



VISITES À DOMICILE ET CHARGE DE TRAVAIL : L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES BRUXELLOIS AVANT ET PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19



Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn
Brussel



Observatoire
de la Santé et du Social
Bruxelles

**VISITES À DOMICILE
ET CHARGE DE TRAVAIL :
L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES BRUXELLOIS
AVANT ET PENDANT
LA PANDÉMIE DE COVID-19**

Ce dossier est le fruit d'une collaboration entre l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB-FBHAV) et de Brusselse Huisartsenkring vzw (BHAK)

Auteurs :

Sarah MISSINNE
Dalia FELE
Gaëlle AMERIJCKX

Relecteurs :

Jonathan UNGER, Gaëlle AMERIJCKX, Dalia FELE, Olivier GILLIS

Remerciements :

Nous remercions chaleureusement la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB-FBHAV) et de Brusselse Huisartsenkring vzw (BHAK) qui nous ont aidés à collecter des données et qui nous ont apportés un éclairage précieux quant au monde du travail des médecins généralistes à Bruxelles.

Disclaimer :

Les auteurs sont responsables pour le contenu du rapport et les recommandations faites aux autorités publiques. Les experts externes ont été consultés durant différentes phases du projet pour une clarification substantive. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique.

Mise en page : Idealogy

Couverture : shutterstock.com

Traduction : Traduction interne (Direction Traduction d'Iriscare)

Numéro de Dépôt légal : D/2021/9334/57

Pour plus d'informations :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
Rue Belliard 71, boîte 1 – 1040 Bruxelles
Tél. : 02/552 01 89
observat@ccc.brussels
<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Sarah Missinne
Tél. : 02/552 01 17
smissinne@ggc.brussels

Pour citer cette publication :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022). Visites à domicile et charge de travail : l'expérience des médecins généralistes bruxellois avant et pendant la pandémie de Covid-19. Commission communautaire commune, Bruxelles.

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands

Table de matières

1.	Introduction	6
2.	Visites à domicile	7
2.1.	Situation en Belgique et à Bruxelles	7
2.2.	Différence entre une visite à domicile et une consultation	9
2.3.	Quand procéder à une visite à domicile ?	10
3.	La charge de travail des médecins généralistes	12
4.	L'épidémie de COVID-19 en Région bruxelloise	14
5.	Contexte général	15
5.1.	Profil démographique et socioéconomique des Bruxellois	15
5.2.	État de santé et recours aux soins des Bruxellois	17
5.3.	L'offre de soins à Bruxelles	17
6.	Objectifs de l'étude	20
7.	Méthodologie	21
8.	Aperçu des médecins généralistes participants	23
8.1.	Répartition selon l'âge et le sexe	23
8.2.	Type de pratique et mode de paiement	24
9.	Visites à domicile en Région bruxelloise	26
9.1.	Qui n'en pratique pas, et pourquoi ?	26
9.2.	Visites à domicile et en maisons de repos (et de soins)	26
9.3.	Mode de transport et durée du trajet pour une visite à domicile	27
9.4.	Durée des visites à domicile	28
9.5.	Avis sur les visites à domicile	29
10.	Estimation de sa propre charge de travail	31
10.1.	Nombre moyen d'heures de visites à domicile	31
10.2.	Nombre moyen d'heures de consultation	32
10.3.	Nombre total d'heures de contact avec les patients	33
10.4.	Autres activités professionnelles	34
10.5.	Volonté de travailler moins	35

11. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les médecins généralistes à Bruxelles	37
11.1. Report des soins	37
11.2. Interruption des activités, charge et pression de travail pendant l'épidémie de COVID-19	38
12. Conclusion	41
Références	44

01

Introduction

Au cœur des pratiques qui témoignent du rôle essentiel du médecin généraliste dans les soins de première ligne, les visites à domicile, qui constituent parfois la seule réponse possible à certaines situations, jouent un rôle central. Il est raisonnable de s'attendre à une croissance de la demande de visites à domicile, et ce car la tendance à la désinstitutionnalisation des soins concerne des groupes de plus en plus nombreux : population vieillissante entendant de plus en plus fréquemment vivre à domicile le plus longtemps possible, personnes ayant des problèmes de santé mentale, personnes handicapées, personnes sortant d'un séjour à l'hôpital, etc. Or, le nombre de visites à domicile diminue depuis des années en Europe (Efsthópoulou, 2016) et la Belgique ne déroge pas à cette tendance. Ce nombre va probablement poursuivre sa tendance à la baisse, car les visites à domicile sont aujourd'hui effectuées en grande partie par les médecins généralistes plus âgés. Cette génération, plus encline aux visites à domicile, prendra bientôt sa retraite et sera remplacée par une nouvelle génération de médecins qui, en moyenne, pratiquent moins ce type de démarche.

Le caractère problématique de cette diminution des visites à domicile n'est néanmoins pas encore attesté. En effet, dans d'autres pays, les visites à domicile sont (beaucoup) moins nombreuses qu'en Belgique (De Maeseneer, 1999; Boerma, 2001) et, en Belgique, de grandes différences existent entre médecins généralistes (Boerma, 2001) : ceci laisse à penser que certains des patients visités à domicile pourraient en réalité se rendre au cabinet médical (Boerma, 2001). Néanmoins, ceci n'est pas toujours possible, par exemple pour les patients âgés ou alités. En outre, les visites à domicile ont également leurs avantages, tels qu'une meilleure

compréhension de l'environnement du patient, une amélioration de la relation médecin-patient et des soins plus personnalisés (Van Royen, 2002, Boerma, 1994). La question est dès lors de savoir dans quelle mesure ces aspects seraient mis à mal si le généraliste réalisait moins de visites à domicile (moins souvent ou chez moins de personnes).

Afin de pouvoir cibler d'éventuelles mesures politiques appropriées, il est nécessaire de commencer par mieux comprendre la pratique des visites à domicile et de connaître l'opinion des médecins généralistes à ce sujet : c'est l'objet de ce rapport. Nous accorderons également une attention particulière à la santé mentale et à la charge de travail des médecins généralistes, qui sont souvent soumis à une forte pression. La charge de travail ne s'est par ailleurs pas améliorée depuis le début de la crise du corona.

En effet, cette crise sociosanitaire a profondément bouleversé la pratique des médecins généralistes. Notre étude repose sur une enquête réalisée juste avant la crise du COVID-19 (fin 2019 — début 2020) et peut être considérée comme une référence. Parallèlement, nous examinons, sur base de plusieurs autres sources de données, la façon dont la pratique des visites à domicile et la charge de travail des médecins généralistes ont évolué au cours de la première année de l'épidémie de coronavirus en 2020. Cette étude se concentre explicitement sur la situation de la Région de Bruxelles-Capitale : le contexte métropolitain est particulier et génère des défis supplémentaires, tels que la circulation et le stationnement souvent difficiles pour le médecin généraliste lors d'une visite à domicile, ou encore les conditions de vie difficiles de nombreux Bruxellois.

Visites à domicile

2.1. Situation en Belgique et à Bruxelles

Sur la base de l'échantillon permanent¹, nous estimons que le nombre de visites à domicile en Belgique a diminué en moyenne de 1 151 visites à domicile² pour 1 000 personnes³ en 2011 à 908 visites à domicile pour 1 000 personnes en 2019, soit une baisse de 21,2 %. La part des visites à domicile dans le nombre total de contacts avec le médecin généraliste⁴ a également baissé en Belgique, passant de 27,6 % des contacts en 2011 à 20,7 % en 2019. Néanmoins, la part de visites à domicile en Belgique reste bien plus élevée que, par exemple, aux Pays-Bas voisins, où elle représentait à peine 4 % de tous les contacts avec les médecins généralistes en 2018 (CBS, 2021). La Belgique est considérée comme un des pays dans le monde où ces visites à domicile sont les plus importantes en termes de part de contacts avec un médecin généraliste. (De Maeseneer, 1999; Boerma, 1994).

Ce sont surtout les patients âgés qui ont recours aux visites à domicile, notamment ceux de plus de 80 ans. Alors que 253 visites à domicile ont

été effectuées en moyenne pour 1 000 personnes de moins de 65 ans en 2019, on dénombre 1 614 visites à domicile pour 1 000 personnes de 65 à 79 ans, et encore 5 fois plus pour les personnes de 80 ans et plus, soit 7 609 visites à domicile pour 1 000 personnes en Belgique.

La part de visites à domicile varie toutefois fortement d'une région à l'autre et est la plus faible à Bruxelles. Le tableau 1 illustre le nombre de visites à domicile pour 1 000 personnes, ainsi que la part de visites à domicile dans le nombre total des contacts avec le généraliste. En 2019, la moyenne pour Bruxelles s'établit à 411 visites à domicile pour 1 000 personnes, contre plus du double en Flandre (900 pour 1 000 personnes) et encore davantage en Wallonie (1 080 visites à domicile pour 1 000 personnes). Il est vrai que la Région bruxelloise présente une structure d'âge plus jeune que les autres régions et que ce sont surtout les personnes âgées qui ont recours aux visites à domicile (fréquentes), mais ce constat ne peut expliquer à lui seul l'ensemble de la différence avec les autres régions. En effet, ce constat de plus faible recours aux visites à domicile a

1. L'échantillon permanent est un échantillon représentatif de la population pour laquelle les données de l'assurance obligatoire maladie et invalidité sont mises à disposition en vue d'une analyse par l'Agence intermutualiste (AIM). Il correspond à 1/40 e des bénéficiaires. Pour calculer les chiffres absolus, nous multiplions les chiffres obtenus par 40. Bien entendu, la prudence reste de mise puisqu'il s'agit d'un échantillon.

2. Sur la base des codes de nomenclature suivants : 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104510, 104532, 104554.

3. Il s'agit de tous les résidents qui ont droit à l'assurance maladie obligatoire belge et qui sont en règle avec celle-ci (les « bénéficiaires »), qu'ils vivent à domicile ou dans une maison de repos (MR) ou une maison de repos et de soins (MRS). À Bruxelles, cela représente, en 2019, 92,3 % de la population officielle du registre national, ce qui est très inférieur à la moyenne belge de 98,1 % (altas AIM, 2021). Les individus enregistrés auprès d'une maison médicale sont également exclus des analyses, car nous ne disposons pas pour eux d'informations sur le nombre de contacts (visites à domicile et consultations) avec le généraliste, si ce n'est leur inscription auprès d'une maison médicale.

4. Le nombre total de contacts est calculé en ajoutant aux visites à domicile, les consultations au cabinet (101010, 101032, 101076).

Tableau 1 : Évolution du nombre de visites à domicile pour 1 000 bénéficiaires*, du nombre total de contacts avec le médecin généraliste (MG) et de la part des visites à domicile dans ce total, par Région, période 2011-2019

	Région bruxelloise			Région flamande			Région wallonne		
	Nombre de visites à domicile pour 1 000 personnes	Nombre total de contacts avec un MG pour 1 000 personnes	% de visites à domicile	Nombre de visites à domicile pour 1 000 personnes	Nombre total de contacts avec un MG pour 1 000 personnes	% de visites à domicile	Nombre de visites à domicile pour 1 000 personnes	Nombre total de contacts avec un MG pour 1 000 personnes	% de visites à domicile
2019	411	2 734	15,0 %	900	4 805	18,7 %	1 080	4 149	26,0 %
2017	459	2 688	17,1 %	1 001	4 674	21,4 %	1 166	3 986	29,3 %
2015	513	2 637	19,5 %	1 095	4 630	23,6 %	1 289	4 027	32,0 %
2013	545	2 633	20,7 %	1 132	4 562	24,8 %	1 353	3 992	33,9 %
2011	565	2 672	21,2 %	1 124	4 503	25,0 %	1 383	4 018	34,4 %
Evolution 2019-2011	-27,2 %	+2,3 %	-28,9 %	-19,9 %	+6,7 %	-25,0 %	-21,9 %	3,3 %	-25,0 %

* Il s'agit des personnes qui ont droit à l'assurance maladie obligatoire belge et qui sont en règle avec celle-ci, mais qui ne sont pas inscrites dans une maison médicale.

Source : Échantillon permanent, 2011-2019; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Bruxelles est valable pour toutes les catégories d'âge⁵ et s'applique également aux consultations au cabinet du médecin généraliste, qui sont donc également moins fréquentes à Bruxelles que dans le reste du pays. Les facteurs explicatifs de ces différences tiennent au fait que de nombreux Bruxellois reportent les soins pour des raisons socioéconomiques et n'ont pas de médecin généraliste attiré. Par ailleurs, l'offre étendue de spécialistes et de services d'urgence dans la Région bruxelloise joue un rôle (voir plus loin), tout comme le fait que l'accessibilité spatiale (proximité spatiale ou desserte en transports publics) des institutions de soins de santé y soit meilleure.

En Région bruxelloise, le nombre de visites à domicile pour 1 000 personnes a diminué de 27,2 % entre 2011 et 2019. Il s'agit d'une baisse plus importante qu'en Wallonie (-21,9 %) et encore plus importante que celle observée en Flandre (-19,9 %). Le nombre de consultations en cabinet pour 1 000 personnes a en revanche augmenté au cours de la période 2011-2019 dans les trois Régions (Bruxelles : +10,3 %; Flandre : +15,6 %; Wallonie : +16,5 %), si bien que le nombre total de contacts avec un médecin généraliste pour 1 000 personnes est resté relativement identique (Bruxelles : +2,3 % entre

2011 et 2019; Flandre : +6,7 %; Wallonie : +3,3 % respectivement). La proportion de visites à domicile dans le nombre total de contacts avec un généraliste a donc diminué de la même manière que le nombre de visites à domicile (voir la troisième colonne dans chaque cas). En résumé, les patients ont en moyenne presque le même nombre de contacts avec leur généraliste en 2019 qu'en 2011, mais ces contacts prennent de plus en plus fréquemment la forme d'une consultation en cabinet, et de moins en moins fréquemment la forme d'une visite à domicile.

Concentrons-nous un instant sur les plus de 80 ans, le groupe d'âge qui recourt le plus aux visites à domicile. Pour les plus de 80 ans (tableau 2), le nombre moyen de visites à domicile à Bruxelles est de 4 915 pour 1 000 personnes en 2019, ce qui est également nettement inférieur à la situation observée en Flandre (7 769 pour 1 000 en 2019) et en Wallonie (7 947 pour 1 000 en 2019). Néanmoins, la disparité entre les Régions pour les plus de 80 ans est moins importante que pour la population totale (tableau 1 ci-dessus). Il est également à noter que la baisse entre 2011 et 2019 du nombre de visites à domicile est moins prononcée chez les plus de 80 ans

5. Ceci est également confirmé par l'Enquête de santé. Sur la base de l'enquête de 2013, les différences régionales dans la part de visites à domicile ont été calculées après avoir pris en compte la structure d'âge et de sexe des Régions (Van der Heyden, 2015a).

Tableau 2 : Évolution du nombre de visites à domicile pour 1 000 bénéficiaires âgés de 80 ans ou plus*, du nombre total de contacts avec le médecin généraliste et de la part de visites à domicile dans ce total, par région, période 2011-2019

	Région bruxelloise			Région flamande			Région wallonne		
	Nombre pour 1 000 personnes âgées de 80 ans ou plus	Nombre total de contacts avec un MG pour 1 000 personnes	% de visites à domicile	Nombre pour 1 000 personnes âgées de 80 ans ou plus	Nombre total de contacts avec un MG pour 1 000 personnes	% de visites à domicile	Nombre pour 1 000 personnes âgées de 80 ans ou plus	Nombre total de contacts avec un MG pour 1 000 personnes	% de visites à domicile
2019	4 915	7 698	63,8 %	7 769	11 709	66,4 %	7 947	10 660	74,6 %
2017	5 326	7 975	66,8 %	8 419	12 114	69,5 %	8 270	10 699	77,3 %
2015	6 024	8 689	69,3 %	8 973	12 266	73,2 %	8 723	10 944	79,7 %
2013	5 969	8 606	69,4 %	8 736	11 777	74,2 %	8 546	10 603	80,6 %
2011	5 308	7 701	68,9 %	8 142	11 100	73,3 %	8 055	10 025	80,3 %
Évolution 2019-2011	-7,4 %	-0,04 %	-7,4 %	-4,6 %	+5,5 %	-9,5 %	-1,3 %	+6,4 %	-7,2 %

* Il s'agit des personnes qui ont droit à l'assurance maladie obligatoire belge et qui sont en règle avec celle-ci, mais qui ne sont pas inscrites dans une maison médicale.

