

médecine/sciences 1995 ; 11 : 1333-8

Médecins et médecines : croissance et enjeux politiques pour l'avenir

La croissance du corps médical et ses conséquences sur l'emploi des jeunes et la qualité des soins posent des problèmes d'ordre scientifique et d'ordre politique. Nous en présentons ci-dessous une description succincte, sans entrer dans tous les détails méthodologiques qui y ont conduit.

Les faits, les critères et un modèle prévisionnel

• Croissance rapide – densités impressionnantes

La pléthore de l'offre médicale suscite des craintes dans tous les continents, et ce dans des contextes organisationnels et de démographie médicale très divers [1-3]. La Belgique n'y échappe pas.

Le corps médical a doublé en moins de vingt ans. Cette croissance rapide a suivi une expansion lente et continue que l'on peut observer depuis le début du siècle (*figure 1*). En 1992, on comptait un médecin de 75 ans et moins pour 283 habitants. Même en s'en tenant aux seuls médecins actifs, ce nombre tombait à 143 par médecin actif dans la région bruxelloise. Ces rapports ne peuvent être assimilés à une « clientèle moyenne ». Celle-ci ne peut être calculée qu'en défalquant tant les activités de prévention, d'enseignement, de recherche et d'administration que les « inactifs » (c'est-à-dire les diplômés légaux n'exerçant pas de fonction dans le secteur de la santé ou n'en exerçant plus ou partis à l'étranger). Ce faisant, la clientèle

moyenne d'un généraliste actif en soins curatifs était, en 1992, inférieure à 900 ; pour les spécialistes, le rapport médecin/habitants était descendu à 1/862. Encore s'agit-il d'une clientèle potentielle, incluant tous les habitants et non pas la seule fraction qui consulte pour une spécialité donnée.

La physionomie du corps médical s'est aussi profondément modifiée : il s'est féminisé, il s'est ouvert à l'étranger, il souffre de signes objectifs de pléthore.

• Féminisation et ouverture à l'étranger

Parmi les médecins actifs, seuls 10 % étaient des femmes en 1975 ; vingt ans plus tard, cette proportion atteint 55 % parmi les étudiants belges de première année en médecine. Or, des études antérieures montrent qu'elles veulent pratiquer leur métier, même si leur budget-temps est plus léger que celui de leurs confrères. Vers 1970 par exemple, elles travaillaient 45 heures au lieu de 60 heures pour les médecins masculins [4]. Depuis, le temps moyen a chuté, mais l'écart semble persister. En 1991, leur taux d'inactivité est à peine supérieur à celui des hommes : 13 % en moyenne contre 12 % ; il en va de même pour les jeunes : 11 % contre 10 % parmi les 31-40 ans.

Le diplôme « légal » (permettant d'exercer) n'est plus réservé aux médecins du pays : les étrangers forment 12,5 % des effectifs d'étudiants depuis 1985. Leur taux de réussite a

nettement progressé et nombreux sont désormais ceux qui s'installent en Belgique.

• Indicateurs de pléthore

Une densité médicale élevée n'est pas nécessairement signe de pléthore. Depuis des décennies, les Cassandre brandissent fréquemment le spectre de la pléthore, alors que le supplément d'offre fut régulièrement résorbé. Nul ne sait si on a atteint désormais un seuil absolu de saturation ou si (dans quelques années ?) l'équilibre pourra à nouveau s'établir à ce niveau d'offre très élevé ; on remarque, en effet, que la perception d'un surplus semble façonnée par l'histoire, la structure des soins médicaux et le contexte organisationnel et financier [5]. A ce jour, les échos des difficultés d'installation des jeunes médecins se font plus nets ; on assiste à un déséquilibre entre offre et demande. Deux indicateurs objectifs de pléthore permettent d'en évaluer l'ampleur : l'excès d'inactifs et le chômage latent.

