plus claire se dessine.** Nous procédons de deux manières, à savoir via le calcul de l'âge moyen des médecins par

quartier (carte 4), et via le nombre de médecins âgés de moins de 55 ans par quartier (carte 5) et le nombre de médecins âgés de moins de 45 ans par quartier (carte 6).

Plus la couleur bleue est foncée sur la carte 4, plus l'âge moyen des médecins généralistes est élevé dans le quartier. **Ce qui est frappant, c'est l'âge moyen élevé au sud-est de Bruxelles (Uccle, Ixelles, Watermael-Boitsfort et Auderghem), au**

nord-ouest (Ganshoren, Berchem-Sainte-Agathe et Anderlecht), à Evere et au nord du pentagone.

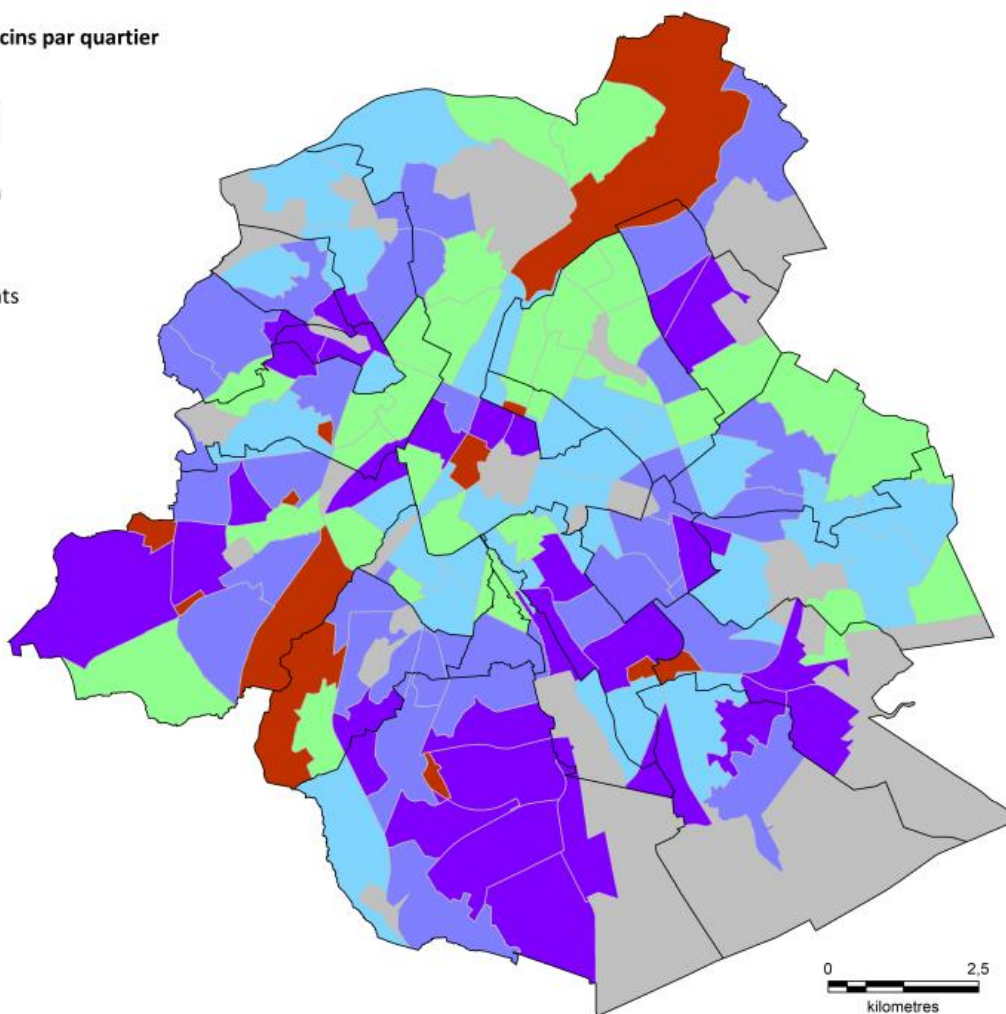
CARTE 4: Âge moyen des médecins généralistes par quartier, région bruxelloise, 2017

Âge moyen des médecins par quartier

- 55,3 - 70 ans
- 50,2 - 55,2 ans
- 45,6 - 50,1 ans
- 36 - 45,5 ans
- aucun médecin

Quartier peu peuplé

- < 1 000 habitants



Source: FBHAV-FAMGB & BHAK

Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social

Ci-dessous (carte 5) est représenté le nombre de médecins âgés de moins de 55 ans pour 1 000 habitants. On a ici aussi utilisé la couleur rouge vif pour indiquer les zones confrontées à une possible pénurie – selon la définition fédérale précédente. Pour ce faire, la limite de 0,9 médecin généraliste (de tous les âges) pour 1 000 a été recalculée pour les médecins âgés de moins de 55 ans: 55 % des

médecins ont moins de 55 ans, on a dès lors choisi de prendre 55 % de 0,9 comme limite (= 0,5). Les quartiers en bordeaux sont ici aussi les quartiers où aucun médecin ne travaille. Evere, Uccle et des parties d'Auderghem, Etterbeek, Ixelles et Anderlecht ont clairement moins de médecins de moins de 55 ans. L'âge moyen des médecins est ici effectivement élevé (voir carte 4).

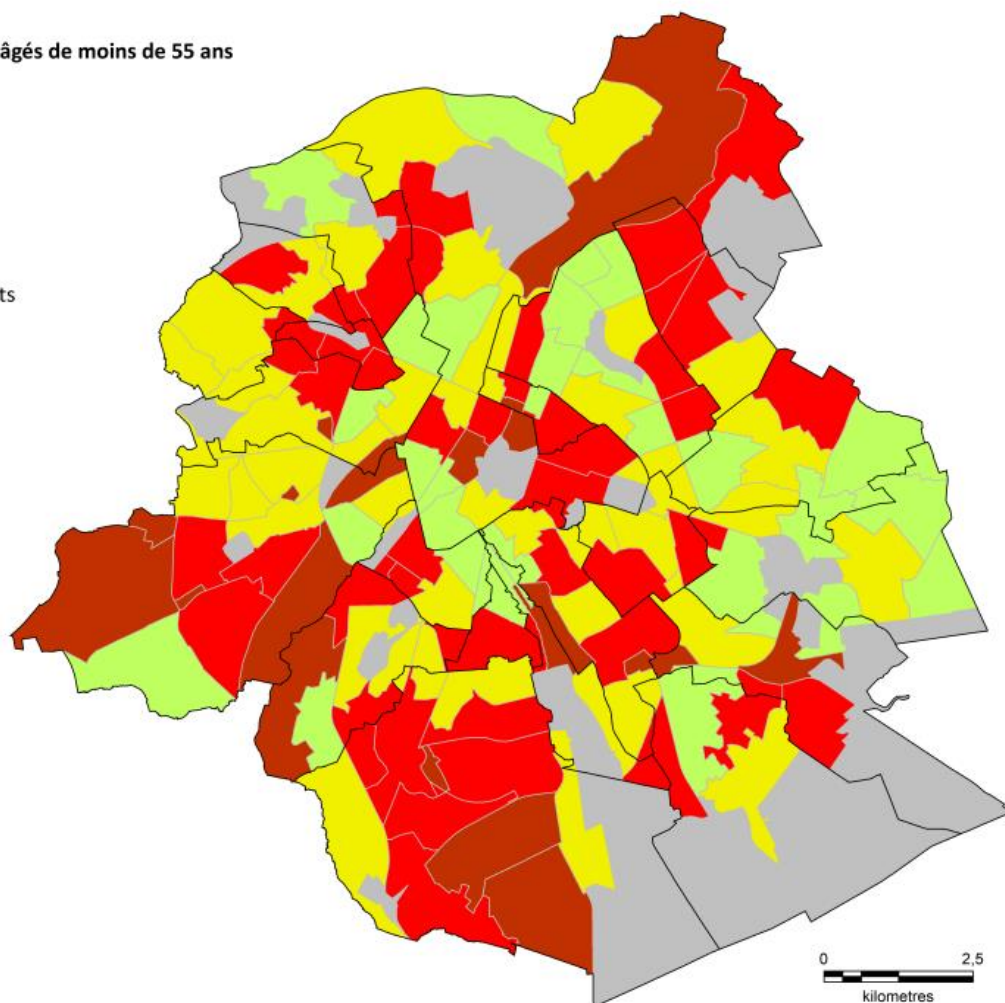
CARTE 5: Nombre de médecins âgés de moins de 55 ans pour 1 000 habitants par quartier, région bruxelloise, 2017

Nombre de médecins âgés de moins de 55 ans
pour 1 000 habitants



Quartier peu peuplé

< 1 000 habitants



Source: FBHAV-FAMGB & BHAK & Monitoring des quartiers (IBSA, Registre National)

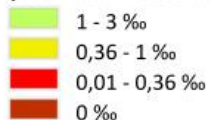
Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social

La carte 6 présente le nombre de de médecins généralistes âgés de moins de 45 ans pour 1 000 habitants. Étant donné que la part de médecins généralistes âgés de moins de 45 ans s'élève à 40 %, nous prenons 40 % de la limite de 0,9 pour déterminer une possible pénurie dans ce groupe d'âge (0,36). Celle-ci est également représentée par la couleur rouge.

Une tendance géographique similaire se dessine comme pour le nombre de médecins généralistes de moins de 55 ans (carte 5), même si on observe ici plus de quartiers où les médecins généralistes plus jeunes sont relativement moins présents.

