



# Quinze communes au futur



Comment va  
la santé?

# Introduction

Il nous a semblé utile de publier cet état des lieux sur des aspects de la santé dans l'Arrondissement de Dinant suite à un ensemble de rencontres du Comité d'Orientation Politique (C.O.P.) et du Comité d'Orientation Social (C.O.S.) de Prospect 15. Ces assemblées avaient pour objectif d'évaluer le présent et l'horizon de l'espace concerné. L'état de la situation ne se veut pas exhaustif. Il touche essentiellement à deux réalités ayant un impact immédiat sur la vie des populations, à savoir, la **médecine générale** et la **mobilité des personnes nécessitant des soins récurrents en milieu hospitalier**. Cette étude a été menée par l'équipe d'animation de Prospect 15 en lien avec les réflexions des Bourgmestres présents au sein du C.O.P. et des Présidente(e)s de CPAS présent(e)s au sein du C.O.S. Parallèlement, cette étude s'est enrichie de l'apport considérable de l'Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant (U.O.A.D.), du Groupe d'Etude en Démographie Appliquée (GéDAP-UCL), de la collaboration de l'Université de Liège (ULg), de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), de l'Université Catholique de Louvain, d'étudiants en médecine de l'UCL.



Pour entrer plus avant dans ce qui pourrait bien être un scénario de crise de la santé en zone rurale, il est apparu indispensable de connaître le territoire concerné, l'habitant y vivant, afin de déterminer plus précisément les besoins en santé d'une population donnée sur un territoire donné. Nous étudierons ainsi le territoire, la population, sa situation sociale. Les conditions de logement interviennent également comme facteur déterminant. Etant l'objet d'une plaquette particulière, elles ne seront pas abordées dans la présente brochure. Ces facteurs, s'ils jouent un rôle important, ne sont bien évidemment pas les seuls à devoir être pris en considération. Mais tant les moyens que le temps nous ont amenés à faire un choix d'analyse et à nous limiter à deux aspects de la thématique santé, à savoir: la situation de la médecine générale et celle de la mobilité des personnes nécessitant des soins récurrents en milieu hospitalier. La conjugaison de ces thématiques avec la réalité rurale décline une situation au cœur de laquelle des décisions s'imposent.

«La problématique de l'accès à l'offre de soins se fait de plus en plus pressante dans certains territoires. L'évolution actuelle de la démographie médicale laisse craindre l'apparition de déserts médicaux (...) dans certaines zones sous-dotées. Les collectivités se mobilisent pour faire face à ces enjeux. Aides à l'installation des professionnels de santé, construction de maisons de santé pluridisciplinaires, bourses pour attirer les étudiants dans les territoires déficitaires, les mesures sont nombreuses mais peu coordonnées.»<sup>1</sup>

«Il faut adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Phrase passe-partout et pourtant chargée de sens, que chacun lit, entend ou prononce si souvent, jusqu'à

parfois en oublier la signification, un peu comme un tableau ou une photo qui est accroché depuis trop longtemps sur un mur et que l'on ne voit plus. Pourtant, mettre en oeuvre cette recommandation est un défi à relever. Il repose à la fois sur une observation et une analyse très fines de la situation sanitaire mais aussi sur une adaptation de notre système de santé à des réalités particulièrement évolutives.

Le milieu rural est de ce point de vue un espace aussi intéressant que complexe. Entre, d'une part, le rural isolé, encore fortement marqué par l'agriculture et dont la population est vieillissante, et, d'autre part, le rural périurbain, développé à proximité de grandes agglomérations et peuplé de public jeune aux revenus élevés, le trait commun se limite surtout à une ruralité contrastée à l'extrême. La place du généraliste est au cœur de cette réflexion dans une approche qui souhaite conforter son rôle comme un acteur privilégié du système de soins.»<sup>2</sup>



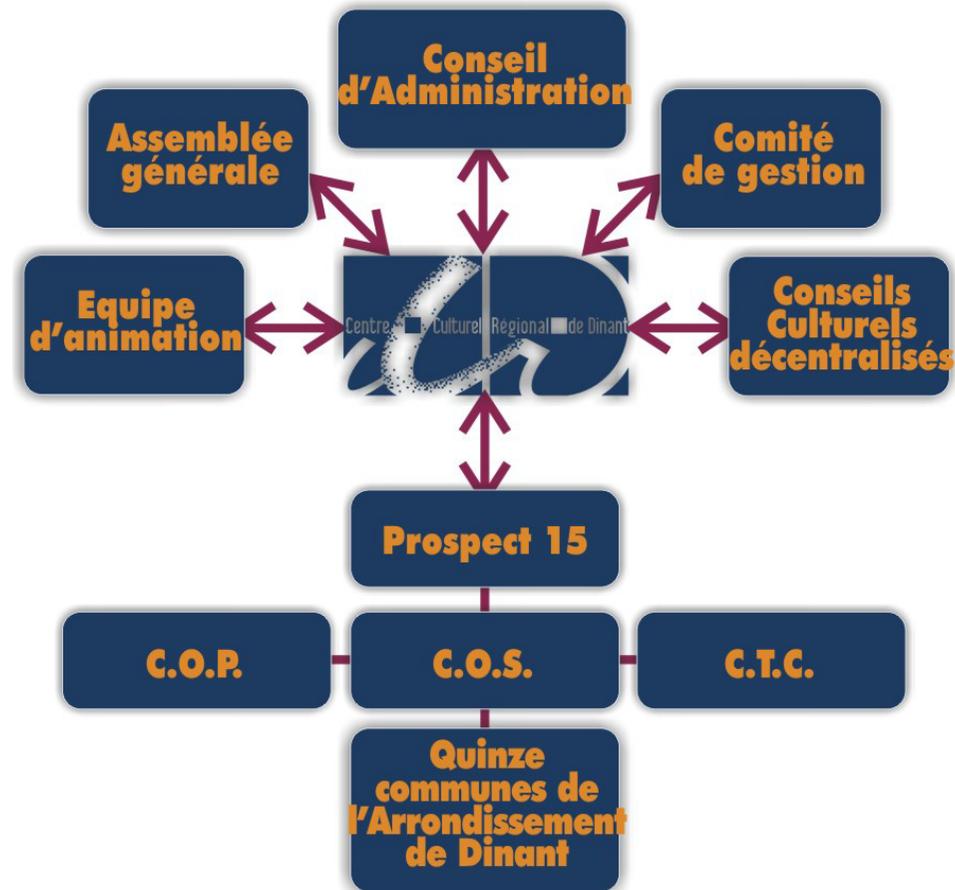
Par ailleurs, et sans rapport direct et avéré avec la ruralité, la détérioration de la situation économique n'est pas sans impact sur l'accès de tou(te)s à la santé. Ainsi, l'Enquête de santé<sup>3</sup> réalisée en 2001 indique que la dépense moyenne de santé par ménage par mois est de 110 euros, que cela représente en moyenne 8% des revenus des ménages, que 29% des ménages estiment avoir des difficultés à

<sup>1</sup> ETD, Paris, Lettre Focus Santé

<sup>2</sup> Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Aquitaine

supporter l'impact financier des dépenses - soins de santé. Enfin, 9% des ménages reconnaissent avoir dû reporter le recours à certains services de soins en raison de ce poids financier. Il est impensable de ne pas tenir compte de ces dernières données.