Source : Échantillon permanent, 2011-2019; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

que dans le reste de la population, et ce dans les trois Régions. À Bruxelles, si le nombre de visites à domicile pour les patients de plus de 80 ans observé en 2019 est inférieur à celui observé en 2011, l'évolution entre ces deux dates n'est pas linéaire et on ne peut donc pas parler de réelle tendance à la baisse. En d'autres termes, c'est principalement chez les patients de moins de 80 ans qu'une forte diminution des visites à domicile est enregistrée. La part de visites à domicile dans le nombre total de contacts avec les patients n'a quant à elle pas tellement changé pour les plus de 80 ans. En 2011, 69 % des contacts avec un généraliste pour les plus de 80 ans à Bruxelles prenaient la forme de visites à domicile; en 2019, cette part était de 64 % des contacts. Ce qui correspond à une baisse de près de 7,4 % sur cette période.

2.2. Différence entre une visite à domicile et une consultation

Selon Theile notamment (2011), on distingue globalement trois types de visites à domicile : avec le premier type, c'est moins une indication médicale claire que la volonté de soutenir le patient ou de créer des interactions sociales qui motive le choix de la visite à domicile. Un deuxième type de visite à domicile est effectué pour les personnes qui ont manifestement besoin d'une aide médicale à do-

micile parce qu'elles sont atteintes d'une maladie chronique ou qu'elles ne peuvent pas se rendre au cabinet. Troisièmement, une visite urgente à domicile est demandée pour les affections aiguës, telles que la grippe, la grippe intestinale, la pneumonie...

En quoi une visite à domicile diffère-t-elle d'une consultation au cabinet ? Tout d'abord, dans le cas de la visite à domicile, le patient ne doit évidemment pas se déplacer. En particulier pour les patients à mobilité réduite, les personnes âgées et les patients gravement malades, un déplacement au cabinet médical peut être une tâche physiquement exigeante. En faisant venir le médecin à domicile, la prise en charge de ces personnes est garantie sans que le patient n'ait besoin de faire appel à quelqu'un pour le conduire au cabinet de consultation. Pour certaines personnes fortement dépendantes, comme les personnes atteintes de démence, les visites à domicile sont souvent la seule option envisageable. Les patients peuvent solliciter une visite à domicile pour de nombreuses autres raisons, telles que la difficulté à obtenir un rendez-vous au cabinet ou des temps d'attente trop longs, le risque d'infection ou simplement par souci de confort (Van Royen et al., 2002).

Une visite à domicile pouvant également créer une relation de confiance plus étroite entre le

patient et le médecin (Van Royen, 2002), les patients expliquent qu'il est plus facile de parler de sujets personnels dans un cadre qui leur est familier. Par ailleurs, le médecin, lors d'une visite, obtient un aperçu du contexte de vie psychosocial du patient (van Kempen, 2012). En outre, une visite à domicile peut fournir des informations supplémentaires qui n'auraient pas été abordées en consultation : le médecin peut par exemple en apprendre beaucoup sur les conditions de vie matérielles et physiques du patient, telles que l'insalubrité du logement, les nuisances sonores, l'inadaptation du logement à ses habitants (personnes âgées, personnes handicapées et jeunes enfants, par exemple) ou les situations d'insécurité (Observatoire de la Santé et du Social & médecins généralistes bruxellois, 2004).

Pour certains médecins, les visites à domicile sont source d'une grande satisfaction professionnelle. En outre, les visites à domicile peuvent mener à une meilleure coopération avec les autres prestataires de soins qui se rendent au domicile du patient (par exemple, les infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les aidants proches, etc.), ce qui leur permet de mieux coordonner les soins à domicile⁶ (Depuydt, 2017).

Les visites à domicile ont aussi leurs inconvénients. Pour le médecin tout d'abord, car les visites à domicile requièrent souvent plus de temps que les consultations au cabinet (puisqu'elles intègrent le temps de déplacement) ou car la sécurité du médecin est parfois moins garantie (Boerma, 2001). Pour le patient, le coût est plus élevé et la qualité des soins n'est pas toujours aussi élevée qu'attendu (Van Royen, 2002). L'identification d'un diagnostic et d'un traitement peut en effet être rendue difficile, par exemple par la présence d'autres personnes, un mauvais éclairage, le bruit ou l'absence du dossier médical du patient (Van Royen, 2002). En ce qui concerne le dossier médical, les médecins participant au focus group ont indiqué qu'il est parfois impossible de consulter le dossier médical dans les maisons de repos lorsque le personnel de jour qui peut en donner l'accès n'est plus présent. Ces difficultés se sont accrues depuis le renforcement des législations relatives à la protection de la vie privée (RGPD).

2.3. Quand procéder à une visite à domicile ?

De nombreux facteurs peuvent influencer la décision d'effectuer une visite à domicile. Nous les regroupons ci-dessous en quatre catégories, à savoir les caractéristiques du patient, les caractéristiques du médecin, les caractéristiques du cabinet médical et les caractéristiques du système de soins de santé

2.3.1. Caractéristiques du patient

Diverses caractéristiques du patient jouent un rôle dans la demande de visite à domicile, comme le type de problème de santé ou le niveau de dépendance (Van Royen, 2002). Selon la littérature, certaines caractéristiques sociodémographiques peuvent intervenir : les personnes âgées demandent plus souvent une visite à domicile, à l'instar des femmes (De Maeseneer, 1999) et des parents de jeunes enfants pour lesquels une consultation est nécessaire (Van Royen, 2002). Selon diverses études, les visites à domicile sont par ailleurs plus fréquentes chez les personnes en situation socioéconomique plus précaire (Boerma, 2001). Toutefois, ce n'est pas le cas à Bruxelles. Trop souvent, les personnes vulnérables sur le plan socioéconomique à Bruxelles sont tout simplement incapables de subvenir à leurs besoins sociosanitaires par manque de moyens financiers (Demarest et al., 2020). Et lorsqu'elles se font (ou peuvent se faire) soigner, elles se rendent en moyenne plus souvent aux urgences que chez le médecin généraliste (Observatoire de la Santé et du Social, 2019) et sont plus souvent inscrites dans une maison médicale (voir plus loin). Dans ce type de pratique, les patients sont encouragés à se rendre au cabinet autant que possible⁷ au lieu de demander une visite à domicile.

2.3.2. Caractéristiques du médecin généraliste

Comme pour le patient, l'âge du médecin généraliste joue également un rôle. Les médecins généralistes plus âgés feraient des visites à do-

6. Une visite à domicile ne constitue bien sûr pas la garantie d'une coordination fluide entre les différents prestataires de soins. Le focus group a mis en exergue que c'est principalement la disponibilité du médecin généraliste et des divers autres prestataires de soins qui est cruciale.

7. Voir, par exemple, la politique de la Fédération des maisons médicales : <https://www.maisonmedicale.org/-Foire-aux-questions-.html#Q4>

micile plus fréquentes que leurs collègues plus jeunes (Boerma, 2001). Cela s'explique en partie par le fait que la population de patients vieillit souvent en même temps que le médecin et que les patients plus âgés nécessitent davantage de visites à domicile (Boerma, 1994), comme décrit ci-dessus. L'actuelle génération de généralistes plus âgés a aussi commencé sa carrière dans des circonstances très différentes. S'il y a aujourd'hui probablement trop peu de médecins généralistes dans certains quartiers (Missinne & Luyten, 2018), il y en avait trop dans les années 1980 et 1990 (Tegenbos, 2017, De Maeseneer, 1999). En conséquence, il pouvait s'écouler des années avant que le médecin généraliste débutant se constitue une patientèle suffisamment importante pour avoir un revenu suffisant (Boerma, 1993)⁸. Dans ce cas, les visites à domicile pouvaient constituer une manière de lier les patients au généraliste (De Maeseneer, 1999, Boerma, 1994). Par conséquent, les médecins traitants de l'actuelle génération de patients âgés ont constitué leurs patientèles dans un contexte encourageant les visites à domicile (focus group).

Des caractéristiques liées à la personnalité du médecin généraliste peuvent également jouer un rôle. Le médecin apprécie-t-il les visites à domicile ? Le médecin entend-il travailler de la manière la plus efficace possible ? Le médecin veut-il éviter une confrontation ou une plainte du patient dans le cas où il refuserait une visite à domicile ? Le médecin a-t-il une attitude plus défensive, par exemple par crainte de passer à côté d'une affection déterminée (Boerma, 1994 ; Boerma, 2001 Van Royen, 2002) ? Certains généralistes apprécient de pouvoir faire une pause entre deux visites à domicile. Il est également utile que certaines visites à domicile puissent être planifiées de manière plus flexible qu'une consultation dans un cabinet médical où une heure précise est convenue à l'avance (focus group).

2.3.3. Caractéristiques du cabinet

De nombreuses caractéristiques du cabinet peuvent jouer un rôle, notamment le type de cabinet (pratique solo ou pratique de groupe), les temps d'attente, l'organisation du cabinet et la possibilité de prendre un rendez-vous (Van Royen, 2002). Les médecins généralistes travaillant « en solo » effectueraient plus de visites à domicile que les médecins généralistes exerçant dans des pratiques de groupe (Boerma, 2001), et certainement plus que ceux exerçant dans des maisons médicales⁹. La possibilité de prendre un rendez-vous peut avoir son importance pour persuader les patients de venir au cabinet plutôt que de demander une visite à domicile (Van Royen, 2002).

2.3.4. Caractéristiques du système de santé

Les études comparant la part de visites à domicile entre différents pays montrent que dans les pays où les médecins généralistes constituent des portes d'entrée effectives pour le système de santé (gatekeepers)¹⁰, ils sont en position *de force* et peuvent donc plus facilement décider de baser leur décision (et éventuellement de refuser une visite à domicile) sur des critères uniquement médicaux. Dans les pays, comme la Belgique, où les patients choisissent librement de se rendre chez un généraliste ou chez un spécialiste, il existe une plus grande concurrence entre généralistes et spécialistes (Boerma, 1994 ; De Maeseneer, 1999). En Belgique, l'absence d'obligation d'avoir un médecin généraliste de référence et la rétribution du médecin généraliste à l'acte contribueraient également à une plus grande proportion de visites à domicile (De Maeseneer, 1999).

8. En 1997, un *numerus clausus* a été introduit pour limiter le nombre de médecins (Roberfroid, 2008).

9. Toutes les pratiques de type « maison médicale » et/ou appliquant le mode de paiement forfaitaire à Bruxelles ne sont pas membres ou ne souscrivent pas aux principes d'une fédération.

10. Lorsque le médecin généraliste est la porte d'entrée (le *gatekeeper*) du système de santé, le patient ne peut consulter le spécialiste qu'après avoir été orienté par le médecin généraliste, comme c'est le cas aux Pays-Bas par exemple.

La charge de travail des médecins généralistes

Attendu que les visites à domicile prennent généralement plus de temps en raison du déplacement, il est intéressant de voir comment les médecins généralistes distribuent leur temps entre les consultations en cabinet et les visites à domicile. Actuellement, le seul moyen d'avoir une idée de la charge de travail des médecins généralistes à Bruxelles¹¹ est le projet PlanCad¹² de la Cellule de planification de l'offre médicale du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement¹³. Le PlanCad dresse un tableau de l'activité réelle des médecins généralistes en croisant les données du cadastre (SPF Santé publique) avec celles de l'INAMI et de la Sécurité sociale¹⁴. Le nombre total de prestations INAMI facturées par les médecins généralistes est comptabilisé pour tenter d'approcher la charge de travail en ETP¹⁵. Aucune distinction n'est dès lors opérée entre les consultations et les visites à domicile, ce qui nous intéresse particulièrement ici. En outre, l'analyse se heurte également à une importante limitation des données. Le lieu de travail n'est connu (sur la base des données de la sécurité sociale) que pour les médecins généralistes actifs en tant que salariés (10,3 % de l'ensemble des généralistes¹⁶).

Pour les médecins généralistes ayant un statut d'indépendant, la seule solution consiste à travailler avec l'adresse du domicile, car le lieu de travail des médecins généralistes indépendants¹⁷ n'est pas toujours connu dans les bases de données de l'administration. Étant donné qu'un nombre considérable de médecins généralistes travaillent dans la Région de Bruxelles-Capitale (RBC) mais n'y habitent pas, et inversement, il s'agit d'une sérieuse limitation quant à l'utilisation de ces données pour la RBC.

Ces limites nous ont conduits à procéder autrement. Étant donné que tous les médecins généralistes ayant une adresse de travail en Région bruxelloise sont en principe tenu d'être affiliés soit à la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB-FBHAV), soit au Brusselse Huisartsenkring (BHAK), soit aux deux, les médecins généralistes actifs en RBC peuvent être identifiés sur base de leurs listes de membres. Ceux-ci ont été invités à participer (entre décembre 2019 et février 2020) à une enquête en ligne leur demandant d'estimer leur charge de travail hebdomadaire¹⁸.

11. En Wallonie, une estimation de la charge de travail des médecins généralistes a également été réalisée par l'AVIQ. voir <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

12. Le dernier recoupement a été réalisé en 2018-2019 avec les données de la période 2004-2016.

13. Tous les chiffres et les documents connexes peuvent être consultés ici : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents>

14. Voir https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/01_127_fr_medecine_generale.pdf

15. L'équivalent temps plein (ETP) INAMI utilisé est calculé sur la base des remboursements INAMI pour les prestations réalisées par le généraliste. Cette estimation du nombre d'ETP doit naturellement être interprétée avec prudence.

16. Situation au 31.12.2016, hors médecins généralistes sous statut combiné (salarié & indépendant).

17. Pour les médecins généralistes sous statut combiné, l'adresse prise en compte est celle de l'employeur auprès duquel le médecin généraliste a presté la majorité de son temps de travail.

18. Nous nous sommes alignés sur une méthode similaire d'estimation de la charge de travail appliquée par l'AVIQ pour la Wallonie, voir <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

Cette enquête permet d'estimer le nombre moyen d'heures que les généralistes bruxellois consacrent aux consultations d'une part et aux visites à domicile d'autre part (et donc aussi la charge de travail totale).

La différence majeure avec la méthodologie du PlanCad réside donc tant dans la manière d'identifier les médecins généralistes bruxellois que dans la manière de calculer la charge de travail. La prudence est également de mise avec notre méthode, car les limites caractéristiques d'une enquête (en ligne), telles que le biais de mémoire ou le biais de désirabilité sociale, doivent être prises

en compte, et car l'enquête ne peut prétendre à l'exhaustivité (voir point 8). Néanmoins, cette méthode présente l'avantage de pouvoir produire une idée de la perception de la charge de travail «réelle». Il s'agit d'une information importante, car elle contribue à déterminer si les généralistes sont satisfaits de leur charge de travail ou s'ils souhaiteraient travailler moins (ou plus). Nous savons qu'une part significative de médecins généralistes souhaiterait un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Missinne & Luyten, 2018) et avons donc sondé directement la volonté éventuelle de travailler moins.

L'épidémie de COVID-19 en Région bruxelloise

Le 31 décembre 2019, les autorités de Wuhan, en Chine, ont signalé pour la première fois un cluster de cas de pneumonie de cause inconnue. Un nouveau coronavirus, le SARS-CoV-2 sera ensuite identifié comme la cause de cette nouvelle maladie nommée COVID-19¹⁹. Le 11 mars 2020, l'OMS déclarera la situation comme pandémique, l'Europe étant le nouvel épicode²⁰. Pour des chiffres sur le nombre de contaminations, d'hospitalisations (dans les soins intensifs), de décès et de surmortalité, nous renvoyons au baromètre social de 2020 (Observatoire de la Santé et du Social, 2021) et au tableau de bord Sciensano²¹. Au moment de la rédaction du présent dossier, Sciensano scindait l'épidémie en cinq périodes : la première vague (début de l'épidémie jusqu'au 21 juin 2020), une période intermédiaire (22 juin au 30 août 2020), une deuxième vague entre le 31 août 2020 et le 14 février 2021, une troisième vague débutant le 15 février 2021 et une quatrième vague débutant le 4 octobre 2021.

Au-delà de l'impact direct considérable sur la santé des personnes contaminées, l'épidémie de COVID-19 et les mesures corollaires ont également eu des conséquences socioéconomiques qui ont à leur tour eu des impacts sur la santé mentale et sur l'utilisation des services de soins de santé. Par conséquent, l'épidémie de COVID-19 a aussi profondément bouleversé la pratique des médecins généralistes. Plusieurs instances et organisations, dont Solidaris, Sciensano et l'INAMI

fournissent des chiffres éclairants sur le recours aux soins ou sur les reports des soins pendant l'épidémie de COVID-19. Durant celle-ci, l'association francophone des médecins généralistes de la FAMGB-FBHAV a interrogé ses membres sur la manière dont l'épidémie de COVID-19 a affecté le travail du médecin généraliste, notamment en matière de visites à domicile, de stress et de charge de travail. Ces données permettent de fournir un aperçu de la pratique des visites à domicile et de la charge de travail au cours des deux premières vagues de l'épidémie et de remettre cet aperçu en perspective par rapport à l'enquête pré-corona.

