

Généralistes : on va droit dans le mur

Le cadastre de l'offre médicale en Belgique valide la pénurie annoncée de médecins généralistes.

C'est le document que ministres, syndicats médicaux, médecins et étudiants attendaient depuis longtemps : le cadastre de l'offre médicale en Belgique, fruit des travaux de la « Cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé ». Qualifié de « rapport intermédiaire », il couple en fait les bases de don-

nées de l'Inami et du Service public fédéral Santé publique puis les projette à échéance de 25 ans. *Le Soir* a pu consulter ce document. Une montagne de tableaux, de chiffres, de graphiques. Très peu de commentaires. Juste un constat implacable, qui servira certainement les revendications des étudiants : la pénurie de médecins généra-

listes va s'accroître profondément dans les prochaines années. En 2037, il ne devrait subsister que 6.000 équivalents temps plein en médecine générale. Une situation qui s'explique par la diminution du taux d'occupation des médecins liée à « l'effet conjugué du modernisme, de la féminisation et du vieillissement » de la profession. ■

Voici le cadastre des médecins qui devrait tout changer

- ▶ « Le Soir » a pu prendre connaissance du très confidentiel cadastre de l'offre médicale en Belgique.
- ▶ Il met en lumière la chute du nombre de médecins réellement actifs.
- ▶ La médecine générale sera la première touchée : en 2037 il ne devrait plus rester que 6.000 actifs équivalents temps plein !

C'est le document le mieux gardé de l'histoire récente de la politique de soins de santé en Belgique. Il pèse 220 pages, toutes marquées du sceau « confidentiel ». C'est le cadastre de l'offre médicale en Belgique, celui que ministres, syndicats médi-

caux et étudiants attendent pour trancher dans l'interminable dossier polémique relatif aux numéros Inami des étudiants en fin de parcours universitaire. *Le Soir* a pu consulter ce document. Une montagne de tableaux, de chiffres, de graphiques. Très peu de commentaires. Juste un constat implacable, qui servira certainement les revendications des étudiants : la pénurie de médecins généralistes va s'accroître profondément dans les prochaines années.

Ce cadastre est le fruit des travaux de la « Cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé ». Qualifié de « rapport intermédiaire », il couple en fait les bases de données de l'Inami et du Service public fédéral santé publique puis les projette à échéance de 25 ans. Il les trie ensuite suivant l'âge et le sexe des médecins, suivant aussi la communauté linguistique pour laquelle ils travaillent. Il ne dit encore rien cependant – d'où l'appellation « intermédiaire » – des besoins réels des différents secteurs,

ni des forces en présence dans les villes ou provinces.

Le but ? Déterminer « comment évolue le stock de spécialistes reconnus, en âge de travailler (25-69 ans) pour la période 2012-2037 ». Pour y parvenir, les experts partent du principe que « le flux entrant reste de manière constante au niveau actuel observé ». Dit autrement, ces prévisions se basent sur le régime en vigueur au niveau fédéral et dans les communautés chargées de l'enseignement de la médecine ainsi que sur une moyenne des entrées de ces dernières années. Des modifications du système de quotas ou de l'examen d'entrée, exigés par une partie des intervenants dans ce dossier, pourront cependant « remettre en cause ces hypothèses sur les entrées futures ».

Plus intéressant, le couplage des données Inami tient compte de l'activité réelle des médecins : le cadastre distingue ainsi les médecins agréés (détenteurs d'un numéro Inami mais n'exerçant pas spécialement ou très peu dans le

cadre de l'assurance soins de santé), les médecins actifs (qui totalisent au moins 500 contacts patients par an) et les équivalents temps plein (l'addition des activités médicales à temps partiel calculées suivant des critères propres à chaque spécialité). Cette dernière donnée est évidemment essentielle pour déterminer la force médicale réellement au travail aujourd'hui en Belgique.

Pour comprendre l'intérêt des chiffres, il faut se rappeler qu'en 1997 le pouvoir fédéral a instauré un numerus clausus limitant l'accès à la profession pour les étudiants en fin de parcours, à charge des communautés de réguler suivant la clef classique 60 % (Flandre), 40 % (Wallonie). À l'époque, on a considéré que les 42.000 médecins du moment étaient suffisants pour maintenir une offre de soins de qualité. Pour faire bref, on n'a pas tout à fait tenu compte du fait qu'un certain

nombre de professionnels n'exercent pas en médecine libérale. Et puis, on n'a sans doute pas imaginé que le médecin jusque-là taillable et corvéable à merci allait un jour prendre un peu de temps pour sa famille, ses loisirs et donc réduire son horaire de travail. Un phénomène d'autant plus marqué – c'est sociologique – que la profession s'est largement féminisée.

