

Pénurie programmée de médecins généralistes dans vingt ans

D'ici 20 ans, le nombre de généralistes francophones pourrait diminuer de moitié, dévoile une enquête du « Soir ».

A politique inchangée, la Belgique francophone perdra l'équivalent de la moitié de ses généralistes à l'horizon de vingt ans, dévoile *Le Soir* dans une enquête. En 2037, la Communauté française devrait donc se contenter de 5,09 généralistes pour 10.000 habitants, contre 9,9 en 2012.

Ces prévisions inquiétantes pour le patient - celui qui a l'habitude d'attendre plusieurs heures dans une salle d'attente bondée avant de voir un médecin - sont celles de la Commission de planification.

Cet organe est chargé d'organiser l'offre médicale dans le pays. Pour faire ses plans, la commission part des stocks (de médecins) existants et y applique les tendances ou les normes fixées par l'État sur plusieurs paramètres, dont le nombre de praticiens étrangers entrants, les nouveaux diplômés, les variations de la population, la mutation dans les besoins sani-

taires...

A l'heure où les futurs étudiants en médecine terminent leurs révisions pour l'examen d'entrée, la perspective interroge.

Car, précision utile, ces données intègrent l'entrée dans le monde du travail des fameux étudiants francophones surnuméraires qui, entre 2007 et 2015, ont échappé à toute tentative de filtre, au grand dam de la Flandre.

En observant les tendances de plus près, la question se communautarise. Au cours de la même période, la Flandre qui part de bien plus haut, passera de 7.870 généralistes en 2012 à 6.512 en 2037. Soit 7,94 médecins pour 10.000 habitants. Une baisse de 34 %.

Alors vingt ans après sa mise en place, la planification est on ne peut plus décriée, y compris par des instances sérieuses et reconnues.

« L'objectif du système de planification des ressources médicales en Belgique est de lutter contre la demande induite par l'offre. Cette hypothèse fondatrice n'a pourtant pas pu être démontrée. La limitation de l'offre de médecins comme mesure de maîtrise des coûts doit être considérée avec prudence en l'absence de données probantes », indique par exemple la *Revue médicale de Bruxelles* (ULB) en avril 2017.

Le centre fédéral d'expertise en soins de santé lui-même a tiré le signal d'alarme en juillet dernier : *« La planification efficace de la force de travail doit reposer sur une définition claire et explicite d'objectifs de santé. Or, la planification existante est axée sur le maintien d'une offre initiale qu'aucune motivation inattaquable ne justifie. »* ■

Une journée avec un médecin

Chez le « docteur Simon », on s'entasse dans la salle d'attente. A Pâturages, dans le Hainaut, les patients continuent à affluer après les heures officielles d'ouverture du cabinet.

Face au manque de généralistes, le médecin David Simon a dû adapter son travail, évitant autant que possible les visites à domicile.

« Mais je ne peux pas abandonner les visites pour ceux qui ne peuvent absolument pas bouger », nous explique-t-il.

Notre reportage en p. 4.

Moitié moins de généralistes dans vingt ans

SÉRIE 1/3

Médecin, métier en pénurie ?

Le vendredi 8 septembre aura lieu le premier examen d'entrée pour 4.500 candidats à étudier la médecine. Une première en Communauté française. Et une façon de restreindre cet accès afin d'avoir moins de diplômés en 2023. Mais quelle est aujourd'hui la réalité de la pénurie ? Que sera-t-elle dans 20 ans ?

Pour suivre :

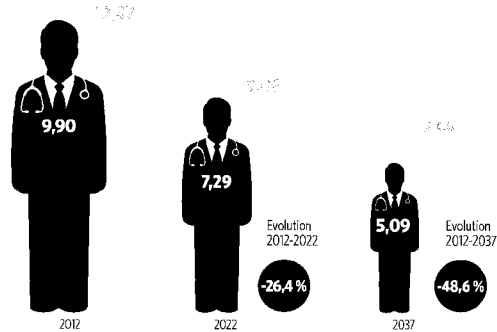
- Mardi, la pénurie, commune par commune voire quartier par quartier.
- Mercredi, la vérité sur l'examen d'entrée. Un concours déguisé ?