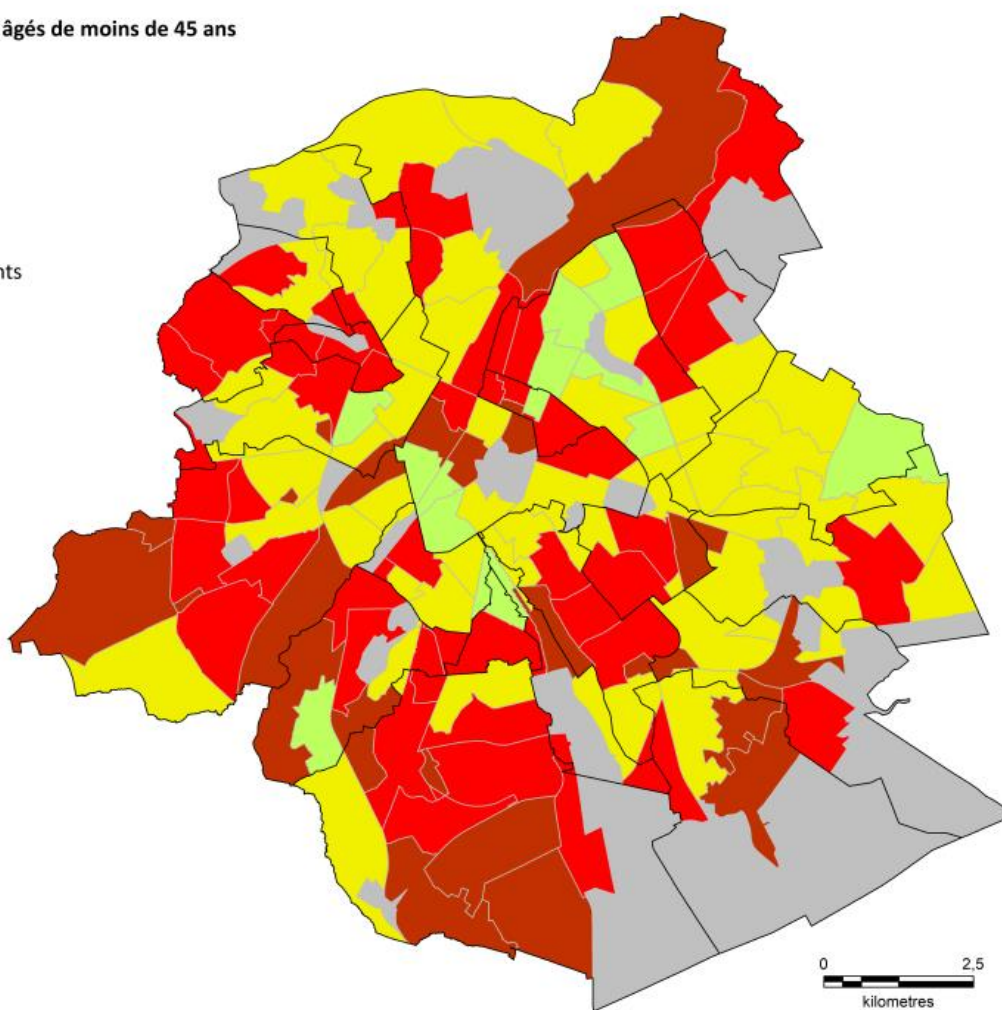
CARTE 6: Nombre de médecins âgés de moins de 45 ans pour 1 000 habitants par quartier, région bruxelloise, 2017

Nombre de médecins âgés de moins de 45 ans
pour 1 000 habitants



Quartier peu peuplé

< 1 000 habitants



Source: FBHAV-FAMGB & BHAK & Monitoring des quartiers (IBSA, Registre National)

Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social

Il est également utile de comparer les cartes présentant le nombre de médecins de moins de 55 ans et le nombre de médecins de moins de 45 ans avec la carte présentant le nombre total de médecins pour 1 000 habitants. Alors que la carte 3 donne une idée des pénuries actuelles, la carte 5 donne un aperçu des lieux où on peut s'attendre à une pénurie dans +/- 10 ans si les médecins actuellement âgés de 55 ans et plus commencent à partir à la retraite.

Et la carte 6 donne une idée des lieux où une possible pénurie pourrait apparaître dans +/- 20 ans. Au paragraphe 6, nous abordons plus en détail les projections relatives au besoin de médecins généralistes dans respectivement 10 et 20 ans.

6. NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES DU QUARTIER

Afin de pouvoir déterminer si le nombre de médecins généralistes est systématiquement lié aux caractéristiques démographiques ou socioéconomiques du quartier, plusieurs indicateurs ont été examinés concernant :

- **La structure d'âge** (% moins de 3 ans, % 65-79 ans, % 80 ans et plus)
- **Les ménages** (Taille moyenne du ménage privé, mères isolées (20-49 ans))
- **La nationalité** (% d'étrangers dans la population totale, % UE-15, % nouveaux États membres (adhésion en 2004-2007-2013), % reste UE (sans UE-28), % pays de l'OCDE (sauf Europe, Turquie et Amérique latine), % Afrique du nord, % Turquie, % Amérique latine, % Afrique subsaharienne, % autres pays)
- **La précarité** (% revenu de remplacement 65+, % intervention majorée, indice de déprivation de l'IGEAT)
- **Le besoin de soins** (% affection chronique (statut); % situation de dépendance maladies chroniques)

Les quartiers ont été subdivisés en quintiles¹⁹ pour les indicateurs susmentionnés et on a examiné si le nombre de médecins généralistes (pour 1 000 habitants) y est systématiquement lié. Nous ne cherchons donc ici que des relations généralisables claires qui s'appliquent à l'ensemble de la région. En outre, nous proposons d'autres méthodes de calcul afin de tenir compte du besoin de soins spécifiques des habitants d'un quartier,

¹⁹ Quintile: ce sont les valeurs qui permettent de répartir les quartiers en cinq groupes de taille égale, classés par ordre croissant en fonction de l'indicateur respectif. On peut aussi utiliser d'autres répartitions, on peut répartir la population en quatre groupes égaux (on parle alors de 'quartiles'), en dix groupes égaux ('déciles'), etc.

²⁰ Cet indice a été constitué sur la base de toute une série d'indicateurs de différents aspects de la précarité, dont

et d'identifier des quartiers spécifiques confrontés à une possible pénurie (cf. partie 7).

Ci-dessous sont présentés les résultats pour un indicateur seulement, à savoir l'indice des quartiers défavorisés qui a été établi par l'IGEAT-POD MI²⁰. Excepté pour l'intervention majorée, aucune relation généralisable n'a pu être constatée avec tous les autres indicateurs testés. Étant donné que pour l'indicateur de la part d'habitants bénéficiant d'une intervention majorée, les mêmes conclusions que pour le niveau de déprivation du quartier s'appliquent, celles-ci ne sont pas décrites en détail. Cependant, une relation généralisable entre d'une part le nombre de médecins généralistes (pour 1 000 habitants), et d'autre part le niveau de déprivation ou la part d'habitants bénéficiant d'une intervention majorée ne devient visible que si nous tenons compte de l'âge des médecins généralistes.

À titre de comparaison, les chiffres du nombre total de médecins (quel que soit leur âge) sont d'abord illustrés. La carte 7 présente le niveau de déprivation des quartiers dans des couleurs jaune-rouge. De plus, les cabinets médicaux sont représentés en chiffres bruts. Il en ressort clairement que **les pratiques de groupe les plus grandes se trouvent dans les quartiers les plus défavorisés, où la densité de population est aussi la plus forte**. Le nombre total de médecins (quel que soit leur âge) par habitant dans les 20 % de quartiers les plus défavorisés (1,34 pour 1 000 habitants) est supérieur à la moyenne régionale (1,25 pour 1 000 habitants) et est plus élevé que dans les trois quintiles de quartiers suivants plus favorisés (respectivement 1,08, 1,19 ; et 1,27 médecin pour 1 000 habitants).

l'origine, le revenu, la précarité sur le marché du travail, la précarité des ménages et les revenus de transfert. Cf. <https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/analyse-dynamique-des-quartiers-en-difficulte-dans-les-regions>

Le nombre de médecins dans les 20 % de quartiers les plus défavorisés (1,34 pour 1 000 habitants)

est cependant inférieur au nombre observé dans les 20 % de quartiers les plus riches (1,45 pour 1 000 habitants).

CARTE 7: Localisation des pratiques de médecine générale (chiffres bruts) et niveau de déprivation du secteur statistique, région bruxelloise, 2017

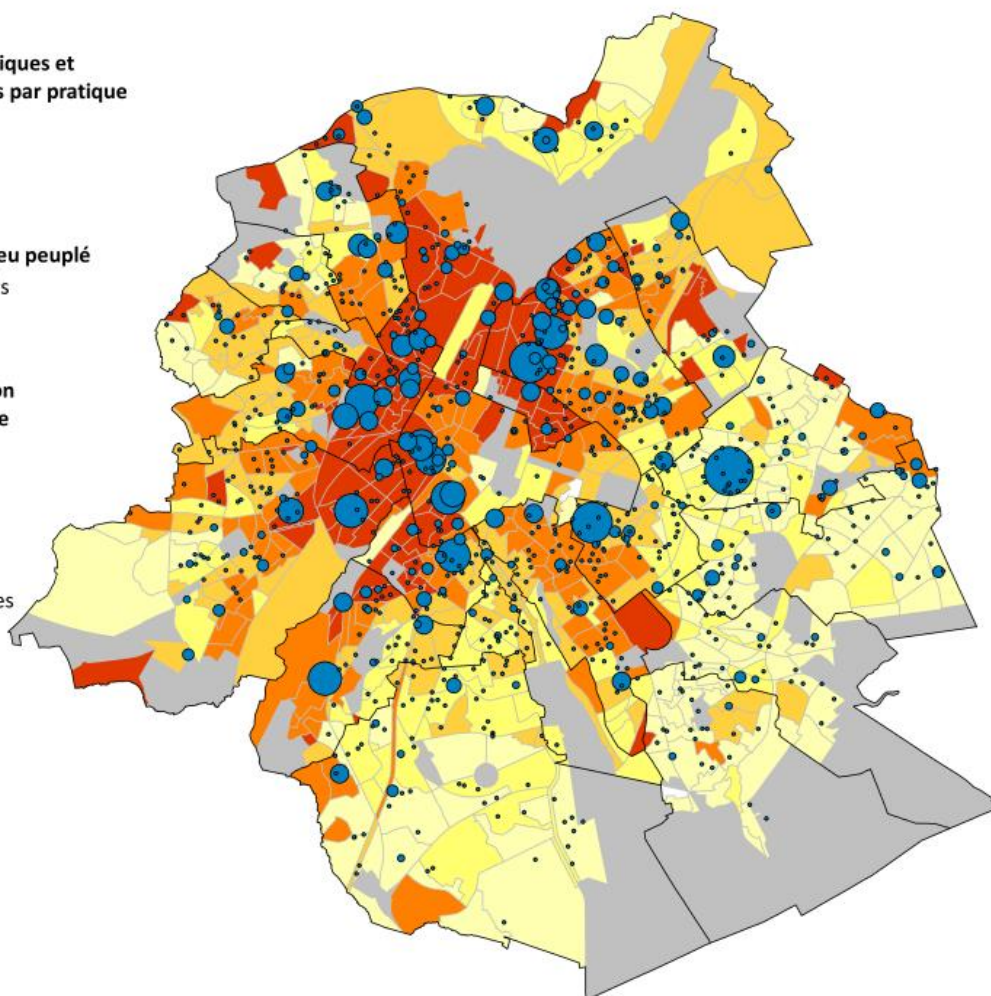
Localisation des pratiques et nombre de médecins par pratique