Que dit le cadastre à ce sujet ? Que les 42.000 médecins de 1997 ne sont déjà plus 42.000. Ils sont exactement – en 2012 en tout cas – 39.933 à détenir un numéro Inami. Parmi eux, seuls 32.123 exercent activement leur profession. Et puis, comme être actif n'est pas nécessairement y passer toutes ses journées, ce ne sont plus que 23.040 médecins équivalents temps plein qui travaillent aujourd'hui dans le pays. Parmi eux, 37 % sont généralistes et 63 % sont spécialistes.

Qu'en sera-t-il à l'avenir ? Surprise : le nombre de médecins augmente. En 2022, on devrait comp-

ter un peu plus de 44.400 praticiens agréés alors qu'en 2037, ils seront 43.588. Par contre, et là ça redevient intéressant, sous l'effet conjugué de la réduction généralisée du temps de travail et de la féminisation de la profession, le nombre d'équivalents temps plein augmente légèrement à l'horizon 2022 mais chute à 22.431 à 2037.

Une chute qui ne touchera pas l'ensemble des spécialités de la même manière. Toutes choses égales par ailleurs, les universités forment toujours plus de spécialistes et toujours moins de généralistes : en 2037, les généralistes ne représenteront plus que 27 % de la profession, soit un peu plus de 6.000 médecins à temps plein contre 8.460 aujourd'hui. Et c'est compter sans les étudiants « étrangers » dont rien ne dit – c'est épinglé dans le cadastre – qu'ils ne vont pas demain filer exercer dans leur pays. ■

ÉRIC BURGRAFF
@eburgraff

CONTEXTE

Une histoire longue de 17 ans

Le problème. L'idée de réguler le nombre de médecins remonte à 1997. Le dossier était communautaire : les Flamands souhaitaient équilibrer le nombre de médecins entre le nord et le sud du pays. Le fédéral limite alors l'attribution de numéros Inami. Aux entités fédérées d'adapter les modalités des formations aux quotas de médecins... Dès 1997, la Flandre instaure un examen d'entrée, quand la Communauté française organise un filtre à la fin de la troisième année. Entre-temps, après plusieurs péripéties, les francophones renoncent à tout filtre véritablement contraignant. Mais des milliers d'étudiants s'engouffrent chaque année dans le cursus de médecine... Du

coup, depuis 2004, les universités puisent des numéros Inami dans les réserves des années suivantes (c'est ce qu'on appelle le lissage). De 2004 à 2017, les francophones disposaient de 5.038 numéros. Or si on donne ce numéro aux 620 diplômés attendus en juin prochain, il ne restera qu'une centaine de numéros pour les 620 diplômés attendus en 2016. En octobre dernier, les étudiants de l'ULB et de l'UCL ont fait grève pour protester.

La solution. Le professeur et président du Collège des doyens francophones de médecine Yvon Englert a récemment brisé le tabou de la mise en place d'un examen d'entrée, à ses yeux le seul compromis viable. Cette prise de position a été applaudie par le secteur associatif. L'Absym (syndicat des médecins) et les étudiants eux-mêmes n'y sont pas opposés.

A.-C.B.

témoignages « Un décalage des mentalités »

Jean M. a 64 ans et officie en tant que médecin généraliste dans la province de Liège. A son âge, il est en train d'organiser la transition de sa patientèle et le moins que l'on puisse dire, c'est que ce n'est pas l'opération la plus facile qui soit.

« C'est difficile de s'associer avec des jeunes, au bout de sept ans d'études, ils n'ont encore rien dans les mains, regrette-t-il. En plus de cela, la patientèle a tendance à rester accrochée à son médecin. Jessaie tout doucement de faire comprendre à mes patients que cela ne continuera pas indéfiniment. »

La féminisation de la profession pointée du doigt

Aujourd'hui, Jean travaille avec une jeune femme qui lui reprend progressivement quelques patients, alors que lui tente de diminuer son nombre quotidien de contacts-patient. Mais il travaille toujours à temps plein. Il aimerait prendre sa pension à 65 ans, mais il se rend bien compte que, financièrement, il serait plus raisonnable d'attendre encore trois ou quatre ans.

