



**Question écrite de la Députée Kattrin JADIN  
à Madame Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé pulique,  
concernant la pénurie de médecins gériatres.  
- déposée le 13 juillet 2015 -**

Madame la Ministre,

La Belgique, comme chacun le sait, est confrontée à un phénomène de vieillissement de sa population. Il est évident qu'un des nombreux défis y relatifs sera d'offrir à nos aînés une prise en charge adaptée. D'après une première enquête de l'Administration wallonne, il manquerait 25 médecins spécialisés en gériatrie en Wallonie. Ce problème est mis à l'ordre du jour de la prochaine conférence interministérielle, réunissant les différents niveaux de pouvoir.

Madame la Ministre, mes questions à ce sujet sont donc les suivantes :

- Pouvez-vous me confirmer les chiffres de l'administration wallonne, qui parlent d'une pénurie d'environ 25 médecins gériatres en Wallonie ?
- Est-il exact que bon nombre d'hôpitaux en Wallonie engagent, pour leur service gériatrie, des médecins non spécialisés ?
- À votre connaissance, la Flandre est-elle confrontée à un problème similaire ?
- Quelles seront vos propositions, lors de cette conférence interministérielle, visant à résoudre ce problème, et notamment à revaloriser les études de spécialisation en gériatrie ?

Je vous remercie, Madame la Ministre, pour les réponses que vous voudrez bien m'apporter.

**Kattrin JADIN**

## Réponse à la question parlementaire n° K353 du 14/07/2015 de madame Kattrin

L'Honorable Membre trouvera ci-après la réponse à sa question.

### 1.

Les données concernant les médecins actifs sont obtenues via le couplage de données Plancad, réunissant des données

- du SPF santé publique (médecins en droit de prester)
- de l'INAMI (prestations)
- du datawarehouse marché du travail et protection sociale.

Notre publication date de mai 2015 et reprend les dernières données disponibles à savoir celle du 31 décembre 2012.

L'INAMI communique en effet les données concernant les remboursements de prestations avec deux ans de décalage (attestation de remboursement endéans les deux années de la prestation).

Vous trouverez ces données sur le site du SPF, à l'adresse suivante :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm>

Je vous invite à consulter plus spécifiquement **notre Rapport de synthèse PlanCad Médecins 2004-2012**, et pour plus de détails, le rapport par spécialités **Gériatres sur le marché du travail, 2004-2012**.

Dans ce dernier document, le tableau 7 **Position socio-économique fournie par le Datawarehouse Marché du Travail et Protection Sociale des médecins spécialistes en Gériatrie, 2012**, page 13 indique les éléments suivants :

Pour les professionnels en droit de prester

- 283 gériatres sont inscrits dans le cadastre des professionnels en droit de prester
- Parmi ceux-ci, 104 disposent d'un diplôme délivré par une université belge francophone, et 21 sont domiciliés en région de Bruxelles-Capitale, 81 en région wallonne et 176 en région flamande.

Pour les professionnels actifs

- 270 gériatres sont actifs en Belgique
- Parmi ceux-ci, 101 disposent d'un diplôme délivré par une université belge francophone, et 21 sont domiciliés en région de Bruxelles-Capitale, 78 en région wallonne et 171 en région flamande.
- 38 exercent en tant que salariés et 228 comme indépendants

Vous trouverez également dans ce rapport des cartes reprenant la densité des professionnels agréés et actifs à l'Inami.

Dans le **rapport de synthèse du Plancad-Médecins**, les principaux chiffres pour cette spécialité y sont repris page 26.

Le résumé pour la gériatrie est le suivant :

Les médecins spécialistes en gériatrie en droit de prester étaient au nombre de 283 en Belgique au 31 décembre 2012, soit 176 domiciliés en Région flamande, 81 domiciliés en Région wallonne et 21 domiciliés en Région de Bruxelles-Capitale. 5 ne sont pas domiciliés en Belgique.