Secteur statistique peu peuplé

< 100 habitants

Niveau de déprivation du secteur statistique



Source : FBHAV-FAMGB & BHAK & SPP MI « Analyse dynamique des quartiers en difficulté dans les régions urbaines belges »

Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social

La relation la plus claire et la plus généralisable est celle que nous pouvons observer entre les caractéristiques du quartier et le nombre de médecins lorsque nous subdivisons les médecins généralistes en groupes d'âge. **C'est surtout dans les quartiers les plus défavorisés qu'il y a une grande différence entre le nombre de médecins âgés de moins de 55 ans et le nombre de médecins âgés de 55 ans ou plus (pour 1 000 habitants).** Pour les 80 % d'autres quartiers « plus riches », les

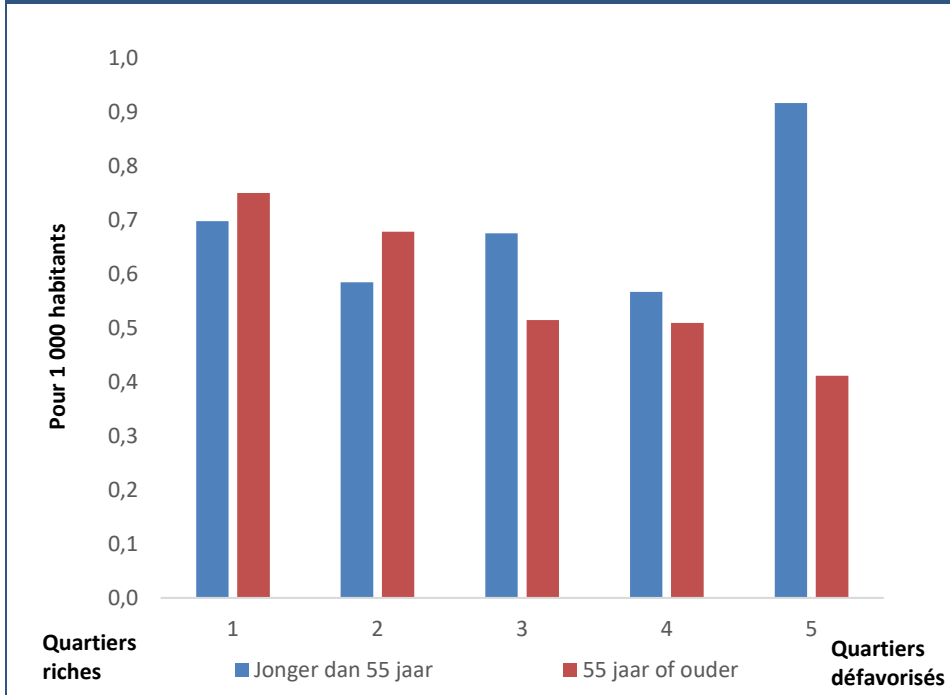
différences sont bien plus réduites. Les médecins âgés de moins de 55 ans sont très fortement représentés dans les quartiers les plus défavorisés, alors que dans les autres quartiers, les nombres de « jeunes » médecins sont quasi identiques.

Le nombre de médecins « plus âgés » diffère en fonction du niveau socioéconomique du quartier. Ils sont systématiquement moins présents lorsque le niveau socioéconomique du quartier diminue (cf. figure 2).

Nous pouvons tirer les mêmes conclusions lorsque nous comparons les médecins généralistes âgés de

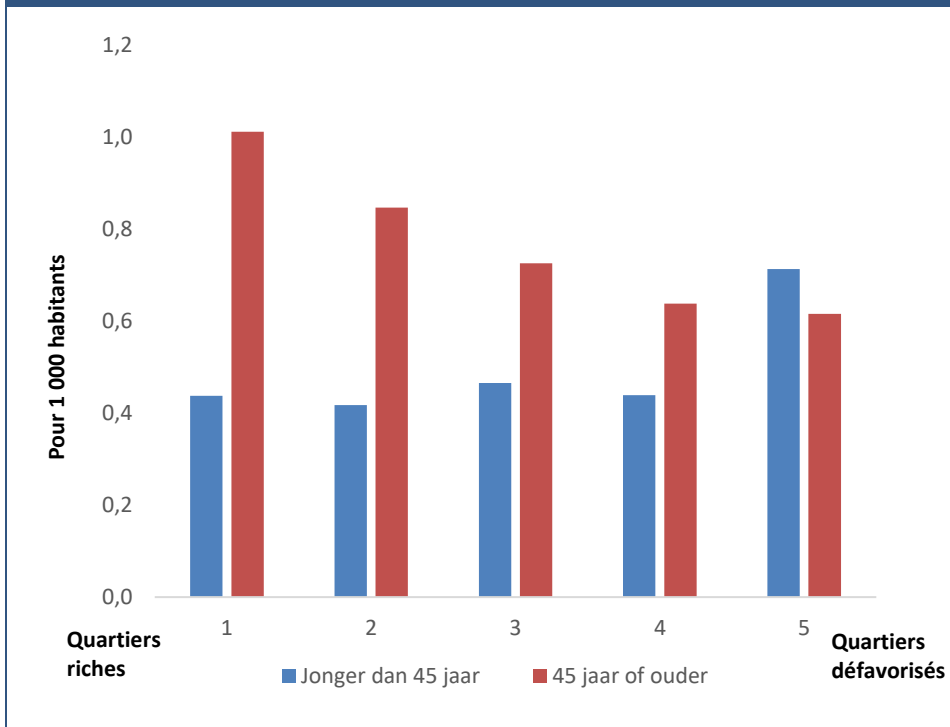
moins de 45 ans avec les médecins généralistes de 45 ans ou plus (figure 3).

FIGURE 2: Nombre de médecins généralistes (pour 1 000 habitants), selon l'âge du médecin (moins de 55 ans et 55 ans ou plus) et le niveau socioéconomique du quartier, région bruxelloise, 2017



Source : FBHAV-FAMGB & BHAK ; Calculs Observatoire de la santé et du social

FIGURE 3: Nombre de médecins généralistes (pour 1 000 habitants), selon l'âge du médecin (moins de 45 ans et 45 ans ou plus) et le niveau socioéconomique du quartier, région bruxelloise, 2017

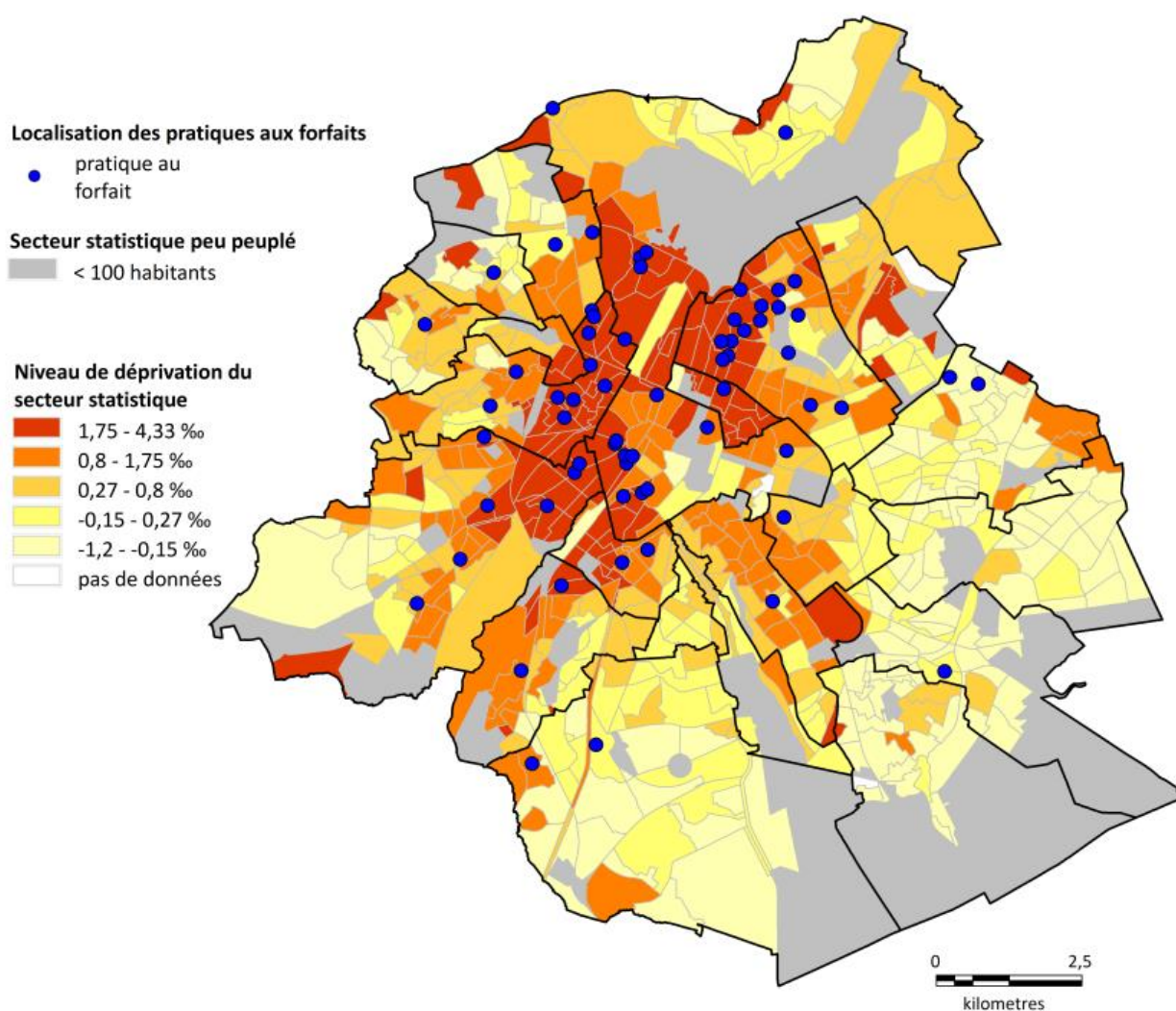


Source : FBHAV-FAMGB & BHAK ; Calculs Observatoire de la santé et du social

Le système de paiement est une caractéristique de la pratique de médecine générale qui est aussi clairement liée au niveau de déprivation du quartier. **La plupart des pratiques de médecine générale qui utilisent un système forfaitaire se situent dans les quartiers défavorisés.** Ces quartiers défavorisés se situent principalement au nord et à l'ouest du pentagone, pour une partie importante le long du canal. Ils forment le « croissant pauvre » en région bruxelloise, qui est

une zone concentrant depuis plusieurs décennies les populations les plus défavorisées sur le plan économique. En outre, les quartiers avec un nombre important de logements sociaux (logements sociaux comme les Villas de Ganshoren, Bon Air, Peterbos, ...) apparaissent aussi souvent sur la carte comme des quartiers défavorisés (carte 8).