Médecine générale

Communauté française

Nombre d'équivalents temps plein pour 10.000 habitants

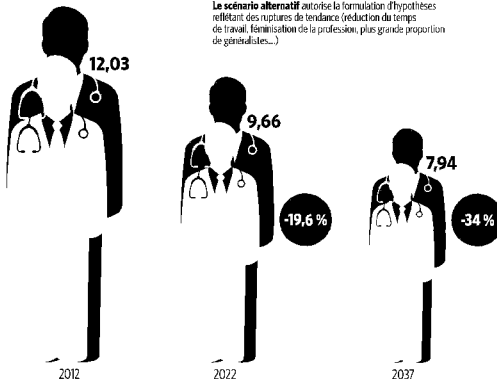
■ Scénario de base ■ Scénario alternatif



Communauté flamande

Le scénario de base se fonde sur des tendances historiques et sur une politique constante pour proposer des extrapolations.

Le scénario alternatif autorise la formulation d'hypothèses relatives aux ruptures de tendance (réduction du temps de travail, féminisation de la profession, plus grande proportion de généralistes...)



- Alors que le premier examen d'entrée en médecine a lieu vendredi 8 septembre, voici les derniers scénarios sur l'évolution de la force médicale.
- Ils sont délétères, plus pour les francophones.
- D'ici 2037, la densité de généralistes pourrait diminuer de près de 50 %.

allée pour, lui aussi, essayer d'endiguer l'explosion des dépenses dans le secteur. Avec un constat : en vingt ans, on a réussi à créer un sentiment de pénurie. Et dans les vingt prochaines années, on va assécher l'offre médicale, particulièrement en Belgique francophone. Pourtant... on ne pourra pas dire qu'on ne savait pas...

« L'objectif du système de planification des ressources médicales en Belgique est de lutter contre la demande induite par l'offre. Cette hypothèse n'a pourtant pas pu être démontrée. »

« La planification efficace de la force de travail doit reposer sur une définition claire et explicite d'objectifs de santé. Or, la planification existante est axée sur le maintien d'une offre initiale, qu'aucune motivation inattaquable ne justifie. »

« Le numerus clausus est un non-sens dans un contexte mondial de pénurie du personnel de santé et dans un système ouvert. »

La première allégation a été publiée dans la *Revue médicale de Bruxelles* (ULB) en avril 2017 (1). La seconde, datée de juillet, figure dans un rapport commandé par le gouvernement Michel à son très sérieux Centre fédéral d'expertise des

soins de santé (KCE) (2). La troisième a été dite en 2015 par Yvon Englert, doyen de la faculté de médecine de l'ULB, aujourd'hui recateur.

Indiscutablement, vingt ans après le lancement des opérations, la planification de l'offre médicale par l'État fait plus que jamais débat. Ce n'est pas tant le principe même qui pose question (de nombreux pays « planifient » à qui mieux mieux) que les hypothèses fondatrices, les données imposées par l'État ou la communautarisation très belgo-belge du problème.

Scénario de base

Avant de rendre son avis à l'intention du gouvernement, la Commission de planification élabore des scénarios dessinant l'avenir des soins de santé. Elle part des stocks (de médecins) existants et y applique les tendances ou normes fixées par l'État sur 13 paramètres : praticiens étrangers entrants, limitation des nouveaux diplômés, variations de la population, mutations dans les besoins sanitaires, choix de spécialisation... De quoi élaborer un tableau d'évolution de la force de travail à politique et

conditions inchangées.

C'est au bout de ce modèle mathématique très complexe que surgit une première vérité : selon le « scénario de base » de la Commission de planification, en 2037, la Belgique francophone ne pourra plus compter que sur la moitié de sa

force de travail actuelle en médecins généralistes ! Plus exactement, le nombre de professionnels – ramené en équivalents temps plein actifs (ETP) dans le cadre d'un remboursement Inami – passera de 4.447 en 2012 à 2.826 en 2037, soit de 9,9 médecins ETP par 10.000 habitants à 5,09. Sur cette échelle temps, la baisse de la force de travail est de 48,64 %.

Pendant ce temps, la Flandre qui part de bien plus haut, glissera de 7.870 ETP en 2012 à 6.516 en 2037. Sur 10.000 habitants, on passe de 12,03 à 7,94 ETP, soit une baisse de 34 %.