Le généraliste estime que si la jeune doctoresse devait reprendre du jour au lendemain l'entièreté de sa patientèle, elle serait noyée. *« Moi cela ne me dérange pas de boulotter quatorze heures par jour. Elle met plus de limites et elle a raison. Je pense que la féminisation du métier joue beaucoup dans la situation actuelle. Cette jeune femme tient à avoir une vie de famille épanouie, du coup elle s'arrête deux heures à midi et est souvent indisponible après 19 heures. Moi, à ce moment-là, j'ai encore quatre heures de pratique devant moi. »*

L'analyse pourrait sembler simpliste, machiste même. Pourtant, elle est partagée par plus d'un pra-

ticien. Michel De Volder, médecin généraliste de 55 ans, est le président de la Fédération bruxelloise des médecins généralistes. Il côtoie énormément de médecins de tous les âges et a une vision bien précise de la situation. *« Les jeunes sont très sollicités, mais il faut bien comprendre qu'on ne leur propose pas que des consultations ou des*

visites. Ce qui les intéresse beaucoup, c'est de trouver un travail qui leur permet d'avoir un certain confort, aussi bien au niveau des horaires que du salaire. »

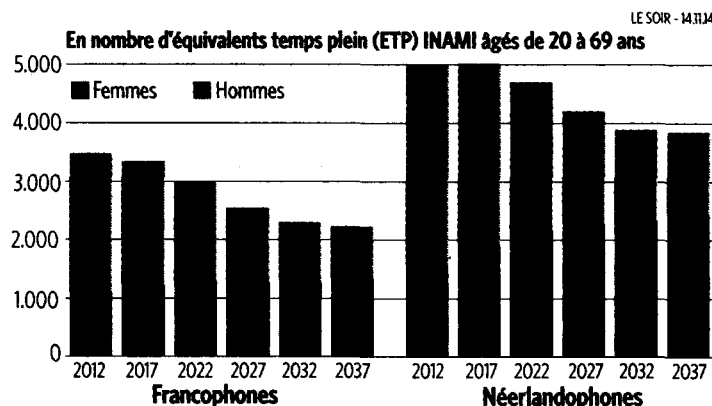
Pour lui, c'est sûr : il y a un fossé entre les médecins sortis dans les années 70 et les diplômés actuels. A l'époque, il y avait pléthore de généralistes, ils ont dû batailler les uns contre les autres pour se faire un nom. *« Vu le contexte, ils étaient corvéables à merci ! Ils n'hésitaient pas à être de garde 24 heures sur 24... Aujourd'hui, les mentalités ont changé et les jeunes ne sont plus forcément prêts à réaliser autant de sacrifices. »*

Jean M. en est persuadé : il n'est pas le seul à rencontrer des soucis de transition. *« J'ai beaucoup de collègues d'environ 60 ans qui sont dans la même situation que moi »,* précise-t-il.

Pour s'en sortir, une solution se profile, celle de créer des associations de médecins. *« Prenez trois ou quatre jeunes qui s'unissent pour créer une maison médicale. Un "ancien" pourrait alors s'intégrer dans l'équipe et se permettre de lâcher le pied de manière progressive. »* Selon Jean, c'est même *« la seule transition jouable à long terme »* : *« A court terme comme on procède actuellement, la médecine générale risque de perdre en crédibilité. »* ■

ANN-CHARLOTTE BERSIPONT
@AnnCharlotte_B

LES SPÉCIALISATIONS EN PÉNURIE



GÉNÉRALISTES

Moins de six généralistes pour 10.000 habitants

Un peu plus de 6.000 généralistes équivalents temps plein (6.063 exactement) en 2037... pour 11.644 hommes ou femmes généralistes recensés. C'est clair, la réduction du temps de travail va toucher de plein fouet la médecine générale. Ce qui est très clair aussi, c'est que les catégories d'âges où l'on retrouve actuellement le plus de praticiens - les 50-60 et 60-70 ans - seront très probablement à la retraite d'ici là. En quelques mots comme en mille, le cadastre valide ce que l'on ressent sur le terrain depuis plusieurs années déjà : on va droit dans le mur ! Alors qu'on considère qu'une région présente une déficience en généralistes lorsqu'on y compte moins de 9 médecins pour 10.000 habitants, les chiffres actuels d'équivalents temps plein évoluent sous ce que le *Journal du Médecin* appelle dans son édition de ce vendredi « le seuil de pauvreté médicale » : les 14.277 agréés actuels en médecine générale ne constituent en fait que 8.459 équivalents temps plein (ETP). Les 6.182 ETP prévus dès 2032 représentent moins de 6 généralistes pour 10.000 citoyens ! Le tout d'ailleurs sans compter la hausse annoncée de la population.