Qu'en est-t-il de l'accès aux soins récurrents en milieu hospitalier pour les patients en carence de mobilité? Cette question a été abordée à de multiples reprises, particulièrement par les participant(e)s au C.O.S. Des expériences de mobilité à la demande existent sur l'Arrondissement, diverses et généreuses. Suffisent-elles? Permettent-elles la mobilité de toutes et tous? En reconnaissant les initiatives locales, publiques et privées, on ne peut pas ne pas s'interroger sur l'avenir. Ce sera l'objet de la seconde partie de la présente plaquette.



Cette quatrième plaquette proposée par Prospect 15 est une synthèse des travaux des comités d'orientation mis en place. Pour rappel, ces comités sont au nombre de trois, en lien avec la structure Centre culturel et les Communes comme le montre le schéma ci-dessus.

Le document s'organise en deux parties. La première présente les caractéristiques de l'Arrondissement de Dinant (territoire, population, situation sociale). La seconde traite de deux aspects majeurs de la médecine générale en milieu rural, la démographie médicale et la mobilité pour soins récurrents en hôpitaux.

# L'Arrondissement de Dinant, un territoire

L'Arrondissement de Dinant (1592 km<sup>2</sup>) représente 43,4% du territoire de la Province de Namur. Avec ces 104.719 habitants en janvier 2008, il regroupe 22,5% de la population totale de la Province (465.380).

Si, comme nous le verrons tout au long de ce document, une initiative comme Prospect 15 veut se donner comme objectif de renforcer des liens entre les Communes de l'Arrondissement, il est malaisé de l'imaginer avec les caractéristiques d'un pays «à la française». Cependant, un lien unificateur existe et est géographique. Nous vivons au cœur du vert pays des vallées. Mognée et Lhomme, Bocq et Somme, Meuse et Lesse, Houille et Semois, pour les plus représentatives, des rivières ou fleuve qui marquent le territoire, qui déterminent notre histoire et nos mentalités.



**Ruralité**

Notre Histoire nous marque, elle aussi, et c'est peu dire qu'elle fut mouvementée. Prenons-en pour preuve les invasions celtiques, romaines et franques; le territoire de l'Arrondissement et plus généralement de la Province a connu plusieurs propriétaires qui se sont disputé les terres que sont aujourd'hui nos communes. Bourgogne, France, Pays-Bas, comtés de-ci, principautés de-là, châteaux et seigneuries, industries fruits d'une autre révolution, tous ces faits ont enrichi notre culture et nous portent à vouloir aujourd'hui penser l'avenir avec conviction. Le patrimoine lui aussi unifie notre région. De châteaux en forteresses, de collégiales en ermitages, des vieux quartiers de nos villes aux (plus) beaux villages de Wallonie, des morceaux de Famenne aux dépressions condruziennes, de la Croix Scaille aux rochers de Lesse, des grottes aux abbayes, il est beau notre pays. Et si notre climat ne porte pas accents à chanter la lavande, il fait bon vivre chez nous. Il suffit pour cela de se remémorer celles et ceux qui ont chanté nos terres du bout de leur plume, de la pointe de leur crayon, de l'audace de leurs inventions. Et puis, qui serions-nous sans nos flamiches et tourtes, sans nos rombosses et gosettes, sans nos petits gris et nos myrtilles, sans les larges feuilles de nos tabacs et les eaux de nos sources, sans nos truites et vins de fruits, sans nos trappistes et nos fromages, sans le génie de nos cuisiniers et l'arôme de nos

bières régionales,...? Qui serions-nous? C'est tout cela qui nous plante fermement les pieds sur terre et nous pousse à penser ensemble un avenir dont le goût est promesse tant le passé sent bon!

L'Arrondissement est composé de 15 Communes: Anhée, Beauraing, Bièvre, Ciney, Dinant, Gedinne, Hamois, Hastière, Havelange, Houyet, Onhaye, Rochefort, Somme-Leuze, Vresse-sur-Semois et Yvoir. Ces quinze communes représentaient, avant les fusions de 1976, 139 communes qui sont aujourd'hui les sections d'entités précitées.



D'emblée on constate que des axes de communication traversent le territoire: N4, E411, ligne SNCB Bruxelles/Luxembourg, la Meuse. Celle-ci n'est pas une voie de communication ayant une incidence sur l'économie de l'Arrondissement. L'essentiel du territoire est éloigné des grandes voies de communication sauf Ciney, Hamois, Havelange, Somme-Leuze et Rochefort, les communes du Nord-Est. Autres constats: Dinant est un chef-lieu d'Arrondissement administratif plus qu'économique. La ville est excentrée au nord de l'Arrondissement, au contraire de Namur, par exemple, qui occupe une position plus centrale au sein de l'Arrondissement dont elle est le chef-lieu. On peut affirmer qu'il n'y a pas de réel pôle économique.

Le pôle semble être Namur même si on ne peut oublier, pour certaines communes, des pôles d'attraction comme Marche-en-Famenne, Libramont et Charleville. Des mini pôles se démarquent comme Beauraing, Ciney, Dinant et Rochefort.

La référence à l'utilisation du sol caractérise une zone rurale<sup>4</sup>. Pour un total de 1592 km<sup>2</sup> on dénombrait, en 2005, 767 km<sup>2</sup> de terres agricoles, 652 km<sup>2</sup> de forêts et terrains boisés, 137 km<sup>2</sup> de terrains bâtis et connexes (37 km<sup>2</sup> de terrains résidentiels, 4,2 km<sup>2</sup> de terrains industriels et 1,8 km<sup>2</sup> de terrains commerciaux, et près de 36 km<sup>2</sup> de rochers, marais, ...).