L'excès d'inactifs. Parmi les diplômés, certains s'abstiennent de pratiquer dans le secteur de la santé ou s'expatrient. Nous les appelons « inactifs ». Avant 65 ans, on considère que 5 % d'inactivité est normal. Au-delà de ce seuil, la pléthore se manifeste. En 1991, le taux d'inactivité atteignait 12 % chez les généralistes et 7,4 % chez les spécialistes, alors que, en 1980, le taux d'inactivité était encore « normal » : 4 % à 5 % avant 65 ans. Le trop-plein par rapport au seuil de 5 % évoqué cor-

respondait respectivement à 1 127 et 327 équivalents temps-plein.

Le chômage latent. L'indicateur se fonde sur la « production moyenne par semaine de travail », comme suit : (1) consultations et visites par habitant ; celles observées dans le régime général sont extrapolées à la population non couverte pour ce risque ; (2) division par les praticiens actifs en soins curatifs (en équivalents temps-plein) ; (3) division par 48 (nombre habituel de semaines de travail par an).

Cet indicateur doit être confronté à la « norme de travail normal », selon la façon de travailler habituelle au pays. Une consultation auprès des centres universitaires de médecine générale est en cours pour définir cette norme. Au cours des années 1980, nous l'avions estimée, pour les généralistes belges, à 97 (travail « à l'aise ») à 130 (travail « intense ») contacts « par semaine »*. Du côté francophone, la charge de travail hebdomadaire était déjà inférieure à la norme de travail « à l'aise ». A l'époque, le chômage latent était dès lors estimé à 5 % à 10 % en équivalents temps-plein. Le chômage latent touche les praticiens de façon inégale, cinglant de plein fouet les plus jeunes, qui s'insèrent péniblement sur le marché, et frappant plus durement les praticiens bruxellois, particulièrement nombreux.

Pour les spécialistes, le nombre de consultations hebdomadaires atteignait 45 en 1974, 42 au début des années 1980 et était tombé à 34,5 en 1990, soit une chute de 23 % en quelque quinze ans. Mais, en l'absence d'une norme analogue à celle établie pour les généralistes, ce nombre est difficilement interprétable. En outre, il ne rend pas compte de l'ensemble du travail fourni par les praticiens sous d'autres formes : soins spéciaux, chirurgie,

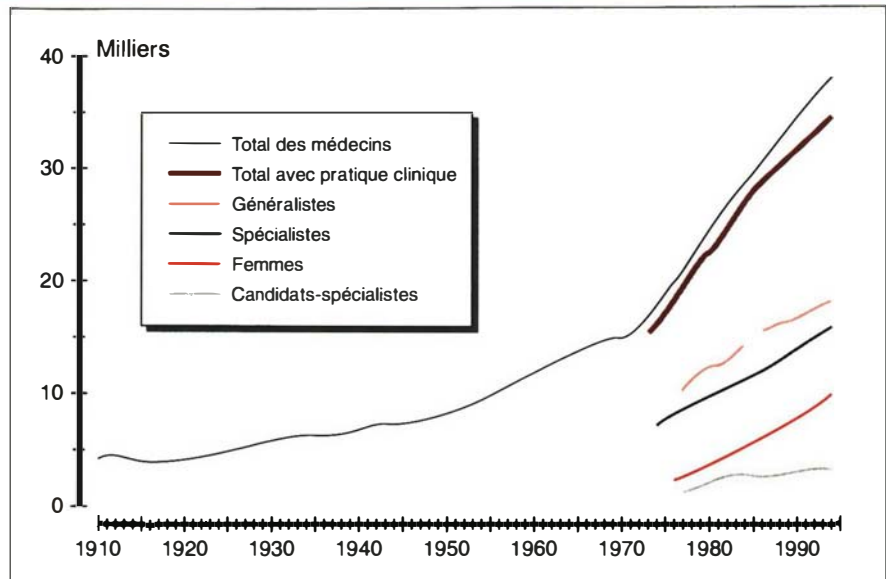


Figure 1. *Croissance du corps médical en Belgique.*

accouchements... Pour les spécialités se partageant entre consultations et actes hospitaliers, peut-on estimer que le temps à consacrer aux consultations devrait être d'une quinzaine d'heures par semaine ? Si l'accord se faisait sur cette norme, trente séances hebdomadaires d'une durée moyenne d'une demi-heure deviendrait dès lors un seuil critique, en dessous duquel on pourrait craindre un certain chômage latent.

