

Une pratique médicale réduite à charge de l'assurance maladie n'est pas synonyme de pléthore médicale en Communauté française de Belgique

A medical reduced practice reimbursed by the sickness insurance is not synonymous with medical plethora in the French Community of Belgium

N. Benahmed et A. De Wever

Département d'Economie de la Santé, Ecole de Santé Publique, U.L.B.

RESUME

Objectif : Déterminer si une pratique médicale réduite à charge de l'assurance maladie est une preuve de pléthore médicale.

Schéma de l'étude : Etude d'observation descriptive transversale.

Population : Généralistes et spécialistes francophones interrogés en 2003 sur le territoire de la Communauté française à propos de leur volume d'activité réduit enregistré en 2000 par l'assurance maladie.

Méthode : L'ensemble des généralistes et des spécialistes francophones n'atteignant pas le seuil d'accréditation en 2000 ont été sélectionnés à partir des banques de données de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Un questionnaire leur a été transmis par voie postale via les services de l'INAMI. Le taux de réponses était de 44,0 % pour les médecins spécialistes et de 40,5 % pour les généralistes.

Résultats : En 2000, 47,7 % des généralistes francophones et 23,3 % des spécialistes francophones n'atteignaient pas le seuil donnant droit à l'accréditation de l'assurance maladie. Après enquête, seuls 5,5 % des généralistes et 5,7 % des spécialistes avaient réellement une activité réduite. Cette différence de proportion s'expliquait pour une grande part par le choix d'orientation professionnelle hors des soins pris en charge par l'assurance maladie et par une sous-déclaration des départs à l'étranger et à la retraite.

Conclusions : Les bases de données de l'INAMI sont les seules sources d'enregistrement de l'activité médicale individuelle. Leur utilisation en termes de planification des effectifs médicaux doit se faire avec des facteurs correctifs découlant de cette étude. Le seuil d'accréditation est un indicateur de la mise en évidence d'une orientation professionnelle hors du secteur de l'assurance maladie.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 21-6

ABSTRACT

Objective : To determine if a reduced medical practice reimbursed by the sickness insurance is a proof of medical plethora.

Enquiry design : Descriptive observation transverse design.

Population : The French-speaking general practitioners and specialists questioned in 2003 about their reduced activity volume recorded in 2000 by the National Institute of the Sickness - Disability insurance (INAMI) on the French Community territory.

Method : All French-speaking general practitioners and specialists, not reaching the accreditation activity level in 2000, were selected starting from databank of the INAMI. A questionnaire was transmitted to the physicians by mailing via the INAMI services. The answer rate was 44,0 % for the specialists and 40,5 % for the general practitioners.

Results : In 2000, 47,7 % of the French-speaking general practitioners and 23,3 % of the French-speaking specialists did not reach the activity level given the right to be accredited by the INAMI. After the enquiry, only 5,5 % of the general practitioners and 5,7 % of the specialists had really a reduced activity. It was explained for a great part by the choice of career guidance out of the INAMI system and under-declaration of foreign working and retirement.

Conclusions : The data bases of the INAMI are the only sources of individual medical activity recording. Their uses, in term of medical manpower planning, must be done with corrective factors issued from this study. The accreditation activity level is a good indicator to underline the activity out of the sickness insurance sector.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 21-6

Key words : medical workforce, medical oversupply, numerus clausus, medical manpower

INTRODUCTION

La densité médicale belge est une des plus importantes au monde. Avec 3,9 médecins par 1.000 habitants en 2003, la Belgique se trouvait en deuxième position selon le classement 2005 de l'OCDE^a après la Grèce qui comptait, la même année, 4,4 médecins par 1.000 habitants. Toujours selon la même source, la densité de médecins a triplé en 40 ans dans notre pays.

Fort de ce constat, le gouvernement belge a décidé en 1996^b de mettre en place des mesures de planification concernant l'octroi des numéros INAMI, indispensables à la pratique médicale curative susceptible d'être remboursée, pour les futurs praticiens de l'art de guérir. La nécessité d'une telle mesure reposait sur deux autres arguments, l'un d'ordre qualitatif, l'autre d'ordre économique. En effet, il fallait garantir à chaque dispensateur de soins une patientèle suffisamment dense pour lui permettre de voir un nombre adéquat de malades afin de ne pas altérer la qualité des soins qu'il prodigue. L'argument économique visait à endiguer la croissance ininterrompue des dépenses de santé. Pour cela, il fallait lutter contre le gaspillage mais plus encore contre la surconsommation abusive. Une densité médicale (trop) importante induirait une augmentation non justifiée des actes médicaux. Ce phénomène, dont l'existence est très discutée et très discutée dans la littérature internationale, s'appelle " la demande induite par l'offre "1-4.