19. Sciensano COVID-19 — Situation épidémiologique, voir <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) : Timeline of ECDC's response to COVID-19 : <https://www.ecdc.europa.eu/en/Covid-19/timeline-ecdc-response>

20. cf. ibidem.

21. <https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmOB>

05

Contexte général

La Région bruxelloise se distingue des deux autres Régions belges à plusieurs égards. Parmi les caractéristiques spécifiques importantes qui peuvent fortement influencer le besoin et l'offre de soins de première ligne, citons la croissance démographique qui est nettement plus importante à Bruxelles que dans les autres régions, une population plus jeune, une part de la population en situation de pauvreté (précarité) plus importante et une grande part de la population ayant une nationalité étrangère. À cela s'ajoutent des réalités difficilement quantifiables, comme la forte présence de personnes en séjour illégal, de salariés d'institutions internationales, d'étudiants vivant en kot, de touristes, etc. qui ont tous (potentiellement) besoin de soins médicaux. L'aperçu ci-dessous synthétise les principaux enseignements du Baromètre social (2020) et de certains autres dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social.

5.1. Profil démographique et socioéconomique des Bruxellois

Après une tendance fortement à la baisse entre 1970 et le milieu des années 1990, la population bruxelloise augmente de façon importante depuis 1995. Les projections démographiques prévoient par ailleurs une hausse de la population bruxelloise d'environ 7 % pour la période 2017-2025, amenant la population régionale à s'élever à 1.270.000 habitants en 2025. Si, en raison de l'épidémie de COVID-19, le solde migratoire in-

ternational a connu une forte baisse en 2020, les prévisions démographiques ne changent que très peu à moyen et long terme en raison de la crise.

La densité de population diffère fortement d'une commune ou d'un quartier à l'autre au sein de la Région bruxelloise. À Saint-Josse-ten-Noode, la commune la plus densément peuplée du pays, avec 23.737 habitants/km², la densité est douze fois plus importante que celle observée à Watermael-Boitsfort (1.923 habitants/km²)²².

La population bruxelloise est en moyenne plus jeune que dans les deux autres Régions et a connu pendant longtemps une tendance générale au rajeunissement. Toutefois, ce rajeunissement commence lentement à s'estomper et le nombre d'habitants âgés de 65 ans et plus est également en hausse depuis 2010. Tout comme la densité de population, la structure par âge varie fortement selon les communes. Au 1^{er} janvier 2020, l'âge moyen à Saint-Josse-ten-Noode était de 35 ans, contre 42 ans à Watermael-Boitsfort.

La population de la Région bruxelloise est multiculturelle, une grande part de ses résidents est de nationalité étrangère : au 1^{er} janvier 2020, plus d'un tiers (35 %) de la population bruxelloise, à savoir 429.557 personnes, n'avait pas la nationalité belge (contre 9 % en Flandre et 10 % en Wallonie). Ces chiffres relatifs à la nationalité ne reflètent que partiellement la grande diversité des origines et des cultures de la population bruxelloise : en effet, plus d'un Bruxellois sur deux (58 %) est de

22. Source : IBSA, Bureau fédéral du plan, Statbel (Direction générale Statistique — Statistics Belgium).

nationalité étrangère à la naissance²³, et près des trois quarts (74 %) sont d'origine étrangère²⁴.

Une grande part de la population bruxelloise vit dans la pauvreté ou la précarité. La part de personnes exposées au «risque de pauvreté ou d'exclusion sociale» en Région bruxelloise était ainsi d'environ 38 % en 2018. En janvier 2020, 334.077 Bruxellois (soit 27 % de la population régionale) ont droit à une intervention majorée²⁵ pour soins de santé. Ces chiffres globaux pour la Région bruxelloise cachent — une fois de plus — de grands écarts entre les communes et quartiers bruxellois en matière de pauvreté. Le revenu médian par déclaration fiscale varie de 15.633 EUR à Saint-Josse-ten-Noode à 26.197 EUR à Woluwe-Saint-Pierre (revenus 2018). À l'échelle des quartiers, la variation est encore plus grande : dans certains quartiers, le revenu médian des déclarations est inférieur à 10.000 EUR, il est supérieur à 40.000 EUR dans d'autres. Les quartiers aux revenus médians les plus bas se situent pour la plupart dans le «croissant pauvre». Il s'agit d'une zone la Région bruxelloise où se concentrent depuis plusieurs décennies les populations les plus précarisées sur le plan économique. Ces quartiers composent une zone en forme de croissant autour du centre-ville, du sud au nord en passant par l'ouest, ou en d'autres termes, du bas de Forest à Saint-Josse-ten-Noode.

Toutefois, la pauvreté n'est pas seulement une question de faiblesse des revenus; les coûts élevés peuvent également contribuer à des difficultés financières et autres. À Bruxelles, la faiblesse des revenus est rendue encore plus problématique par le coût élevé du logement, qui pèse lourdement sur le budget des ménages. Entre 2004 et 2016, le loyer moyen, corrigé en raison de l'inflation, a augmenté de 22 %, entraînant une hausse des dépenses en matière de logement. Enfin, d'autres facteurs ont une incidence sur la situation socioéconomique des ménages, et donc directement ou indirectement sur le recours aux soins. Il s'agit notamment du niveau d'éducation, de la qualité du logement ou du cadre de vie, de la situation socioprofessionnelle, du réseau social, etc²⁶.

La mobilité résidentielle est également importante, et ce à la fois vers et depuis Bruxelles ou entre quartiers bruxellois (IBSA, 2018). En 2016, la moitié des Bruxellois ne vivaient pas dans la Région bruxelloise 13 ans plus tôt. À l'échelle des quartiers, la moitié des Bruxellois vivent dans leur quartier depuis moins de six ans (IBSA, 2018). Cela signifie également que la patientèle d'un médecin généraliste change constamment, ce qui est moins le cas dans un contexte plus rural, où le médecin est plus ancré localement (FAMGB, 2013).

Certaines communes comme Saint-Josse-ten-Noode présentent un *turn over* important de leur population, tandis que d'autres, comme Watermael-Boitsfort, sont beaucoup plus stables. Les communes du centre (pentagone et première couronne) de la Région et, en particulier, le «croissant pauvre» sont généralement caractérisés par une grande intensité migratoire. En effet, les quartiers plus défavorisés sont souvent des points d'arrivée importants pour les personnes qui émigrent de pays pauvres. D'autre part, une partie importante de la population de ces communes centrales et de ces quartiers précarisés part vers d'autres communes, notamment celles de la deuxième couronne nord-ouest, mais également vers des communes en dehors de la Région. La périurbanisation n'est plus l'apanage d'une classe moyenne quittant la ville : environ un tiers des personnes qui quittent la Région bruxelloise appartiennent aux classes à faibles revenus et cette proportion atteint la moitié parmi les personnes qui quittent les quartiers centraux (De Laet, 2018). Toutefois, il est également important de noter que les quartiers pauvres ne doivent pas être réduits à des «quartiers ayant une fonction de transit». Après tout, une partie importante de leur population reste stable et ne déménage pas (Van Hamme et al., 2016). Les communes du sud-est de la Région, plus riches, ont une dynamique migratoire moins importante, accueillant peu de primo-arrivants et ne recevant que des flux limités de personnes quittant les quartiers défavorisés de la Région.

23. Source : IBSA, calculs Bruxelles Observatoire de la Santé et du Social.

24. SPF Économie — Statistics Belgium La nationalité étrangère à la naissance des parents est ici prise en compte.

25. Droit à l'intervention majorée de l'assurance soins de santé (BIM) : afin d'améliorer l'accès financier des personnes ayant un faible revenu aux soins de santé, il est prévu d'attribuer à différentes catégories de personnes (ainsi que leurs personnes à charge) une intervention majorée de l'assurance obligatoire soins de santé et donc une diminution du ticket modérateur. Un autre nom pour cette intervention majorée est «statut préférentiel».

26. Le baromètre social annuel de la Région bruxelloise analyse plus en détail l'ensemble de ces problématiques.

5.2. État de santé et recours aux soins des Bruxellois

En 2018, 22 % des Bruxellois interrogés dans le cadre de l'Enquête de santé ont estimé ne pas être en bonne santé²⁷. La proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé augmente sensiblement avec l'âge et diminue avec l'augmentation du statut socioéconomique.

Ainsi, la santé subjective varie fortement en fonction du niveau d'éducation. Alors que 16 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur et 24 % de celles ayant un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur ont déclaré être en mauvaise santé, c'est le cas de 41 % des personnes ayant au mieux un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur et de 42 % des personnes sans diplôme ou ayant au mieux un diplôme de l'enseignement primaire.

De même, la part de personnes confrontées à un mal-être psychique²⁸ varie selon la position socioéconomique. 34 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur font état d'un mal-être psychique, contre plus de la moitié des personnes ayant au mieux un diplôme de l'enseignement primaire (56 %). La santé mentale des personnes ayant suivi une formation de durée moyenne se situe entre les deux (Enquête de santé, 2018).

En outre, tous les besoins de soins ne sont pas rencontrés. Selon l'Enquête de santé 2018, 16 % des ménages bruxellois affirment avoir reporté certains types de soin²⁹ en raison de difficultés financières. Ici également, cette situation est plus fréquente à Bruxelles qu'en Flandre (5 %). L'écart avec la Wallonie n'est pas statistiquement significatif en 2018. Les personnes qui ont plus de difficultés à *joindre les deux bouts* sont — en toute logique — plus susceptibles de reporter les soins, à savoir 38 % des ménages contre seulement 4 % des ménages qui ont indiqué ne pas rencontrer de difficultés financières. Un couplage des don-

nées de l'Enquête de santé et des données de remboursement de l'INAMI montre que la Région bruxelloise enregistre presque deux fois plus de personnes qui n'ont jamais recours aux soins de santé. De même, la part des « gros utilisateurs » est significativement inférieure à Bruxelles par rapport aux autres régions (Mimilidis et al, 2014). Les soins étant reportés pour des raisons financières, le problème de santé a parfois évolué au point qu'il est nécessaire de se rendre directement aux urgences (Observatoire de la Santé et du Social, 2019).

La crise a eu un impact important sur le recours aux soins de santé. En particulier au début de la crise, de nombreux soins n'ont pas pu être fournis comme prévu. Au point 11, nous examinons plus en détail l'impact de la crise du COVID-19 sur le report de soins.

5.3. L'offre de soins à Bruxelles

Par rapport aux autres régions, les Bruxellois ont plus souvent recours aux soins spécialisés et aux services d'urgence pour des soins ambulatoires. 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, liée au profil des Bruxellois et à leur état de santé (Observatoire de la Santé et du Social, 2019).

Les Bruxellois sont relativement plus enclins à faire appel aux spécialistes. Le nombre moyen de consultations par an chez le spécialiste s'élève à 4,8 à Bruxelles contre 4,6 en Flandre et 4,4 en Wallonie en 2019 parmi les personnes qui s'y sont rendues au moins une fois (Atlas AIM, 2021). Les différences régionales dans le recours aux soins ne sont pas seulement liées à des facteurs individuels importants tels que l'âge, le statut socioéconomique et l'état de santé (Mimilidis et al., 2014; Van der Heyden, 2015). Dans l'Enquête de santé 2013³⁰, on a demandé aux répondants qui avait pris l'initiative

27. La «santé perçue» est un concept qui englobe à la fois le bien-être et la santé au sens large du terme. Malgré son «interprétation subjective», cette mesure semble être un bon outil de prédiction de la mortalité (Idler et Benyamini, 1997). Toutefois, la baisse en 2018 (-3 %) de la part globale de la population bruxelloise se déclarant en mauvaise santé pose question (22 % en 2018 contre 25-26 % pour les différentes enquêtes réalisées entre 1997 et 2013). Nous devons être prudents dans l'interprétation des résultats.

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

29. Soins médicaux ou une opération, achat de médicaments prescrits, achat de lunettes ou de lentilles, soins mentaux ou soins dentaires.

30. Il s'agit des chiffres disponibles les plus récents. La question n'a pas été posée dans l'Enquête de santé 2018.

de consulter le spécialiste³¹. En Région bruxelloise, la consultation chez le spécialiste est le plus souvent une initiative du patient lui-même (68,8 % contre 61,1 % en Flandre et 64,0 % en Wallonie) et le moins souvent l'initiative du médecin généraliste (à Bruxelles : 16,6 % contre 28,1 % en Flandre et 21,4 % en Wallonie) (Van der Heyden, 2015b).

L'offre de services d'urgence par habitant est plus importante à Bruxelles que dans les deux autres régions (Van den Heede et al., 2016a), ce qui peut en faire une alternative à la consultation d'un médecin généraliste (Charafeddine, 2015). Par ailleurs, les patients qui n'ont pas de médecin généraliste attitré se rendent plus souvent aux urgences (Clumeck et al., 2005). Au début des années 2000, des postes médicaux de garde ont été créés en Région bruxelloise, en partie pour offrir une alternative aux services d'urgence lorsque le médecin généraliste du patient n'est pas disponible (Garde bruxelloise, 2015). Bien qu'il existe aujourd'hui peu d'informations sur le recours aux postes médicaux de garde à Bruxelles³², il semble que leur apparition ait eu peu d'impact sur l'utilisation des services d'urgence par les patients présentant des symptômes non urgents (Van den Heede et al., 2016a). Les médecins généralistes du focus group ont indiqué que les patients présentant des symptômes non urgents demandent aussi parfois une visite à domicile pendant les heures de garde lorsque leur propre médecin généraliste n'est pas disponible ou ne veut pas se rendre à leur domicile.

De nombreux Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste attitré. Avoir un médecin généraliste attitré n'est pas obligatoire en Belgique, mais recommandé. C'est encouragé, par exemple, en faisant payer le patient moins cher s'il dispose d'un dossier médical global (DMG) auprès d'un

médecin généraliste attitré³³. Outre l'avantage financier pour le patient, le médecin généraliste a une vue d'ensemble sur la santé du patient, ce qui lui permet de mieux adapter les traitements à la situation personnelle et à l'historique du patient. La part de Bruxellois disposant d'un DMG en 2017 (55 %) est plus faible qu'en Wallonie (63 %) et en Flandre (80 %). On observe toutefois des écarts entre les communes bruxelloises. Molenbeek-Saint-Jean (65 %) et Schaerbeek (61 %) ont la part la plus élevée d'habitants avec un DMG, tandis qu'Ixelles (41 %) et Uccle (44 %) ont la part la plus faible (atlas AIM, 2020).

Cela est dû en partie au fait que les maisons médicales (ou « wijkgezondheidscentra »³⁴) sont plus nombreuses dans les communes les plus pauvres. Il s'agit d'une forme spécifique de collaboration, à savoir une collaboration multidisciplinaire entre médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, dentistes, etc. Dans la plupart des cas, les maisons médicales utilisent un système de paiement forfaitaire. L'organisme assureur (la mutualité) du patient verse chaque mois un montant à la maison médicale concernée, quel que soit le nombre de consultations. Le patient ne doit plus avancer d'argent lorsqu'il consulte un des membres du personnel soignant de sa maison médicale. Par définition, le patient doit toujours se rendre à la maison médicale où il est enregistré pour les soins qui y sont proposés³⁵. Le DMG est automatiquement créé dans la maison médicale lors de l'inscription. Les cabinets qui travaillent selon un paiement forfaitaire, dans la majorité des cas³⁶ il s'agit de maisons médicales, sont en effet principalement situés dans le centre et dans le « croissant pauvre » (Missinne & Luyten, 2018). Les personnes qui y sont inscrites sont (pour la plupart) des résidents du quartier, car de nombreuses maisons médicales définissent une zone

31. On a demandé d'exclure les consultations avec le spécialiste au cours d'un séjour à l'hôpital, aux urgences et dans le cadre d'une consultation à l'ONE/Kind en Gezin. Les consultations téléphoniques et les consultations ambulatoires sont par contre incluses.

32. À notre connaissance, seule la Garde bruxelloise (GBBW) a publié quelques informations sur l'activité des postes médicaux de garde dans son rapport 2015 « Nouvelle garde de médecine générale à Bruxelles : Premier bilan et perspectives », disponible via l'adresse : https://gbbw.be/images/PDF/Dossier_Presse_GBBW_Oct2015.pdf

33. Le DMG permet de limiter le montant de la part personnelle que vous devez payer pour une consultation de votre médecin généraliste, à son cabinet ou lors d'une de ses visites à domicile.