CARTE 8: Localisation des pratiques de médecine générale utilisant le paiement forfaitaire et niveau de déprivation du quartier, région bruxelloise, 2017



Source: FBHAV-FAMGB & BHAK & SPP IS « Analyse dynamique des quartiers en difficulté dans les régions urbaines belges »
Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social

7. IDENTIFICATION DE QUARTIERS SPÉCIFIQUES CONFRONTÉS À UNE POSSIBLE PÉNURIE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Dans les analyses présentées ci-dessus (cf. partie 6), nous sommes à la recherche de liens très généraux entre les caractéristiques du quartier et le nombre de médecins généralistes. Nous allons à présent une étape plus loin, et examinons **plus spécifiquement par quartier si le nombre de médecins généralistes est apparemment suffisant, compte tenu du besoin de soins des habitants** du quartier en question.

Pour le déterminer, **nous partons de la limite fédérale initiale d'une pénurie** (0,9 médecin généraliste pour 1 000 habitants), et **l'adaptions en fonction du besoin de soins** des habitants d'un quartier déterminé. Nous déterminerons donc pour chaque quartier une limite spécifique par rapport à laquelle le nombre actuel de médecins généralistes sera évalué. Étant donné que pour cela certains choix importants doivent être effectués, nous élaborerons différents 'scénarios' dans lesquels les différents choix seront développés en parallèle. Lors de ces analyses, il nous faut également formuler de nombreuses hypothèses. *Ces hypothèses sous-jacentes seront mentionnées en italique*

Deux facteurs importants auxquels sont liés notre santé et donc également le besoin de soins sont l'âge et la position socioéconomique (voir aussi 2.3). Nous avons utilisé **les données de l'Enquête de santé de 2013 pour estimer le nombre de contacts avec un médecin généraliste dont les différents groupes d'âge et groupes socioéconomiques ont eu besoin** durant une année. *Dans ce cadre, nous considérons donc l'utilisation de soins comme une approche du besoin réel de soins. Vu la part d'habitants qui reporte des soins de santé, il y a une différence réelle entre les*

deux. Jusqu'à présent, il n'existe cependant pas de meilleure approche du besoin de soins.

Le calcul s'effectue **en plusieurs étapes**, qui sont en grande partie similaires pour les calculs concernant l'âge et que pour les calculs concernant le contexte socioéconomique.

- **Étape 1:** Calcul du nombre moyen de contacts chez le médecin généraliste au cours de l'année écoulée par groupe d'âge et par groupe de revenus sur la base des données de l'Enquête de santé 2013.
- **Étape 2:** Estimation du nombre de contacts nécessaires avec un médecin généraliste par quartier, en tenant compte de la structure d'âge spécifique ou du quintile de revenus du quartier.
- **Étape 3:** Calcul par quartier du rapport entre le nombre estimé de contacts et le nombre moyen de contacts pour tous les Bruxellois.
- **Étape 4:** Adaptation de la limite fédérale au rapport trouvé afin d'obtenir une limite adaptée par quartier.
- **Étape 5:** Le nombre actuel de médecins dans un quartier déterminé se situe-t-il au-dessus ou en dessous de cette nouvelle limite calculée ?

7.1. PONDÉRATION SUR BASE DE L'ÂGE

Premièrement, le **nombre moyen de contacts**²¹ **chez le médecin généraliste durant l'année écoulée** a été calculé **par groupe d'âge** sur la base des données de **l'Enquête de santé de 2013** (cf. tableau 5).

²¹ Il s'agit dans ce cadre tant de consultations au cabinet du médecin généraliste que de visites à domicile, mais aussi de

consultations téléphoniques. Ces dernières ne représentent que 0,5 % des contacts.

Nous examinons les chiffres tant au niveau de la région bruxelloise que pour l'ensemble de la Belgique²², étant donné qu'une précédente étude (Mimilidis et al, 2014) a montré que l'utilisation de soins à Bruxelles est inférieure par rapport au reste du pays (cf. 2.3). En effet, le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste est de 2,9 en région bruxelloise et de 3,9 dans l'ensemble de la Belgique. Bien que la population à Bruxelles soit plus jeune, cela ne peut expliquer complètement le nombre inférieur de contacts. Nous constatons en effet aussi que le nombre moyen de contacts rapportés est inférieur pour chaque groupe d'âge à Bruxelles.

Le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste augmente avec l'âge, à partir de 30 ans. En ce qui concerne les jeunes enfants jusqu'à 5 ans, on rapporte aussi un peu plus de contacts avec le médecin généraliste par rapport aux enfants plus âgés et aux jeunes adultes.

Deuxièmement, **le nombre de contacts nécessaires avec un médecin généraliste a été estimé par quartier**, en tenant compte de la **structure d'âge spécifique des quartiers**.

Pour ce faire, nous avons utilisé les chiffres du **monitoring des quartiers**. Ils nous donnent pour chaque quartier pour 2014²³ des informations sur la part de personnes dans les groupes d'âge suivants : moins de 3 ans, 3-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans, 18-29 ans, 30-44 ans, 45-64 ans, 65-79 ans, 80 ans ou plus. Pour illustrer les différentes structures d'âge des quartiers bruxellois, la carte 9 présente l'âge moyen des habitants par quartier. Celui-ci varie jusqu'à 19 années de différence, allant de 30,3 ans dans le quartier Duchesse à Molenbeek-Saint-Jean à 49,4 ans dans le quartier Chant d'oiseau-Érasme à Anderlecht. En effet, le quartier Duchesse se caractérise par une grande part de jeunes enfants, alors que la part des plus de 65 ans dans le quartier Chant d'oiseau-Érasme est la plus élevée de toute la région bruxelloise.

TABLEAU 5: Nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste par an en fonction de l'âge, 2013

	Bruxelles	Belgique
Moins de 3 ans	1,60	2,70
3-5 ans	1,96	1,99
6-11 ans	1,53	1,68
12-17 ans	1,63	1,80
18-29 ans	1,51	2,20
30-44 ans	2,61	3,38
45-64 ans	3,37	4,55
65-79 ans	6,22	6,41
80 ans ou plus	7,76	9,10
Total	2,90	3,90

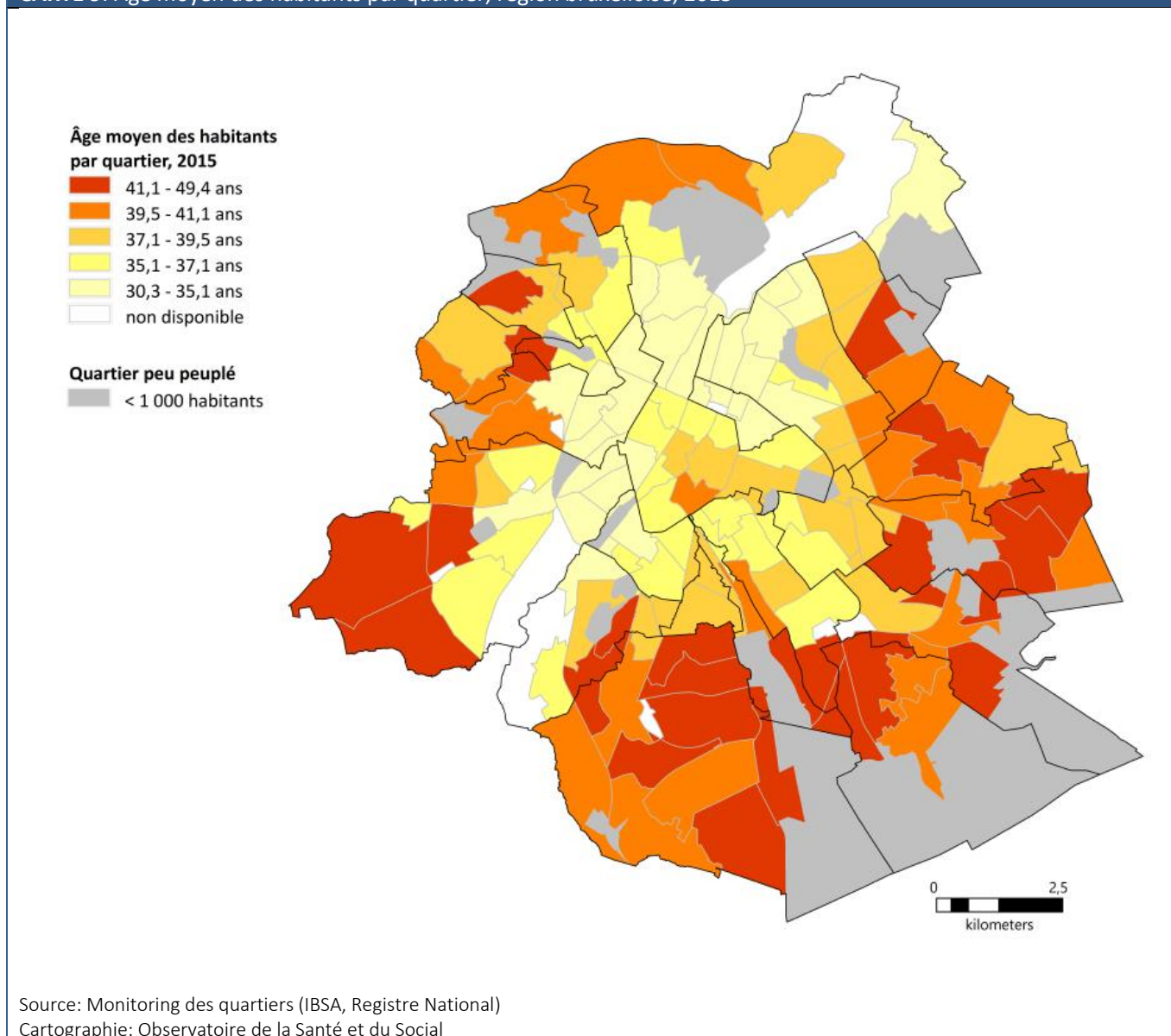
Source: Enquête de santé 2013, WIV-ISP; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

²² Chaque habitant de la Belgique, quel que soit son lieu de naissance, sa nationalité ou toute autre caractéristique, qui est inscrit au Registre national peut être sélectionné pour participer à l'Enquête de santé. Les personnes qui séjournent dans une institution, une communauté

religieuse ou en prison constituent une exception à cette règle. Les résultats de l'Enquête de santé sont pondérés de manière à refléter correctement la composition de la population.