• **Comment les jeunes s'adaptent-ils ?**

Que deviennent les jeunes diplômés qui renoncent à la pratique curative. Trouvent-ils une occupation à la mesure de leurs talents ? Certains d'entre eux trouvent une occupation en relation avec leurs compétences, d'une part, dans la prévention collective et, d'autre part, dans l'enseignement, la recherche et l'administration d'institutions publiques ou privées en relation avec la santé. Les fonctions qu'ils occupent sont importantes pour la promotion de la santé publique. Le développement de ces activités nécessite-t-il des effectifs plus importants ? De nom-

breux débouchés s'offrent-ils aux futurs diplômés dans ce secteur ? Avant de conclure, il semble opportun de dresser un tableau de la situation existante et de son évolution récente. Le *Tableau 1* présente pour 1992 la répartition par secteur de l'activité des médecins en Belgique. Un dixième de l'activité totale des médecins se déploie dans le secteur non curatif. Ce taux résulte du rapport entre l'activité dans ce secteur et le total des actifs, rapport calculé en équivalents temps-plein (ETP). La proportion de médecins qui exercent l'une ou l'autre de ces activités (outre une activité curative éventuelle) est plus importante : 16,5 %. Ce sont les généralistes qui s'y adonnent le plus : 16 % de leur activité globale y sont consacrés et 22 % y participent, contre 7,5 % de l'activité et 15 % des praticiens parmi les spécialistes. L'activité préventive prime chez les généralistes : 1 433 sur 2 346 ETP non curatifs, soit 61 %. Chez les spécialistes, à l'inverse, l'enseignement et la recherche (514 ETP) donnent au secteur ERA (enseignement, recherche, administration) une place plus importante : 629

* Pour 40 à 45 heures de travail hebdomadaire, dont 36 à 40 consacrées aux soins curatifs (valeurs estimées) ; 49 % à 57 % de visites à domicile (observé) 20 minutes pour une consultation de « qualité », 24 pour une visite à domicile (norme proposée) [6].

Tableau I				
ACTIVITÉS CURATIVES ET NON CURATIVES DES MÉDECINS < 75 ANS (1992)				
	Généralistes	Spécialistes	Total	Résumé
Secteur curatif	11 410	11 672	26 975**	26 975**
Médecine du travail	664	31	695	
Médecine scolaire et sportive	120	19	139	
Surveillance nourrissons	549	253	802	
Croix Rouge	22	10	32	
Prévention cancer	10	5	15	
Prévention tuberculose	42	14	56	
Prévention autre	26	6	32	
Total prévention	1 433	338	1 771	
Recherche	166	203	369	
Enseignement	96	311	407	
Administration publique	359	48	407	
Administration privée	139	45	184	
Administration d'hôpitaux	5	12	17	
Formation complémentaire	22	0	22	
Informatique médicale	5	1	6	
Sous-total administration	530	106	636	
ERA autre	35	9	44	
Total ERA*	827	629	1 456	
Non curatif indéterminé	86	15	101	
Total non curatif				
En équivalent temps-plein (ETP)	2 346	982	3 328	3 328
En nombre de médecins participants	3 208	2 057	5 265	
Activité indéterminée	1 017	666	1 683	1 683
Total actifs	14 773	13 320	31 986	31 986
% non curatif/actifs				
En ETP	15,88	7,37	10,40	
En nombre de médecins	21,72	15,44	16,46	

* ERA : enseignement, recherche, administration.

** Y compris les candidats-spécialistes : 3 893 en 1992, lesquels n'ont pas été inclus parmi les médecins en formation complémentaire.

sur 982 ETP non curatifs, soit 64 % (Tableau I).