**Anhée:** Annevoie-Rouillon, Bioul, Denée, Haut-le-Wastia, Sosoye, Warnant, Maredret, Salet. **Beauraing:** Baronville, Dion, Felenne, Feschaux, Honnay, Javingue, Vonêche, Wancennes, Winenne, Wiesme, Focant, Martouzin-Neuville, Pondrôme, Froidfontaine. **Bièvre:** Baillamont, Bellefontaine, Cornimont, Graide, Gros-Fays, Monceau-en-Ardenne, Naomé, Oizy, Petit-Fays, Six-Planes. **Ciney:** Achêne, Braibant, Chevetogne, Conneux, Leignon, Pessoux, Serinchamps, Sovet. **Dinant:** Anseremme, Bouvignes-sur-Meuse, Dréhance, Falmagne, Falmignoul, Foy-Notre-Dame, Furfooz, Lisogne, Thynes, Sorinnes. **Gedinne:** Bourseigne-Neuve, Bourseigne-Vieille, Houdremont, Louette-Saint-Denis, Louette-Saint-Pierre, Malvoisin, Patignies, Rienne, Sart-Custinne, Vencimont, Willerzie. **Hamois:** Natoye, Mohiville, Scy, Achet, Emptinne, Schaltin. **Hastière:** Agimont, Blaimont, Heer, Hermeton-sur-Meuse, Waulsort. **Havelange:** Barvaux-Condroz, Flostoy, Jeneffe, Porcheresse, Verlée, Méan, Maffe, Miécrot. **Houyet:** Celles, Ciergnon, Custinne, Finnevaux, Hour, Hulsonniaux, Mesnil-Eglise, Mesnil-Saint-Blaise, Wanlin. **Onhaye:** Anthée, Falaën, Gérin, Serville, Sommière, Weillen. **Rochefort:** Ave-et-Auffe, Buissonville, Eprave, Han-sur-Lesse, Jemelle, Lavaux-Sainte-Anne, Lessive, Mont-Gauthier, Villers-sur-Lesse, Wavreille. **Somme-Leuze:** Baillonville, Bonsin, Heure, Hogne, Nettinne, Noiseux, Sinsin, Waillet. **Vresse-sur-Semois:** Alle, Bagimont, Bohan, Chairière, Laforêt, Membre, Mouzaive, Nafraiture, Orchimont, Pussemange, Sugny. **Yvoir:** Dorinne, Durnal, Evrehailles, Godinne, Houx, Mont, Purnode, Spontin.

<sup>4</sup>SPF Finances, Cadastres, 2006

# Une population

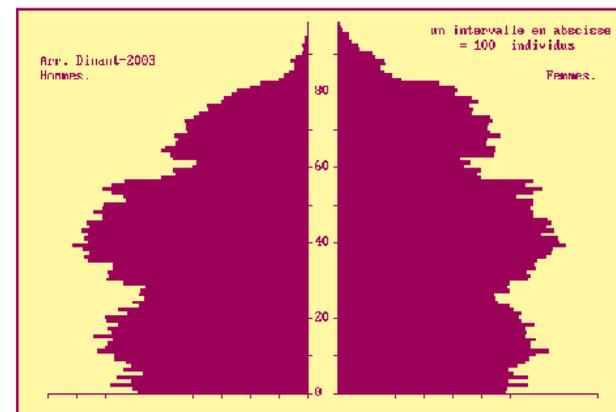
En 2003, Prospect15 commande une étude démographique au niveau de l'Arrondissement à l'Association pour le Développement de la Recherche Appliquée en Sciences Sociales (ADRASS). Cette étude vise un double objectif: connaître précisément la situation du territoire concerné et envisager des données prospectives en matière de population.

## La répartition par âge de la population de l'Arrondissement de Dinant, le 1er janvier 2003.

La pyramide des âges décrit l'état d'une population à un moment donné. C'est l'expression des combinaisons passées de la mortalité, de la fécondité et des migrations. Les données chiffrées de cette pyramide constituent la base de départ de tous les scénarii présentés plus loin. L'analyse de la structure d'âge de la population de l'Arrondissement de Dinant en 2003 met en relief les stigmates du passé (crise et guerre, puis baby-boom et vieillissement) mais indique également un rétrécissement de la base de la pyramide nettement moins prononcé que pour la Wallonie et a fortiori pour la Belgique: il y a 25,8% de personnes de moins de 20 ans dans l'Arrondissement, contre 24,6% en Wallonie et 23,2% en Belgique. Si la mortalité de l'Arrondissement est

un peu moins basse qu'en Wallonie (les écarts d'espérance de vie sont de l'ordre de 4 mois pour les hommes et de 7 mois pour les femmes), la fécondité y est nettement plus élevée qu'ailleurs puisque l'écart avec les valeurs moyennes wallonnes est de l'ordre d'un cinquième d'enfant depuis une douzaine d'années. Le solde migratoire est positif et vaut – en termes relatifs – le double du solde moyen wallon.

La pyramide des âges de l'Arrondissement de Dinant au 1er janvier 2003 (graphique 1) permet d'observer diverses situations. Aux alentours de l'âge 60, on voit encore les conséquences de la chute de la natalité provoquée par la 2<sup>ème</sup> Guerre Mondiale. Les conséquences de la 1<sup>ère</sup> Guerre ne sont quasi plus perceptibles. Bien réparti autour de l'âge 40, le renflement est l'expression du «baby-boom» consécutif à la fin de la guerre. Ce baby-boom a commencé en 1947, a culminé en 1964 – cette année-là, le nombre moyen d'enfants par femme avait atteint la valeur 2,77 en Belgique – et s'est terminé en 1970. La base de la pyramide (en dessous de l'âge 25) est moins fournie que la section des 25-55 ans; cela est la conséquence du déclin lent et régulier de la fécondité que l'on observe dans toute l'Europe. Cependant, il faut signaler que le rétrécissement à la base est beaucoup moins prononcé dans l'Arrondissement de Dinant que pour d'autres régions, comme on peut le voir.