95,4% des gériatres en droit de prester en Belgique y sont actifs. C'est la spécialité qui connaît le plus fort taux d'activité. 94,00% sont actifs dans le cadre de l'assurance maladie invalidité.

Parmi les actifs à l'INAMI, 98,1% sont conventionnés et 80,8% sont accrédités.

L'ETP moyen presté dans le cadre de l'INAMI est de 0,83 ETP. Celui-ci varie dans les différentes régions de Belgique. Avec 0,93 ETP, il est le plus élevé en Région flamande. En région wallonne, l'ETP moyen atteint 0,71 et il passe à 0,64 en Région de Bruxelles-Capitale. Les ETP globaux prestés à l'INAMI représentent 236,1 unités, tandis qu'ils sont de 43,4 pour l'ONSS.

94,8% des gériatres actifs (INAMI-ONSS) sont de nationalité belge, et 97,0% disposent d'un diplôme en médecine délivré par une université belge.

Le taux de féminisation de la profession est de 57,8%.

La répartition par âge des actifs indique que 4,8% des actifs sont âgés de plus de 65 ans, et que pour le reste les actifs sont répartis équitablement dans les deux autres tranches d'âge, 45-65 ans (46,7%) et <45 ans (48,5%).

En raison de la création récente de ce titre, l'évolution de la force de travail entre 2004 et 2012 n'a pas pu être observée.

Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter le rapport *Médecins spécialistes en Gériatrie sur le marché du travail*, 2012.

Les experts de la Commission de planification ont également insisté dans ce rapport sur quelques points d'attention concernant cette spécialité :

On constate que le revenu médian (remboursements INAMI) des gériatres est plus élevé que la moyenne, ce qui est le reflet d'une forte charge de travail reposant sur un nombre limité d'individus (ceci augmente artificiellement leurs revenus). De fait, les prestations en gériatrie sont effectuées par une équipe mais imputées uniquement aux gériatres.

Le vieillissement de la population et le manque de gériatres a fait à juste titre de cette spécialité une spécialité en pénurie.

La gériatrie est une bonne illustration de la discordance entre le nombre de professionnels qui devraient être formés et le nombre de places de stage que l'on peut financer. Le problème du financement des places de stages et donc plus largement du statut unique des candidats en formation dans les hôpitaux doit être solutionné.

Il faudra veiller à améliorer l'attractivité de la profession. Par ailleurs, le tronc commun avec d'autres spécialités dans le cadre de la formation risque d'augmenter le nombre de réorientations

Ces points d'attention indiquent déjà quelques pistes en vue d'apporter des solutions à la question de l'attractivité de cette spécialité.

Par le passé, **des quotas minimums (seuils à atteindre)** ont été fixés pour les spécialités sensibles qui rencontrent des difficultés de recrutement. En raison de la création récente de ce titre professionnel, la gériatrie s'est vue attribuée un quota minimum.

### Evolution du contingentement

Le Rapport annuel de la Commission de planification en suit l'évolution.

Ci-dessous les données reprises du rapport annuel 2013. Le rapport annuel 2014 sera publié dans le dernier trimestre de l'année 2015.

**TABLEAU : LA REALISATION DU CONTINGEMENT DES MEDECINS EN COMMUNAUTE FRANÇAISE: APERÇU GLOBAL**

Communauté française													
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013
		Total cumulé	Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		
Nombres maximums (art. 3)	N	303		303		303		303		356		390	
	O	343		358		406		447		432		410	
	Δ	+40	37 (2)	+55	92	+103	(+195 – 86) = +109 (4)	+144	+253	+76	+329	+20	+349
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	120		120		120		120		120		120
		O	117		108		106		122		123		129
		Δ	-3	-75 (3)	-12	-87	-14	-101	+2	-99	+3	-96	9
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	8		8		8		8		8		8
		O	9		8		7		9		4		7
		Δ	1	+1	0	+1	-1	0	+1	+1	-4	-3	-1
	Médecine aiguë	N	4		4		8		8		8		8
		O	5		5		2		1		4		1
		Δ	1	+1	1	+2	-6	-4	-7	-11	-4	-15	-7
	Médecine d'urgence	N	2		2		4		4		4		4
		O	5		8		15		16		15		15
		Δ	3	+3	6	+9	+11	+20	+12	+32	+11	+43	11
	Gériatrie	N					8		8		8		8
		O					4		7		7		7
		Δ					-4		-1		-1		-1