L'évolution du secteur non curatif est considérable, plus importante encore que celle du corps médical dans son ensemble. En dix ans, les effectifs de médecins actifs ont enregistré une croissance de 31 %, mais celle du secteur non curatif atteint 89 % : 93 % chez les généralistes et 80 % parmi les spécialistes (Tableau II). Les diplômés ont donc déjà investi nombre de débouchés qui se présentaient dans ces différents domaines (Tableau II).

Peut-on attendre un développement au même rythme, voire plus vite encore, de façon à pouvoir absorber

une fraction des futurs diplômés ? Dans le domaine des prévisions, une particulière prudence s'impose. Il nous paraît dangereux de tabler sur une augmentation égale à celle connue au cours de la décennie précédente. En effet, si l'on se reporte au début des années 1980, les organismes s'occupant de prévention ou de santé publique recrutaient difficilement des médecins pour les postes prévus pour l'encadrement. Ce n'est plus le cas actuellement : lorsqu'un poste s'ouvre, les candidats sont nombreux. Toutes les places vacantes ont été occupées. Une croissance supplémentaire nécessite donc la création de fonctions nou-

velles, assorties d'un financement nouveau. D'aucuns verraient volontiers les médecins investir de nouveaux secteurs, comme celui de l'aide sociale. Il est vrai que la marginalisation d'une fraction croissante de la population crée des demandes et des besoins nouveaux auxquels diverses organisations s'efforcent de répondre. Il ne faudrait pas aller au-delà. S'il est certes souhaitable que les médecins répondent aux besoins sociaux qu'ils rencontrent par une orientation éclairée, il serait anti-économique et peu efficace que l'action sociale se déploie prioritairement dans une perspective médicale. A cette problématique, il convient d'associer le travail des médecins hors frontières, qu'il s'agisse d'expertise, d'aide humanitaire urgente, de projets de développement intégré ou de coopération à la formation de personnels de santé dans le tiers monde. Si les besoins en ce domaine sont considérables, il n'est pas évident que les maigres ressources que reçoivent ou dont disposent ces pays soient utilisées au mieux en faisant appel à du personnel médical étranger. On peut remarquer que le nombre de médecins belges travaillant à l'étranger, que ce soit dans le tiers monde ou dans des pays industrialisés, est relativement modeste : 892. Parmi eux, la proportion de jeunes est plus importante que parmi l'ensemble des médecins actifs (48 % pour les diplômés des dix dernières années contre 40 %). Mais cette différence tient en partie au fait que le travail de coopérant dans le tiers monde s'effectue plus souvent en début de carrière.

Sur la base de ces données concernant le secteur non curatif en Belgique et sur les possibilités d'exercice de la médecine hors de nos frontières, il serait raisonnable de ne prévoir qu'une croissance limitée des débouchés afférents, donc incapable d'absorber les diplômés qui ne trouveront pas place dans le secteur curatif au cours des prochaines années.

• **Existe-t-il des critères et des normes de besoins ?**

Pour éclairer d'éventuelles décisions en matière de *numerus clausus*, on

peut fournir aux décideurs un certain nombre de pistes de réflexion. Une politique de *numerus clausus* doit se garder de soigner le seul « symptôme » (c'est-à-dire la pléthore actuelle); le diagnostic doit être plus précis et examiner les perspectives du marché à 7-13 ans, c'est-à-dire au moment où sortiront les promotions de futurs médecins, généralistes puis spécialistes. Selon les experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la réflexion doit se porter sur l'offre probable en l'absence de politiques incitatives et, les besoins les plus probables. Ces deux points font partie d'un processus qui, selon les auteurs, comprend dix étapes [7]. A défaut, les décisions risquent de scléroser une norme arbitraire pouvant conduire à des pénuries ou de résulter du pouvoir de négociation des parties en présence, comme cela semble être le cas en France par exemple [8], ou, enfin, de dépendre seulement des capacités de formation des universités, comme c'est le cas en Allemagne depuis que les tribunaux ont successivement refusé les tentatives de limiter le nombre d'étudiants en médecine, puis le nombre de médecins exerçant [9].