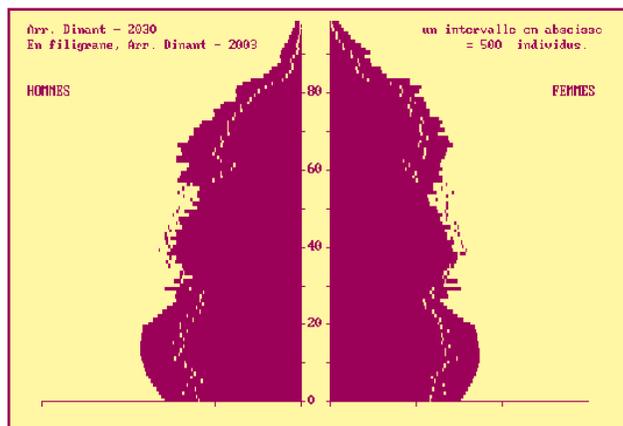
Graphique 1. Source: André Lambert, ADRASS 2003

## Une prospective de la population de l'Arrondissement de Dinant à l'horizon 2050.

A partir de ces observations, des scénarii ont été produits à titre exploratoire et ont abouti à privilégier trois potentialités: «l'épanouissement des potentialités actuelles», un scénario de «croissance» et un scénario de «vieillissement».

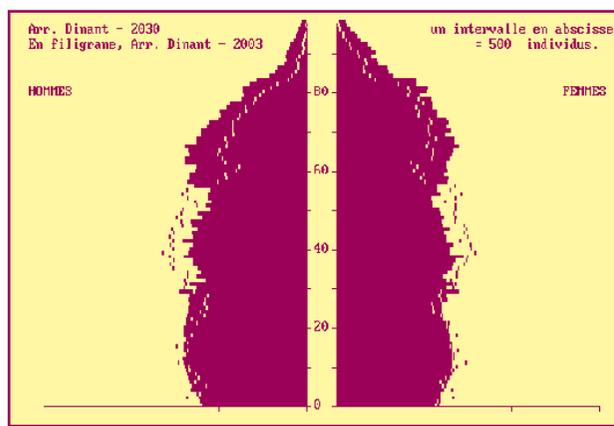
Dans le premier cas, qui consiste à conserver les niveaux observés de mortalité, de fécondité et de migration, on constate que la population totale continue de croître, que les populations des cinq grands groupes d'âge croissent et qu'en valeurs relatives, les pourcentages de jeunes croissent, ceux des 60 ans et plus restent constants (le vieillissement est donc irréversible) tandis que ceux des personnes potentiellement actives (20-59 ans) décroissent.

Dans le second cas (Graphique 2: la pyramide des âges en 2030 dans l'Arrondissement de Dinant, sous les hypothèses du scénario «croissance»; en filigrane, la pyramide observée en 2003), on imagine que la mortalité va continuer de baisser tandis que le niveau de fécondité va encore s'élever (jusqu'à 2,2 enfants à partir de 2010) tandis que la migration sera conforme à la moyenne observée entre 1998 et 2002. Le graphique 2 compare les conséquences de ces hypothèses en 2030 par rapport à la situation initiale. On observe que si la mortalité continue à décroître, si le solde migratoire relatif par âge reste constant et si la fécondité augmente faiblement d'ici 2010 avant de se stabiliser, la population de l'Arrondissement de Dinant croîtra et cette croissance sera sensible à tous les âges, mais principalement chez les moins de 20 ans et chez les 80 ans et plus.



Graphique 2. Source: André Lambert, ADRASS 2003

Dans le troisième cas (Graphique 3: la pyramide des âges en 2030 dans l'Arrondissement de Dinant, sous les hypothèses du scénario «vieillesse»; en filigrane, la pyramide observée en 2003), on a conservé l'hypothèse de poursuite du déclin de la mortalité du scénario précédent; en fécondité, on a supposé que d'ici 2010, le nombre moyen d'enfants par femme allait s'établir au niveau moyen actuel wallon, soit une évolution à la baisse de 1.98 à 1.80 enfants. On a aussi imaginé que d'ici 2010, le solde migratoire allait rester positif mais qu'il serait progressivement réduit jusqu'à ne valoir à partir de 2010 que la moitié de sa valeur de 2003, soit 230 entrées nettes annuelles. Le graphique 3 illustre les changements qui interviendraient alors à l'horizon de 2030.



Graphique 3. Sources: André Lambert, ADRASS 2003

Sous ces hypothèses, on observerait une croissance du groupe des âgés, le maintien des effectifs jeunes et une légère érosion des effectifs parmi les personnes potentiellement actives.

Quelques propositions peuvent être formulées à partir de ces scénarii:

la population de l'Arrondissement de Dinant va continuer à croître;

il y aura au moins autant de jeunes à l'avenir que maintenant;

il y aura certainement beaucoup plus de personnes âgées, en pourcentages et en nombres absolus;

il est certain qu'en termes relatifs, la population d'âge actif ne sera pas aussi importante qu'aujourd'hui;

en termes absolus, il y aura une lente érosion due au départ progressif des enfants du baby-boom vers le troisième âge;

cette érosion sera très partiellement compensée par la hauteur du solde migratoire.

Le tableau 4 propose une photographie 2008 de l'état de la population.

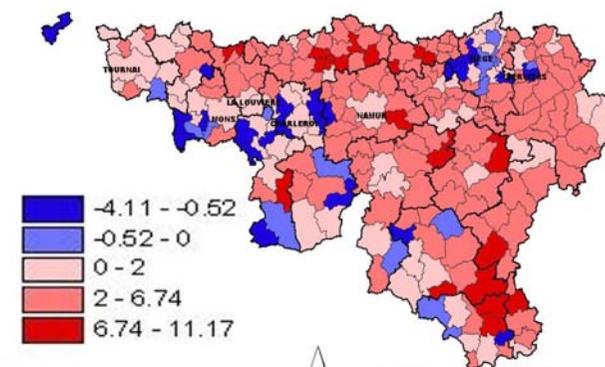
	Hommes	Femmes	Total	Evolution	annuelle
Arrondissement Dinant	51.299	53.420	104.719	+702	+0,67%
Anhée	3.431	3.583	7.014	+56	+0,80%
Beauraing	4.099	4.441	8.540	+91	+1,08%
Bièvre	1.568	1.594	3.162	-2	-0,06%
Ciney	7.389	7.928	15.317	+239	+1,59%
Dinant	6.322	6.864	13.186	+43	+0,33%
Gedinne	2.152	2.306	4.458	+13	+0,29%
Hamois	3.426	3.326	6.752	+60	+0,90%
Hastière	2.770	2.648	5.418	+140	+2,65%
Havelange	2.420	2.561	4.981	+55	+1,12%
Houyet	2.216	2.278	4.494	+23	+0,51%
Onhaye	1.549	1.590	3.139	+15	+0,48%
Rochefort	5.966	6.131	12.097	-36	-0,30%
Somme-Leuze	2.363	2.387	4.750	+18	+0,38%
Vresse-sur-Semois	1.367	1.434	2.801	-60	-2,10%
Yvoir	4.261	4.349	8.610	+47	+0,55%

Tableau 4: la population des communes de l'Arrondissement de Dinant

En 2008, Prospect 15 commande au GÉDAP une mise à jour d'un Etat des lieux réalisé en 2004. Parmi les points analysés figurent les chiffres de la population et de son évolution, élément incontournable si on veut faire état des besoins de la population. Combien d'habitants comptera l'Arrondissement et consécutivement quels seront les besoins en soins de santé?