Précision utile : ces données intègrent l'entrée dans le monde du travail des fameux étudiants francophones surnuméraires qui, de 2007 à 2015, ont échappé à toute tentative de filtre au grand dam de la Flandre.

Ce scénario – et le suivant – est

appliqué sur chacune des spécialités médicales avec des résultats bien moins contrastés, voire totalement inversés (exemples dans l'infographie ci-contre).

Scénario alternatif

Voilà pour le scénario catastrophe... qu'il convient toutefois de relativiser par un autre scénario dit « alternatif ». La Commission de planification considère en effet qu'en médecine, tous les paramètres de base ne sont pas figés dans le temps. Flamands et francophones se sont donc mis d'accord pour apporter des variantes sur cinq paramètres : l'introduction d'un filtre à l'entrée des études

en Fédération Wallonie-Bruxelles, la réduction du temps de travail souhaitée par les jeunes générations, un regain d'intérêt pour la médecine générale, l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et un calcul différent de la notion d'équivalent temps plein. Que raconte le nouveau scénario ainsi créé ? Qu'en Flandre, on passera de 6.686 à 5.670 généralistes, soit de 10,22 à 6,74 ETP pour 10.000 habitants ; la baisse est d'un tiers environ. Qu'en Belgique francophone, on passe de 5.423 à 4.214 généralistes, soit de 12,07 à 7,44 généralistes ETP pour 10.000 habitants. Bien que la baisse flirte avec les 40 %, il n'échappera à personne que ce scénario est moins

catastrophique que le précédent pour les francophones.

A la caisse

Ce que le modèle alternatif ne raconte pas, par contre, c'est que le « remboursement » des numéros Inami francophones surnuméraires aura un impact délétère sur la future force de travail. Pour mémoire, malgré les dépassements de quotas, tous les étudiants francophones en cours de cursus auront un numéro Inami (histoire de n'avoir pas étudié pour rien). Cet accord fédéral est assorti de deux conditions. D'une part, un nouveau filtre efficace à l'entrée des études. D'autre part un lissage né-

gatif : ce sont les générations futures qui, à partir de l'année de sortie 2024 régleront la note : ce « remboursement » a été définitivement fixé à 1.531 numéros, à répartir sur une quinzaine d'années moyennant un calcul dont nous vous passons les détails. Alors que la Commission fixe à 38,15 % le nombre minimum de généralistes

à former dans les futures promotions, les francophones devraient être privés d'environ 600 jeunes généralistes dans les 10-15 prochaines années. Un rapide calcul indique qu'avec ce correctif, le scénario alternatif se rapprochera dangereusement du catastrophique scénario de base. ■

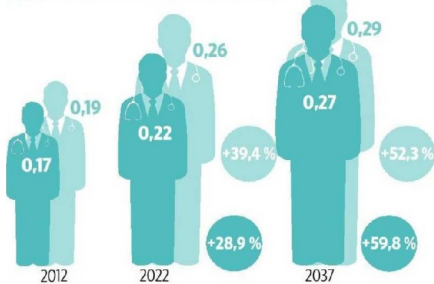
ÉRIC BURGRAFF

Gériatrie

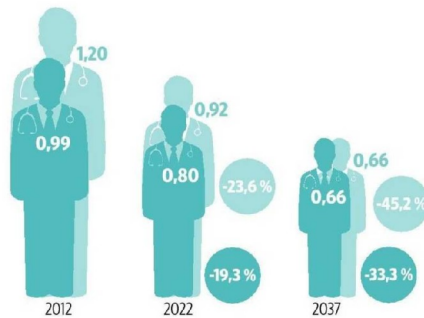
Communauté française

Nombre d'équivalents temps plein pour 10.000 habitants

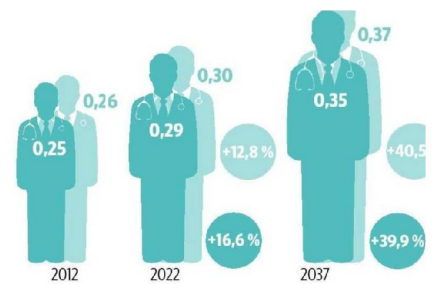
■ Scénario de base ■ Scénario alternatif