Suite à ces observations, il fallait analyser plus en détail le calcul de la densité médicale. Selon le pays envisagé, la construction de cet indicateur montre une variabilité importante et reflète donc des réalités de terrain très différentes. En effet, alors que certains prennent en compte les médecins se consacrant à des tâches administratives, à la recherche ou encore à une activité industrielle, les autres les excluent du calcul de densité.

Nous avons voulu savoir quelle était la densité médicale en Communauté française se consacrant réellement à la pratique curative. Il existe, en Belgique 3 organismes principaux qui collectent des données sur les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins : l'Ordre des médecins, le Service Public Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement et l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Tous récoltent des données nécessaires à l'exécution des missions qui leur sont propres. Cependant, seul l'INAMI pouvait nous renseigner sur le volume d'activité de chaque médecin francophone.

METHODOLOGIE

Les médecins ayant une pratique réduite à charge de l'assurance maladie, ont été sélectionnés par le biais de l'administration de l'INAMI. Les critères d'éligibilité dans cette étude d'observation descriptive

transversale étaient le fait d'avoir eu une activité en 2000 inférieure au seuil d'accréditation^c en vigueur cette même année. Par simplification, ce groupe de médecins sera appelé " médecins à pratique réduite ". L'échantillon se composait de 3.422 généralistes francophones et de 2.244 spécialistes francophones.

Les résultats de l'étude ont nécessité un ajustement pour l'âge et le sexe étant donné que l'échantillon de répondants n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins sélectionnés pour l'enquête. Un ajustement des proportions observées a été effectué par la méthode de standardisation directe avec la structure d'âge et de sexe de l'échantillon des pratiques réduites nationales comme population de référence. Le test de Kruskal-Wallis et le test de Mann-Whitney ont été utilisés lors de la comparaison de médianes (Med). Celles-ci sont accompagnées du minimum et du maximum comme mesure de dispersion (Min - Max).

Des moyennes ont été calculées (X) et sont présentées avec leurs déviations standards (DS). Lors des comparaisons de moyennes, le test t a été utilisé. Les résultats de ces comparaisons comprennent la p valeur (p) ainsi que la différence entre les moyennes (Diff) et son intervalle de confiance à 95 % (IC_{95%}).

Les programmes utilisés pour le traitement des données étaient Excel®, Access® et SPSS 13.0®.

RESULTATS

Le taux de réponse de l'enquête concernant les pratiques réduites des généralistes était de 40,5 % (n = 1.374) et de 44,0 % (n = 988) pour les spécialistes. La proportion de femmes généralistes était de 48,9 %. Elles étaient statistiquement plus jeunes (p < 0,001) que leurs homologues masculins : 44,0 ans (28,0-80,0) *versus* 54,0 ans (24,0-81,0). Les femmes spécialistes représentaient 29,2 % des médecins participant à l'enquête. Une différence d'âge (p < 0,001) selon le sexe a également été constatée : 48,0 ans (31,0-80,0) *versus* 69,0 ans (30,0-81,0).

Après ajustement par l'âge et par le sexe, seuls 14,0 % des généralistes et 13,0 % des spécialistes interrogés sur base de leur profil INAMI avaient une activité réellement réduite et non justifiée par une situation socioprofessionnelle particulière (Tableau 1).

^a Ce classement concerne les données de densités médicales observées en 2003 et est disponible électroniquement : <http://www.oecd.org/dataoecd/14/43/35029236.xls> (dans sa version du 22/08/2005).

^b Loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales (MB du 30/04/1996) et Loi du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification. Offre médicale (MB du 29/08/1996).

^c Le seuil d'accréditation correspond à un seuil d'activité annuelle déterminé par la commission d'accréditation de l'INAMI. Un médecin accrédité reçoit des avantages financiers de la part de l'INAMI. Le seuil d'accréditation est spécifique à la discipline médicale pratiquée.