## L'évolution de la population et ses déterminants démographiques

Entre 2000 et 2005, un rythme de croissance très diversifié qui se ralentit un peu partout. Seule la commune de Bièvre a vu son chiffre de population diminuer, d'un peu plus d'une centaine d'habitants. Partout ailleurs, les communes de l'Arrondissement ont enregistré des gains démographiques, s'échelonnant, en termes relatifs (et donc comparatifs) de 0,2 % à Anhée à plus de 9% à Somme-Leuze. Les rythmes



de la croissance démographique sont donc très diversifiés. Ce constat corrobore l'étude de l'ADRASS en 2003.

Figure 5. Le taux d'accroissement de la population des communes de Wallonie, entre 2000 et 2005 (source INS-RN)

Si nous confrontons la situation des périodes quinquennales 1991-1996 et 2000-2005, on observe un net ralentissement de la croissance démographique. À l'échelle de l'ensemble de l'Arrondissement, le taux de croissance de la population diminue de 3,9 % à 2,9 %.

Comme le démontre la figure 6, cette tendance est généralisable à la très grande majorité des communes, comme indique leur position sous la diagonale. Seules les communes de Beauraing (en négatif en 1991-96) et d'Anhée échappent à cette tendance, et enregistrent au cours de

la dernière période quinquennale des taux supérieurs, mais globalement faibles, à ceux des années 1991-96. On observera la position proche de la diagonale des petites villes de Dinant, de Ciney et de Rochefort, signe d'une dynamique démographique relativement stable. Il en est tout autrement de Somme-Leuze, d'Hastière, de Hamois ou encore de Houyet qui subissent un ralentissement très net de leur croissance démographique. Pour les deux premières communes, elle reste malgré tout élevée, largement supérieure au standard régional.

## Les composantes du mouvement de la population: l'impact des migrations

L'évolution du chiffre de la population au cours d'une période donnée est déterminée à la fois par le mouvement naturel et par le mouvement migratoire. Le mouvement naturel se compose des naissances et des décès, alors que la composante migratoire regroupe les entrées (immigrations) et les sorties (émigrations). La différence entre les naissances et les décès constitue le bilan naturel, alors que la différence entre les entrées et les sorties représente le solde migratoire. Comme ces deux composantes sont additives, il est relativement aisé de mesurer leur impact respectif sur l'évolution du chiffre de la population des communes, au cours de la dernière période quinquennale.

D'une manière générale, le bilan naturel d'une commune se traduit, aujourd'hui, par le gain ou la perte de quelques pour mille, alors que le solde migratoire peut fort bien exprimer l'arrivée ou le départ de plusieurs pour-cent de la population chaque année. En d'autres termes, le mouvement migratoire est le principal responsable de l'évolution actuelle du chiffre de la population des communes. De fait, pour 82 % des communes wallonnes (214 communes), l'impact du solde migratoire sur l'évolution du chiffre de la population l'emporte sur celui du bilan naturel. Le cas de l'Arrondissement de Dinant ne déroge pas à cette règle. On le constate, tant en 1991-96 qu'en 2000-05, la valeur du

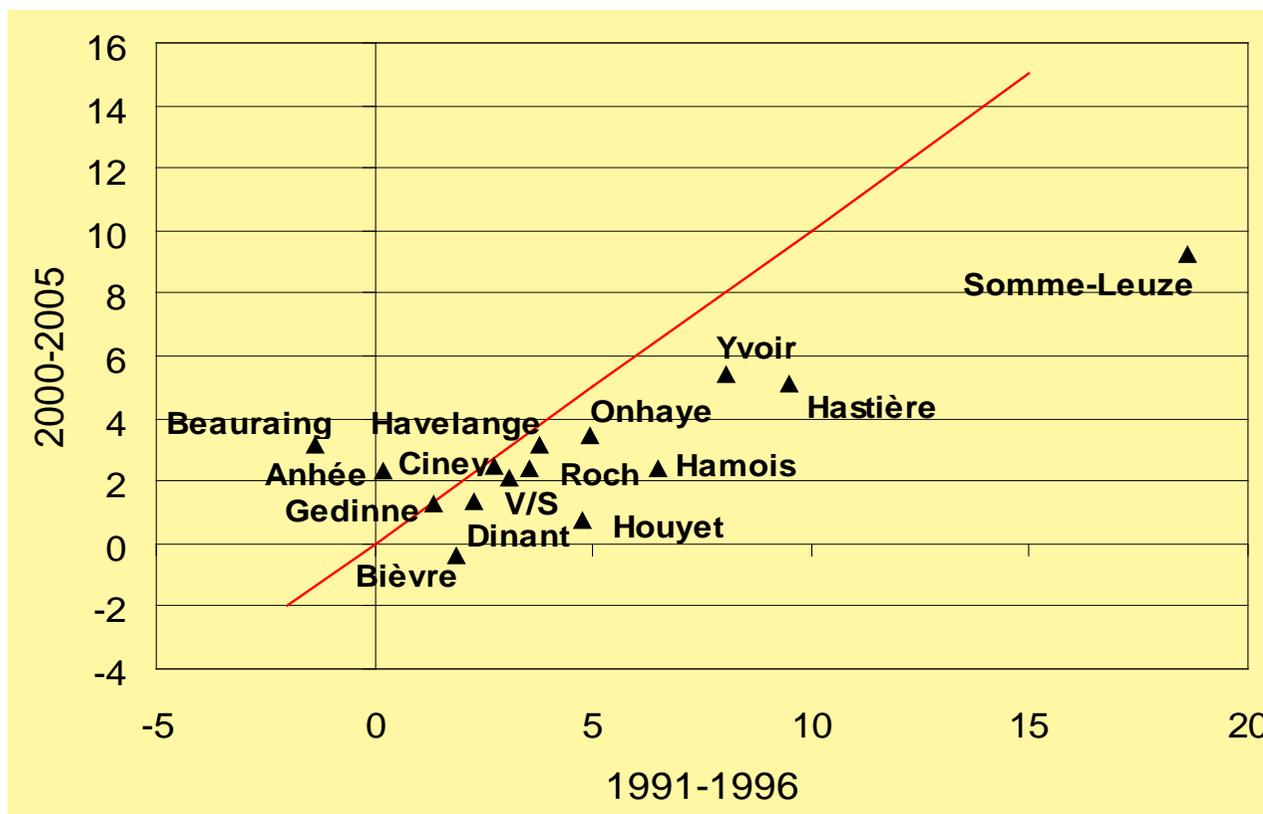


Figure 6. Les taux de croissance quinquennaux (%) en 1991-96 et 2000-05 de la population des communes de l'Arrondissement de Dinant (source RN-INS)