²³ Source : IBSA, SPF Économie – Statistics Belgium

CARTE 9: Âge moyen des habitants par quartier, région bruxelloise, 2015



Une moyenne pondérée a été calculée pour chaque quartier sur la base de ces deux types de données. Sur la base des chiffres pour la population bruxelloise, le nombre estimé de contacts nécessaires avec un médecin généraliste est de 2,47 en moyenne par personne dans le quartier Duchesse contre 3,96 dans le quartier Chant d’oiseau-Érasme. Sur la base des chiffres belges, ce nombre est respectivement estimé à 3,13 par personne à Duchesse et à 4,73 par personne à Chant d’oiseau-Érasme.

Troisièmement, nous avons pris par quartier le rapport entre **ce nombre estimé de contacts avec le médecin généraliste par quartier et le nombre moyen de contacts pour les Bruxellois (2,9 par an)**. Sur la base des chiffres bruxellois concernant l’utilisation des soins en fonction de l’âge, cela représente 85,3 % pour le quartier Duchesse et 136,7 % pour le quartier Chant d’oiseau-Érasme. Sur la base des chiffres belges, cela représente 108,1 % pour Duchesse et 136,7 % pour Chant d’oiseau-Érasme.

Si nous prenons les chiffres belges relatifs à l'utilisation des soins, nous obtenons pour chaque quartier des pourcentages qui dépassent les 100 %, vu que dans les deux scénarios, nous prenons le rapport en comparaison avec le nombre actuel de contacts des Bruxellois (voir étape suivante).

Quatrièmement, la limite fédérale a été adaptée au rapport trouvé. Le pourcentage de l'étape 3 a été appliqué pour chaque quartier à la limite fédérale pour une pénurie (0,9 médecin généraliste par 1 000 habitants), pour **obtenir une limite adaptée par quartier**. Pour le quartier Duchesse, le nombre minimum de médecins généralistes pour 1 000 habitants est ainsi estimé à 0,77 médecin généraliste sur la base des chiffres bruxellois, ou à 0,97 médecin généraliste pour 1 000 habitants sur la base des chiffres belges. Pour le quartier Chant d'oiseau-Érasme, la limite est estimée à respectivement 1,23 (chiffres bruxellois) et 1,47 médecin généraliste (chiffres belges). *Ici, nous supposons donc que le nombre minimum de médecins déterminé par la limite fédérale qui indique une possible pénurie (0,9 médecin généraliste par 1 000 habitants) peut satisfaire à l'utilisation moyenne actuelle des soins des Bruxellois (2,9 contacts par an par personne).*

Enfin, nous avons examiné si le nombre **actuel de médecins** pour 1 000 habitants dans un quartier déterminé **se situait au-dessous ou en dessous de cette nouvelle limite**. Pour rappel, nous ne disposons d'aucune information sur le volume de travail des médecins généralistes. Afin de ne pas surestimer le nombre de médecins généralistes actifs, *nous n'avons pas tenu compte des médecins généralistes de 70 ans ou plus (N=70 ; 4,8 %), puisqu'on suppose qu'une partie importante d'entre eux n'exercent plus leur activité de médecin généraliste que pour une partie limitée de leur temps.*

Sur la base de l'utilisation des soins en Région bruxelloise par âge, 41 quartiers sur 118 sont identifiés comme confrontés à une possible pénurie (scénario 1). Sur la base des chiffres belges par groupe d'âge, 62 quartiers sont identifiés comme confrontés à une possible pénurie (scénario 2).

7.2. PONDÉRATION EN FONCTION DU STATUT SOCIOÉCONOMIQUE DU QUARTIER

Le statut socioéconomique d'un quartier est multidimensionnel et dépend donc de nombreux facteurs : la situation de logement, le niveau de formation, l'emploi, le revenu, etc. L'indice de déprivation utilisé ci-dessus est un tel indicateur multidimensionnel. Cet indicateur n'est toutefois pas disponible au niveau du quartier (l'indice n'a été calculé qu'au niveau du secteur statistique, une entité géographique plus petite que le quartier). Nous devons donc utiliser un proxy qui est disponible au niveau du quartier et qui est également disponible dans l'Enquête de santé. Le revenu est pour ce faire le plus indiqué.

Contrairement à la structure d'âge, pour laquelle nous pouvons parfaitement faire correspondre les catégories d'âge dans l'Enquête de santé aux catégories d'âge qui sont utilisées dans le monitoring des quartiers, nous devons nous contenter ici d'une approximation du niveau des revenus. Dans l'Enquête de santé, le revenu (auto-rapporté) est en effet disponible pour les ménages, alors que nous devons travailler au niveau du quartier avec le revenu médian des déclarations²⁴.

²⁴ Le revenu médian des déclarations est calculé sur la base du revenu imposable net de chaque déclaration fiscale. Elle ne donne donc des informations que sur le revenu soumis à l'imposition et non sur le revenu réellement disponible

pour les ménages, après prélèvement de l'impôt (Source: <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/revenu-median-des-declarations/>).

Premièrement, le **nombre moyen de contacts** avec le médecin généraliste durant l'année écoulée, a été calculé, comme pour l'âge, **par quintile de revenus des ménages bruxellois sur la base des données de l'Enquête de santé** (cf. tableau 6). Les 20% de ménages bruxellois avec les revenus les plus bas de la Région bruxelloise ont déclaré avoir 3,05 contacts par an avec le médecin généraliste. Les Bruxellois du deuxième quintile des revenus (20-40 % des revenus) ont eu en moyenne 3,79 contacts avec le médecin généraliste. Pour les deux groupes, c'est inférieur au nombre de contacts dont les 20% de ménages avec les revenus les plus élevés avaient besoin, à savoir 2,59 contacts avec le médecin généraliste.

TABLEAU 6: Nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste par an en fonction du quintile de revenus, région bruxelloise, 2013	
	Nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste, Bruxelles
Les 20 % de revenus les plus bas	3,05
Deuxième quintile	3,79
Revenu moyen	2,50
Quatrième quintile	2,57
Les 20% de revenus les plus élevés	2,59
Total	2,90
Source: Enquête de santé 2013, WIV-ISP; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles	

Le fait que le groupe des revenus les plus bas ait rapporté moins de contacts que le deuxième groupe de revenus indique plutôt le report de soins qu'un moindre besoin de soins. Mais le deuxième groupe (et possiblement une partie du groupe des revenus moyens) aura probablement aussi rapporté des contacts avec un médecin généraliste. Les données de l'Enquête de santé 2013 montrent en effet aussi qu'environ 10,4% des Bruxellois ont reporté des soins médicaux ou une opération pour des raisons financières. Cette part est considérablement supérieure parmi les 20% de ménages avec les revenus les plus bas, à

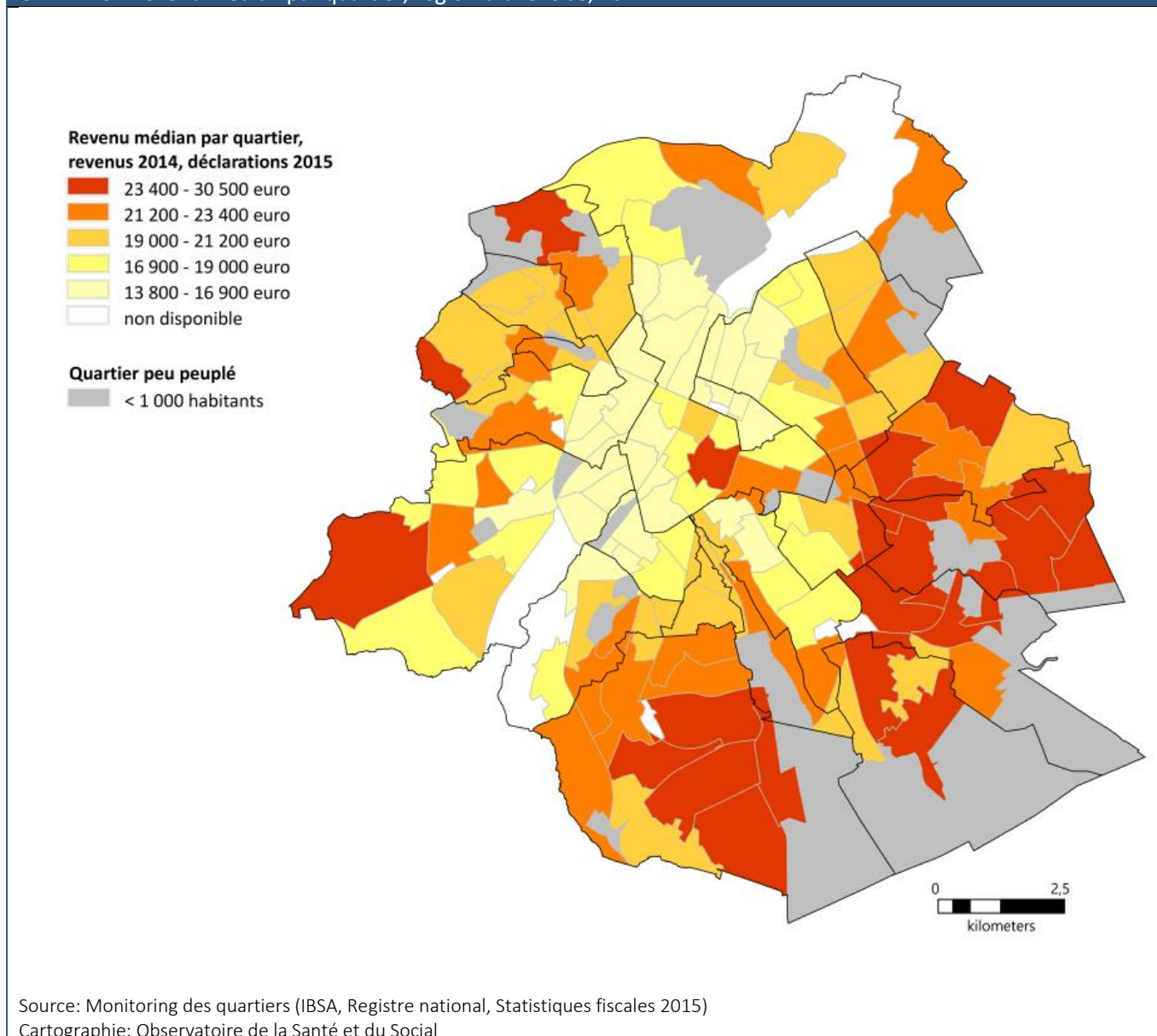
savoir 19,6 %, et dans le deuxième quintile de revenus (17,5 %).