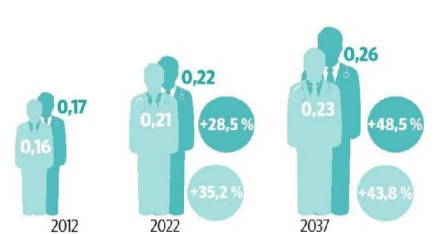
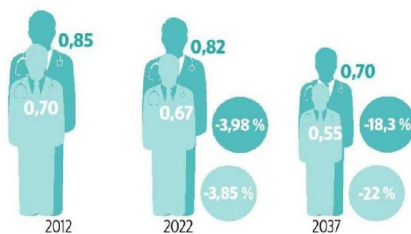
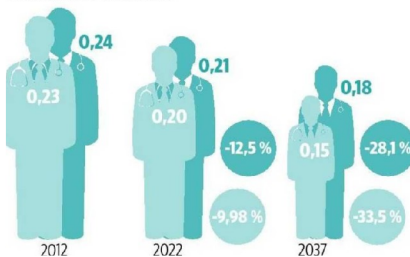
Cardiologie



Oncologie



Communauté flamande



(1) Planification de l'offre médicale : cadastre dynamique des médecins, sixième réforme de l'État et numerus clausus par l'assertion est signé N. Benahmed, A. De Wever et M. Pirson

(2) Vandenbroeck P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Stratégies d'amélioration du modèle de projection de l'offre médicale : consultation des stakeholders - Synthèse. Health Services Research (HSR), Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2017. KCE Reports 290Bs.

l'experte « La question des quotas est un peu ridicule »

ENTRETIEN

Sabine Stordeur est experte en analyse des systèmes de santé pour le KCE. A titre personnel, elle commente les mécanismes de la planification à la belge.

On continue à planifier alors que la pénurie est là, ou guette à l'horizon...

Les pénuries peuvent être perçues ou réelles. C'est toujours une question d'appréciation. S'agissant des généralistes, elle est réelle dans certaines régions rurales mais, dans les villes, la surabondance de généralistes reste la norme.

On parle aussi de pénurie de spécialistes...

Là aussi, le sujet peut être discuté. On manque, par exemple, de pédiatres en milieu hospitalier. Mais on remarque

que cette spécialité est plébiscitée par les femmes qui choisissent de l'exercer en cabinet privé, avec des horaires permettant de combiner vie professionnelle et familiale. En gériatrie, c'est typiquement une situation où la pénurie se crée via l'évolution des besoins : on s'attend aujourd'hui à ce que les personnes âgées soient prises en charge par des gériatres

mais, il y a 50 ans, c'était le job des généralistes.

Les scénarios sont très préoccupants pour l'avenir, pourquoi ne pas agir plus vite ?

La Commission de planification est un organe d'avis au service du gouvernement fédéral, exactement comme le KCE. Elle a formulé des recommandations sur la base du scénario alternatif de l'évolution de la force de travail. Ces recommandations vont dans le sens d'un assouplissement des nombres au niveau du numerus clausus et d'un meilleur équilibre par rapport à la Flandre. Le pouvoir politique peut décider de suivre, ou pas, cet avis. En l'occurrence, les partis politiques – et particulièrement les partis flamands – n'ont pas suivi cet avis sur toute la ligne.

D'autres correctifs possibles ?

Il y a 10 ans, le quota était un « maximum » pour les généralistes. Il a aujourd'hui statut de quota « minimum » (NDLR : autour de 40 %). Désormais, les universités sont priées de former un nombre minimum de généralistes pour

lutter contre les risques de pénurie. Malgré tout, la profession souffre d'une moindre aura par rapport aux spécialistes, sans compter le différentiel financier. À un moment, il faudra vraiment prendre le taureau par les cornes et se poser la question : puisque l'offre sera insuffisante pour répondre aux besoins, est-ce que tous les actes posés par un généraliste relèvent encore bien de sa fonction ?