Le modèle que nous proposons pour estimer le nombre requis de diplômés se présente comme suit [10] :

$$ND_{t-5}^i = (BA_t - MA_{t-5} + RS_{t-5}^i) \times CI \text{ et } EA_{t-5} = (ND_{t-5} / 5) / TP_{t-5}^i$$

où t = terme de la perspective,

ND_{t-5}^i nouveaux diplômés attendus (selon divers scénarios) entre l'année « $t-5$ » (terme de la perspective moins 5 ans) et l'année « t » (terme de la perspective),

BA_t = total de diplômés actifs requis à l'année t (= « besoins » d'actifs) ;

MA_{t-5} = effectifs de médecins actifs à l'année $t-5$ (terme de la perspective moins 5 ans),

RS_{t-5}^i = remplacement des sorties « normales » entre les années $t-5$ et t ;

CI = coefficient d'inactivité « normale » = 1,053.

et (les calculs s'opérant par période quinquennale) :

EA_{t-5} = étudiants à admettre l'an ($t-y$), y variant selon le niveau d'études où s'opère la sélection ;

TP_{t-5}^i = taux de passage entre le niveau d'études fixé pour le *numerus*

Tableau II
ÉVOLUTION DU SECTEUR NON CURATIF DANS LE CORPS MÉDICAL :
1982-1992

	Généralistes	Spécialistes	Total
Total non curatif			
1982	1 213	545	1 758
1992	2 346	982	3 328
Indice de croissance, 1982 = 100	193	180	189
Total secteur curatif			
1982	9 007	9 026	21 337
1992	11 264	11 672	26 975
Indice de croissance, 1982 = 100	125	129	126
Total actifs			
1982	11 351	9 953	24 400*
1992	14 773	13 320	31 986
Indice de croissance, 1982 = 100	130	134	131
% non curatif/actifs			
1982	10,7	5,5	7,2
1992	15,9	7,4	10,4
Indice de croissance, 1982 = 100	149	135	144

* Y compris les candidats spécialistes, 3 096 en 1982 et 3 893 en 1992.

clausus et l'obtention d'un diplôme permettant d'exercer en Belgique.

Chacun des paramètres peut, à son tour, faire l'objet d'une estimation. Selon Pineault et Daveluy, quatre méthodes peuvent être utilisées pour estimer les ressources requises fondées, soit sur les besoins de santé, soit sur les objectifs de prestations, soit sur l'utilisation des services, soit issue de rapports ressources/population [11]. La première méthode estime les prestations sanitaires nécessaires ; la seconde, les prestations sanitaires à assurer (compte tenu des objectifs et priorités) ; la troisième les prestations qui seront utilisées (fonction des besoins et du prix de l'accessibilité) ; enfin, les rapports ressources/population comparent les situations à certaines normes ou à des objectifs considérés comme souhaitables.

Quant à nous, nous avons développé une approche fondée sur l'utilisation des services en tenant compte des éléments suivants : (1) pour calculer BA_t , le nombre de diplômés actifs requis à l'année, nous avons tenu compte de l'offre de médecins actifs diminuée du chômage latent,

de l'évolution des besoins, eux-mêmes fonction de l'accroissement de population, de l'accroissement de la demande (fondé sur les tendances de consommation), de l'évolution prévisible des postes disponibles, et de l'évolution de la durée du travail (en baisse continue dans notre société, y compris pour les médecins). En Allemagne par exemple, les médecins hospitaliers ont diminué leurs heures supplémentaires et leurs horaires de travail contractuels ont été modifiés [12]. (2) Pour calculer MA_{t-5} et RS_{t-5}^i , on calculera les nouveaux diplômés attendus d'ici l'année $t-5$ (étudiants x taux de passage), les survivants à l'aide des taux de survie parmi ces nouveaux diplômés et, parmi les effectifs de médecins, les actifs compte tenu de l'évolution probable de l'inactivité (accélération des retraites, observée en Belgique, contrairement à l'évolution en Allemagne).