Voir : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/dossier-medical-global.aspx>

34. Les maisons médicales peuvent être définies de différentes façons. L'INAMI distingue les maisons médicales sur base de l'application du paiement au forfait. La COCOF définit ses propres critères pour donner un agrément en tant que maison médicales. Par ailleurs, la plupart des structures appliquant le paiement forfaitaire à Bruxelles, adhèrent à une fédération, notamment la « Fédération des maisons médicales », le « Vereniging voor Wijkgezondheidscentra ou encore le FEPRFO. Chacune de ces fédérations définit ses principes.

35. À moins qu'il ne prenne le coût à sa charge.

36. Bien que la plupart des cabinets qui fonctionnent avec un tel système de paiement forfaitaire soient des « maisons médicales », il y a aussi un nombre limité d'autres cabinets qui recourent à cette forme de paiement.

géographique pour leur fonctionnement. La part de personnes de l'assurance maladie obligatoire qui sont inscrites dans une maison médicale en 2017 est la plus élevée à Saint-Josse-ten-Noode et à Molenbeek-Saint-Jean (21 %) et la plus faible à Woluwe-Saint-Pierre (2 %) et à Auderghem (4 %) (Atlas AIM, 2020). Dans l'ensemble de la Région bruxelloise, la part de personnes inscrites dans une maison médicale est également beaucoup plus élevée que dans les deux autres régions, à savoir 13 % à Bruxelles, contre 4 % en Wallonie et 2 % en Flandre (chiffres 2017) (Atlas AIM, 2020).

Les derniers calculs du nombre total de médecins généralistes actifs datent de 2017³⁷. À cette époque, 1.468 médecins généralistes étaient actifs en Région bruxelloise, soit 1 médecin généraliste pour 812 habitants. Certains quartiers de la Région bruxelloise sont potentiellement confrontés à une pénurie de médecins généralistes³⁸. Ces quartiers sont répartis dans toute la Région et on ne peut pas parler, à leurs sujets, de schéma spatial clair. Nous savons également qu'une grande partie des médecins généralistes bruxellois pourront bientôt prendre leur retraite, que la profession se

féminise, que les jeunes médecins généralistes ont tendance à s'installer dans des pratiques de groupe et que de nombreux médecins généralistes souhaitent clairement un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Missinne & Luyten, 2018). Toutes ces tendances peuvent potentiellement peser sur la volonté de faire de (moins) nombreuses visites à domicile.

En moyenne, les personnes âgées bruxelloises sont plus institutionnalisées que dans les autres régions. Ainsi, 8 % des plus de 65 ans vivent dans une maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou une maison de repos et de soins (MRS) en Région bruxelloise, contre 5 % en Flandre et 7 % en Wallonie. Par ailleurs, plus d'un tiers des résidents disposent encore d'un certain degré d'autonomie³⁹. La précarité semble jouer un rôle important à Bruxelles dans le choix d'une maison de repos, malgré un degré encore élevé d'autonomie physique (Observatoire de la Santé et du Social, 2016).

37. Comme l'INAMI ne connaît souvent que l'adresse du domicile du médecin généraliste, une estimation correcte du nombre de médecins travaillant à Bruxelles n'est pas évidente au point de pouvoir être mise à jour automatiquement chaque année.

38. Source : Arrêté ministériel du 13 mai 2019 fixant la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes au sens de l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

39. Il s'agit des profils O et A sur l'échelle de Katz. Les profils O sont physiquement et psychologiquement autonomes et les profils A sont dépendants physiquement pour s'habiller et/ou pour se laver ou désorientés dans le temps et dans l'espace mais physiquement autonomes.

06

Objectifs de l'étude

Le premier grand objectif sera de mieux comprendre la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes bruxellois avant l'épidémie de COVID-19. Quels sont les médecins généralistes qui ne font pas de visites à domicile, et pourquoi ? Comment le médecin généraliste se rend-il à une visite à domicile et quel est le temps nécessaire à ce déplacement ? Combien de temps dure en moyenne une visite à domicile ? Y a-t-il des différences entre les visites au domicile du patient et celles effectuées dans un centre de soins résidentiels ? Et y a-t-il des différences liées aux caractéristiques du médecin généraliste (âge, sexe) et/ou du type de pratique ou du mode de paiement ? Enfin, que pensent les médecins généralistes des différents aspects des visites à domicile ?

Deuxièmement, nous nous intéresserons, toujours dans le contexte de l'avant-crise sociosanitaire du COVID, à la charge de travail et à la pression rencontrées par les médecins généralistes bruxellois

dans leur travail. Combien d'heures par semaine les médecins généralistes consacrent-ils en moyenne aux visites à domicile et que représente ce temps par rapport au temps consacré aux consultations. Nous tenterons également d'obtenir un aperçu de leurs activités professionnelles complémentaires et de leur désir éventuel de travailler moins pour mieux concilier vie professionnelle et vie privée.

Troisièmement, en utilisant des sources de données complémentaires, nous voulons rassembler les connaissances sur la façon dont l'épidémie de COVID-19 a modifié la demande de soins, la charge de travail et la pratique des visites à domicile au cours des deux premières vagues de la pandémie de COVID-19 (2020).

Avant d'aborder les résultats, faisons un zoom sur la méthodologie et les personnes qui ont participé à l'enquête.

Méthodologie

Le plan initial consistait à organiser à la fois un questionnaire en ligne et des focus groups. Cependant, un seul focus group avait déjà eu lieu lorsque l'épidémie de COVID-19 est survenue. Cet élément a bouleversé l'étude et rendu impossible la réalisation de la poursuite de ces discussions de groupe dans un délai raisonnable. Nous nous concentrerons donc ici sur les résultats du questionnaire en ligne, qui était déjà très complet. Certains éléments de cette unique rencontre du focus group sont inclus dans le texte à titre d'ajout ou d'illustration, mais doivent être interprétés avec prudence étant donné le caractère restreint du groupe de médecins généralistes qui y ont participé.

Le questionnaire a été préparé par l'Observatoire de la Santé et du Social en collaboration avec plusieurs médecins généralistes bruxellois. Celui-ci a été envoyé via l'outil Limesurvey à tous les membres de la FAMGB-FBHAV (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles/Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen) et du BHAK (Brusselse Huisartsenkring vzw) en français ou en néerlandais. L'enquête en ligne auprès des membres de la FAMGB-FBHAV a eu lieu entre le 11 décembre 2019 et le 18 février 2020, et auprès du BHAK entre le 16 janvier et le 14 février 2020. Tous les médecins généralistes travaillant à Bruxelles sont en principe obligés de s'affilier à l'une de ces deux fédérations. Une version écrite du questionnaire a également été envoyée sur demande. Les deux fédérations ont également rappelé à plusieurs reprises à leurs membres de remplir l'enquête, et ce au moyen de différents canaux.

Le questionnaire portait d'abord sur diverses caractéristiques démographiques (âge, sexe), ainsi que sur les caractéristiques du cabinet (situation géographique, type de cabinet et mode de paiement). Ensuite, la charge de travail du médecin généraliste était passée en revue, tant pour les consultations que pour les visites à domicile, ainsi que toute activité professionnelle supplémentaire. Le souhait d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée a également été abordé. Puis, différents aspects des visites à domicile effectuées ont été sondés (type de visite à domicile, raisons de l'arrêt des visites à domicile, mode de transport utilisé, temps moyen d'un trajet, durée d'une visite à domicile). Enfin, diverses opinions sur les visites à domicile ont également été sondées (sentiment d'insécurité, indemnité, qualité, etc.).

Au total, 392 médecins généralistes bruxellois ont répondu au questionnaire (362 membres de la FAMGB-FBHAV et 30 membres du BHAK). Cela correspond à un taux de réponse de 24 %. Trois médecins généralistes ont indiqué qu'ils travaillaient en dehors de Bruxelles et ont donc été exclus de l'analyse. Les réponses des 389 médecins généralistes travaillant à Bruxelles seront analysées plus en détail. Comme dans l'étude de 2018 (Missinne & Luyten, 2018), les médecins généralistes en formation ont été inclus dans les analyses après que les analyses de sensibilité aient montré que les médecins généralistes en formation n'avaient pas répondu de manière fondamentalement différente. Ci-dessous, nous examinerons d'abord dans quelle mesure le profil des

médecins généralistes qui ont participé correspond au profil de l'ensemble de la population des médecins généralistes tel qu'il a été établi dans le cadre de l'étude de l'Observatoire de la Santé et du Social en 2018⁴⁰ (Missinne & Luyten, 2018).

Lors de l'examen de l'impact de l'épidémie de COVID-19, plusieurs autres sources de données sont également utilisées (voir point 11).

40. L'établissement d'un tel profil ayant nécessité beaucoup de gestion de données, notamment en termes d'identification des pratiques de groupe et des cabinets individuels, nous partons de la situation de 2018. Bien qu'il y ait pu y avoir certains changements depuis 2018, les grandes lignes peuvent toujours être comparées.

Aperçu des médecins généralistes participants

8.1. Répartition selon l'âge et le sexe

Tout d'abord, nous examinons la répartition selon le sexe et l'âge des médecins généralistes participants (tableau 3). Le nombre d'hommes ayant participé à l'enquête est légèrement inférieur au nombre de femmes (186 médecins généralistes masculins contre 203 médecins généralistes féminins). Sur l'ensemble des participants, 26 % ont moins de 35 ans, 19 % ont entre 35 et 44 ans, 15 % ont entre 45 et 54 ans, 25 % ont entre 55 et 64 ans et 14 % ont plus de 65 ans, soit l'âge de la retraite.

Si nous examinons la répartition par âge, nous constatons parmi les médecins ayant moins de 35 ans, une part très importante de femmes (79 %). Parmi les médecins généralistes ayant entre 35 et 44 ans, il y a 68 % de femmes. À partir de l'âge de 55 ans, le rapport est inversé

avec 66 % de médecins généralistes hommes entre 55-64 ans et 89 % parmi ceux ayant 65 ans ou plus.

En 2017, nous avons observé un schéma similaire concernant les caractéristiques de l'ensemble de la population des médecins généralistes à Bruxelles (voir Missinne & Luyten, 2018), avec à peu près le même nombre de médecins hommes et femmes, mais avec une part beaucoup plus élevée de femmes parmi les plus jeunes médecins généralistes et une part considérablement supérieure d'hommes parmi les généralistes plus âgés. Cette féminisation de la profession s'observe également chez les médecins participants. Le profil démographique des participants à cette étude correspond donc généralement bien à l'ensemble du groupe des médecins généralistes bruxellois.

Tableau 3 : Répartition des médecins généralistes participants selon le sexe et l'âge, Région bruxelloise, 2019 - 2020 (pré-Corona)

	Homme		Femme		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 35 ans	21	21 %	81	79 %	102	100 %
35–44 ans	23	32 %	50	68 %	73	100 %
45–54 ans	27	46 %	32	54 %	59	100 %
55–64 ans	65	66 %	34	34 %	99	100 %
65 ans et plus	50	89 %	6	11 %	56	100 %
Total	186	48 %	203	52 %	389	100 %
Âge moyen	55,3		41,5		48,1	

Source : FAMGB – FBHAV & BHAK, 2019 - 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Dans la suite des analyses, nous examinerons également systématiquement l'existence de différences selon le sexe et selon l'âge. Des études précédentes ont en effet montré que ces paramètres pouvaient avoir une influence sur la pratique des visites à domicile (voir introduction) et sur la pratique professionnelle des médecins généralistes en général (voir Missinne & Luyten, 2018).

8.2. Type de pratique et mode de paiement

Nous examinons ensuite le type de pratique des participants⁴¹ (tableau 4). La part de médecins interrogés travaillant en solo s'élève à 41 %, mais l'âge est fortement lié à ce type de pratique, puisque ce sont surtout des médecins généralistes plus âgés qui travaillent souvent en solo. 64 % des participants âgés de 55 à 64 ans et 84 % des plus de 65 ans travaillent en solo. En comparaison, en 2017, 51 % de l'ensemble des généralistes bruxellois travaillaient dans une pratique solo et nous avons constaté des différences d'âge similaires selon le type de pratique (Missinne & Luyten, 2018). Une partie de la différence dans la part de médecins exerçant en solo selon la source (enquête 2020 versus étude 2017) est sans doute due au fait que la cohorte de médecins ayant pris leur retraite entre 2017 et 2020 pratiquait probablement plus fréquemment en solo. Aujourd'hui encore, ce sont principalement des médecins plus âgés qui travaillent en solo. Mais cette différence de part de médecins exerçant de façon individuelle peut également être due en partie au fait que les médecins exerçant en solo sont

quelque peu sous-représentés parmi les participants à notre enquête, ce que nous devons garder à l'esprit lorsque nous interprétons les résultats. Sur l'ensemble des médecins participants, 26 % travaillent principalement dans une pratique de groupe monodisciplinaire et 33 % dans une pratique de groupe multidisciplinaire.

Une comparaison exacte avec la situation en 2017 est difficile car aucune distinction n'avait alors été faite entre les différents types de pratiques de groupe. Nous pouvons toutefois estimer dans quelle mesure les participants à l'enquête reflètent la réalité en nous basant sur le mode de paiement de la pratique, qui est fortement lié au type de pratique de groupe. À Bruxelles, une grande partie des pratiques ayant adopté le système de paiement forfaitaire sont en effet des pratiques de groupe multidisciplinaires. Cette relation entre type de pratique et recours au forfait s'observe également chez les participants de l'enquête : parmi les médecins participants qui exercent dans une pratique avec un système de paiement forfaitaire, il semble que la pratique est presque toujours, dans 98 % des cas, une pratique de groupe multidisciplinaire. Cela ne signifie pas pour autant qu'à l'inverse, tous les cabinets de groupe multidisciplinaires fonctionnent avec un paiement forfaitaire. Dans 14 % des cas, les médecins généralistes participants travaillant avec un paiement à la prestation exercent dans une pratique de groupe multidisciplinaire, 52 % dans une pratique solo et 34 % dans une pratique de groupe monodisciplinaire (non illustré).

Tableau 4 : Répartition des médecins participants selon le type de pratique et l'âge, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-corona)

	Pratique solo		Pratique de groupe monodisciplinaire		Pratique de groupe multidisciplinaire		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 35 ans	12	12 %	37	36 %	53	52 %	102	100 %
35–44 ans	14	19 %	27	37 %	32	44 %	73	100 %
45–54 ans	22	37 %	17	29 %	20	34 %	59	100 %
55–64 ans	63	64 %	17	17 %	19	19 %	99	100 %
65 ans et +	47	84 %	5	9 %	4	7 %	56	100 %
Total	158	41 %	103	26 %	128	33 %	389	100 %

Source : FAMGB – FBHAV & BHAK, 2019 - 2020 ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

41. Une part importante de médecins généralistes travaillent dans plusieurs pratiques (voir point 10.4).

Au total, 22 % des médecins généralistes participants exercent dans une pratique avec un mode de paiement forfaitaire et 78 % exercent dans un cabinet où les patients paient à la prestation. Plus les médecins généralistes participants sont jeunes, plus la part de médecins travaillant dans une pratique avec paiement forfaitaire est élevée (voir tableau 5). Ainsi, 40 % des participants de moins de 35 ans travaillent dans une pratique avec un système de paiement forfaitaire, contre 24 % des 45-54 ans et 5 % des 65 ans et plus. En 2017 également, nous avons observé que ce sont surtout les jeunes médecins qui travaillent dans une pratique avec un mode de paiement forfaitaire. La part totale de médecins généralistes travaillant avec un mode de paiement forfaitaire était alors de 18 % (Missinne & Luyten, 2018). En d'autres termes, les participants à l'enquête semblent, du point de vue de cet aspect, représentatifs de l'ensemble de la population des médecins généralistes.

Plus loin, nous examinerons souvent des différences en fonction du mode de paiement et du type de pratique. Ceci est important car les maisons médicales encouragent souvent les patients à se rendre au cabinet si cela est possible⁴². En outre, il faut également garder à l'esprit les différences de profil socioéconomique global des patients. Les maisons médicales comptent souvent une part plus importante de personnes aux ressources financières plus limitées. Les données 2016 de l'AIM montrent que les Bruxellois⁴³

ayant les 20 % de revenus les plus faibles ont 5,6 fois plus de chances d'être inscrits dans une pratique avec paiement forfaitaire que les 20 % de patients bruxellois les plus riches (Avalosse et al., 2019). Ces pratiques sont généralement situées dans les quartiers défavorisés (Missinne & Luyten, 2018). De même, les maisons médicales ont une patientèle souvent plus jeune, avec beaucoup plus d'enfants et de jeunes jusqu'à 20 ans inscrits et moins de personnes de plus de 85 ans par rapport à la population totale de Bruxelles⁴⁴.