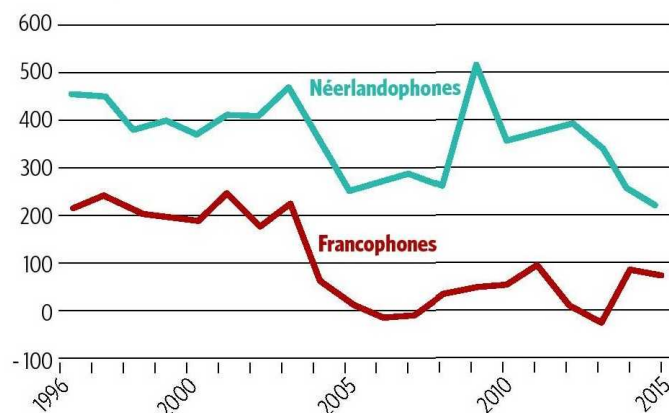
Où s'interroger sur l'utilité des quotas ?

Cette question des quotas est effectivement ridicule de nos jours... Continuer à jouer sur des nombres à ce point drastiques pour des étudiants qui sortent des universités belges alors qu'on n'a aucune restriction sur les médecins formés à l'étranger, c'est de fait ridicule. Cette attitude stricte face aux Belges mais totalement ouverte face aux médecins européens n'a aucun sens ! Cela étant, ouvrir toutes les fenêtres n'aurait aucun sens non plus. Il est urgent de réfléchir à une activité rationnelle qui offrirait plus de souplesse pour les étudiants belges. ■

Propos recueillis par
E.B.

PROJECTIONS

Ecart entre les nouveaux diplômés en médecine et les diplômés 40 ans plus tôt



LE SOIR - 04/09/17

Plus de retraités que de nouveaux

D'où provient la pénurie de médecins ? Nous avons posé la question au professeur émérite Denise Delière, chercheuse au Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales (UCL). « *Chaque année, explique-t-elle, les nouveaux diplômés en médecine remplacent grosso modo leurs aînés qui ont été promus 40 ans auparavant et qui prennent leur retraite.* » Un comparatif des entrées et sorties donne ces tendances : de 1996 à 2003, le nombre de nouveaux diplômés dépassait très largement celui des retraites attendues (+ 70 % du côté francophone, + 200 % du côté néerlandophone). De quoi faire face à la croissance de la demande de soins et, par exemple, à la baisse du temps de travail des médecins. Par contre, « *de 2004 à 2015, suite au numerus clausus, les nouveaux diplômés n'excédaient plus les sorties que de 10 % parmi les francophones, mais tout de même de 100 % au nord du*

pays ». En conséquence, côté francophone, il devient difficile de répondre aux demandes croissantes de soins dans le chef de la population et aux attentes des jeunes médecins en termes de qualité de vie.

Les importantes promotions de 2016 à 2022 (les surnuméraires) permettront-elles d'inverser la tendance ?

« *Elles contribueront à réduire les pénuries actuelles. En 2018 notamment, deux promotions de médecins arriveront sur le marché : ceux formés en sept ans et ceux formés en six ans. Un sentiment de pléthore pourrait même surgir à ce moment !* »

Cela étant, pour le professeur Delière, l'embellie sera de courte durée. En effet, à partir de 2020, arriveront à l'âge de la retraite les médecins issus des pléthoriques années 80 : « *Près de 730 en moyenne du côté francophone, 680 dans les universités flamandes. Ces retraites prévisibles dépasseront largement les quotas attribués. Le tout sans compter l'impact délétère du lissage négatif sur les futures promotions de médecins francophones.* »

E.B.

fonctionnement Le b.a.-ba du planificateur

Les seules images de la planification médicale qui parviennent au grand public se résument aux manifestations d'étudiants en médecine ou au stress des concours. Derrière ces images se cachent des mécanismes complexes.

1 Pourquoi planifier ? La planification d'une offre médicale cherche à déterminer, dit le KCE (le Centre fédéral d'expertise des soins de santé), « *quel sera le nombre adéquat, ainsi que le mix et la répartition opportuns de praticiens, pour répondre aux besoins futurs en soins* ». Après avoir longtemps travaillé sur l'évolution de la force théorique de travail, la Commission de planification s'appuie désormais sur le couplage de bases de données (cadastre historique, Inami, ONSS...) pour établir une image aussi proche que possible de l'activité sur le terrain, la projeter dans le futur et faire des recommandations à l'intention du gouvernement fédéral.