Tableau 1 : Relevé des situations socioprofessionnelles des médecins francophones dont l'activité annuelle était réduite (2000).

| Catégories | Généralistes | | | Spécialistes | | |
|------------------------------------|--------------|---------|----------|--------------|---------|----------|
| | n | TB* (%) | TA** (%) | n | TB* (%) | TA** (%) |
| Erreur de classification | 571 | 41,6 | | 619 | 62,6 | |
| - Médecins à l'étranger | 74 | | 10,3 | 86 | | 10,1 |
| - Médecins pensionnés | 233 | | 21,2 | 435 | | 31,6 |
| - Spécialisation erronée | 213 | | | 4 | | |
| - Diplômés en 2000 | 51 | | | 82 | | |
| - Système de facturation | | | | 12 | | |
| Activité médicale non INAMI | 525 | 38,2 | 30,5 | 211 | 21,3 | 19,9 |
| - Activité hospitalière | 71 | | 4,8 | | | |
| - Activité au forfait ou salariée | 94 | | 5,8 | 30 | | 2,9 |
| - Autres fonctions | 360 | | 19,9 | 179 | | 17,0 |
| Raisons médicales | 39 | 2,8 | 1,7 | 30 | 3,0 | 2,6 |
| Professions non médicales | 58 | 42 | 3,5 | 1 | 0,1 | 0,1 |
| Activité réduite réelle | 181 | 13,2 | 14,0 | 129 | 13,0 | 13,0 |
| | 1.374 | 100 | | 988 | 100 | |

* TB : taux brut ; ** TA : taux ajustés pour l'âge et le sexe.

Tableau 2 : Raisons de l'exode de la carrière INAMI (généralistes : n = 280 / spécialistes : n = 94).

| Raisons | Généralistes** | | Spécialistes | |
|--|----------------|---------|--------------|---------|
| | n | TF* (%) | n | TF* (%) |
| • Difficultés à se constituer une patientèle | 51 | 74,5 | 7 | 14,3 |
| • Importance de l'obstacle financier à l'installation | 14 | 85,7 | 4 | 50,0 |
| • Préférence pour une profession ou un type de médecine non pris en charge par l'assurance maladie | 239 | 61,5 | 83 | 30,1 |

* TF : Proportion de femmes ; ** Un généraliste a quitté la pratique au sein de l'assurance maladie pour des raisons financières, de patientèle et de préférence pour une carrière hors du système INAMI. Quatre généralistes ont éprouvé des difficultés pour se constituer une patientèle et surmonter l'obstacle financier lié à l'installation. La préférence pour une carrière hors du système INAMI et la difficulté de se constituer une patientèle ont été avancées par 13 généralistes. L'obstacle financier combiné à une orientation de carrière hors du système de soins pris en charge par l'assurance maladie sont les raisons cumulées évoquées par 5 généralistes. Le tableau reprend les totaux globaux. Les spécialistes n'ont pas, quant à eux, cumulé plusieurs causes à l'abandon partiel ou total de la carrière INAMI.

La grande majorité des médecins ont préféré une profession ou un type de médecine hors du secteur de l'assurance maladie (Tableau 2).

Parmi les médecins à pratique réduite non due à une erreur de classification, 55,3 % avaient une fonction non prise en charge par l'assurance maladie. Alors que la plupart d'entre eux n'exerçaient qu'un seul type de ces fonctions, certains en cumulaient plusieurs (Tableau 3).

La nature de ces fonctions est détaillée au Tableau 4.

Le temps nécessaire à ce type de pratique est présenté dans le Tableau 5. Une différence de temps

de travail, exprimée en heures, entre les sexes pour remplir ce type de pratique est observée tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

DISCUSSION

En Communauté française, les taux de généralistes et de spécialistes, n'atteignant pas le seuil d'accréditation en 2000, étaient respectivement de 47,4 % et de 27,2 % (en Flandre, ces taux étaient de 40,5 % et de 25,9 %). Suite à cette enquête, ces proportions peuvent être ramenées à 5,5 % pour les généralistes et 5,7 % pour les spécialistes. De la sorte, nous mettons en évidence une image réelle de la quantité de praticiens ayant une activité réellement réduite et non justifiée par une situation

Tableau 3 : Fréquence du nombre de fonctions non prises en charge par l'assurance maladie chez les médecins n'atteignant pas le seuil d'accréditation (2000).