bilan migratoire est presque systématiquement plus élevée que celle du bilan naturel<sup>5</sup>. En d'autres termes, pour la grande majorité des communes, l'impact des migrations sur l'évolution du chiffre de la population est plus déterminant que celui du bilan naturel.

## Le bilan naturel: des contrastes entre les communes du nord et du sud de l'Arrondissement

Le bilan naturel se compose des naissances et des décès. L'intensité du bilan naturel dépend donc de trois éléments: la fécondité, la mortalité et la répartition par âge de la population. Ainsi, par exemple, une fécondité élevée aura un impact positif sur le nombre de naissances, alors qu'une mortalité importante entraînera davantage de décès. Il en est de même si la population de la commune se compose d'une surreprésentation de personnes âgées,

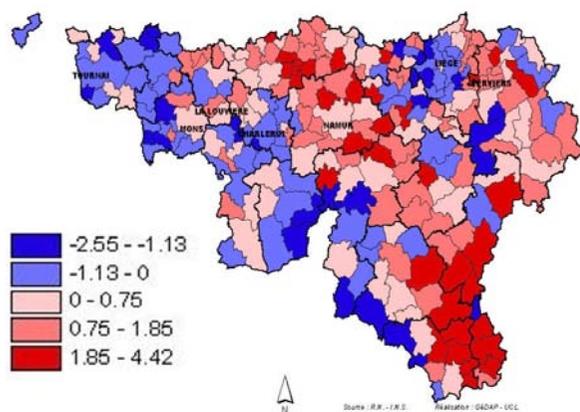


Figure 7. Le bilan naturel (%) de la population des communes de Wallonie, entre 2000 et 2005 (source INS-RN)

alors qu'un nombre élevé de femmes âgées de 20 à 40 ans se traduira, toute chose égale par ailleurs, par davantage de naissances. Il est à noter qu'une proportion élevée de population âgée de 20 à 40 ans peut être le produit d'une forte attractivité migratoire exercée par la commune sur cette tranche d'âge.

Comme l'indique la figure 7, il y a une opposition assez nette entre les communes du nord de l'Arrondissement, caractérisées par un bilan naturel positif et les communes du sud, où le nombre de décès l'emporte sur celui des naissances. Ce contraste s'observait également en 1991-96. Comment l'expliquer? Certainement pas par la fécondité. En effet, les descendance moyennes par femme sont très homogènes et supérieures, dans tous les cas, à la moyenne régionale. Ainsi, au cours de la période quinquennale 2001-05, les femmes de l'Arrondissement de Dinant mettent au monde, en moyenne, 1,9 enfant, alors que cet indice est de 1,7 en Wallonie. Certaines communes, telles que Bièvre (qui a pourtant un bilan naturel négatif), Havelange, ou encore Onhaye, ont des indices supérieurs à 2 enfants en moyenne par femme.

L'explication par une surmortalité n'est pas plus valable, même si l'espérance de vie à la naissance à Hastière, à Houyet et à Bièvre est inférieure à la moyenne de l'Arrondissement. En réalité, la raison de ce contraste entre le nord et le sud de l'Arrondissement est liée au vieillissement démographique, nettement moins marqué dans la partie septentrionale.

Enfin, entre les deux périodes quinquennales, la valeur du bilan naturel a diminué dans la grande majorité des communes, signe de l'emprise de plus en plus forte du vieillissement démographique sur la dynamique des populations.

## Le bilan migratoire: des communes globalement attractives

Lorsque le bilan migratoire d'une commune est positif, cela signifie qu'au cours d'une période donnée, elle a enregistré davantage d'entrées que de sorties de son territoire. On peut dire que la commune est attractive. Dans le cas inverse, lorsque les sorties l'emportent sur les entrées, la commune pourra être qualifiée de «répulsive». Au cours de la période quinquennale 2000-2005, hormis Bièvre, toutes les communes de l'Arrondissement se distinguent par des bilans migratoires positifs. Le niveau d'attractivité, mesuré par l'intensité du solde migratoire, varie sensiblement d'une commune à l'autre; Somme-Leuze, Hastière, Yvoir et Vresse/Semois sont les plus attractives, alors que le bilan migratoire des petites villes de Dinant et Rochefort est à peine positif. (figure 8)

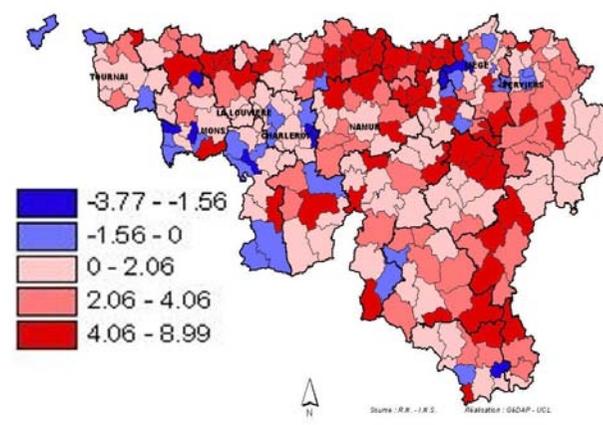


Figure 8. Le bilan migratoire (%) de la population des communes de Wallonie, entre 2000 et 2005 (source INS-RN)

<sup>5</sup> Seules les communes de Hamois, de Onhaye et de Rochefort en 2000-05 se distinguent par un bilan naturel plus élevé que le bilan migratoire.