2 Les quotas. Les quotas sont le fer de lance d'une politique de planification. Sur la base des recommandations et scénarios, le gouvernement édicte un quota annuel de numéros Inami et les répartit entre Flandre et Wallonie. Plus qu'une simple fixation d'un volume de diplômes, il s'agit en fait de limiter le nombre de plans de stage pour poursuivre sa formation dans une spécialité (généraliste, cardiologue...).

3 Le rôle des communautés. Ce sont les communautés (la Fédération Wallonie-Bruxelles chez nous) qui, sur le terrain de l'enseignement, sont chargées d'appliquer les quotas annuels. La FWB a longtemps tergiversé alors que la Flandre respectait les nombres presque à la lettre. Depuis la dernière réforme de l'État, les communautés ont également la responsabilité de fixer des sous-quotas (la répartition entre les spécialités). Par contre, le fédéral reste compétent pour imposer des nombres minimaux, en médecine générale par exemple. ■

SÉRIE 1/3

Médecin, métier en pénurie ?

Le vendredi 8 septembre aura lieu le premier examen d'entrée pour 4.500 candidats à étudier la médecine. Mais quelle est aujourd'hui la réalité de la pénurie ? Que sera-t-elle dans 20 ans ?

« Le Soir » a enquêté auprès de généralistes dans le monde rural et en ville, ainsi qu'auprès de spécialités réputées en pénurie.

Mardi, reportage dans une maison médicale à Marcinelle.

Mercredi, la réalité des files en ophtalmologie.

LA SOLUTION

Des médecins parcourent la campagne en bus

La France, plus encore que la Belgique vu la taille de son territoire, connaît des déserts médicaux. Entre 2007 et 2016, le nombre de médecins généralistes dans l'Hexagone a baissé de 8,7%, selon des chiffres du *Monde diplomatique*. Le journal note que plus de trois millions de Français ont des difficultés à trouver un médecin traitant.

Les patients doivent parfois couvrir de longues distances pour trouver une consultation. Et si les médecins allaient à leur rencontre ? C'est l'idée du bus santé itinérant. Cette médecine

mobile a été mise en place dans l'Aisne, où l'accent est mis tant sur la prévention que sur le dépistage de maladies. La commune de Chèze, en Bretagne, va elle aussi développer ce type de projet. Cette dernière dispose d'un centre de santé fréquenté majoritairement par des gens venant de l'extérieur de la commune. Le bus se déplacera donc dans les communes voisines dépourvues de médecins. A son bord il emmènera un médecin généraliste et des secrétaires médicales. L'objectif est de réinsérer des patients dans le parcours de soins.

L'accès aux examens (radiographie, mammographie...) est lui aussi compliqué dans plusieurs régions françaises. Un autre type de bus va bientôt circuler dans le sud du pays (en Occitanie).

Celui-là est équipé de divers outils d'imagerie médicale : échographie, mammographie, radiologie, rétinologie, dermatoscopie et cardiologie. TIMM, c'est le nom de ce camion, sera connecté à un hôpital de référence où des médecins pourront suivre en direct les examens. Dans un premier temps, il sera destiné aux personnes âgées de cette région. En Belgique, il n'existe pas d'initiatives équivalentes. Seule l'ONE propose des consultations mobiles pour les enfants en province de Liège, Namur et Luxembourg. Et Médecins du monde a de son côté un médibus pour aller à la rencontre de personnes fragilisées (comme les personnes sans abri et les usagers de drogues) auxquelles ils proposent des soins infirmiers de première ligne.

VIOLAINE JADOU

« A Pâturages, on se sent abandonné de tous »

REPORTAGE

Une porte ouverte. Une petite porte qui débouche dans un couloir. À droite, le cabinet de David Simon, généraliste à Pâturages, entité de Colfontaine, un village à l'ouest de Mons. On n'y est pas très riche. 12.000 euros de revenus moyens, un quart de moins que le Belge moyen. Très moyen, donc. « *Ceux qui viennent des villes racheter une maison à rénover ici n'ont pas de gros revenus* », reconnaît le médecin. Qui est arrivé là grâce à la... pléthore de généralistes. Pléthore ? Diplômé en 89, il fait deux ans de coopération à Haïti avant de s'installer à Couvin. « *Je voyais un patient par semaine, j'ai failli repartir en Afrique* ». Mais un collègue l'appelle : venez à Colfontaine. « *Le médecin croulait sous le travail. Je ne suis jamais reparti* ».