Bien que les caractéristiques des patients puissent ainsi impacter la demande et la volonté des médecins généralistes d'effectuer une visite à domicile (voir introduction), ce questionnaire ne portait pas explicitement sur les caractéristiques de la patientèle. Les discussions qui ont eu lieu avec les médecins généralistes en vue de préparer le questionnaire ont montré que cet élément est difficile à estimer de façon simple et fiable. Cependant, le profil sociodémographique différent des patients de maisons médicales décrit ci-dessus doit être gardé à l'esprit lors de l'interprétation des résultats.

Tableau 5 : Répartition des médecins participants (nombre et %) selon le mode de paiement de la pratique* et l'âge, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-corona)

	À la prestation		Forfaitaire		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 35 ans	61	60 %	41	40 %	102	100 %
35–44 ans	53	73 %	20	27 %	73	100 %
45–54 ans	41	76 %	13	24 %	54	100 %
55–64 ans	90	91 %	9	9 %	99	100 %
65 ans et plus	53	95 %	3	5 %	56	100 %
Total	298	78 %	86	22 %	384	100 %

* 5 médecins (45-55 ans) ont indiqué « pas d'application » pour le mode de paiement ; ils n'ont pas été repris dans les analyses.

Source : FAMGB – FBHAV & BHAK, 2019 - 2020 ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

42. Voir par exemple le site web de la FMM : <https://www.maisonmedicale.org/-Foire-aux-questions-.html#Q4>

43. Il s'agit de tous les résidents qui ont droit à l'assurance maladie obligatoire belge et qui sont en règle avec celle-ci (les « bénéficiaires »), qu'ils vivent à domicile ou dans une MR(S), cfr supra.

44. Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, sur la base des données fournies par la Fédération des maisons médicales pour 2018 pour une sélection de maisons médicales affiliées.

Visites à domicile en Région bruxelloise

9.1. Qui n'en pratique pas, et pourquoi ?

Au total, seuls 25 des 389 participants (6,4 %) ont déclaré ne pas faire de visites à domicile. En d'autres termes, la grande majorité des médecins généralistes bruxellois effectuent des visites à domicile, même si tous ne le font pas dans la même mesure.

Sur les 25 médecins généralistes participants qui ne font actuellement pas de visites à domicile, 2 médecins généralistes n'en ont jamais fait, 22 en ont fait mais ont arrêté, et les informations relatives à un médecin n'ont pas été communiquées. Certains n'ont arrêté que récemment (18,2 % depuis 1 an ou moins et 18,2 % entre 1 et 3 ans), environ un tiers entre 3 et 5 ans (36,4 %), et 27,3 % ont arrêté il y a plus de 5 ans.

Nous nous sommes également interrogés sur les raisons qui avaient amené ces médecins à mettre un terme aux visites à domicile. La grande majorité considère que les difficultés de circulation et de stationnement (95 %), la rémunération insuffisante des visites à domicile (79 %) ou le souhait de travailler moins pour mieux concilier vie professionnelle et vie privée (73 %) ont joué un rôle dans leur décision de cesser les visites à domicile. Pour un peu plus de la moitié (55 %) des répondants, le constat d'une moindre qualité des soins quand ils sont dispensés à domicile a également été un élément déterminant. Enfin, 30 % des médecins généralistes participants qui ont cessé les visites à domicile ont reconnu avoir éprouvé un sentiment d'insécurité.

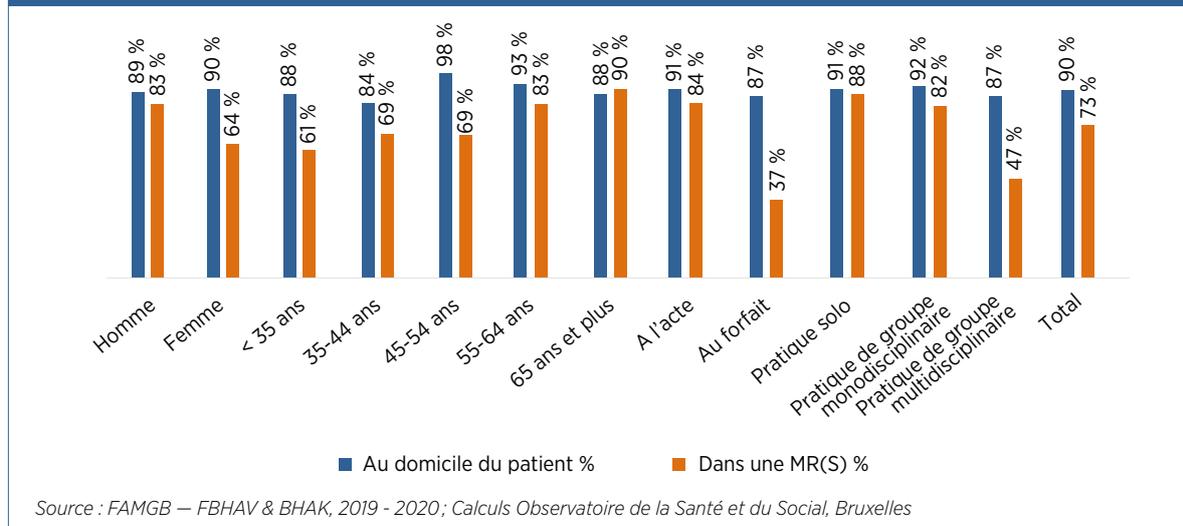
9.2. Visites à domicile et en maisons de repos (et de soins)

Nous examinons ici les deux principaux types de visites à domicile effectuées par les médecins généralistes, à savoir celles effectuées au domicile du patient et celles effectuées dans une maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou une maison de repos et de soin (MRS).

La durée du trajet vers le domicile du patient et la recherche d'une place de parking est un fardeau pour de nombreux médecins généralistes, particulièrement à Bruxelles. Les problèmes de stationnement sont moindres lors des visites dans une MR(S) (une MRPA ou une MRS). Certains MR(S) disposent d'une place de parking pour le médecin, et si plusieurs patients peuvent être visités dans la même MR(S), un certain nombre de trajets et de recherches de places de parking sont éliminés. Néanmoins, d'autres facteurs peuvent rallonger la durée de ces visites à domicile, comme la complexité du problème de santé, la dispersion des patients dans différents services et/ou bâtiments, l'indisponibilité d'infirmières-accompagnatrices ou de dossiers médicaux, etc.

Nous examinons ci-dessous la fréquence à laquelle les médecins généralistes effectuent ces deux types de visites. Plus loin, nous examinerons également la charge de travail par type de visite à domicile. Parmi les 354 médecins généralistes participants qui effectuent des visites à domicile, 90 % le font au domicile du patient, et 73 % le font — dans un centre de soins résidentiels. La grande majorité des médecins généralistes combinent donc les deux types de visites à domicile. Les mé-

Figure 1 : Répartition des médecins généralistes participants effectuant des visites au domicile du patient (N=318) et dans une MR(S) (N=258), par âge, mode de paiement & type de pratique, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-corona)



decins généralistes qui utilisent le paiement au forfait et/ou dans des pratiques de groupe multidisciplinaires effectuent généralement moins de visites dans une MR(S) (figure 1). Nous avons mentionné ci-dessus (point 8.2.) que les maisons médicales ont tendance à avoir moins de patients (très) âgés, ce qui peut expliquer (en partie) la plus faible part de visites à domicile dans les MR(S), car les patients âgés demandent plus souvent des visites à domicile (voir point 2.1.). Vu que ce sont les jeunes médecins généralistes qui travaillent plus souvent dans des pratiques de groupe et plus souvent selon un système de paiement forfaitaire (voir ci-dessus, et voir Missinne & Luyten, 2018), il n'est donc pas surprenant qu'une plus faible part de jeunes médecins généralistes effectue des visites dans une MR(S).

9.3. Mode de transport et durée du trajet pour une visite à domicile

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, les défis liés à la mobilité et au stationnement sont souvent importants. Nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur mode de déplacement principal vers le domicile du patient ainsi que sur la durée moyenne de ce trajet. Évidemment, la circulation pouvant fortement différer d'un quartier à l'autre, il aurait été intéressant de pouvoir examiner ces éléments par quartier ou par zone. Cependant, nous ne disposons pas des données nécessaires pour effectuer des analyses géographiques parti-

nelles. Les données recueillies fournissent néanmoins déjà des informations intéressantes.

Sur l'ensemble des médecins généralistes participants qui effectuent des visites à domicile (N=354), 65 % le font en voiture, 18 % à vélo, 8 % à pied, 6 % à moto, 2,5 % en transports publics, 1 % à trottinette et 0,3 % d'une autre manière. La figure 2 montre que les femmes utilisent plus souvent un autre mode de transport (transports publics, vélo, trottinette, à pied ou autre) que la voiture ou la moto. C'est également le cas pour les médecins généralistes plus jeunes. Parmi les médecins généralistes bruxellois participants âgés de moins de 45 ans, près de la moitié utilise un autre moyen de transport que la voiture ou la moto pour se rendre au domicile du patient. Cette part diminue à mesure que l'âge du médecin généraliste augmente : la voiture est alors plus utilisée. Ce sont également les médecins généralistes plus âgés qui effectuent le plus de visites à domicile. Il se peut que le nombre de visites à domicile, ainsi que le matériel transporté, influence le choix du moyen de transport (focus group).

Alors que 73 % des médecins généralistes qui travaillent à l'acte utilisent une voiture, ce n'est le cas que pour 37 % de ceux qui travaillent dans un cabinet avec un paiement forfaitaire. Ces cabinets sont plus souvent situés dans le centre (Missinne & Luyten, 2018), où les transports publics sont plus accessibles et où les patients sont plus susceptibles de vivre à proximité du cabinet⁴⁵. Si l'on

45. L'un des principes applicables par les maisons médicales est de délimiter géographiquement leur zone d'activité, de manière à ce que la majorité de leurs patients vivent dans le quartier.

Figure 2 : Le mode de transport pour une visite à domicile, selon le sexe, l'âge, le mode de paiement & le type de pratique, Région bruxelloise, 2019 - 2020 (pré-corona)

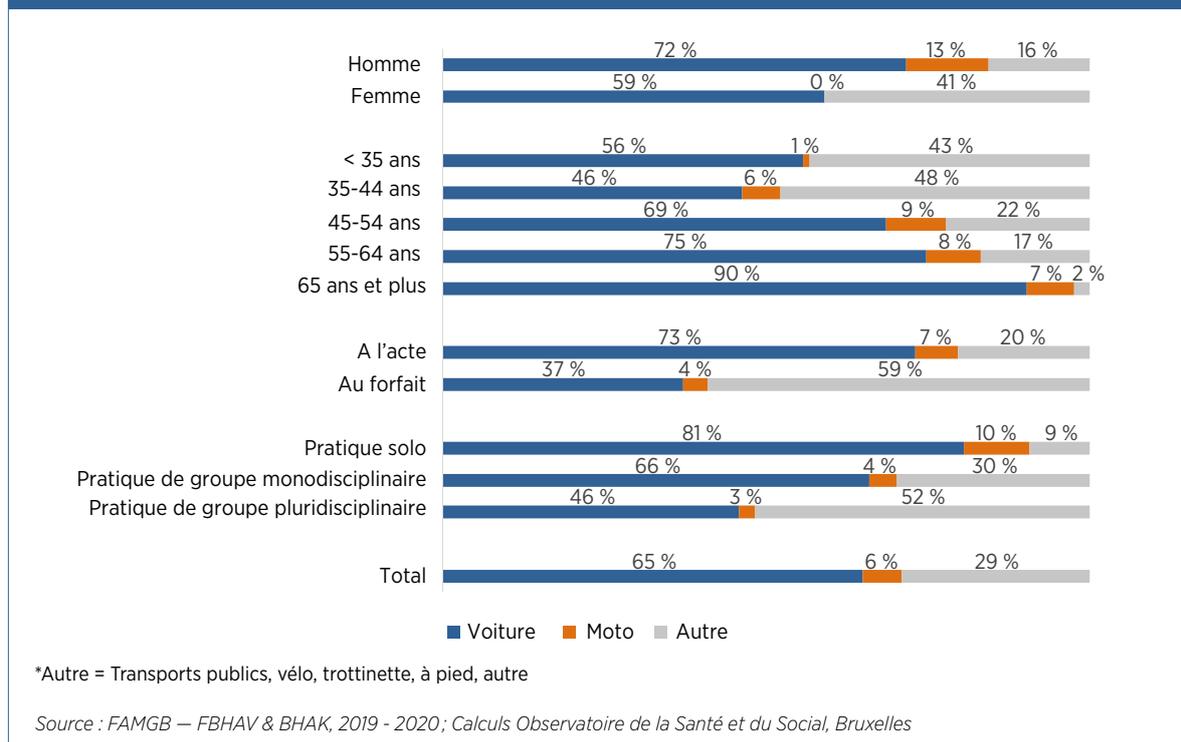


Tableau 6 : Durée du trajet pour une visite à domicile*, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-corona)

	15 minutes ou moins	Entre 15 et 30 minutes	Plus de 30 minutes
Jamais ou rarement	14 %	39 %	87 %
Parfois	16 %	31 %	8 %
Souvent à très souvent	70 %	31 %	5 %

*uniquement le trajet aller, c'est-à-dire depuis le cabinet ou entre deux patients

Source : FAMGB – FBHAV & BHAK, 2019 - 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

ventile par type de pratique, on constate que 81 % des médecins qui travaillent en solo prennent la voiture, contre 66 % des médecins en pratique de groupe monodisciplinaire et 46 % des généralistes en pratique de groupe multidisciplinaire.

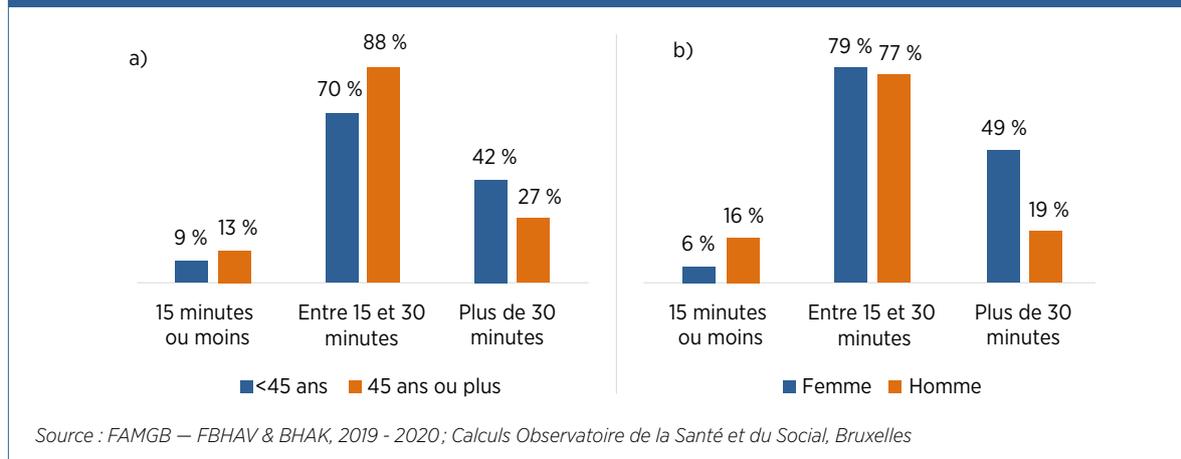
Dans la majeure partie des cas, le trajet (simple) pour une visite à domicile nécessite 15 minutes ou moins (70 %). Cependant, 31 % des médecins généralistes ont également indiqué qu'ils avaient souvent ou très souvent besoin de 15 à 30 minutes pour un trajet simple (tableau 6).

9.4. Durée des visites à domicile

Il a été demandé aux médecins généralistes d'estimer la fréquence des visites à domicile de

15 minutes ou moins, entre 15 et 30 minutes et de plus de 30 minutes. Pour 73 % des médecins généralistes participants, il est fréquent («souvent» à «très souvent») qu'une visite à domicile dure entre 15 et 30 minutes. Pour seulement 10 % des médecins participants, une visite à domicile prend (très) souvent moins de 15 minutes. Et une visite à domicile de plus de 30 minutes survient souvent à très souvent pour un tiers des médecins (non illustré). Cela peut également donner une idée de la durée générale d'une consultation. Lors de la discussion en focus group, les médecins ont indiqué que, hormis le déplacement, une visite à domicile ne prend pas nécessairement plus de temps, mais que tout dépend de la situation du patient.

Figure 3 : Durée de la visite à domicile (% [très] souvent) selon l'âge (a) et le sexe (b) des médecins généralistes participants, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-corona)



Si l'on considère l'âge et le sexe du médecin généraliste (figure 3), on constate que les médecins généralistes plus jeunes, et donc aussi les femmes, indiquent plus souvent qu'ils consacrent fréquemment (souvent à très souvent) plus de 30 minutes à une visite à domicile. Ce dernier point a également été constaté dans l'étude internationale (Theile et al., 2011). Les femmes passent généralement plus de temps par visite à domicile, mais les hommes en font plus (voir ci-dessous).