Cela étant, le problème touchera différemment la Flandre et la Wallonie. En 2037, la première devrait garder 3.843 généralistes, tandis qu'il n'en restera que 2.220 en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'origine du problème est... culturelle. En Wallonie, il est plus fréquent qu'en Flandre de consulter un spécialiste plutôt que de profiter de l'offre de qualité en première ligne. Une situation qui se reproduit sur le terrain de l'enseignement : les universités francophones forment trop de spécialistes par rapport aux normes qui leur sont imposées par le fédéral (43 % de généralistes contre 57 % de spécialistes). En 2013, le SPF Santé publique publiait d'ailleurs un rapport mettant en exergue que sur la période 2008-2012, le nombre de généralistes en formation augmentait de 71 % en Flandre, 20,7 % à Bruxelles, et 9,7 % en Wallonie.

Pour le surplus, le cadastre met parfaitement en lumière la féminisation de la profession : actuellement, deux médecins généralistes sur trois sont des hommes alors que dans un quart de siècle deux sur trois seront des femmes !

ÉRIC BURGRAFF

reportage « Comment voit-on notre avenir ? Plutôt incertain ! »

Un soleil radieux brille au-dessus du campus UCL de l'Alma à Woluwe. Mais ce qui l'est moins, c'est le visage des étudiants en médecine. « Comment voit-on notre avenir ? Plutôt incertain ! » s'exclame Timothée Leroy, étudiant en 6^e année.

Ils sont plusieurs devant l'auditoire C à attendre le début du cours. Beaucoup d'entre eux partagent le sentiment de Timothée. « On a tous des copains qui ont fait des études plus courtes et qui ont trouvé du boulot. Nous, on va faire au minimum sept ans d'études sans l'assurance de trouver un travail derrière... », soupire Caroline Douillet, elle aussi en 6^e année.

En effet, un étudiant sur deux risque de ne pas voir la couleur d'un numéro Inami à la fin de

ses études, le précieux sésame qui permet à ces futurs médecins d'exercer. Il en va de même pour les étudiants en dentisterie : 60 % d'entre eux n'obtiendront pas de numéro selon les déclarations du 3 octobre des doyens des facultés de médecine de l'ULg, l'ULB et l'UCL.

Un sentiment d'impuissance

Après un mouvement de grève, les étudiants en dernière année sont retournés en stage, et pour les autres les examens approchent à grands pas. Le moral est morose.

Ils veulent réussir leurs examens sans pour autant avoir la certitude d'obtenir un numéro Inami en cas de succès, les facultés francophones ayant déjà entamé les réserves de 2017.

« On se sent impuissant, explique Jean Massaad... Il y a les examens dans trois semaines, donc on ne peut plus se mobiliser à fond, on n'est pas près de retourner dans la rue. »

« Je pense que le message est bien passé auprès du public et des politiques. Mais ce n'est plus de notre ressort maintenant, on attend des nouvelles de l'Université », lance un autre étudiant.

Romain Lambert, étudiant de

4^e année, tente de relativiser : « Maggie De Block est de bonne volonté, on devrait trouver des solutions assez rapidement. Mais bon, je suis d'un naturel optimiste, aussi ! »

Globalement dans les années inférieures, on est plus optimiste. L'inquiétude est dirigée vers les camarades de dernière année. « Ils sont sur le tranchant du couteau, comme on

dit », déclare Céline Gortz, qui potasse ses cours de 4^e année, dans une salle proche des auditoires.

« Psychologiquement, ça doit être très dur pour eux », imagine Romain Lambert, lui aussi plongé dans ses livres. « Nous, on garde espoir, car on n'est pas encore directement concernés. Même si je ne suis pas très confiante », confesse Céline Gortz. Partir exercer à l'étranger est l'une des solutions avancées pour pallier le problème.