| Nombre de fonctions non INAMI | n | Age médecin | Age Min - Max | TF* (%) |
|-------------------------------|------------|-------------|----------------|-------------|
| Généralistes | | | | |
| 1 | 295 | 44 | 29 – 79 | 59,3 |
| 2 | 117 | 46 | 30 – 61 | 64,1 |
| 3 | 30 | 48 | 33 – 71 | 76,7 |
| 4 | 7 | 46 | 42 – 63 | 57,1 |
| 5 | 3 | 46 | 38 – 52 | 0,0 |
| <i>Total</i> | <i>452</i> | <i>45</i> | <i>29 – 79</i> | <i>61,3</i> |
| Spécialistes | | | | |
| 1 | 16 | 55 | 31 – 81 | 36,0 |
| 2 | 52 | 54 | 35 – 80 | 36,5 |
| 3 | 20 | 56 | 43 – 73 | 30,0 |
| 4 | 7 | 57 | 44 – 79 | 42,9 |
| 6 | 1 | 54 | | 0,0 |
| <i>Total</i> | <i>196</i> | <i>54</i> | <i>34 – 81</i> | <i>35,6</i> |

* TF : Proportion de femmes.

socioprofessionnelle particulière (activité professionnelle extraterritoriale, départ à la retraite non enregistrés par l'administration de l'INAMI, etc.). La différence de pourcentage s'explique, également, par une orientation professionnelle vers des carrières médicales ne relevant pas de l'assurance maladie (exemples : médecine préventive, recherche, conseils auprès des mutualités, des assurances, etc.).

Pour des raisons évidentes de respect de la vie privée et donc dans un cadre strict d'anonymisation des données fournies par l'INAMI, la localisation géographique des médecins participant à l'étude ne nous a pas été communiquée. Sans cette information, l'hypothèse de pléthore et de pénurie locale, particulièrement en médecine générale, n'a pas été vérifiée.

La méthodologie particulière de sélection des médecins de cette étude soulève 2 questionnements. Premièrement, les médecins, dont l'activité était très légèrement supérieure au seuil d'accréditation, ont-ils les mêmes caractéristiques d'orientation professionnelle que les médecins inclus dans l'étude ou souffrent-ils plus d'un marché de l'emploi saturé ? Deuxièmement, les méthodes de sélection des études menées au nord du pays^{5,6} étaient très différentes et couvrent des sous-groupes particuliers de praticiens (exemple : les généralistes agréés) au contraire de cette étude qui a voulu être la plus exhaustive possible en prenant tous les médecins en considération. Les comparaisons des résultats des différentes études doivent être faites avec la plus grande prudence.

Tableau 4 : Analyse pondérée* d'activité hors INAMI des praticiens dont l'activité en 2000 était réduite.

| Secteur | Généralistes | Spécialistes |
|--|--------------|--------------|
| Administration (Ministère, Communauté ou membre d'une Commission, etc.) | 42,9 | 12,4 |
| Associatif | 11,6 | 6,3 |
| Médecin conseil de mutuelles ou d'assurances | 42,6 | 21,3 |
| Direction ou gestion hospitalière | 4,4 | 8,7 |
| Médecins inspecteurs de l'assurance maladie | 6,2 | 1,0 |
| Médecine légale | 5,1 | 12,5 |
| Médecine militaire | 23,3 | 2,6 |
| Organisation de la pratique dans les établissements de soins (médecins chef, qualité, gestion des données, etc.) | 22,4 | 15,9 |
| Médecine préventive | 65,9 | 20,8 |
| Pharmaceutique | 27,7 | 15,4 |
| Politique (député, membre de cabinet, etc.) | 4,8 | 1,3 |
| Recherche | 29 | 26,5 |
| Médecine sociale | 46,6 | 15,3 |
| Médecine scolaire | 14,1 | 1,9 |
| Enseignement supérieur (école d'infirmière, de kinésithérapeutes, etc.) | 27,8 | 10,6 |
| Médecine du travail | 25,9 | 2,8 |
| Médecine technique (laboratoire ou autres, Croix Rouge : centre de transfusion) | 35,6 | 1,9 |
| Enseignement universitaire | 15,7 | 18,1 |

* Lorsque certains médecins exerçaient plusieurs activités simultanément, ils contribuaient à l'effectif comptabilisé pour chacune de ces activités séparément, pour une fraction correspondant à l'inverse du nombre d'activités simultanées.