Chacun de ces paramètres peut évoluer rapidement, de sorte que ce type d'exercice doit être répété régulièrement, si possible chaque année. Le travail devient particulièrement nécessaire lorsque les chan-

gements attendus sont importants. Ce sera notamment le cas au début du siècle prochain : il faudra alors tenir compte de l'amplification radicale des sorties à prévoir vers 2015, lorsque arriveront à la retraite les larges promotions de diplômés des années 1970 [13]. Un modèle informatisé permet de répéter ces perspectives aisément, en faisant varier les hypothèses si nécessaire ; on peut ainsi établir divers scénarios relatifs au nombre de nouveaux étudiants admissibles et examiner le résultat en termes d'effectifs dix à quinze ans plus tard.

Le problème est aussi politique

Si le travail académique permet de calculer des besoins et l'impact de divers scénarios relatifs au *numerus clausus*, la société globale et notamment les décideurs politiques tiennent compte d'une série d'autres arguments, de nature tantôt rationnelle, tantôt passionnelle, voire doctrinale.

- Une limitation à l'entrée des études de médecine n'est toujours pas instaurée en Belgique, les tenants du *numerus clausus* arguent : (1) des drames humains parmi les jeunes diplômés qui ne peuvent valoriser l'investissement de leurs études ; (2) du gaspillage des fonds publics consacrés à un enseignement universitaire non valorisé ; (3) des angoisses des jeunes praticiens installés qui ne peuvent joindre les deux bouts ; (4) des risques, pour la qualité des soins, résultant du manque de pratique d'un certain nombre de jeunes médecins ; (5) de la pression induite sur les dépenses financées par l'assurance maladie, dans la mesure où la concurrence pousse les médecins à accepter les attentes irrationnelles de leur clientèle et à surprescrire en conséquence ; (6) de la concurrence que les médecins peuvent exercer à l'égard de paramédicaux ou de gestionnaires dont ils accapareraient les fonctions, alors qu'ils n'y sont guère préparés ; (7) des risques de mesures restrictives qui pourraient réglementer l'installation, pouvant léser gravement les jeunes étudiants en fin de parcours

universitaire ; (8) du nouveau clignotant qui vient de s'allumer : l'accroissement du nombre d'étudiants en première candidature de médecine a repris, balayant ainsi l'espoir d'un rééquilibrage du marché que l'on pouvait escompter (à la condition d'une stabilisation des entrées en médecine) ; (9) du fait que les voies alternatives n'ont guère reçu un soutien financier important : la santé publique, la prévention, la recherche, la coopération au développement, ne peuvent guère espérer d'expansion, en raison des restrictions dans les budgets publics ; les voies nouvelles (informatique, journalisme...) n'offrent encore que des débouchés limités ; (10) de la difficulté, vu le grand nombre d'étudiants, de réformer les études de médecine en assurant une pédagogie active, permettant d'intégrer la complexité du vivant, du normal et du pathologique.

- Inversement, un certain nombre de groupes de pression font encore campagne contre le *numerus clausus*, avec les arguments suivants : (1) les difficultés d'insertion sur le marché sont actuellement tristement partagées par la plupart des orientations d'études ; instaurer un *numerus clausus* ne ferait que reporter vers d'autres formations la charge de la pléthore et du sous-emploi ; (2) le droit à la formation est considéré comme sacré ; il est difficile d'y toucher, face à des organisations d'étudiants très déterminés et souvent très sensibles sur ce point ; (3) la mesure serait antidémocratique, car favorisant les étudiants mieux armés sur le plan culturel, ce qui va souvent de pair avec une situation économique privilégiée ; (4) les critères de sélection risquent de ne tenir compte que des capacités de « bachotage » dans les matières scientifiques, sans égard pour les qualités humaines et relationnelles pourtant importantes pour l'exercice de la médecine ; (5) les universités, dont le financement dépend traditionnellement du nombre d'étudiants (à l'exception du moratoire de 1993-1994) ont peur de voir leurs moyens encore réduits, à une époque où, en francs constants, le financement par étudiant a déjà diminué de 25 % en dix ans.