« S'il le faut, je partirai à l'étranger »

Mais l'idée n'enchant pas tout le monde. « Je n'ai pas fait sept ans d'études pour rien ! S'il le faut, je partirai à l'étranger, mais c'est dingue de devoir d'abord sortir du pays et ensuite y revenir pour obtenir un numéro Inami ! », s'insurge Céline Gortz.

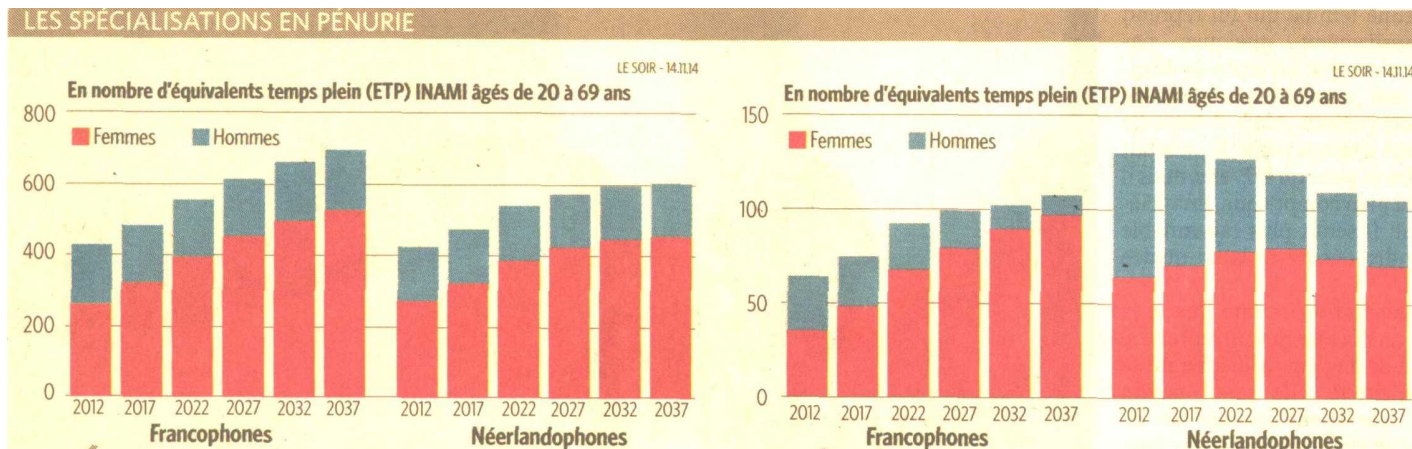
D'autres ne sont pas contre, mais beaucoup s'estiment ne pas être suffisamment informés sur ce qu'il est possible de faire.

« Je vois ça comme une opportunité, mais je comprends que ce ne soit pas l'avis de tout le monde, dit Romain Lambert. Mais c'est dommage pour la Belgique : elle a payé nos études, elle a investi sur nous et au final, elle n'en profitera pas. »

Autre solution : s'orienter vers les pratiques qui ne nécessitent pas de numéro Inami, comme la médecine légale ou du travail.

Même si cette perspective ne dérange pas Romain Lambert, d'autres étudiants refusent de devoir s'orienter par dépit. ■

TONY CHALOT (st.)



PÉDIATRIE

Les gardes intrahospitalières désertées

Lorsqu'on compare, pour l'année 2012, le nombre de pédiatres belges agréés (1.674) au nombre d'équivalents temps plein (ETP, 854), on obtient un ratio avoisinant les 50 %. Cela démontre, comme pour la médecine générale, le gouffre entre le nombre de médecins agréés et ceux qui sont réellement actifs à temps plein. La projection dans le temps diffère en revanche de la médecine générale, puisqu'on observe une hausse du nombre d'agréés et d'ETP (le ratio reste à peu près identique en 2037, avec 1.299 ETP pour 2.776 agréés en Belgique). Le graphique ci-dessus le montre : les effectifs devraient augmenter d'une façon similaire dans les deux aires linguistiques du pays au cours des prochaines décennies. Il y a moins de pédiatres en Flandre qu'en Wallonie alors que la première est plus peuplée que la seconde : la situation témoigne d'une différence « culturelle » entre les deux communautés. En caricaturant, on dira que le Wallon consulte un pédiatre pour une otite alors que le Flamand fait confiance à son généraliste. A ce stade, le cadastre ne donne pas d'information sur le lieu d'activité des pédiatres : hôpital ou privé ? Une distinction intéressante dans une profession où se marque la tendance à bouder l'hôpital au bénéfice de consultations privées plus rémunératrices.