La définition de la pléthore médicale est un exercice difficile³. Cependant, l'analyse des mesures objectives de celle-ci⁷, menée en 2000 par le Pr Deliège (U.C.L.), l'avait conduite à rejeter la présence de pratiques faibles enregistrées à l'INAMI, arguant, à juste titre, que, dans de nombreux cas, les pratiques apparemment faibles reflètent des situations parfaitement normales : début ou fin de carrière pendant l'année d'observation, médecins prodiguant des soins sans attestation (tels que les maisons médicales, les centres avec convention spéciale avec l'INAMI, candidats spécialistes dont les prestations sont signées par des maîtres de stage, médecins exerçant des fonctions médicales non curatives, etc.). Pourtant, l'INAMI est l'unique source d'enregistrement objectif de

Tableau 5 : Différence de force de travail selon le sexe dans le cadre de l'exécution des fonctions non prises en charge par l'assurance maladie chez les praticiens dont l'activité est inférieure au seuil d'accréditation (2000).

| | | <i>n</i> | \bar{x} | (<i>DS</i>) | <i>Diff</i> | [<i>IC</i> _{95%}] | <i>P</i> |
|-------------------------|---|----------|-----------|---------------|-------------|------------------------------|----------|
| Généralistes | | | | | | | |
| Jours / semaine | | | | | | | 0,001 |
| Sexe | F | 231 | 4,7 | 0,9 | 0,3 | 0,1 à 0,5 | |
| | M | 142 | 5,0 | 1,0 | | | |
| Heures / semaine | | | | | | | < 0,001 |
| Sexe | F | 215 | 32,7 | 14,1 | 11,0 | 8,1 à 14,0 | |
| | M | 135 | 43,7 | 12,6 | | | |
| Spécialistes | | | | | | | |
| Jours / semaine | | | | | | | 0,643 |
| Sexe | F | 62 | 4,9 | 0,9 | 0,1 | - 0,3 à 0,5 | |
| | M | 112 | 4,8 | 1,3 | | | |
| Heures / semaine | | | | | | | 0,010 |
| Sexe | F | 58 | 34,7 | 11,4 | 6,3 | 1,5 à 11,5 | |
| | M | 103 | 41,1 | 19,5 | | | |

l'activité médicale en Belgique. L'étude présentée ici permet donc de pallier l'inconvénient mis en avant ci-dessus. De plus, en 2004, le Service Public Fédéral de la Santé Publique estimait le nombre de docteurs en médecine sans numéro INAMI à 2.634 pour la Belgique⁸. L'équation 1 diplômé = 1 ETP soignant n'est donc pas rencontrée car le volume et la nature de l'activité professionnelle varient en fonction de l'âge ou du sexe envisagés.

CONCLUSION

En Belgique, toute prestation médicale faisant l'objet d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire est enregistrée par prestataire dans les banques de données de l'INAMI. Ceci permet de pouvoir étudier avec précision l'activité médicale annuelle de chaque médecin quelle que soit la discipline qu'il pratique. Cette étude propose d'analyser la carrière professionnelle des médecins n'atteignant pas le seuil d'accréditation particulier à leurs disciplines en 2000. Il ressort de cette enquête que la très grande majorité des médecins interrogés couvrent des secteurs d'activité hors du circuit de l'assurance maladie ou se trouvent dans une situation socioprofessionnelle particulière non prise en compte dans les bases de données de l'INAMI. Ces médecins peuvent d'être qualifiés de " faux actifs " pour l'assurance maladie. Les " faux actifs " doivent impérativement faire l'objet d'un relevé exhaustif pour ne pas être erronément inclus dans la population médicale active dans le secteur curatif. Pour ce faire, les données enregistrées

à l'INAMI pourraient être croisées aux informations contenues dans le cadastre des professionnels de soins de santé institué par la loi du 29 janvier 2003 (MB 26/02/2003). La population médicale, vieillissant par effet mécanique de l'explosion du nombre de diplômés dans les années '70 et '80, pourrait dans un avenir proche gonfler la catégorie de " faux actifs " ce qui induirait un contingentement de la profession trop sévère et ne pouvant faire face à une demande croissante dans l'avenir⁹.