Il n'est pas 8 h, le docteur Simon ouvre son courrier. Mais dans la salle d'attente, une demi-douzaine de personnes patientent déjà. « *Tout le monde est pour le docteur Simon ?* », demandent de nouveaux arrivés. La réponse est positive, provoquant les grimaces de ceux qui comptent qu'il faudra une paire d'heures avant que vienne leur tour. Au cœur de l'été, l'autre médecin du cabinet a pris quelques congés. Il n'y a pas d'épidémie de grippe

et la torpeur humide ne s'est pas muée en canicule. Peu d'urgences donc dans le cabinet du docteur Simon ce matin-là. Parfois, c'est autre chose et la file déborde dans la rue. « *Parfois même une heure avant qu'il ne commence* », souligne un habitué.

Pas remplacés

Mais c'est surtout l'avenir qui préoccupe le docteur Simon. Deux médecins sur trois qui assurent les gardes dans le Borinage, pour les week-ends, ont déjà plus de 50 ans. Dans dix ans, ils auront tous franchi la limite de 60 ans qui leur permettra d'être dispensés de cette charge, de plus en plus épuisante avec les années. Il faudrait que de nouveaux médecins viennent s'installer dans la région.

Mais la charge attendue est importante. Et l'impact psycho-social, lourd. 85 % des patients du docteur Simon sont en tiers payant, leurs ressources limitées. Déjà qu'on est davantage malade chronique dans le Hainaut et qu'on y meurt plus tôt que dans le reste du pays. Et Colfontaine accumule un peu les handicaps. Presque plus d'industrie, les lami-noirs de Jemappes, pourtant à la pointe, ont fermé après tant d'autres, un commerce éprouvé, un chômage chronique, un bâti qui souffre. Un jeune médecin qui s'installera ici ne manquera certes pas de travail, mais ce contexte peut effrayer.

Pour ses patients, le « docteur Simon » est un peu miraculeux. « *Je suis contente de pouvoir venir ici, je ne suis pas un numéro, je ne voudrais pas tomber sur n'importe qui via un numéro de téléphone* », témoigne Thérèse. Jacqueline n'est pas une habituée. Énceinte, elle a ressenti les symptômes de la baisse de tension ce matin. « *Mon médecin est en vacances. Le numéro de son remplaçant ne répond pas, j'ai pris ma voiture pour aller d'adresse en adresse, j'ai fait six ou sept médecins avant d'arriver ici. Le secrétaire d'un des médecins m'a dit qu'il remplaçait déjà trois confrères et qu'il ne pouvait pas en prendre davantage* ». Le docteur Simon, lui, est déjà revenu de Sicile. Des vacances qu'il faut « paier » avec un confrère ou une consœur pour que ses patients soient pris en charge par un autre médecin. D'autant qu'il y en a de plus en plus. « *Les généralistes ne sont généralement pas remplacés. Et les autres ne prennent plus de nouveaux patients* ». Le docteur Simon aussi ne prend plus de nouveaux patients s'ils refusent de se déplacer à son cabinet.

Une brune piquante sort de la consultation. « *Vous vous rendez compte, j'avais un malaise et mon médecin a refusé de venir chez moi* », disait-elle avant d'entrer en consultation. « *Je lui ai dit que je ne me serais pas non plus déplacé chez elle, elle n'était pas contente*, explique le médecin. *Les symptômes ne sont pas graves et elle dispose d'un moyen de déplacement. Je suis au centre du village, devant l'arrêt de bus : on ne peut plus exi-*

ger le médecin chez soi si on peut se déplacer sans trop de difficultés. Mais les gens n'ont pas encore fait le changement mental, ils se souviennent de leur enfance quand les médecins se déplaçaient volontiers. C'est fini, cela. »