- Un argument d'une validité douteuse est celui de la maîtrise des dépenses de santé. Pour beaucoup d'économistes, l'influence de l'offre sur la demande est un *credo* tabou. Cependant, en soins de santé, les études montrent que les interdépendances sont complexes [14-18] ; ainsi, la relation inverse est probablement tout aussi importante : l'évolution des connaissances, la multiplication des techniques et l'évolution culturelle poussent la demande vers le haut, laquelle appelle de nouveaux candidats vers un marché en expansion. Un rapport en préparation pour le congrès des économistes de langue flamande conclut que le facteur « offre » n'a probablement que peu de responsabilité sur l'accroissement des dépenses de santé [19]. En toute hypothèse, il ne faut pas espérer qu'en stoppant la croissance de l'offre, on arriverait à maîtriser actuellement la croissance des dépenses ; il existe en effet une forte tendance autonome à la croissance et un large réservoir d'offre capable d'absorber un surcroît de consommation.

- Même si les forces politiques acceptent une régulation de l'accès aux études, *a fortiori* si elles repoussent à nouveau le *numerus clausus*, quelques mesures seront nécessaires afin de pallier quelque peu les conséquences néfastes de l'imprévoyance. Pour les aînés, il faudrait établir les normes de *staff* hospitalier, de partage du travail, inciter à la retraite. Pour les jeunes, on pourrait instaurer un service civique temporaire, encourager le travail de groupe, créer et faire accepter des voies nouvelles. Pour tous, il faudrait multiplier les formations, par exemple dans le secteur de la gériatrie (comme branche de la médecine générale), accroître les possibilités du secteur non marchand, élaborer des codes de bonnes pratiques limitant, par exemple, le nombre d'actes annuels, notamment là où des normes de qualité peuvent faire l'objet d'un consensus.

- Enfin, l'information semble un adjuvant utile : elle permet de fonder la décision politique sur des bases plus sûres et d'orienter les

décisions individuelles. Dès le moment crucial du choix des études, une information devrait éclairer les jeunes sur la portée, voire les dangers de leur choix ; à l'issue des études de base, une information *ad hoc* peut éclairer le choix d'un lieu d'exercice et/ou celui d'une spécialité ; enfin, appliqués régulièrement, les modèles prévisionnels fournissent une base capitale pour la planification des personnels de santé (formulation des politiques, tactiques, programmation et mise en œuvre), lorsqu'ils s'insèrent dans un réel processus de gestion des personnels [20]. L'information ne doit pas se limiter aux chiffres. En y ajoutant des informations sur les types de fonction, les spécialisations, la formation continue, ou les évolutions du contexte de travail, elle peut aussi éclairer les aspects qualitatifs des tendances... [21].

Conclusions

La Belgique a pu préserver plus longtemps que ses voisins une liberté qui lui est chère, celle du libre choix des études pour tous. Cependant, toute liberté a ses limites, la liberté d'association ne couvre pas celle des malfaiteurs, la liberté de presse s'arrête au délit de presse, la liberté d'étudier aux frais de la société s'arrête là où l'investissement collectif ne peut produire que des chômeurs aigris. Le vrai problème n'est pas tant celui du choix des études que de l'intégration dans notre société. Une société qui n'intègre pas ses enfants se prépare des lendemains douloureux. C'est là probablement un des défis majeurs auxquels notre société devra faire face dans les prochaines années. La médecine n'y échappe pas, mais n'en a pas, hélas, non plus le monopole ■