Si ces praticiens sont défalqués du nombre de médecins actifs en Communauté française de Belgique, la densité médicale de sud du pays est de 3,06 par 1.000 habitants. Ceci place la Communauté française au 15^{ème} rang du classement de l'OCDE et non à la deuxième place comme l'analyse brute des chiffres des diplômés en médecine pouvait le faire penser. Ceci place la Communauté française de Belgique derrière la France et les Pays-Bas. Cependant, la démographie médicale de ces deux pays montre un déficit de dispensateurs de soins pour assurer le fonctionnement de leurs systèmes de santé. Malgré une augmentation des quotas de formation des futurs médecins, ils mettront plusieurs années à rattraper une politique trop sévère de contrôle des effectifs médicaux¹. Ceci ne sera pas sans impact sur la Belgique, les jeunes spécialistes étant de plus en plus attirés par des conditions de travail transfrontalières très rémunératrices. Les spécialistes flamands aideront de la sorte les Pays-Bas à résorber les listes d'attente néerlandaises, tandis que les spécialistes francophones

lutteraient contre le phénomène d'« héliotropisme » touchant les spécialistes français à la recherche d'un cadre de vie agréable offert par les côtes méditerranéennes.

Toute décision de contrôle des effectifs médicaux doit impérativement s'accompagner de réflexions sur la définition des objectifs d'organisation de soins de santé pouvant être développés en tenant compte des contraintes budgétaires des soins de santé et des moyens dévolus à la formation des praticiens de l'art de guérir. La définition des objectifs de santé à long terme est un préalable incontournable pour définir de manière *ad hoc* les besoins en force de travail médical. Nous citerons pêle-mêle la volonté de réduction du parc hospitalier belge, le développement de l'hospitalisation de jour, la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes à domicile. Tout ceci n'est pas sans conséquences sur les effectifs médicaux à former à l'avenir et la détermination de quotas particuliers par disciplines médicales.

La décision de la mise en place d'un *numerus clausus* en Belgique a été prise, il y a 10 ans, en 1996. Malgré ce long laps de temps, la population médicale active dans le cadre des soins curatifs et sa répartition sur le territoire belge ne sont toujours pas connues avec précision. Il paraît dès lors difficile d'en extrapoler les besoins de remplacement des effectifs. L'intégration des objectifs de la politique de santé n'a pas non plus été prise en compte. Si les effectifs formés ne sont pas assez nombreux, le risque de devoir faire appel à de la main d'œuvre médicale étrangère n'est pas nul. Certains hôpitaux ont déjà envisagé de recourir à des médecins étrangers en cours de spécialisation afin de palier la diminution des effectifs suite à la politique de planification des effectifs médicaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Majnoni d'Intignano B : Economie de la santé. Paris, Presses Universitaires de France, 2001 : 225-8
2. Evans R : Supplier-induced demand : some empirical evidence and implications in The Economics of Health and medical care. London, Macmillan, 1974
3. Béjean S : L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire : quelques évidences empiriques issues du contexte français. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale, 1997 ; 3-4 : 25-30
4. Rochaix L, Jacobzone S : La validation empirique de l'hypothèse de la demande induite : la quête du Graal ? Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale, 1997 ; 3-4 : 35
5. Bogaert K, De Prins L, De Maesener J : Women - Men Power Planning in de huisartsgeneeskunde in België Scenario voor 2010 en 2020. Gent, Universiteit Gent, 1999
6. Anthierens S, De Vos N, De Maeseneer J : Inventaris van de actuele activiteiten van de " algemeen geneeskundigen " met het RIZIV - nummer 001 - 002 en de huisartsen met RIZIV - nummer 003 - 004, die niet geaccrediteerd zijn. Gent, Universiteit Gent, 2002
7. Deliège D : Les médecins aujourd'hui et demain. Pléthore ou pénurie ?, 2000 (<http://www.absym.be/nc1.html>)
8. Claes V : Vers un statut pour les " faux " MG. Le Journal du médecin, 2005 ; 1648 : 2
9. Back P, Einhorn M : Les MG victimes d'un effet " Emergency Room " ?, Le Journal du médecin, 2004

Correspondance et tirés à part :

N. BENAHMED
Ecole de Santé Publique, U.L.B.
Département d'Economie de la Santé
Route de Lennik 806
1070 Bruxelles

Travail reçu le 24 octobre 2005 ; accepté dans sa version définitive le 24 avril 2006.