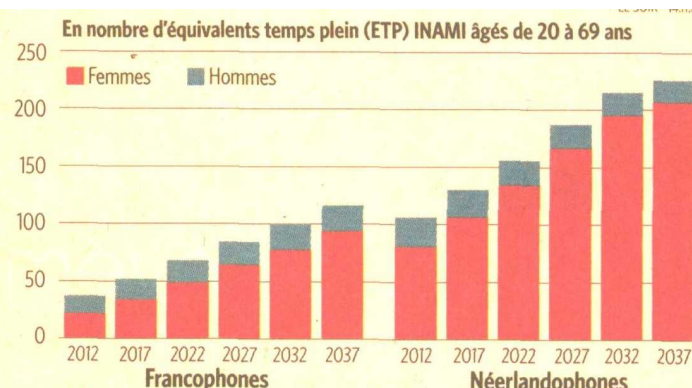
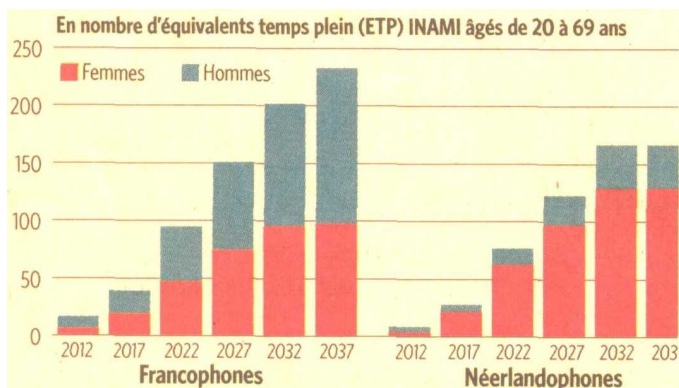
A.-C. B. ET E.B.

GÉRIATRIE

Population vieillissante cherche docteurs

Dans cette spécialisation, la proportion de médecins non actifs est très faible. La Flandre possède plus de gériatres que la Fédération Wallonie-Bruxelles, mais la plupart d'entre eux ont entre 50 et 60 ans ; c'est peu dire qu'ils seront nombreux à prendre leur pension les prochaines années alors que la population est vieillissante. Dans ce secteur, on compte, en 2012, 194 équivalents temps plein (ETP) pour 279 agréés. Il y a davantage de gériatres agréés et non actifs dans le sud du pays que dans le nord. En 2037, on s'attend à avoir 400 agréés en Belgique, pour 213 ETP. Comme le montre le graphique, le nombre d'ETP est relativement stable en Flandre, alors qu'il augmente en Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans les deux communautés, la féminisation s'accroît. La gériatrie est un secteur-clé au regard du vieillissement de la population. En 2008, l'Association belge de gérontologie et de gériatrie tirait déjà la sonnette d'alarme : la Belgique comptait, selon ses statistiques, 299 gériatres alors que 600 temps pleins étaient nécessaires. Dans cette perspective, les prévisions du cadastre ne sont pas rassurantes, puisqu'il y aura 360 actifs en 2037 pour l'ensemble du pays, alors qu'on estime que les besoins de santé auront doublé en 2050 pour cette population spécifique.

A.-C. B. ET E.B.



URGENCES

Forte hausse pour une nouvelle spécialité

Avant tout, il est important de préciser que la spécialité de médecine d'urgence existe seulement depuis 1998 et coexiste avec la médecine aiguë. Lorsqu'on photographie l'état actuel des choses (pour 2012), on constate que sur les 41 médecins urgentistes agréés, 35 exercent réellement leur métier, pour un calcul de 25 équivalents temps plein (ETP). Puisqu'il s'agit d'une nouvelle spécialité, la hausse est considérable durant les prochaines années, passant, au niveau belge, de 41 à 679 agréés et de 25 à 399 ETP. En comparaison avec d'autres spécialités, la féminisation de la médecine d'urgence semble moindre, en tout cas en Communauté française. Selon la Société belge de médecine d'urgence, il faudrait aujourd'hui 711 ETP pour que le fonctionnement des services d'urgence soit minimum, 1.470 pour qu'il soit optimal... Si l'on se fie au cadastre, avec 399 équivalents temps plein en 2037, on est loin, très loin du compte !