À titre de comparaison, 9,2 % du groupe avec un revenu moyen reportent certains soins, alors qu'il ne s'agit que de 2,4 % pour le quatrième quintile de revenus et de 1,4 % pour les 20 % de revenus les plus élevés.

Contrairement à l'âge, aucun calcul n'a été réalisé avec des chiffres belges, étant donné que la répartition des revenus à Bruxelles diffère fortement de celle dans le reste du pays (voir aussi 2.2.2). En d'autres termes, les limites des revenus de tous les quintiles diffèrent fortement entre la région bruxelloise et l'ensemble de la Belgique. Nous ne pouvons donc pas tout simplement lier les chiffres sur la base d'une répartition des revenus d'individus d'une autre région géographique aux données au niveau des quartiers à Bruxelles (voir étape 2). Si nous appliquons la répartition des revenus (répartition en 5 quintiles) de la population belge à la population bruxelloise, 38,8 % des participants bruxellois à l'Enquête de santé se retrouveraient dans le groupe des revenus les plus bas (= 20 % des revenus les plus bas en Belgique).

Deuxièmement, **les quartiers ont été subdivisés en quintiles (5 groupes de 20 %) en fonction du revenu médian des déclarations fiscales du quartier**. Pour ce faire, nous utilisons aussi les chiffres du **monitoring des quartiers** (statistiques fiscales, déclarations 2015, revenus 2014). Le revenu médian le plus bas est enregistré dans les Marolles à Bruxelles-Ville (€ 13 884,20), et le plus élevé dans le quartier uclois de Vivier d'Oie (€ 30 471). Les grandes différences observées au niveau des revenus sont illustrées dans la carte 10 ci-dessous.

CARTE 10: Revenu médian par quartier, région bruxelloise, 2014



Troisièmement, un 'facteur socioéconomique (SES)' a été assigné aux quartiers des premiers et deuxièmes quintiles de revenus. Ce facteur est égal au rapport entre le nombre rapporté de contacts par groupe de revenus et le nombre moyen de contacts pour tous les Bruxellois (2,9 par an). Pour les 20 % de quartiers les plus pauvres, ce facteur s'élève à 105 % (3,05 / 2,9 contacts), pour les quartiers du deuxième quintile de revenus, il est de 131 % (3,79 / 2,9 contacts).

Quatrièmement, le facteur SES a été **appliqué à la limite adaptée** en fonction de la structure d'âge du quartier, tant pour le scénario avec les chiffres bruxellois que pour le scénario avec les chiffres belges. Cela signifie que pour les quartiers pauvres (qui ont un facteur SES élevé, voir ci-dessus), la limite est relevée : pour le quintile le plus pauvre, nous prenons 105 % de la limite calculée, pour le quintile 2, nous prenons 131 % de la limite calculée.

Le nombre estimé de médecins généralistes nécessaires pour 1 000 habitants est, après correction pour le facteur SES, toujours le plus bas dans le quartier Duchesse, un quartier du quintile de revenus les plus bas. Il s'élève à 0,81 (=0,77 *105 %) sur la base des chiffres bruxellois en fonction de l'âge, et à 1,02 (=0,97*105 %) sur la base des chiffres belges en fonction de l'âge. Le quartier avec le nombre estimé le plus élevé de médecins généralistes nécessaires est également identique à celui des scénarios 1 & 2, à savoir Chant d'oiseau-Érasme, un quartier du deuxième quintile de revenus. Après correction pour le facteur SES, la nouvelle limite s'élève à 1,61 médecin généraliste pour 1 000 habitants (1,23 *131 %) sur la base des chiffres bruxellois en fonction de l'âge, et à 1,92 médecin généraliste pour 1 000 habitants (1,47 *131 %) sur la base des chiffres belges en fonction de l'âge. *Pour les scénarios 3 & 4, nous avons donc effectué deux corrections 'indépendantes' via la pondération.*

Enfin, nous examinons si le nombre **actuel de médecins** pour 1 000 habitants dans un quartier déterminé **se situe au-dessus ou en dessous de cette nouvelle limite.**

Sur base de l'utilisation de soins en région bruxelloise par âge et par SES, 50 quartiers sur 118 sont identifiés comme confrontés à une possible pénurie (scenario 3). Sur la base des chiffres belges par groupe d'âge et par SES, 67 quartiers sont identifiés comme confrontés à une possible pénurie (scenario 4).

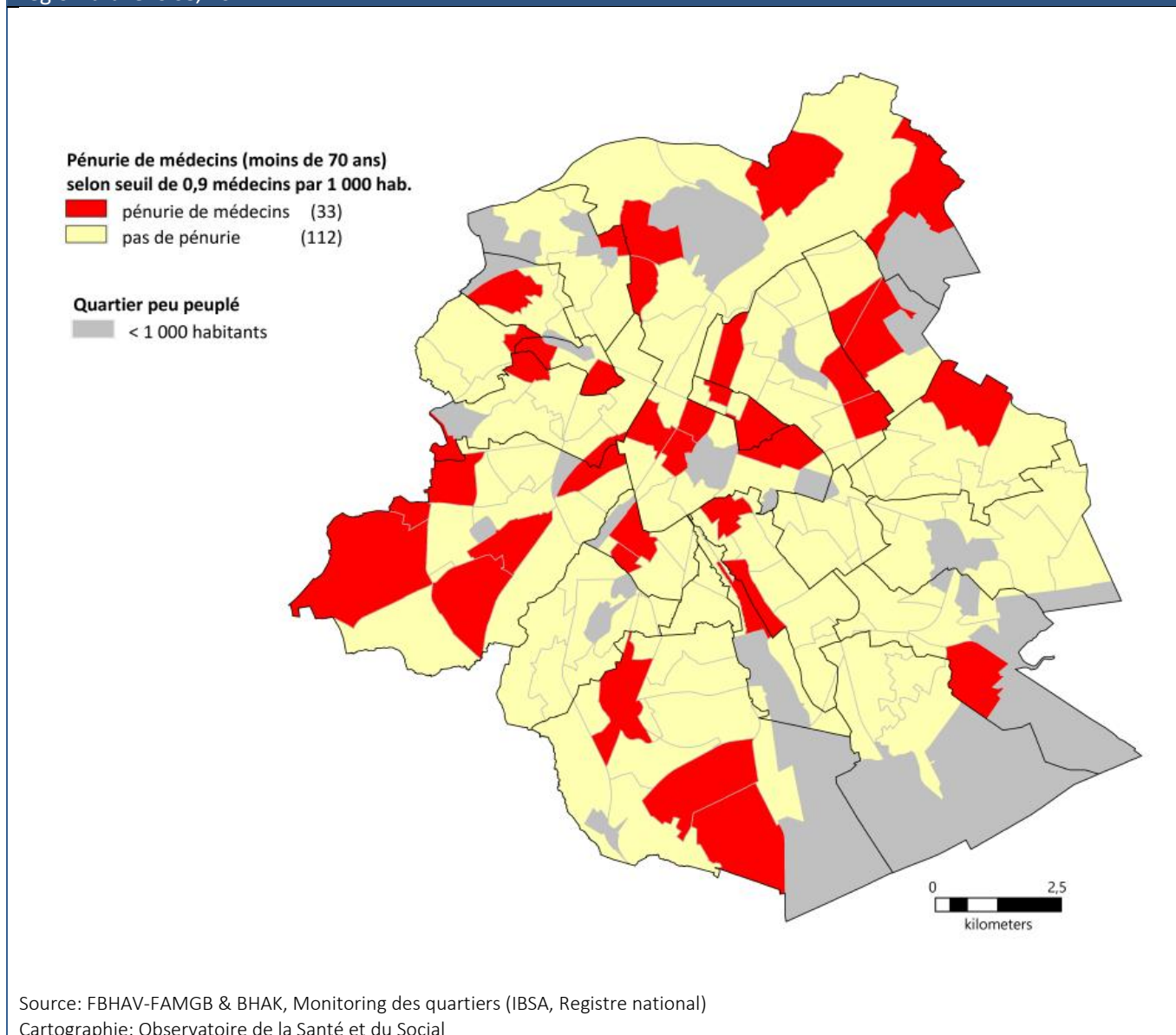
7.3. APERÇU DES SCÉNARIOS

Le tableau 7 donne un aperçu des différents scénarios. Le nombre des quartiers où une pénurie est identifiée diffère surtout selon le choix d'utiliser les chiffres bruxellois ou les chiffres belges de l'utilisation par groupe d'âge. Le facteur SES n'ajoute 'que' respectivement 9 quartiers

confrontés à une possible pénurie (chiffres bruxellois) ou 5 quartiers (chiffres belges).

À titre de comparaison, il y a 33 quartiers confrontés à une pénurie selon la limite fédérale (0,9 médecin généraliste pour 1 000 habitants), sans pondération pour la structure d'âge ou un facteur SES, et si nous ne tenons compte que des médecins généralistes âgés de moins de 70 ans comme pour les 4 'scénarios'. La carte 11 illustre de quels quartiers il s'agit. Cette carte diffère donc légèrement de la carte 3 présentée ci-dessus où aucune limite d'âge pour les médecins n'a été utilisée.

CARTE 11: Les quartiers confrontés à une pénurie potentielle de médecins généralistes (moins de 70 ans), région bruxelloise, 2017



Lors de l'interprétation des résultats, il est important de retenir les limites supplémentaires suivantes:

- Nous manquons d'informations à propos du domicile des patients. Il se peut donc que les habitants d'un quartier déterminé confronté à une possible pénurie de médecins généralistes aient accès à une pratique de médecine générale dans un autre quartier (situé à proximité). Les cartes suivantes peuvent aider à estimer cela. Pour les quartiers situés à la périphérie de la région, nous pouvons

également supposer que certains Bruxellois se rendent chez le médecin généraliste en Flandre ou en Wallonie.

Et inversement, que des personnes vivant en Flandre ou en Wallonie se rendent chez le médecin généraliste en région bruxelloise. Seules les maisons médicales ont une politique territoriale et n'acceptent que les patients d'une zone d'activité bien définie.

- L'offre et le recours à des spécialistes ou aux services d'urgence, lesquels sont supérieurs à Bruxelles par rapport aux autres régions, ne sont pas pris en compte.
- Les données utilisées correspondent à un enregistrement à un moment donné. Il est possible qu'entre-temps, des médecins généralistes se soient ajoutés, ou aient déménagé (éventuellement en dehors de la région) ou aient mis un terme à leur activité.
- Lors du calcul des nombres de médecins généralistes par habitants, ne sont pris en compte que les habitants officiellement enregistrés. Vu la part considérable de personnes ayant le statut irrégulier de séjour illégal à Bruxelles, et vu la présence importante de personnel diplomatique également non inscrit au Registre national, la nombre des habitants réels est sous-estimée. En outre, il se peut aussi que des navetteurs, des touristes, des étudiants (koteurs), ... fassent appel aux médecins généralistes en région bruxelloise. Le besoin réel de soins est donc sous-estimé.