9.5. Avis sur les visites à domicile

Le tableau 7 illustre le niveau d'adhésion des médecins généralistes participants à un certain

nombre de déclarations concernant les visites à domicile. La grande majorité estime que la circulation et la recherche d'une place de parking compliquent les visites à domicile (82 %) et que la rémunération est insuffisante (73 %). Un peu plus de la moitié des généralistes considèrent les visites à domicile comme une valeur ajoutée à leur travail (53 %).

Les avis sont partagés quant à l'affirmation selon laquelle les visites à domicile constituent une forme de soins de moindre qualité. Les médecins généralistes sont quasiment tout aussi fréquemment (tout à fait) d'accord (39 %) que pas d'accord (du tout) (41 %), et le reste est sans opinion (20 %). À l'instar de l'affirmation selon

Tableau 7 : Avis des médecins généralistes participants sur les déclarations relatives aux visites à domicile, Région bruxelloise, 2019 - 2020 (pré-corona)

	(Tout à fait) d'accord	Neutre	Pas (du tout) d'accord
La circulation et le stationnement compliquent la réalisation des visites à domicile.	82 %	6 %	11 %
La rémunération pour une visite à domicile est insuffisante.	73 %	20 %	6 %
Les visites à domicile sont une valeur ajoutée à mon travail.	53 %	27 %	20 %
Les visites à domicile sont une forme de soins de moindre qualité.	39 %	20 %	41 %
Les demandes des patients pour une visite à domicile sont toujours justifiées.	21 %	19 %	60 %
J'éprouve un sentiment d'insécurité lors des visites à domicile.	14 %	22 %	64 %
J'éprouve un sentiment d'insécurité lors des consultations au cabinet.	4 %	16 %	79 %

Source : FAMGB – FBHAV & BHAK, 2019 - 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

laquelle une visite à domicile est toujours justifiée, l'opinion relative à la qualité des soins peut dépendre de la situation, mais cette nuance n'était pas reprise parmi les propositions de réponse. La discussion en focus group a révélé que les médecins généralistes acceptent une visite à domicile après avoir pesé de nombreux facteurs, tels que la situation médicale et non médicale du patient, ses habitudes et l'emploi du temps du médecin. C'est donc souvent sur la base d'une appréciation globale de la situation que va se forger la décision du médecin. Cela signifie qu'il est beaucoup plus difficile pour un secrétariat de procéder à cette évaluation et qu'il est difficile de définir des critères fixes pour évaluer le caractère justifié d'une visite à domicile.

10

Estimation de sa propre charge de travail

Nous avons demandé aux médecins généralistes d'estimer le nombre d'heures qu'ils consacrent aux deux types de visites à domicile d'une part (au domicile du patient et dans la MR(S)) et aux consultations en cabinet(s) d'autre part. Cette question ne porte que sur le temps passé en contact avec les patients. Tout travail supplémentaire (p. ex., administration, logistique, etc.)⁴⁶ n'est pas inclus dans la charge de travail, et il a également été demandé d'exclure les services de garde.

10.1. Nombre moyen d'heures de visites à domicile

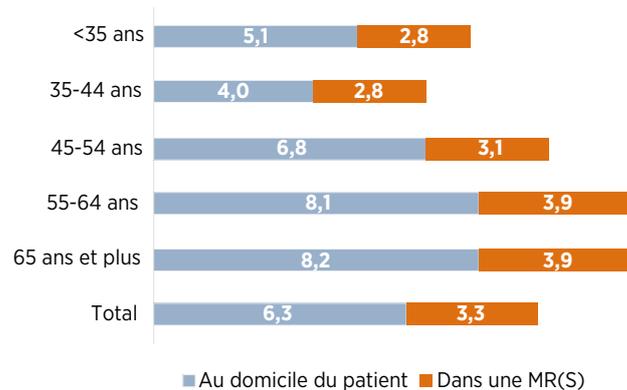
Les médecins généralistes qui ont indiqué effectuer des visites à domicile (93,6 % des participants, N=318) consacrent en moyenne 9 heures et 36 minutes par semaine à effectuer des visites à domicile, dont environ deux tiers du temps (6,3 heures) au domicile du patient et un tiers (3,3 heures) dans une MR(S). Cependant, ces volumes horaires varient de fa-

çon importante en fonction de l'âge et le sexe du médecin généraliste.

Les jeunes médecins généralistes consacrent en moyenne moins de temps aux visites à domicile, tant au domicile du patient que dans la MR(S). Pour les médecins généralistes de moins de 45 ans, le temps consacré aux visites représente de 4 à 5 heures en ce qui concerne les visites au domicile du patient, et 2,8 heures dans la MR(S). Les médecins généralistes âgés de 45 à 54 ans consacrent en moyenne 6,8 heures aux visites au domicile du patient, et 3,1 heures dans la MR(S). Les médecins généralistes âgés de 55 à 64 ans et de plus de 65 ans effectuent encore plus de visites au domicile du patient (environ 8 heures par semaine) et 3,9 heures dans la MR(S) (Figure 4). Ainsi, le groupe de médecins généralistes qui ont en réalité déjà l'âge de la retraite consacre en moyenne le plus de temps par semaine aux visites à domicile, tout comme leurs collègues âgés de 55 à 64 ans.

46. Les discussions préliminaires ont montré que ce travail supplémentaire est difficile à cartographier. De plus, en ne demandant que le nombre d'heures de contact avec les patients, les résultats peuvent être comparés à ceux de l'AVIQ, dont l'enquête a été menée de manière similaire. Disponible sur <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>

Figure 4 : Nombre moyen d'heures de visites par semaine* au domicile du patient et dans les MR(S), des médecins généralistes participants selon leur âge, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-Corona)



*Dans chaque cas, le milieu de la catégorie de réponse a été choisi (0, 1-2 h, 3-4 h, 5-6 h, 7-8 h, 9-10 h, 11-12 h, 13-14 h, 15-16 h, 17-18 h, 19-20 h, 21 h a été attribuée à ceux qui ont répondu avoir travaillé plus de 20 h [10 médecins généralistes pour les visites à domicile, aucun médecin généraliste n'effectue plus de 20 h de visites aux MR(S)], en excluant le travail effectué lors des services de garde et les tâches administratives ou autres; les médecins généralistes qui ne font pas (ou plus) de visites à domicile ont été exclus de l'analyse.

Source : FAMGB — BHAK & FBHAV, 2019 - 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Les généralistes hommes passent en moyenne 8,1 heures par semaine au domicile des patients, et 4,2 heures dans une MR(S). Pour les généralistes femmes, les chiffres sont respectivement de 4,7 heures par semaine et de 2,4 heures par semaine (non illustré). Ces différences sont bien sûr liées au fait qu'une part plus élevée des femmes sont des jeunes (voir point 8.1. et Missinne & Luyten, 2018) et au fait que les jeunes médecins consacrent généralement moins d'heures par semaine aux visites à domicile et aussi aux consultations que leurs aînés, comme nous le verrons plus loin.

Le nombre d'heures que les généralistes consacrent en moyenne aux visites à domicile varie également en fonction du type de pratique et du mode de paiement. Les médecins généralistes exerçant en pratique solo effectuent en moyenne 7,8 heures par semaine de visites à domicile et 4,2 heures par semaine dans une MR(S). En ce qui concerne les médecins actifs dans des pratiques de groupe monodisciplinaire, les chiffres sont respectivement de 6,9 heures par semaine au domicile et de 4,1 heures par semaine aux MR(S); et dans une pratique de groupe multidisciplinaire, les chiffres sont, en moyenne, de 4,2 heures par semaine au domicile et de 1,5 heures aux MR(S) (non illustré). Ces différences sont également liées aux différentes habitudes concernant les visites à domicile entre les médecins généralistes plus jeunes et plus âgés et au fait que les jeunes médecins ont tendance à travailler (beau-

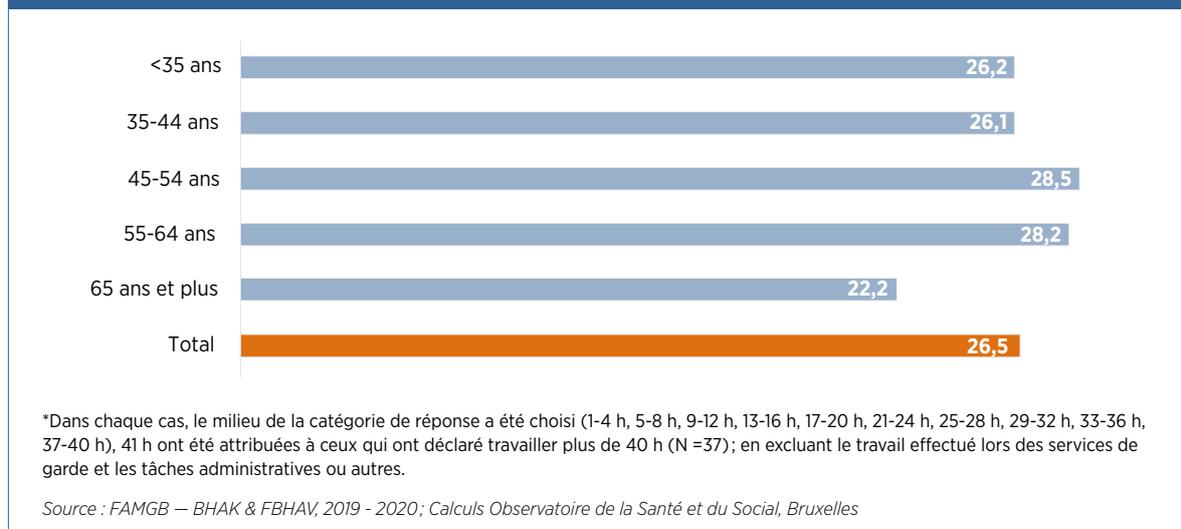
coup) plus souvent dans des pratiques de groupe (voir Missinne & Luyten 2018).

La même tendance s'observe lorsqu'on examine les différences entre les modes de paiement des cabinets. Les généralistes travaillant à l'acte effectuent en moyenne 7,2 heures de visites à domicile par semaine, et 4 heures dans une MR(S). Les médecins généralistes d'un cabinet à tarif forfaitaire effectuent en moyenne 3,3 heures de visites à domicile par semaine et moins d'une heure (0,7 heure) aux MR(S). Là encore, ces différences sont liées aux différences d'âge entre les généralistes, car ce sont généralement les généralistes plus jeunes qui travaillent dans des cabinets avec un paiement forfaitaire, souvent des pratiques de groupe multidisciplinaires (Missinne & Luyten, 2018). Le fait que les cabinets avec un paiement forfaitaire effectuent moins de visites à domicile, et certainement dans la MR(S), peut aussi s'expliquer en partie par le fait qu'ils ont généralement une population de patients plus jeunes qui, en moyenne, demandent moins de visites à domicile (voir point 8.2.) et peut-être aussi en partie par une incitation plus active à se rendre eux-mêmes au cabinet.

10.2. Nombre moyen d'heures de consultation

Nous avons également interrogé les médecins généralistes sur le nombre d'heures par semaine

Figure 5 : Nombre moyen d'heures de consultation par semaine* par les médecins généralistes participants, par âge, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-Corona)



qu'ils consacrent aux consultations dans leur(s) cabinet(s) de médecine générale⁴⁷. En général, les médecins participants⁴⁸ consacrent 26,5 heures par semaine aux consultations en cabinet. Cette situation ne diffère pas beaucoup selon l'âge des médecins généralistes (voir figure 5), à l'exception des plus de 65 ans, qui effectuent un peu moins de consultations (22,2 heures par semaine), mais qui, en réalité, voient encore beaucoup de patients en consultation compte tenu de leur âge (celui de la mise à la retraite).

Les différences entre hommes et femmes ne sont pas très importantes. En moyenne, les hommes consacrent 27,3 heures par semaine aux consultations, les femmes 25,7 heures. De même, les différences selon le type de pratique et le mode de paiement ne sont pas très grandes en ce qui concerne le nombre moyen d'heures de consultation par le médecin généraliste. Ceux qui exercent dans une pratique solo réalisent en moyenne 26,5 heures de consultation par semaine, ceux qui exercent dans une pratique de groupe monodisciplinaire 27,4 heures et ceux qui exercent dans une pratique de groupe multidisciplinaire 25,6 heures. Dans un cabinet où le paiement est effectué à la prestation, les consultations sont effectuées en moyenne 27,1 heures par semaine; dans un cabi-

net où le paiement est forfaitaire, cette durée est de 24,6 heures par semaine (non illustré).

10.3. Nombre total d'heures de contact avec les patients

En moyenne, les médecins généralistes bruxellois consacrent un peu plus de 35 heures par semaine aux visites à domicile et aux consultations en cabinet. Il faut garder à l'esprit que, comme déjà mentionné, ce volume horaire ne concerne que les contacts avec les patients, et n'inclut donc pas les autres tâches administratives et/ou logistiques⁴⁹. Les médecins généralistes peuvent également exercer d'autres activités en tant que généraliste, par exemple, travailler comme médecin scolaire, chez Kind en Gezin/à l'ONE... (voir point suivant) et les prestations en service de garde n'ont pas non plus été comptabilisées.

La figure 6 illustre le nombre total moyen d'heures de contact avec les patients par semaine, en fonction de l'âge du médecin généraliste. Il s'agit en fait de la somme⁵⁰ du nombre d'heures de consultation (figure 5) et du nombre d'heures de visites au domicile du patient et dans la MR(S) (figure 4). En moyenne, les médecins généralistes

47. Il s'agit à la fois de consultations libres et de consultations sur rendez-vous. Cependant, les heures consacrées à l'administration, à la logistique, etc. ne sont pas comptabilisées. Si le médecin généraliste travaille dans plusieurs cabinets, il lui est donc demandé d'additionner les heures des différents cabinets.

48. Tous les médecins participant à l'enquête sont actifs et font des consultations.

49. Dans le focus group, il a été mentionné que parfois beaucoup de temps est consacré à l'échange avec un service social.

50. Ici, les médecins généralistes qui ne font pas de visites à domicile sont repris dans l'analyse et se voient attribuer 0 h pour les visites à domicile, contrairement au calcul séparé du nombre d'heures de visites à domicile, où ces médecins généralistes n'ont pas été pris en compte pour l'analyse. Par conséquent, le nombre total d'heures calculé ici pour toutes les catégories d'âge est légèrement inférieur à celui que l'on obtiendrait en additionnant les valeurs indiquées dans les figures.

Figure 6 : Nombre total moyen d'heures de contacts avec les patients par semaine* des médecins généralistes participants, par âge, Région bruxelloise, 2019-2020 (pré-corona)



*Dans chaque cas, le milieu de la catégorie de réponse respective a été choisi, en excluant le travail effectué lors des services de garde et les tâches administratives ou autres.

Source : FAMGB – BHAK & FBHAV, 2019 - 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

participants ont 35,2 heures de contact avec les patients par semaine. Les généralistes âgés de 65 ans ou plus ont toujours, malgré le fait qu'ils aient dépassé l'âge de la pension, un nombre important d'heures de consultation (31 h/semaine); ils sont suivis par les généralistes âgés de 35 à 44 ans (soit 32,4 h/semaine) et les généralistes de moins de 35 ans (soit 33,8 h/semaine). Les généralistes âgés de 45 à 54 ans voient leurs patients pendant 37,5 heures par semaine en moyenne. Les généralistes âgés de 55 à 64 ans sont en tête, déclarant qu'ils voient habituellement des patients 39,7 heures par semaine. Les différences entre les généralistes hommes et femmes sont également liées à ces différences d'âge et inversement. Par conséquent, le nombre total d'heures de contacts avec les patients est estimé à une moyenne de 38,4 heures de contact avec les patients par semaine pour les généralistes hommes et à 32,3 heures par semaine pour les généralistes femmes (non illustré).

Attendu que le temps consacré aux consultations et aux deux types de visites à domicile diffère selon le type de pratique et le mode de paiement, nous constatons également ces différences pour le nombre total d'heures de contacts avec les patients. Les médecins généralistes travaillant dans un cabinet où le paiement est effectué à la prestation ont, en moyenne, 37,4 heures de contact avec les patients par semaine, contre 28,2 heures pour les médecins généralistes travaillant dans un cabinet où le paiement est effectué sur une base forfaitaire. Dans les pratiques solo, une moyenne de 37,1 heures par semaine est consacrée aux consultations, contre 37,7 heures par semaine

dans une pratique de groupe monodisciplinaire et 30,9 heures par semaine dans une pratique de groupe multidisciplinaire (non illustré). Ces différences entre les types de pratique reflètent les différences d'âge (et de sexe) entre les médecins généralistes.