RÉFÉRENCES

1. Bankowski Z, Mejia A. Health manpower out of balance : conflicts and prospects, XXth CIOMS Conference 7-12 September 1986, Acapulco, Mexico. Geneva, CIOMS, 1987 : 210.
2. Bankowski Z, Fülöp T. Health manpower out of balance : conflicts and prospects. Highlights of the Acapulco Conference, XXth CIOMS Conference Acapulco, Mexico. Geneva : CIOMS, 1987 : 104.
3. Barer ML, Stoddart GL. *Towards integrated medical resource policies for Canada*. University of British Columbia commissioned by the Canadian Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health 1991 ; HPRU 91.6D & 7D.
4. Deliège D, Leroy X. Le budget-temps du médecin belge d'aujourd'hui et dans l'avenir. Paris. *Cahiers de sociologie et de démographie médicale* 1979 ; XIX, 4 : 92-9.
5. Klein R. Medical manpower planning : dynamics without direction. *Health Policy* 1990 ; 15 : 247-51.
6. Deliège D. *Offre et besoins en médecins par région, 1985-2005*. UCL, 1987 : 61.
7. Hornby P, Ray DK, Shipp PJ, Hall TL. Guide pour la planification du personnel de santé. Genève : OMS, 1982 : 290.
8. Sandier S. Health policy measures regarding the distribution and professional activity of physicians in France. In : Barer ML, Stoddart GL, eds. *Towards integrated medical resource policies for Canada*. University of British Columbia, commissioned by the Canadian Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health 1991 ; HPRU 91.6D and 7D.
9. Ade CI, Henke KD. Medical manpower policies in the Federal Republic of Germany. In : Barer ML, Stoddart GL, eds. *Towards integrated medical resource policies for Canada*. University of British Columbia, commissioned by the Canadian Federal/Provincial/Territorial Deputy Minister of Health 1991 ; HPRU 91.6D and 7D.
10. Deliège D. Policies about medical human resources Belgium. In : Barer ML, Stoddart GL, eds. *Towards integrated medical resource policies for Canada*. University of British Columbia, commissioned by the Canadian Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health 1991 ; HPRU 91.6D & 7D, p. 23.
11. Pineault R, Daveluy C. *La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies*. Montréal : ARC ; 1986 : 480 : 361-8.
12. Ade CI, Henke KD. Medical manpower policies in the Federal Republic of Germany. In : Barer ML, Stoddart GL, eds. *Towards integrated medical resource policies for Canada*. University of British Columbia, commissioned by the Canadian Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health 1991 ; HPRU 91.6D & 7D.
13. Saugman P. Medical manpower in West Europe : towards a balance between supply and demand by the year 2000. In : *Medical manpower in Europe, from surplus to deficit ?* Collection of manuscripts, Permanent working group of European Junior Hospital doctors, Florence : 1991.
14. Leroy X. L'accès aux soins médicaux, Analyse régionale de l'offre et de la consommation, élaboration d'une politique visant à leur adéquation. Ministère de la Politique scientifique 1981 : 428(4A) et in : *Revue belge de Sécurité sociale*, 1982 ; 11-12 : 881-1030 ; 1983 ; 1 : 3-180.
15. Leroy X. Tome II, Analyse régionale de l'offre et de la consommation de la politique scientifique, Ministère 1982 : 197.
16. Leroy X. Tome III, Données régionales d'offre et de la consommation en 1976. UCL-SESA 1983 : 80.
17. Leroy X. Tome IV, Données régionales d'offre et de consommation en 1982, UCL-SESA 1987 : 13 + 112.
18. De Graeve D. Le marché des services médicaux. *Reflets et Perspectives de la vie économique, Bruxelles*, 1992, T XXI ; 2/3 : 157-62.
19. Kesteloot K, Marchand M. Hervormingsvoorstellen in de gezondheidszorg : een micro economische benadering. *Contribution au 22^e congrès scientifique des économistes flamands (VWGA). De sociale zekerheid verzekerd ?* Bruxelles 1995, sous presse.
20. Shipp PJ. Health personnel projections : the methods and their uses. *Report of a WHO project*, 1989.
21. Fülöp T, Roemer MI. Reviewing health manpower development, A method of improving national health systems. Geneva : WHO, *Public Health Papers* ; 1987 ; 83 : 138.

D. Deliège, X. Leroy

Professeurs de socio-économie de la santé à l'université catholique de Louvain. École de santé publique, clos Chapelle-aux-Champs 3041, B-1200 Bruxelles, Belgique.