(1) N= contingent normé; O= contingent observé (**plans de stage introduits et approuvés**); Δ (delta) = la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-3).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-72).

(4) En 2010, on a appliqué la correction de (-86) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) ainsi que les médecins engagés par le ministère de la défense (exemption conforme à l'art.5, 5°) qui avaient été sélectionnés pendant la période 2004-2010. A partir de 2011, ces remplacements et exemptions sont intégrés dans le calcul du contingent observé (O).

Source : RAPAN 2013, page 55

Dans le tableau précédent, vous constaterez que pour la communauté française par rapport au nombre minimum de gériatres fixé, on observe **un solde négatif de -7** en 2013.

Le nombre minimal pour la gériatrie n'est par ailleurs jamais atteint, et le déficit tend à s'accroître d'une unité par an.

**TABLEAU : LA REALISATION DU CONTINGEMENT DES MEDECINS EN COMMUNAUTE FLAMANDE: APERÇU GLOBAL**

Communauté flamande														
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	
			Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé	
Nombres maximums (art. 3)	N	454		454		454		454		534		585		
	O	374		458		553		597		660		699		
	Δ	-80	-319 (2)	4	-315	+99	(-216-153)=-369 (4)	+143	-226	+126	-100	+114	14	
Nombres minimums (art. 4)	Médecins généralistes	N	180		180		180		180		180		180	
		O	110		130		168		195		210		215	
		Δ	-70	-344 (3)	-50	-394	-12	-406	+15	-391	+30	-361	+35	-326
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	12		12		12		12		12		12	
		O	10		14		9		12		14		13	
		Δ	-2	-2	2	0	-3	-3	0	-3	+2	-1	1	0
	Médecine aiguë	N	6		6		12		12		12		12	
		O	8		6		8		6		8		13	
		Δ	2	+2	0	+2	-4	-2	-6	-8	-4	-12	1	-11
	Médecine d'urgence	N	3		3		6		6		6		6	
		O	7		6		9		5		19		19	
		Δ	4	+4	3	+7	+3	+10	-1	+9	+13	+22	13	35
	Gériatrie	N					12		12		12		12	
		O					2		1		0		0	
		Δ					-10		-10		-11		-21	

(1) N= contingent normé; O= contingent observé (**plans de stage introduits et approuvés**); Δ (delta) = la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-239).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-274).

(4) En 2010, on a appliqué la correction de (-153) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) ainsi que les médecins engagés par le ministère de la défense (exemption conforme à l'art.5, 5°) qui avaient été sélectionnés pendant la période 2004-2010. A partir de 2011, ces remplacements et exemptions sont intégrés dans le calcul du contingent observé (O).

(5) Source : RAPAN 2013, page 54

Dans le tableau précédent, vous constaterez que pour la communauté flamande par rapport au nombre minimum de gériatres fixé, on observe **un solde négatif de -45** en 2013.

Par ailleurs, depuis 2010, seuls 3 médecins ont déclaré se former en gériatrie dès l'introduction du premier plan de stage. Le nombre minimal pour la gériatrie n'est jamais atteint, et le déficit tend à s'accroître assez fortement.

Je vous rappelle qu'avec la 6<sup>ème</sup> réforme de l'état, le quota global reste fédéral, mais les communautés se sont vu attribué la compétence pour les sous-quotas. La Réforme est effective depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, mais étant donné les délais entre la publication des quotas et leur applicabilité, les prochains sous-quotas fixés ne seront d'application qu'en 2021.