10.4. Autres activités professionnelles

Afin d'obtenir une image plus complète de la charge de travail totale du généraliste, nous avons également interrogé les médecins sur leurs activités professionnelles en tant que médecin généraliste mises en œuvre en dehors de leur(s) cabinet(s) de médecine générale.

Près de la moitié des médecins bruxellois participants (45 %) ont au moins une activité professionnelle complémentaire en tant que médecin généraliste. C'est encore plus souvent le cas pour les médecins généralistes plus jeunes, avec 55 % des médecins généralistes de moins de 45 ans contre 37 % des médecins généralistes de 45 ans ou plus. Il existe également une nette différence en fonction du type de pratique. Parmi les médecins qui travaillent en solo, 35 % exercent des activités complémentaires, contre 60 % des médecins en pratique de groupe monodisciplinaire et 45 % des médecins en pratique de groupe multidisciplinaire.

Dans le questionnaire, nous proposons un certain nombre d'activités professionnelles complémentaires possibles. Ainsi, 14 % des médecins participants travaillent pour Kind en Gezin/ONE ;

Tableau 8 : Proportion de médecins généralistes participants d'accord avec l'affirmation concernant le souhait de travailler moins en vue d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (% , N=388*), Région bruxelloise, 2019 - 2020 (pré-corona)

	Homme	Femme	44 ans ou moins	45 ans ou plus	<40 h par semaine	>40 h par semaine	Total
(Pas du tout) d'accord	19 %	25 %	25 %	20 %	25 %	18 %	22 %
Neutre	23 %	19 %	19 %	23 %	22 %	19 %	21 %
(Tout à fait) d'accord	57 %	56 %	55 %	58 %	53 %	63 %	57 %

Source : FAMGB – BHAK & FBHAV, 2019 - 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

*1 personne a déclaré vouloir travailler moins pour une autre raison.

7 % travaillent dans un centre de planning familial, 4 % travaillent dans un centre de toxicomanie, 3 % travaillent pour les assurances et 2 % travaillent comme médecin scolaire. Mais la grande majorité (soit 26 % des généralistes participants) a mentionné une autre activité ou un autre lieu de travail, notamment l'enseignement et la recherche, l'expertise, le contrôle, la santé publique, la santé mentale, médecin coordinateur et conseiller (MCC) dans une MR(S), les associations et groupes d'intérêts de médecins, les institutions fédérales ou régionales, les hôpitaux ou autres centres médicaux (spécialisés).

En outre, 24 % des médecins généralistes participants ont déclaré qu'ils travaillent dans plusieurs lieux de consultation⁵¹. C'est le cas pour les médecins généralistes de tous les groupes d'âge. De nombreux médecins généralistes bruxellois ne travaillent donc pas dans un cabinet de médecine générale fixe, mais combinent différentes fonctions et adresses professionnelles.

10.5. Volonté de travailler moins

Cette estimation de la charge de travail «totale» en termes de contacts avec les patients amène à s'interroger sur le niveau de satisfaction des médecins en termes de charge de travail. En effet, il est connu que de nombreux médecins généralistes aspirent à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Dans cette enquête, cette question a été explicitement posée au

moyen de l'affirmation suivante : «J'envisage de travailler moins pour avoir un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée». 32 % des participants adhèrent («sont d'accord») à cette proposition, 24 % adhèrent fortement («sont tout à fait d'accord») et 21 % ne sont ni d'accord ni en désaccord avec cette proposition. Seuls 16 % des médecins participants ne sont pas d'accord et 6 % ne sont pas du tout d'accord. En d'autres termes, la majorité (56 %) des médecins souhaitent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et aimeraient travailler moins.

Dans le tableau 8, les réponses sont résumées selon l'âge, le sexe et selon le fait que les généralistes ont plus ou moins de 40 h de contacts avec les patients par semaine. On constate que l'âge et le sexe n'induisent pas de différences majeures. Dans chaque cas, la part de la population de médecins généralistes qui exprime le souhait de travailler moins est à peu près la même (entre 55 et 58 %). De même, il n'y a pas de différence notable entre les médecins selon le type de pratique dans lequel ils travaillent ou selon le mode de paiement utilisé (non illustré).

Une plus grande différence est notée entre les généralistes qui voient des patients plus de 40 heures par semaine (63 % [tout à fait] d'accord pour réduire les heures) et ceux qui voient les patients moins de 40 heures (53 % [tout à fait] d'accord). Lorsque nous examinons de plus près l'influence de la charge de travail sur le souhait de travailler moins, nous constatons des diffé-

51. Il a été demandé de ne pas tenir compte des «autres activités professionnelles (p. ex. K&G/ONE, médecin scolaire...)». Mais il est difficile de savoir si cela a été rempli correctement par tous, potentiellement parce que l'activité complémentaire n'était pas spécifiée pour tout le monde dans la question. Parmi les médecins travaillant en plusieurs lieux, la majorité (60 %) exerce une activité complémentaire, et à l'inverse, «seulement» 41 % des généralistes qui effectuent leurs consultations dans un seul lieu exercent une activité complémentaire.

rences entre les généralistes hommes et femmes (non illustré). Alors que la grande majorité des femmes, à savoir 80 %, qui voient des patients plus de 40 heures par semaine sont (tout à fait) d'accord de travailler moins, pour les femmes qui voient des patients moins de 40 heures, cette part baisse à 49 %. Chez les hommes, on ne constate pas de différence en fonction de la charge de travail. Parmi tous les généralistes hommes, 57 % en moyenne souhaitent travailler moins, et ce quelle que soit la charge de travail.

Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les médecins généralistes à Bruxelles

11.1. Report des soins

Entre le 18 mars et le 4 mai 2020, un premier confinement strict est mis en place afin d'endiguer la propagation du virus. Les prestataires de soins de santé reçoivent comme consigne de reporter ou d'annuler les soins non urgents ou non essentiels. Afin de pouvoir garantir la continuité des soins essentiels, l'INAMI a prévu dès le début du confinement un remboursement des consultations à distance, par téléphone ou vidéo.

Solidaris a procédé à une estimation, parmi ses affiliés, du nombre de fois où une consultation chez le médecin généraliste a été reportée au cours des six premières semaines du premier confinement et a éventuellement été remplacée par une consultation à distance⁵² (Laasman et al., 2020). Les contacts physiques avec le médecin généraliste (consultations et visites à domicile) ont diminué de 62 % chez les membres de Solidaris, par rapport à la période de référence de 6 semaines avant le confinement. Heureusement, l'instauration des consultations à distance a fait en sorte que la diminution du nombre total de contacts avec le médecin généraliste est restée

« limitée » à 26 %. Pour les patients présentant un profil socioéconomique vulnérable, la diminution du nombre de contacts totaux avec leur médecin généraliste a toutefois été plus importante, à savoir 32 % (Laasman et al., 2020).

En se basant sur des questionnaires en ligne, l'institut de santé fédéral Sciensano a également calculé le pourcentage de rendez-vous chez le généraliste pour des problèmes de santé non liés au COVID-19 qui n'ont pas pu avoir lieu comme prévu. Au cours des quatre premières semaines du premier confinement⁵³, 32 % des rendez-vous ont été reportés ou annulés à Bruxelles, 44 % ont été remplacés par une consultation par téléphone ou par vidéo et 24 % des rendez-vous ont eu lieu comme prévu. Au cours de la période de fin novembre à début décembre⁵⁴ (le deuxième « lockdown »), un pourcentage beaucoup plus important de prestations de soins non liées au COVID-19 a été maintenu, ce qui était également l'intention explicite du gouvernement à l'époque. À Bruxelles, seuls 4 % des rendez-vous ont été annulés ou reportés, 12 % ont eu lieu à distance et 84 % des contacts ont été maintenus.

52. Il s'agit d'une estimation basée sur 2.369.761 membres de Solidaris. L'information n'était pas disponible pour les membres et les patients bruxellois d'une maison médicale, mais cela représente néanmoins un ordre de grandeur. Il s'agit d'une analyse basée sur des attestations de soins électroniques (eAttest), étant donné que ces informations sont directement disponibles. Environ 80 % des médecins généralistes utiliseraient déjà l'attestation électronique et ces données fournissent donc déjà une bonne indication (Laasman et al., 2020).

53. Ces résultats doivent également être interprétés avec la prudence nécessaire, car il n'a pas été possible de toucher un échantillon représentatif de la population. Le statut socioéconomique des participants est en moyenne plus élevé. La participation à l'enquête en ligne a été convaincante, avec plus de 44.000 participants en Belgique pour la première enquête, et 4.099 à Bruxelles. Rapport disponible sur le site <https://doi.org/10.25608/f0tt-py28>

54. La collecte de données s'est déroulée du 3 au 11 décembre 2020 et portait sur les rendez-vous avec les médecins généralistes au cours des quatre dernières semaines précédant la réalisation de l'enquête. À Bruxelles, 2.646 personnes ont participé à cette enquête de santé sur le COVID et la même prudence doit être appliquée ici. Le rapport de cette cinquième enquête de santé est disponible ici : <https://doi.org/10.25608/69j2-hf10>

Enfin, l'INAMI a également suivi régulièrement l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur le remboursement des soins de santé⁵⁵ pour la Belgique, ce qui nous donne ainsi une idée de l'impact sur l'utilisation des soins de santé. Le nombre de consultations et de visites des médecins — généralistes et spécialistes confondus — a diminué le plus fortement au cours des premiers mois de la crise. Le nombre de prestations habituelles a diminué de 61,6 % en avril 2020 et de 40,1 % en mars 2020. Grâce aux consultations à distance, la diminution du nombre total de prestations se 'limite' à 31,0 % en avril et à 22,8 % en mai 2020 par rapport à la même période en 2019. Pour l'ensemble de l'année 2020, on estime que le nombre de prestations habituelles a diminué de 15,3 % par rapport à 2019. Compensée par les consultations à distance, la baisse du nombre total de prestations n'est « que » de 0,8 % en 2020 par rapport à 2019⁵⁶.

Pour le mois de mai, nous connaissons également la différence entre 2020 et 2019, par type de prestation du médecin généraliste⁵⁷. Ainsi, les consultations chez un médecin généraliste (code 101076) affichent une diminution dans l'ensemble de la Belgique de 14,1 % en mai 2020 par rapport à mai 2019. Pour les visites du médecin généraliste (code 103132), une diminution de 16,6 % a été enregistrée au mois de mai 2020 par rapport à mai 2019 en Belgique. Nous ne disposons pas de chiffres séparés pour Bruxelles.

11.2. Interruption des activités, charge et pression de travail pendant l'épidémie de COVID-19

La FAMGB-FBHAV a réalisé un sondage en ligne auprès de ses membres francophones entre le 26 novembre et le 13 décembre 2020 sur le ressenti des médecins généralistes pendant l'épidémie de COVID-19 et jusqu'à cette date. Ce sondage nous donne un aperçu très intéressant de la façon dont la charge de travail et les visites à domicile ont été impactées durant la première année de COVID-19 pour une partie des médecins généralistes bruxellois. Certaines questions ont trait au « début de la crise », lorsque de nombreuses personnes mouraient à cause du COVID-19 et qu'un premier confinement strict était en vigueur.

Les soins non urgents ou non essentiels étaient souvent reportés ou annulés, et il n'y avait pas toujours suffisamment d'équipements de protection individuelle adéquats disponibles pour le médecin. D'autres questions portent sur la période du sondage, entre le 26 novembre et le 13 décembre 2020, c'est-à-dire au milieu de la deuxième vague, lorsqu'un deuxième confinement (plus léger) était en vigueur. Cependant, un nombre beaucoup plus important de prestations de soins non liées au COVID-19 avait été maintenu et les importantes pénuries d'équipement de protection avaient été résolues.

451 médecins généralistes ont participé au sondage en ligne en français. Parmi ceux-ci on note une légère sur-représentation de jeunes médecins par rapport à la situation des médecins identifiées en 2017 (Missinne & Luyten, 2018), de femmes et une légère sous-représentation de médecins généralistes travaillant en solo. Bien que les participants constituent probablement une image assez représentative de la population des médecins généralistes à ce moment-là, une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des résultats.

11.2.1. Interruption des visites à domicile et des consultations

Un pourcentage important de médecins généralistes (44 %) n'a pas cessé d'effectuer des visites à domicile pendant la crise. Plus d'un tiers (37 %) ont arrêté à un moment donné, mais ont recommencé depuis (décembre 2020), 12 % ne font plus de visites à domicile au moment de l'enquête (décembre 2020), 4 % n'ont jamais fait de visites à domicile et 3 % n'en faisaient pas auparavant mais ont commencé pendant la crise. Nous constatons peu de différences en fonction de la tranche d'âge du médecin généraliste. Cependant, les femmes ont plus souvent cessé d'effectuer des visites à domicile pendant la crise, tout comme les médecins d'une pratique de groupe multidisciplinaire.

Les médecins généralistes étaient libres de décrire dans l'enquête leurs expériences concernant leurs visites à domicile dans les MR(S) et ces expériences semblaient varier beaucoup selon les médecins généralistes. Certains ont continué comme si de rien n'était, d'autres n'ont pas été

55. Vous trouverez tous les détails et les différents rapports ici :

<https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-covid19-remboursement-soins-sante.aspx>

56. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/monitoring_COVID19_update_juni_2021.pdf

57. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_monitoring_Covid19_juillet2020.pdf

Figure 7 : Charge de travail totale moyenne* des médecins généralistes au début de la crise du COVID-19 par âge, Région bruxelloise, 2020



*Le milieu de la catégorie de réponse a été pris à chaque fois (1-8 h; 9-16 h; 17-24 h; 25-32 h; 33-40 h; 41-48 h; 49-57 h; 58-65 h; 66-74 h); 76 h ont été attribuées à ceux qui ont déclaré travailler plus de 75 h (19 généralistes, soit 4,2 %); y compris les (télé) consultations, les visites à domicile, la logistique et les tâches administratives.

Source : FAMGB — FBHAV, 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

autorisés à entrer dans certains MR(S) ou en ont été dissuadés. C'est surtout au cours des premiers mois de l'épidémie de COVID-19 (mars et avril 2020) que les visites de routine à domicile ont souvent été annulées et que les médecins généralistes «externes» ne se sont rendus dans les MR(S) qu'en cas d'absolue nécessité, pour des soins palliatifs ou pour aider au dépistage et à la détection d'éventuels cas de COVID-19. Cependant, plusieurs médecins généralistes ont encore été sollicités par téléphone pour des conseils sur le suivi de leurs patients.

En ce qui concerne les consultations en cabinet au début de la crise, 41 % des généralistes ont déclaré avoir interrompu toutes les consultations et les avoir éventuellement remplacées par des téléconsultations, 49 % l'ont fait pour une partie des consultations, et 10 % n'ont jamais interrompu leurs consultations.

11.2.2. Charge de travail totale pendant la première année de l'épidémie de COVID-19

Les participants ont été invités à estimer leur temps de travail total au début de l'épidémie de COVID-19. Il s'agissait du nombre d'heures par semaine consacrées aux (télé) consultations, aux

visites à domicile, à la logistique ou aux tâches administratives. En moyenne,⁵⁸ les médecins généralistes travaillaient 44,8 heures par semaine au début de l'épidémie de COVID-19. Les jeunes généralistes jusqu'à 45 ans travaillent en moyenne un peu moins que les généralistes de plus de 45 ans (voir figure 7).

Il a également été demandé aux participants si leur charge de travail avait augmenté depuis le début de la crise. Trois quarts des médecins participants (74 %) déclarent avoir connu une augmentation de leur charge de travail au début de la crise, mais celle-ci s'est améliorée en décembre 2020; 21 % connaissent toujours (en décembre 2020) une charge de travail supérieure à ce qu'elle était avant la crise, tandis que 5 % n'ont pas connu d'augmentation de leur charge de travail et n'en connaissent toujours pas en décembre 2020 (non illustré).

Les médecins généralistes ont également été invités à exprimer en pourcentage l'éventuelle augmentation de la charge de travail totale au cours de la période de crise jusqu'à cette date (décembre 2020) (tableau 9). Ceci nous indique que 8 % des médecins généralistes participants n'ont connu aucune augmentation de leur charge de travail ou une augmentation de moins de 15 % au cours de la première année de la crise

58. Il faut être prudent dans l'interprétation ici, car le nombre d'heures prestées a été demandé par blocs de 8-9 h et nous avons chaque fois pris le milieu de la catégorie de réponse pour calculer la moyenne. Étant donné ces grands blocs de temps, il est possible que les heures «réellement» prestées s'écartent de quelques heures du milieu du bloc de temps. C'est probablement davantage le cas ici que dans l'analyse pré-corona (voir point 10), étant donné que là, le nombre d'heures a été demandé par blocs de 4 heures, ce qui permet moins d'écarts. Compte tenu de ces différentes catégories de réponses et de la formulation différente des questions, il n'est pas possible d'établir une comparaison fiable entre la charge de travail avant et pendant l'épidémie de COVID.