Les différents scénarios sont présentés ci-dessous sur les cartes de la figure 4. Bien que la Région bruxelloise se caractérise par des tendances spatiales très fortes (une partie riche au sud-est avec une population plus âgée, un croissant pauvre autour du pentagone avec une population plus jeune), nous ne voyons pas ces tendances spatiales revenir dans la localisation des médecins généralistes (lorsqu'on ne tient pas compte de l'âge des médecins généralistes). Les quartiers où une pénurie est possible sont répartis sur le territoire, tant lorsque nous ne tenons pas compte du besoin de soins (voir point 5.5), que pour les différents scénarios relatifs au besoin de soins.

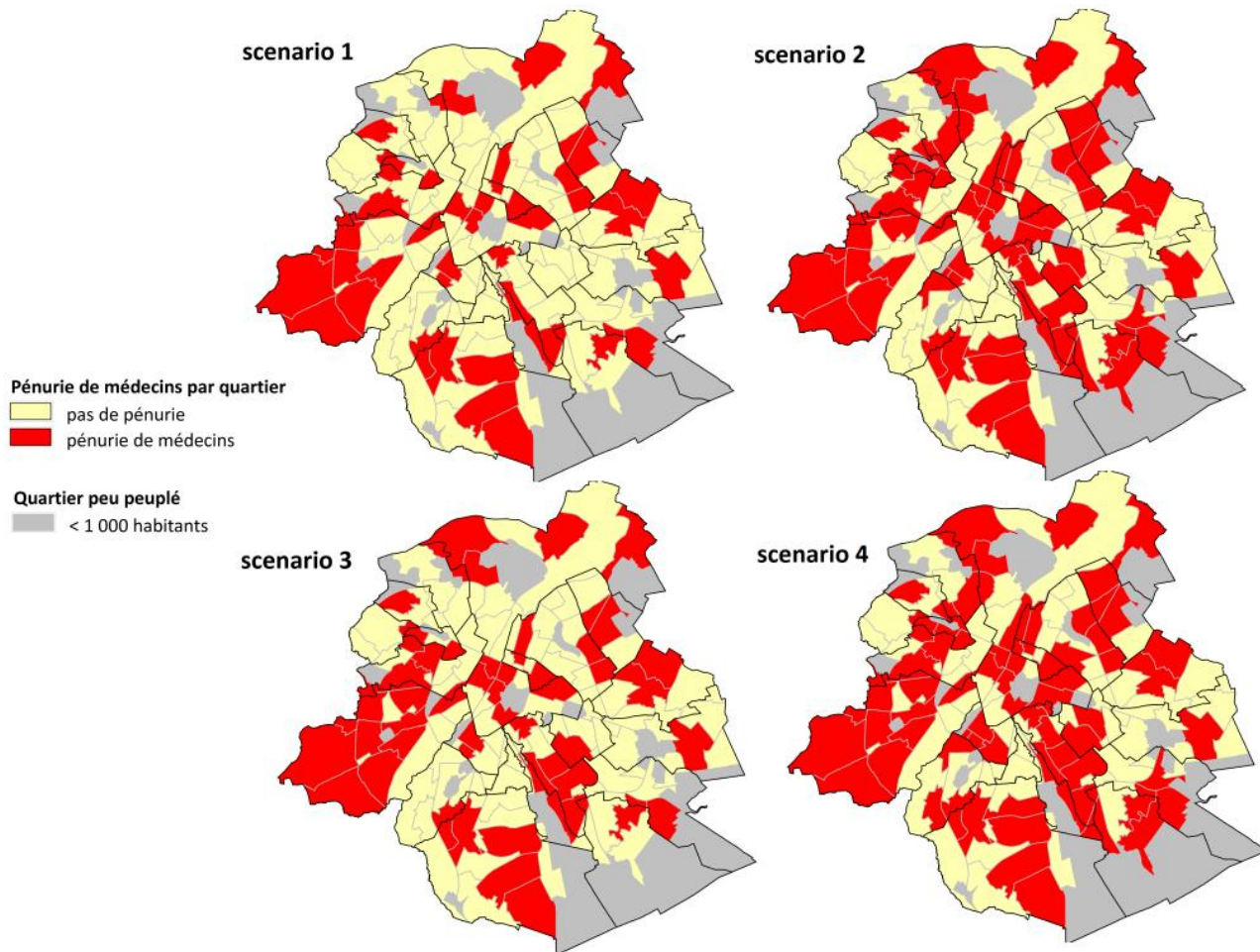
Cette étude montre donc que la région bruxelloise ne connaît pas de zones clairement définies où on constate une pénurie de médecins généralistes. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de quartiers où il y a relativement moins de médecins généralistes. En fonction du scénario, nous identifions entre 41 et 67 quartiers confrontés à une possible pénurie. La définition de la pénurie dépend cependant fortement des choix méthodologiques.

TABEAU 7: Nombre de quartiers confrontés à une possible pénurie de médecins généralistes, région bruxelloise, 2017

	Scénario 1: sur la base de l'utilisation de soins en région bruxelloise par âge	Scénario 2: sur la base de l'utilisation de soins dans toute la Belgique par âge	Scénario 3: sur la base de l'utilisation de soins en région bruxelloise par âge et par facteur SES	Scénario 4: sur la base de l'utilisation de soins dans toute la Belgique par âge et par facteur SES
Possible pénurie 2017	41 quartiers/118	62 quartiers/118	50 quartiers/118	67 quartiers/118

Source : FBHAV-FAMGB & BHAK, Enquête de santé 2013, Statistiques fiscales 2015 (revenus 2014), IBSA ; Calculs Observatoire de la santé et du social

FIGURE 4: La possible pénurie de médecins généralistes par quartier compte tenu du besoin de soins par quartier, en 4 scénarios, région bruxelloise, 2017



Source: FBHAV-FAMGB & BHAK, Monitoring des quartiers (IBSA, Registre National & statistiques fiscales), Enquête de santé 2013
 Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social

8. PROJECTIONS CONCERNANT LE BESOIN DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS 10 ET 20 ANS

Pour finir, nous calculons sur la base du nombre actuel de médecins actifs (jusqu'à 69 ans), le nombre de nouveaux médecins dont on aura besoin à Bruxelles dans les 10 ou 20 années à venir pour remplacer les médecins qui prendront leur retraite. Nous tenons compte ici de l'augmentation prévue de la population (officielle), mais pas des besoins de soins différents entre les quartiers, ni des éventuelles mesures politiques visant à promouvoir la première ligne. Les **chiffres estimés donnent donc une indication** du nombre de médecins généralistes qu'il faudrait en plus **pour égaler l'offre actuelle**.

Le tableau 8 donne un aperçu du nombre actuel de médecins généralistes (âgés de moins de 70 ans) en région bruxelloise par groupe d'âge de 5 ans.

Dans environ 10 ans, les médecins généralistes âgés de 60 à 69 ans partiront probablement à la retraite. Dans environ 20 ans, cela sera également le cas des médecins généralistes âgés de 50 à 59 ans. Pour calculer le nombre de médecins généralistes supplémentaires, on déduit du nombre actuel de médecins généralistes âgés de moins de 70 ans (1,17 par 1 000 habitants) le nombre de médecins généralistes 'restants' pour 1 000 habitants en 2027 (0,80) et en 2037 (0,56). Pour s'approcher du nombre actuel de médecins généralistes, on aura besoin de 486 médecins généralistes supplémentaires (0,37* 1 288 570/ 1 000) d'ici 2027, et de 835 médecins généralistes supplémentaires (0,61 * 1 361 280/1 000) d'ici 2037. Si les générations plus jeunes à Bruxelles souhaitent effectivement aussi un meilleur équilibre entre travail et vie privée et qu'elles travaillent possiblement moins que les générations actuelles, ce nombre de médecins généralistes supplémentaires nécessaires sera sans doute supérieur.

TABLEAU 8: Nombre actuel de médecins généralistes selon le groupe d'âge (< 70 ans), Région bruxelloise, 2017

	2017	2027	2037
<30 ans	162		
30-34 ans	194		
35-39 ans	131	162	
40-44 ans	107	194	
45-49 ans	127	131	162
50-54 ans	91	107	194
55-59 ans	214	127	131
60-64 ans	229	91	107
65-69 ans	143	214	127
Nombre total de médecins d'âge actif (< 70 ans) en 2017	1398	1026	721
Nombre de médecins qui devront (probablement) être remplacés	-	372	677
Population au 1er janvier	1 191 604	1 288 570	1 361 280
Nombre de médecins généralistes 'restants' en 2017 pour 1 000 habitants	1,17	0,80	0,56
Nombre de médecins supplémentaires nécessaires, compte tenu de l'augmentation attendue de la population	-	486	835

Source : FBHAV-FAMGB & BHAK & Bureau fédéral du Plan ; Calculs Observatoire de la santé et du social

Lors de l'interprétation de ces résultats, il est également garder à l'esprit les éléments qui suivent:

- Nous manquons d'informations concernant la charge de travail effective des médecins généralistes en région bruxelloise, qui diffère possiblement entre les groupes d'âge, comme cela a été calculé par l'INAMI pour la Belgique (SPF Santé publique, 2015).
- Le fait que les médecins généralistes puissent mettre un terme à leur carrière ou déménager en dehors de la région n'a pas été pris en compte.
- L'offre et le recours à des spécialistes et aux services d'urgences n'ont pas été pris en compte.
- On part de l'hypothèse que l'offre de médecins généralistes suffit en 2017.

9. EN GUISE DE CONCLUSION

Depuis la Sixième réforme de l'État, les régions ont la possibilité de mettre en place des mesures d'aide pour les médecins généralistes, l'actuel Fonds d'Impulsion, et de les adapter davantage à un contexte régional spécifique. Cette étude examine le profil démographique des actuels médecins généralistes ainsi que la localisation de leurs pratiques à Bruxelles. Il s'agit à cet égard d'une étape importante dans le développement d'une politique relative aux soins de première ligne sur mesure pour les Bruxellois.