Dans la mesure où il est préférable **de traiter globalement la question des spécialités médicales**, la commission de planification attend le résultat des scénarios d'évolution de la force de travail avant de se prononcer.

En effet ces scénarios se basent sur un modèle mathématique intégrant près de 40 paramètres et comprenant un volet offre et demande. Des scénarios seront réalisés pour

chaque spécialité. Il est plus prudent d'avoir une vision globale pour l'ensemble des spécialités avant de prendre des initiatives ponctuelles pour l'une ou l'autre, dans la mesure où la somme des sous-quotas que fixerait chaque communauté doit s'intégrer dans le quota global.

D'ici quelques mois et au plus tard pour fin juin 2016, les experts de la Commission de planification seront plus à même de se pencher sur base de données scientifiquement établies de la situation de chaque spécialité médicale.

## 2.

La composition de l'équipe médicale pour le programme de soins en gériatrie, est régulée par les articles 8-12 de l' « Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers ».

Il est clair que la présence (minimale) d'un médecin qualifiée (titre professionnel) en gériatrie au sein de l'équipe multidisciplinaire, est requise pour l'agrément du programme de soins gériatrie.

Ceci n'exclue pas la présence d'autres médecins qui renforcent l'équipe médicale. Par exemple une collaboration entre médecins spécialistes ou le cas échéant le support par des médecins agréés à exercer la médecine. La compétence de ces médecins déterminera leur champ d'action et la supervision nécessaire.

Récemment, le Conseil supérieur des médecins-spécialistes et des généralistes, a émis un avis au sujet de médecins qui disposent d'un diplôme de base (en médecine) mais qui n'ont pas acquis une qualification professionnelle et qui ne se trouvent pas en formation d'un plan de stage agréé. Le Conseil Supérieur a souligné qu'il ne peut d'agir d'une activité limitée et temporaire par exemple en attendant une formation professionnelle agréée.

Le Conseil Supérieur a annoncé au sujet de l'attractivité pour la formation en gériatrie, qu'un nouveau projet de critères d'agrément en médecine interne est en développement. Les six années de formation professionnelle commenceraient par un « tronc commun » de 3 ans. Pendant ces 3 années, chaque médecin spécialiste en formation de médecine interne obtiendrait une expérience en gériatrie. Le choix définitif de la sous-spécialité (cardiologue, pneumologue, gériatre ...) ne se ferait qu'après ce tronc commun. Cette nouvelle approche motivera sans doute les futurs spécialistes à s'orienter davantage vers la gériatrie. J'aimerais également rappeler que ces dernières années, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, ont été créées plusieurs prestations de nomenclature qui tendent spécifiquement à soutenir la gériatrie comme spécialité.

## 3.

Les données du *PlanCad Médecins 2004-2012 (voir supra)* et le suivi du contingentement dans le rapport annuel de la Commission de planification (*voir supra*) indiquent en effet que

la situation n'est pas plus favorable en Flandre, que du contraire, et d'autant plus que le taux de vieillissement de la population à soigner est plus important encore qu'en Wallonie et qu'à Bruxelles.

#### **4.**

Comme indiqué précédemment, nous devons attendre les scénarios d'évolutions de la force de travail de l'ensemble des spécialités médicales avant que les experts de la commission de planification ne puissent se prononcer sur base d'une connaissance objectivée de la situation actuelle et future.

La Commission de planification 2010-2015 s'est réunie ce 10 juillet afin de pouvoir reprendre les travaux dès la nouvelle année. L'administration continue ces travaux d'analyse afin de pouvoir s'atteler avec les experts à partir de l'automne 2015 à l'élaboration de ces scénarios. Il s'agit d'un travail de grande envergure, dont l'analyse par spécialité accroît encore l'ampleur.

Je vous rappelle également que les trois Communautés sont représentées au sein de la Commission de planification.

**De Minister,**

**La Ministre,**

**Maggie DE BLOCK**