Comment ont évolué ces bilans migratoires depuis le début des années 1990? La figure 9 croise les situations observées en 1991-1995 et 2000-2005. La lecture de ce graphique est similaire à celle de la figure 6. On observera d'ailleurs la ressemblance entre ces deux figures et la position quasi identique de chaque commune, ce qui témoigne de l'étroite corrélation entre les taux d'accroissement de la population et le bilan migratoire. La position de la plupart des communes sous la diagonale démontre le tassement des bilans migratoires entre les deux périodes d'observation et par là même une diminution de l'attractivité migratoire. (voir figure 9)

## Les bilans migratoires par groupe d'âges.

Autrefois, les migrations étaient avant tout une réponse à un climat économique défavorable. Aujourd'hui, leurs caractéristiques et leurs motivations ne se confondent plus unilatéralement avec le facteur économique. D'autres éléments entrent en jeu. Si une commune est attractive, c'est qu'elle dispose d'atouts. Or, leur appréciation varie selon les personnes et notamment selon l'âge; on peut raisonnablement admettre que les priorités d'un jeune

entrant dans la vie active ne sont pas forcément celles d'un adulte de 35-40 ans et encore moins celles d'un retraité. Pour les jeunes de 20 à 30 ans, l'emploi demeure l'objectif prioritaire. Pour un adulte installé dans la vie active et qui souhaite fixer sa résidence, la disponibilité du parc immobilier peut être un élément déterminant. De même, le cadre de vie, l'environnement peut être l'attrait prédominant chez des personnes âgées. Enfin, le changement de situation matrimoniale, la proximité et la diversité des services offerts par une commune, l'aisance de la navette journalière sont d'autres motifs de migration. Il est donc essentiel pour une commune de savoir, en regard notamment de l'âge, qui elle «attire» et qui elle «repousse».

Des courants migratoires plus importants et plus spécifiques à certains groupes d'âges sont donc observés vers des lieux bien déterminés en réponse à des attraits bien précis. Il en résulte inévitablement une déstabilisation plus ou moins marquée de la structure par âge; déstabilisation qui peut favoriser un rajeunissement de la pyramide, si la commune est attractive pour les jeunes ménages et leurs enfants, ou, au contraire, en accélérer le vieillissement, si elle attire les personnes âgées et/ou repousse les jeunes adultes.

Les profils des bilans migratoires par groupe quinquennal d'âge sont variés, mais tous se caractérisent par une attractivité plus ou moins marquée des personnes âgées de 50 à 64 ans. Il s'agit là d'une particularité démographique majeure de ces communes. Ces bilans migratoires positifs des (pré-) retraités s'observent surtout à Hastière, Vresse/Semois et dans une moindre mesure à Gedinne. L'environnement dont bénéficient ces communes explique largement cette attractivité, qui, par ailleurs, contribue à leur vieillissement démographique. Seule la commune de Hamois échappe à ce profil migratoire. Située au sud de Namur, elle

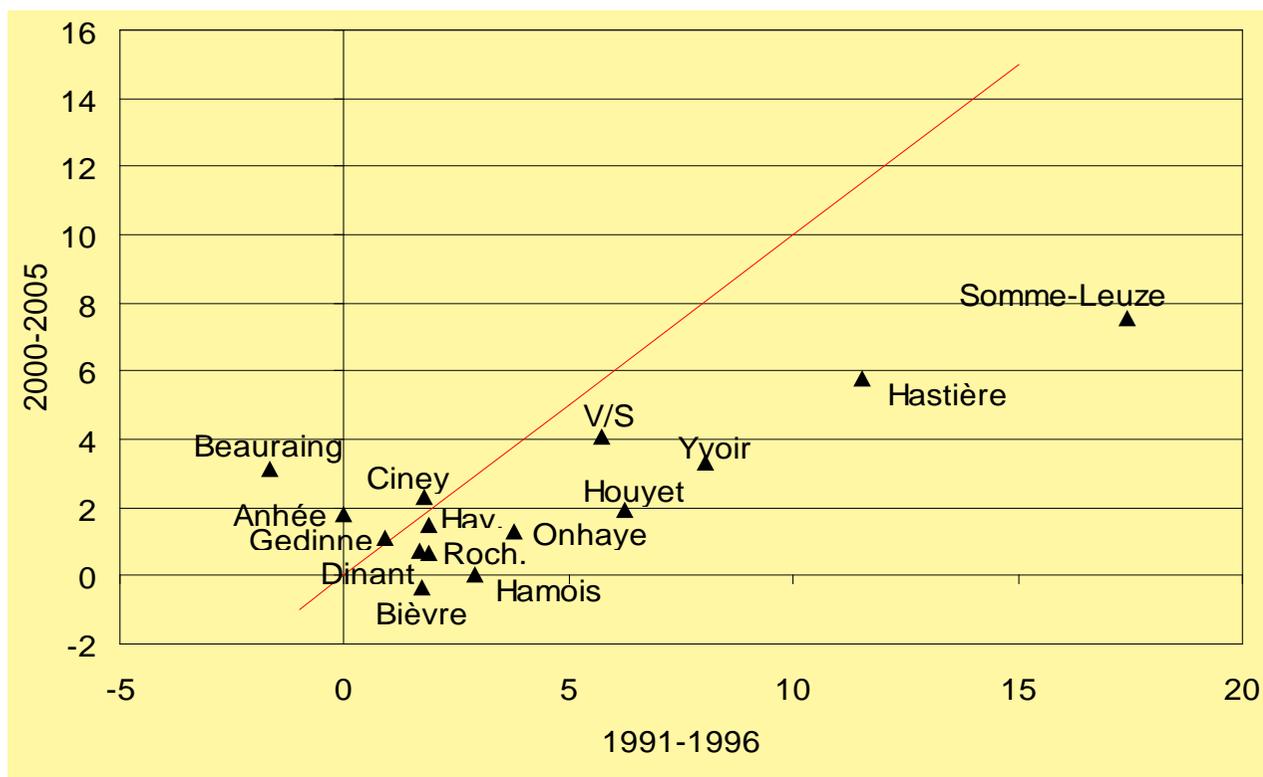


Figure 9. Les bilans migratoires (%) en 1991-96 et 2000-05 de la population des communes de l'Arrondissement de Dinant (source RN-INS)

adopte un profil migratoire typiquement «périurbain», avec une forte attractivité des adultes de 30-45 ans et de leur(s) enfant(s). Havelange, Yvoir et Somme-Leuze sont dans le même cas. Il s'agit de communes touchées par la diffusion spatiale de la périurbanisation namuroise... et bruxelloise. Ainsi, ce sont ces communes qui ont connu, au cours de ces dernières années, les plus fortes envolées des prix des logements et des terrains à bâtir.