Horaires à rallonge

Chaque quart d'heure, les patients entrent et sortent du cabinet, mais d'autres s'ajoutent encore dans la salle d'attente. Il est pourtant onze heures passées. Mais la porte d'entrée est restée grande ouverte, malgré les horaires affichés : « *De 8 à 10 h.* » « *Si je ne mets rien, tous arrivent à 11h30 et il n'y a personne à 8 h. Mais je ne ferme ma porte que quand j'ai une réunion impérative.* » Un vaccin, expédié en 10 minutes. Mais davantage de temps pour Abdel. Il a connu la mine toute proche après l'Algérie de son enfance. Qui a fui la France où on voulait le mettre en prison et est arrivé en Belgique à vélo. Que fera-t-il quand le docteur Simon arrêtera ? « *Je ne m'inquiète pas, je serai parti avant, ce sera mon dernier docteur. Il a sauvé ma femme en l'emmenant à l'hôpital. Il est bien, le docteur Simon, il vous écoute.* »

Brigitte : « *Il manque de médecins par ici. Le mien est parti à la retraite. J'ai dû venir en urgence, le docteur Simon m'a plu, je suis restée. Mais on a le même âge, qu'est-ce qu'on fera quand il arrêtera.* » « *Ah, cinq minutes, je fais pipi avant le prochain* », annonce gaiement le docteur Simon, dont le style sans manières semble convenir à sa patientèle.

Pourquoi choisir le docteur Simon ? « *Quand je suis venu habiter ici près de ma mère, mes frères, mes sœurs, je leur ai demandé quel était leur médecin. Je n'ai pas de voiture, il faut un endroit où je peux aller à pied* », explique Jeanine. Le cabinet est au centre du village, face à l'arrêt du TEC. Se soigner est parfois difficile : « *Toutes les mutuelles ont fermé leur bureau local, il faut aller à Mons pour le moindre papier, on perd une demi-journée au moins. Je n'ai pas confiance dans la poste, si on perd le papier, il faut tout refaire. On se sent abandonné de tous, par ici.* »

13h34

Il est midi, mais de nouveaux patients arrivent encore. Le dernier sortira à 13h34. « *La médecine, on ne sait jamais ce que la journée va apporter. Mais il faut s'adapter au mieux* », rétorque le médecin. La deuxième journée du docteur Simon commence.

Une dame très âgée « *qui veut mourir chez elle* ». Son premier médecin ? Le grand-père du médecin... qui a été « remplacé » par le docteur Simon à sa retraite. Dans les années 30, ce médecin travaillait 7 jours sur 7, changeait de communes à moto, demandait un délai de 24 h « *pour les urgences demandées le dimanche* ». « *La médecine a évolué, on ne peut plus travailler comme cela. Mais je ne peux pas non plus renoncer à toutes les visites à domicile car ce serait abandonner cette dame.* » Elle nous montre la photo de son salon « *quand elle avait encore la force de s'en occuper* ». Depuis, les chats ont gagné la bataille du pipi dans les couvertures. Infirmières, aide-ménagère, médecin dressent un faible rempart contre maladie et désarroi. Dans les yeux de la vieille dame, quasi de la vénération pour « son médecin ». « *Il a fallu appeler l'assistante sociale de la mutuelle car la dame et son fils avaient perdu tous leurs droits sociaux, quasi leur existence légale. Elle a fait le job, mais il y en a une seule pour toute la province, qui compte un million d'habitants* », épilogue David Simon.

Pâturages est parcourue dans tous les sens. Le retour n'est pas prévu avant la soirée. Une vie de marathonien. « *Je vais sans doute devoir diminuer encore les visites à domicile et les réserver à ceux qui ne peuvent bouger de chez eux. Aux autres, je proposerai des rendez-vous l'après-midi. Mais chaque médecin qui arrête dans le coin m'apporte de nouveaux patients. La pénurie est déjà perceptible, mais il faut surtout craindre celle qui s'annonce dans cinq à dix ans. Et il faut neuf ans pour former un bon généraliste. Et les nouveaux ne veulent plus donner tout leur temps, sacrifier vie de famille et loisirs. Je les comprends. Mais il faut agir maintenant pour éviter une catastrophe annoncée.* » Dans son agenda, trois visites à domicile sont encore inscrites. ■