Tableau 9 : Augmentation de la charge de travail des médecins généralistes depuis la crise du COVID-19, Région bruxelloise, décembre, 2020

	N	%
Moins de 15 % en plus	37	8 %
Entre 15 et 25 % en plus	157	35 %
Entre 25 et 35 % en plus	142	31 %
Entre 35 et 45 % en plus	65	14 %
Plus de 45 % en plus	50	11 %

Source : FAMGB – FBHAV, 2020; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

du COVID-19; 35 % des médecins généralistes ont presté entre 15 et 25 % d'heures en plus; 31 % ont fait entre 25 et 35 % d'heures en plus; 14 %, entre 35 et 45 % d'heures en plus et 11 % ont fait plus de 45 % d'heures supplémentaires.

Pression de travail et stress

Au moment de l'enquête (décembre 2020), c'est-à-dire environ un an après le début de la crise, de nombreux médecins généralistes étaient en situation de stress. Par exemple, 31 % étaient « plus stressés que d'habitude », 21 % étaient « assez stressés » et 9 % étaient « fort stressés ». Seuls 10 % des médecins généralistes n'étaient pas stressés et 29 % n'étaient « qu'un peu stressés ». Les niveaux de stress ne diffèrent pas beaucoup selon l'âge du médecin généraliste, le type de cabinet ou le fait qu'il ait lui-même été contaminé par le COVID-19. Cependant, les femmes généralistes ont été plus souvent stressées ou fort stressées en comparaison avec les hommes généralistes.

C'est surtout le contexte général de la crise qui préoccupe de nombreux généralistes (69 %)⁵⁹, ainsi que le travail administratif (68 %), le caractère répétitif du travail (58 %) et toutes les explications et informations à transmettre aux patients (57 %). Travailler à distance est difficile pour environ un cinquième des généralistes (21 %). En outre, 16 % des médecins mentionnent encore un autre aspect difficile pour eux, comme les mesures sanitaires, sans cesse changeantes, qui doivent être appliquées par le médecin généraliste, les nombreux appels téléphoniques, la fatigue (parfois due à leur propre contamination au COVID-19), le comportement et le caractère exigeant de certains patients, les problèmes d'organisation liés aux tests et aux résultats, la complexité à former un assistant, etc.

59. Pourcentage du nombre total de médecins participants (N=451). Même ceux qui ont déclaré ne pas ressentir de stress ont également fait état d'éléments difficiles pour eux.

Conclusion

Le médecin généraliste joue un rôle central dans les soins de première ligne et les visites à domicile en font partie. Il est important que le médecin généraliste puisse se rendre à domicile si nécessaire. Pour certains patients, une visite à domicile est parfois la seule option, comme pour les patients âgés ou alités. Dans d'autres situations également, il peut être utile que le médecin généraliste se rende (occasionnellement) à domicile, par exemple pour mieux comprendre les conditions de vie du patient ou lorsque celui-ci est réellement incapable de se déplacer. Divers éléments de contexte sociaux ou démographiques continueront vraisemblablement à engendrer une augmentation de la demande de visites à domicile : vieillissement de la population, mais également évolution vers des soins plus désinstitutionnalisés pour les personnes âgées, ainsi que pour les personnes souffrant de problèmes mentaux, les personnes handicapées, après une hospitalisation, etc. Il est donc important d'examiner en profondeur la manière dont les visites à domicile peuvent être organisées et soutenues au mieux, afin que les soins nécessaires à domicile puissent également être garantis à l'avenir. Si cette pratique doit être soutenue, il faut également accorder une attention suffisante à la santé mentale des prestataires de soins et au souhait de nombreux généralistes de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la pratique courante des visites à domicile par les médecins généralistes et la charge de travail associée dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le contexte métropolitain apporte des défis

supplémentaires, tels que les problèmes de circulation et de stationnement et le fait que de nombreux Bruxellois n'ont pas de médecin traitant attiré. De nombreux résultats concernent la période précédant l'apparition du coronavirus et peuvent être considérés comme une référence importante. Nous avons ensuite recherché des données supplémentaires qui nous donneraient des indications utiles sur la manière dont l'épidémie de COVID-19 a affecté le travail des médecins généralistes bruxellois pendant la première année de la crise.

Tout d'abord, quelques observations générales. À Bruxelles, en 2019, une moyenne de 411 visites à domicile est effectuée par an pour 1 000 personnes. C'est (beaucoup) moins qu'en Flandre (900) et en Wallonie (1 080). Ce constat ne peut s'expliquer uniquement par le fait que la population de la Région de Bruxelles-Capitale est en moyenne plus jeune et que ce sont généralement les patients plus âgés qui demandent le plus souvent une visite à domicile. Si l'on se concentre sur les plus de 80 ans, on constate en effet également un nombre inférieur de visites à domicile pour 1 000 personnes à Bruxelles, à savoir 4 915 en 2019, contre 7 769 en Flandre et 7 947 en Wallonie, même si les différences entre les régions sont nettement moins importantes que pour les groupes d'âge plus jeunes. Le nombre relativement faible de visites à domicile à Bruxelles est également lié, entre autres, à l'offre importante de soins spécialisés et de services d'urgence dans la Région de Bruxelles-Capitale et au fait que de nombreux Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste attiré et/ou doivent reporter leurs

soins en raison d'obstacles socioéconomiques. Comme dans d'autres pays, les visites à domicile sont de moins en moins nombreuses. En 2011, on comptait encore en moyenne 565 visites à domicile pour 1 000 personnes en Région bruxelloise, contre 411 en 2019. Cela correspond à une diminution de 27,2 % en Région bruxelloise entre 2011 et 2019.

Cette étude montre que la plupart des médecins généralistes bruxellois effectuent des visites à domicile, mais que l'intensité de cette pratique est variable selon les médecins. L'âge du médecin généraliste joue un rôle important à cet égard. Ce sont les généralistes âgés de 55 ans ou plus qui effectuent le plus de visites à domicile, tant au domicile des patients que dans les MR(S). Cela est probablement dû en partie au fait que les généralistes vieillissent en même temps que leur patientèle, et que les médecins plus âgés ont donc une patientèle elle-même plus âgée et donc moins à même de se déplacer facilement. Mais c'est aussi en partie une conséquence historique de l'abondance de médecins généralistes dans le passé, qui demandait plus d'efforts au médecin pour fidéliser les patients. La visite à domicile pouvait y contribuer. En conséquence, pour de nombreux patients âgés, il est devenu habituel que le médecin généraliste se rende à leur domicile. Il se peut également que les généralistes plus âgés considèrent la profession comme une vocation et cherchent moins l'efficacité dans leur manière d'organiser leur vie professionnelle (Boerma, 1994). Cela signifie également que les médecins généralistes qui effectuent actuellement la plupart des visites à domicile pourraient bientôt prendre leur retraite, certains d'entre eux ayant déjà même droit à la pension. Les médecins généralistes travaillant dans des pratiques de groupe multidisciplinaires font moins de visites à domicile. À Bruxelles, il s'agit souvent de maisons médicales où travaillent généralement davantage de jeunes médecins (Missinne & Luyten, 2018) et où la patientèle est moins constituée de personnes âgées, soit le groupe qui demande généralement le plus souvent une visite à domicile.

La mesure dans laquelle la nouvelle diminution attendue des visites à domicile sera problématique est encore floue. D'une part, les visites à domicile sont plus fréquentes en Belgique que dans d'autres pays, ce qui suggère que certains des patients auraient pu se rendre au cabinet. Le fait que 60 % des médecins généralistes estiment

que les visites à domicile ne sont pas toujours justifiées montre qu'il existe une certaine marge de réduction de cette pratique qui pourrait ne pas être problématique pour les patients. D'autre part, la demande de visites à domicile de certains groupes (personnes âgées, problèmes de santé mentale, sortie d'hôpital, etc.) devrait augmenter à l'avenir, et de nombreux Bruxellois ne reçoivent pas encore les soins nécessaires en raison d'obstacles socioéconomiques.

La circulation et les problèmes de stationnement compliquent les visites à domicile pour de nombreux généralistes et peuvent constituer une raison majeure de renoncer à cette pratique. L'étude montre que ce sont surtout les jeunes généralistes qui ont cherché une alternative à la voiture ou à la moto. Cependant, il ne faut pas oublier qu'en moyenne, les jeunes généralistes travaillent plus souvent dans des maisons médicales qui sont majoritairement situées dans le centre (Missinne & Luyten, 2018). Les possibilités de transport en commun y sont plus nombreuses et les patients habitent fréquemment plus près du cabinet. En outre, les jeunes médecins généralistes effectuent beaucoup moins de visites à domicile, ce qui influencera leur choix de moyen de transport.

Près de trois quarts des médecins généralistes pensent qu'ils ne sont pas suffisamment rémunérés pour une visite à domicile. Cela peut être dû en partie au fait que les trajets dans la Région de Bruxelles-Capitale et les visites à domicile en elles-mêmes peuvent prendre beaucoup de temps. Ainsi, un tiers des médecins généralistes effectuent souvent un trajet (simple) de 15-30 minutes, et un autre tiers des participants le font parfois. Et la consultation à domicile elle-même prend généralement plus de 15 minutes.

Nous avons également examiné le temps que les généralistes consacrent en moyenne par semaine aux visites à domicile et aux consultations. Avant la crise du coronavirus, les médecins généralistes bruxellois effectuaient en moyenne 26,5 heures de consultation par semaine et 9,6 heures de visites à domicile s'ils en faisaient. Comme décrit ci-dessus, les généralistes plus âgés et les généralistes hommes effectuent en moyenne davantage de visites à domicile par semaine. En revanche, le nombre d'heures de consultation au cabinet diffère peu selon l'âge et le sexe du médecin généraliste ou selon le type de cabinet. Il est important de garder à

l'esprit que nous n'avons aucune idée du temps consacré aux tâches administratives et autres ou aux prestations liées au service de garde. Le nombre exact d'heures totales de travail des généralistes reste difficile à calculer, d'autant plus que près de la moitié des généralistes bruxellois exercent également des activités professionnelles complémentaires, comme le montre également cette étude. Cependant, il est très clair que pas moins de 57 % des médecins généralistes souhaiteraient travailler moins afin de mieux concilier vie professionnelle et vie privée. Il s'agit ici de médecins généralistes de toutes les tranches d'âge, aussi bien masculins que féminins. À cet égard, il faut rappeler que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) attire depuis un certain temps l'attention sur la santé mentale des médecins généralistes, estimant par exemple à 10 % la proportion de médecins généralistes souffrant de burnout en 2011 (Jonckheer, 2011).

L'épidémie de COVID-19 a également exercé une pression supplémentaire sur les médecins généralistes. La charge de travail était plus

élevée au début de la crise pour la majorité des généralistes participants, et elle l'est toujours (décembre 2020) pour certains généralistes. En outre, 31 % des médecins généralistes ont déclaré en décembre 2020 qu'ils ressentaient toujours plus de stress que d'habitude et 30 % ressentaient même assez bien, voire beaucoup de stress. Non seulement le contexte général de la crise était stressant, mais le travail des médecins généralistes a également été bouleversé : tâches et appels téléphoniques supplémentaires, changements constants des mesures à suivre, impossibilité à suivre leurs propres patients, etc. alors qu'eux-mêmes ressentaient parfois encore les effets physiques d'une contamination au COVID-19.

Enfin, si l'on vise un renforcement des soins de première ligne, dans le cadre duquel les soins nécessaires peuvent être dispensés à domicile, une (ré) organisation structurelle tenant compte de la pression du travail et de la santé mentale des médecins généralistes est nécessaire.

Références

Avalosse, H. et al. (2019). Inégalités sociales en santé. AIM, Bruxelles

Boerma WGW. (1994). Huisbezoek in het buitenland. Huisarts en Wetenschap : 1994, 37 (12), p. 546-551

Boerma WGW. & Groenewegen PP. (2001). GP home visiting in 18 European countries. Adding the role of health system features, The European Journal of General Practice, 7:4, 132-137

Institut bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2018). Les nouveaux habitants des quartiers bruxellois. Focus, n° 27

Centraal bureau voor de statistiek. CBS Statline. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/> , consulté le 09/08/2021

Charafeddine R. (2015). Contacts avec le service des urgences. Dans : Drieskens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles

Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerry M. et al. (2015). Rapport de l'analyse du profil de patients bruxellois fréquentant en urgence deux filières de soins : gardes hospitalières et médecine générale. Réseau IRIS en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2005

De Laet S. (2018). Les classes populaires aussi quittent Bruxelles. Une analyse de la périurbanisation des populations à bas revenus, Collection générale, n° 121

De Maeseneer J., De Prins L. & Heyerick Jp (1999). Original Paper: Home visits in Belgium: a multivariate analysis, The European Journal of General Practice, 5:1, 11-14

Demarest S., Charafeddine R., Drieskens S., Berete F. (2020). Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; D/ 2020/14.440/15

Depuydt B. (2017). Het huisbezoek : visie van patiënten en huisartsen. Mémoire de maîtrise Ugent. Disponible via <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:002350403>

Efstathopoulou, A., David, S. & Herzig L. (2016). Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Rev. med. suisse 2016 ; 12 : 1874-8

FAMGB. (2013). Le Livre blanc de la médecine générale à Bruxelles. Disponible via : <http://docs.toubipbip.be/docs/1a85303d24b42580.pdf>

Garde bruxelloise — Brusselse wachtdienst (GBBW). (2015). Nouvelle garde de médecine générale à Bruxelles : Premier bilan et perspectives Dossier de presse Disponible via : https://gbbw.be/images/PDF/Dossier_Presse_GBBW_Oct2015.pdf

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

Jonckheer P. et al. (2011). Le Burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 165 A

Laasman, Maron et Vrancken (2020), « COVID-19 : Quel impact sur les contacts en médecine générale ? », Stat Info Solidaris, Juin 2020

- 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
- Missinne, S. & Luyten, S. (2018). 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
- Theile, Gudrun, et al. (2011). «Home visits — Central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study.» *BMC family practice* 12.1: 24
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale & médecins généralistes bruxellois (2004). Rapport final de la recherche-action «Santé et logement : l'apport des généralistes»
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2016). Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en Région bruxelloise Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A, Note 3, Commission communautaire commune, Bruxelles
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2019). Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus Commission communautaire commune, Bruxelles
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2019). Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté Commission communautaire commune, Bruxelles
- Roberfroid D., et al. (2008). L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports.72A
- Tegenbos, G. (2017). Is een beperking van het aantal artsen nog nodig? Article dans l'Artsenkrant du 5 mai 2017
- Van den Heede K., et al. (2016). Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. Synthèse. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2016
- Van der Heyden J. (2015a) Contacts avec le médecin généraliste. Dans : Drieskens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. WIV-ISP, Bruxelles, 2015
- Van der Heyden J. (2015b). Consultations chez un médecin spécialiste. Dans : Drieskens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. WIV-ISP, Bruxelles, 2015
- Van Hamme G., Grippa T. & Van Criecken M. (2016). Mouvements migratoires et dynamiques des quartiers à Bruxelles, Brussels Studies, Collection générale, n° 97
- van Kempen J. A., et al. (2012). Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract.* 2012; 62(601):e554-60
- Van Royen P., De Lepeleire J., Maes R. (2002). Home visits in general practice: an exploration by focus groups. *Arch Public Health* 2002, 60, 371-384



Visites à domicile et charge de travail : l'expérience des médecins généralistes bruxellois avant et pendant la pandémie de COVID-19

Le présent dossier a pour objectif de mieux comprendre la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes bruxellois avant et pendant la première année de l'épidémie de COVID-19. Nous nous intéressons à la manière dont le nombre de visites à domicile, les déplacements et le type de visites peuvent varier selon les caractéristiques du médecin généraliste et celles de son cabinet médical. Par ailleurs, nous examinons la façon dont les médecins généralistes distribuent leur temps entre les consultations en cabinet et les visites à domicile, ainsi que leur ressenti par rapport à la charge de travail.

Cette étude se concentre explicitement sur la situation de la Région de Bruxelles-Capitale : le contexte métropolitain est particulier et génère des défis supplémentaires, tels que la circulation et le stationnement souvent difficiles pour le médecin généraliste lors d'une visite à domicile, le fait que de nombreux Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste attitré ou encore que les conditions de vie de nombreux Bruxellois peuvent être considérées comme difficiles. Les données ont été recueillies en collaboration avec les cercles de médecins généralistes à Bruxelles (la FAMGB-FBHAV et le BHAK).

<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce document est également disponible en néerlandais.
Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel:
'Huisbezoeken en werklast : de ervaring van Brusselse huisartsen voor en tijdens de COVID-19-pandemie'