Comme le démontre notre Baromètre social annuel, une part importante des Bruxellois vivent dans un contexte socioéconomique difficile. Le revenu moyen est inférieur en région bruxelloise, par rapport à la Flandre et à la Wallonie. Mais la région bruxelloise connaît d'importantes différences spatiales. Ainsi, quatre des cinq communes les plus pauvres du pays se situent en région bruxelloise (Saint-Josse-ten-Noode,

Molenbeek-Saint-Jean, Anderlecht et Schaerbeek). Alors que, les communes bruxelloises d'Uccle, de Watermael-Boitsfort et de Woluwe-Saint-Pierre font partie des communes les plus riches du pays (Statbel, 2017).

La population bruxelloise augmente et continuera d'augmenter. La population à Bruxelles a une structure d'âge jeune et ce rajeunissement se poursuivra aussi à l'avenir. Tout comme le contexte socioéconomique, la structure d'âges diffère aussi fortement entre les quartiers bruxellois. Vu le lien étroit entre la santé et la position socioéconomique et l'âge, et les importantes différences spatiales à ce niveau en région bruxelloise, il est important d'également examiner l'offre de médecins généralistes par quartier.

D'abord un certain nombre de constatations générales. Actuellement, il y a 1 468 médecins généralistes actifs à Bruxelles, dont la moitié d'hommes et la moitié de femmes. Toutefois, une forte féminisation de la profession est perceptible. Et l'effectif actuel des médecins généralistes a également plutôt 'vieilli'. Pas moins de 45 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans, et devront donc être remplacés lorsqu'ils partiront à la retraite. À cet égard, il convient de tenir compte du souhait de la majorité des médecins généralistes débutants de s'établir dans une pratique de groupe, plutôt que de reprendre une pratique individuel. À l'heure actuelle, les pratiques de groupe se trouvent principalement dans le centre et autour du pentagone et du quartier européen. Les pratiques solos sont actuellement surtout situées dans la périphérie de la région bruxelloise, et en particulier au sud et au sud-est de la région bruxelloise.

Les 1 468 médecins généralistes actifs en 2017 représentent environ 1 médecin généraliste pour 812 habitants et 1,23 médecin généraliste pour 1 000 habitants²⁵.

²⁵ La part de médecins généralistes âgés de moins de 70 ans est de 1,17 par 1 000 habitants.

Cela signifie qu'il n'y a généralement pas de pénurie de médecins généralistes sur le territoire bruxellois, si nous maintenons la limite de 0,9 médecin généraliste par habitant, telle que définie à l'époque au niveau fédéral. Lorsque nous étudions les chiffres en détail, nous remarquons de grandes différences au niveau du nombre de médecins entre les quartiers. Différents quartiers où il y a une possible pénurie de médecins généralistes (tous âges confondus) sont identifiés, mais ils sont répartis sur l'ensemble de la région et ne présentent pas de tendance spatiale claire. De plus, il y a une part importante de médecins plus âgés, qui sont concentrés dans la périphérie et au sud-est de la région.

La seule relation généralisable entre l'offre de médecins généralistes et les caractéristiques socioéconomiques et démographiques du quartier n'est visible que si nous tenons également compte de l'âge des médecins généralistes. Les médecins généralistes âgés de moins de 55 ans sont clairement plus souvent actifs dans les quartiers les plus pauvres de la région bruxelloise, alors que le nombre de médecins généralistes (pour 1 000 habitants) plus âgés est systématiquement inférieur lorsque les quartiers sont plus pauvres.

Afin de prendre en compte les différents besoins de soins par quartier plus en détail, nous avons élaboré plusieurs scénarios dans lesquels le nombre de médecins généralistes est examiné par quartier en lien avec la structure d'âge spécifique et/ou le contexte socioéconomique du quartier pour ainsi tenir compte du besoin de soins des habitants. Les scénarios diffèrent au niveau de leur méthode de calcul et de leurs hypothèses sous-jacentes. Le nombre de quartiers où une possible pénurie de médecins généralistes est identifiée, varie de 41 quartiers à 67 quartiers en fonction du 'scénario' lorsqu'on tient compte du besoin de soins. Dans tous les scénarios, le nombre de quartiers où une possible pénurie est identifiée est supérieur au nombre de quartiers identifiés lorsqu'on ne tient pas compte du besoin de soins (33 quartiers). Il n'y a pas de tendance spatiale par rapport à la situation des quartiers confrontés à

une possible pénurie. En outre, il est très difficile d'identifier de manière scientifique les quartiers spécifiques confrontés à une possible pénurie. Il se peut non seulement que le patient se rende chez le médecin dans un autre quartier ou région (à proximité), mais aussi que les résultats obtenus soient fortement influencés par des choix et des limites méthodologiques. Ainsi, nous avons encore élaboré une autre méthode de calcul (à savoir pondérer les habitants par quartier au lieu de pondérer la limite fédérale de pénurie et de l'adapter par quartier), laquelle identifie dans 3 scénarios sur 4 (beaucoup) plus de quartiers confrontés à une possible pénurie. Respectivement 41 quartiers pour le scénario 1, tous les quartiers (118) pour le scénario 2, 84 quartiers pour le scénario 3, ainsi que tous les quartiers (118) pour le scénario 4. En outre, nous partons de la limite fédérale fixée pour une pénurie, étant donné qu'on ne dispose d'aucune autre limite scientifiquement étudiée ou généralement acceptable. Cette limite doit possiblement aussi être revue pour Bruxelles. D'autres informations complémentaires, telles que le nombre de médecins généralistes n'acceptant plus de nouveaux patients, sont essentielles pour se forger une idée encore meilleure de la situation.

Enfin, il est difficile d'identifier quel quartier spécifique est ou sera confronté à une pénurie de médecins généralistes dans les années à venir. Cependant, si un renforcement des soins de première ligne est l'ambition, en combinaison avec le vieillissement des médecins généralistes et la vulnérabilité d'une part importante de la population bruxelloise, nous pouvons nous attendre à ce que des efforts doivent être consentis afin de motiver les médecins généralistes à venir s'installer à Bruxelles.

10. RÉFÉRENCES

Atlas IMA-AIM, 2018. http://ima-aim.be/IMA-Atlas?lang_ok=oui

AVIQ, 2017. Cadastre des médecins généralistes 2016 » <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

Cellule de Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et Pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2015. PlanCAD Médecins 2004-2012

Idler E. et Benyamini Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38: 21-37

Mimilidis, Demarest, Tafforeau & Van der Heyden, 2014. Projet de couplage de données issues de l'Enquête de Santé 2008 et des Organismes Assureurs., Bruxelles : WIV-ISP

Observatoire de la Santé et du Social. L'offre de soins en Région bruxelloise. À paraître

Statbel, 2017. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>.

Van der Heyden, 2014. Les affections chroniques. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et bien-être. Bruxelles : WIV-ISP

Van Meeteren M., Van San M., & Engbersen G. (2007), Irreguliere immigranten in België: inbedding, uitsluiting en criminaliteit, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Van Roy, Goderis, et al. Évaluation du Fonds d'Impulsion, 2017

Annexe I

Comparaison de la méthodologie et des sources de données des principales études sur ce sujet

	AVIQ	Prof Deliège (UCL-IRSS) & Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales (CIPMP asbl)	Cellule de planification du SPF	Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles
Zone/groupe examiné(e)	Wallonie	-Wallonie -Bruxelles (par commune)	-Belgique -par Communauté -par Région	Bruxelles (par quartier)
Le nombre calculée de médecins généralistes à Bruxelles	-	12,05 'Équivalent-Personnes' (EP) pour 10 000 habitants en 2015	En 2016 (rapport annuel, sur la base du Cadastre) : -13,08 individus pour 10 000 habitants). En 2012 (PlanCAD, Couplage de données) : -13,71 individus pour 10 000 habitants - 7,42 individus actifs avec au moins 500 prestations INAMI pour 10 000 habitants -5,25 Equivalent-temps-plein (ETP) pour 10 000 habitants	12,3 individus pour 10 000 habitants en 2017
'Unité'	Équivalents temps plein (= 10 demi-jours de travail), interrogés via l'enquête	'Équivalent-Personnes' : Tient compte du type d'activités, pas du temps de travail par activité	-Individus (rapport annuel 2016) -Équivalents temps plein (PlanCAD Couplage de données) : sur la base du montant médian des remboursements de l'INAMI pour le groupe d'âge 45-54 ans	Individu
Adresse professionnelle ou adresse du domicile	Adresse professionnelle	Adresse du domicile	Adresse du domicile	Adresse professionnelle
Origine des données	Cercles de médecins généralistes (enquête)	Plusieurs sources de données, dont les Ordres provinciaux des médecins, l'INAMI, les alliances et unions mutualistes, les organismes d'enseignement et de recherche, le SPF Santé publique, le Moniteur belge, les annuaires téléphoniques, les quotidiens,...	Cadastre SPF, PlanCAD Couplage de données (2004-2012) : Cadastre SPF + INAMI, DWH MT & PS (banque-carrefour)	Cercles de médecins généralistes Bruxelles (FBHAV/FAMGB-BHAK)
Année des données	2016	1994-2015	-Annuellement -2004-2012 : PlanCAD	2017

Infos spécifiques disponibles	- Nombre de demi-jours prestés comme médecin généraliste - Participation au service de garde - Année d'installation dans le cabinet actuel	Types d'activités et caractéristiques : *Curatif vs non curatif *Hôpital vs soins ambulatoires *Actif vs non actif *Médecins généralistes agréés vs non agréés	- Types d'activités (santé, aide sociale, pouvoirs publics, enseignement, services, industrie) - Diplôme en langues	-MGF -Pratique solo vs de groupe -Paiement forfaitaire/à la prestation -Caractéristique des quartiers où se situent les cabinets
Infos spécifiques manquantes	-Nombre de contacts avec des patients - Domicile des patients	-Temps de travail -Nombre de contacts avec des patients - Domicile des patients	-Temps de travail (estimé sur la base du remboursement par groupe d'âge) - Domicile des patients	-Temps de travail -Nombre de contacts avec des patients - Domicile des patients
Limite d'âge ou limite du degré d'activité	?	-Moins de 76 ans	>500 prestations INAMI	-Pas pour les analyses descriptives -Moins de 70 ans pour des analyses complémentaires

Références

AVIQ : rapport « Cadastre des médecins généralistes 2016 », 2017 (<http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>)

Travail d'étude du Professeur Delière : rapport « Consulter un généraliste à Bruxelles devient-il plus difficile ? », 2017 (http://www.sesa.ucl.ac.be/cipmp/pdf/GeneralistesBruxelles94-05-15_1708_2.pdf), outil en ligne (Santé Web) : <http://www.sesa.ucl.ac.be/cipmp/>

SPF : Statistiques annuelles concernant les prestataires des professions de soins en Belgique 2016 ; PlanCAD Médecins 2004-2012, Cellule de Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et Pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, mai 2015