A.-C. B. ET E.B.

PEDOPSYCHIATRIE

Une féminisation persistante

Une fois n'est pas coutume, les jeunes générations (30-40 ans) constituent la tranche d'âge où le nombre d'effectifs actifs et agréés est le plus élevé, tant en Flandre qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Durant les prochaines décennies, la hausse du nombre d'ETP (équivalents temps plein) est conséquente : on passe de 144 à 342. Le nombre d'agréés passe, lui, de 273 à 663. Autre constat important : la féminisation de la branche est très forte et persistante. Prudence, toutefois, sur les chiffres. Selon les anciennes législations, psychiatres et ex-neuropsychiatres ont eu la possibilité d'avoir une activité en pédopsychiatrie. Les estimations basées uniquement sur le titre de pédopsychiatre pourraient mener à une sous-estimation du nombre de praticiens actuellement actifs. Selon l'association professionnelle belge des psychiatres, il manquerait 300 pédopsys en Belgique. L'évolution du cadastre semble importante mais trop faible par rapport aux besoins réels.

A.-C. B.

L'EDITO

Éric Burgraff

OUVRIR LE NUMERUS CLAUSUS EN RÉVISANT SES DOGMES

Quatorze mille deux cents généralistes censés exercer en 2012 mais seulement 8.460 équivalents temps plein. Pénurie ? Un luxe plutôt par rapport aux 6.063 temps pleins qui soigneront la population vieillissante de 2037. Tout est dit dans ces quelques chiffres : le système régulant l'offre des professions de santé en Belgique est arrivé au bout de sa logique. En fait, un tel phénomène se produit quand une disette se transforme inexorablement en pénurie grave alors que dans le même temps des centaines d'étudiants rêvent de concrétiser des études parmi les plus complexes qui soient. La faute à qui ? Au mode de rétribution en vigueur d'abord : c'est parce que la médecine reste essentiellement rémunérée à l'acte, et parce que cette option n'échappe pas à des exigences de productivité, qu'il convient de

protéger le système contre d'éventuels abus. Ne rêvons pas cependant, ce n'est pas demain qu'on balayera cette formule vieille comme la médecine... La faute aussi aux politiques fédéraux qui, accrochés au principe de « demande induite par l'offre », pensent qu'un fonctionnement fermé est générateur d'économies pour les finances publiques. Il l'est sans doute jusqu'à un certain point mais il garantit aussi, l'air de rien, la protection de bien des intérêts particuliers. Or, en refusant de partager le gâteau, ne serait-ce qu'un tout petit peu, une partie de la profession met en péril l'offre de soins de santé actuelle.

On doit se rappeler que la profession a beau être libérale, c'est un système collectif qui la rémunère

La faute enfin à l'enseignement francophone. En s'asseyant royalement sur les quotas nationaux, la majorité siégeant à la Fédération Wallonie-Bruxelles a pris des risques. Elle a longtemps cru que la Flandre lui laisserait offrir sur un plateau une solution aux centaines d'étudiants surnuméraires alors que de ce côté-là de la fron-

tière linguistique, d'autres centaines d'étudiants ont dû ranger leur vocation précoce au rayon des rêves inaboutis.

Ce conflit communautaire vidé, le problème révélé par le cadastre reste entier. On doit le régler, en deux temps. D'abord, en permettant aux étudiants en fin de cycle d'exercer leur métier sous condition : remplir en priorité les spécialités (et les régions) en pénurie, à commencer par la médecine générale. On doit en effet se rappeler que la profession a beau être libérale, c'est un système collectif qui la rémunère. Ensuite en révisant ses dogmes. Le fédéral ne pourra pas rester sourd à ce cadastre qui appelle, à tout le moins, un véritable élargissement du numerus clausus. Quant à la Fédération Wallonie-Bruxelles, elle devra accepter de ne plus former des médecins à tous vents. Examen d'entrée ? Année préparatoire ? Filtre intermédiaire ? C'est moins la formule retenue que le principe même d'une vraie mesure de contingentement qui donnera la clef. Et qui évitera à ces étudiants, ou à leurs successeurs, de ne plus être otages de politiques aveugles.