Enfin, hormis Somme-Leuze, toutes les communes de l'Arrondissement affichent des bilans migratoires négatifs pour les jeunes générations âgées de 15-25 ans. Cet aspect est également marqué dans les petites villes de Rochefort, Dinant et Ciney, alors que traditionnellement, les milieux urbains sont attractifs pour ces tranches d'âges. Une offre d'emploi limitée, un déficit en termes d'établissement d'enseignement supérieur, voire un manque de logements locatifs peuvent expliquer cette tendance.

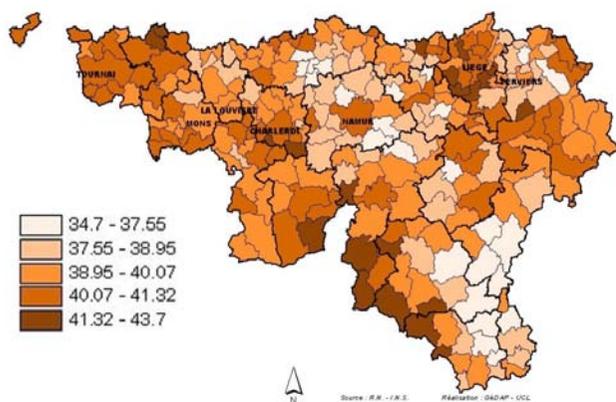


Figure 10. L'âge moyen de la population des communes au 1-1-2005 (source INS-RN)

## La répartition par âge de la population: un vieillissement très marqué dans le sud de l'Arrondissement

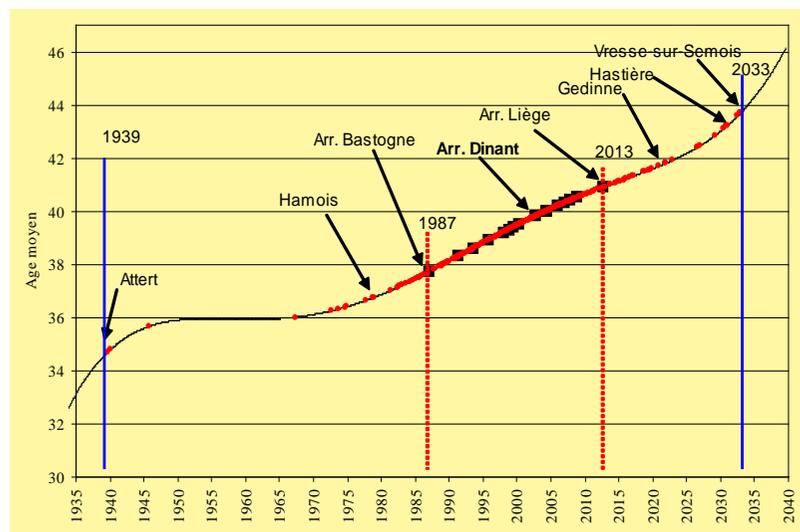
Le processus de vieillissement, qui marque de son empreinte l'actualité démographique actuelle et future de nos sociétés occidentales, a progressivement modifié l'équilibre de la structure par âge de la population, les rapports numériques entre les groupes d'âges, entre les actifs et les inactifs. En additionnant les effets de l'allongement de la durée de vie et ceux de la baisse de la fécondité, les pyramides des âges, classiquement triangulaires jusqu'à la fin du 19e siècle, vont petit à petit se modifier. Le rétrécissement de leur base ira de pair avec un gonflement de leur sommet, signes de populations vieilles. On parlera ainsi d'un vieillissement par la base de la pyramide, consécutif à la diminution de la fécondité, et d'un vieillissement par le sommet de la pyramide, suite au recul de la mortalité aux âges adultes.

Figure 11. L'évolution de l'âge moyen de la population de la Wallonie et le positionnement des communes et des Arrondissements au 1er janvier 2005 sur cette échelle du temps

L'âge moyen de la population (figure 10) est un indice synthétique de la structure par âge de la population et du vieillissement démographique. Au 1 janvier 2005, l'âge moyen de la population de l'Arrondissement de Dinant était identique à celui de l'ensemble de la population de la Wallonie. Au-delà de cette moyenne (39,8 ans), les différences sont très importantes à l'échelle des communes de l'Arrondissement. Un contraste très net apparaît entre les communes du sud de l'Arrondissement, parmi les plus vieilles de Wallonie, et les communes du nord, parmi les plus jeunes de la région.

Ainsi, l'écart maximal oppose Vresse/Semois avec un âge moyen de 43,7 - il s'agit de la commune la plus vieille de Wallonie - et Hamois, avec un âge moyen de 36,8 ans. Pour mieux «apprécier» l'importance de cet écart, on peut replacer ces valeurs sur une échelle du temps fictive qui correspond à l'évolution de l'âge moyen de la population de la Wallonie (figure 11).

Ainsi, Vresse/Semois a aujourd'hui l'âge moyen qu'aura l'ensemble de la population de la Wallonie en 2033, selon les



dernières projections démographiques. À l’opposé, Hamois a, en 2005, l’âge moyen que la population de la Wallonie avait en 1979 (figure 11). Il y a donc plus d’un demi-siècle de différence, en termes de processus de vieillissement, entre ces deux communes.

Examinons les pyramides des âges des communes de Vresse/Semois et de Hamois au 1-1-2005 (figure 12). Ces pyramides sont confrontées à celle de l’ensemble de la population de l’Arrondissement de Dinant et « ramenées » à une même base relative de 10.000 habitants. La pyramide de l’Arrondissement figure en traits transparents et épais, alors que celles des deux communes sont représentées en traits fins et colorés.

La configuration de ces pyramides est radicalement différente. La pyramide des âges de la commune de Vresse/Semois porte les traces d’un vieillissement très marqué, avec

un déficit relatif des moins de 35 ans et une très nette surreprésentation des personnes âgées de plus de 55 ans. La pyramide des âges de Hamois se caractérise au contraire par une surreprésentation des personnes âgées de moins de 35 ans et un déficit relatif de personnes âgées de plus de 55 ans.

À l’échelle locale, les migrations internes et leur aspect sélectif selon l’âge contribuent partiellement à expliquer les différences de répartition par âge entre deux populations. Rappelons que Vresse/Semois se caractérise par une forte attractivité de personnes âgées de plus de 55 ans, alors que Hamois est davantage une commune périurbaine attractive pour les personnes âgées de 30-44 ans et leur(s) enfant(s). Nous avons mis au point une méthode permettant de mesurer précisément l’impact des migrations internes sur l’évolution de l’âge moyen des populations locales au

cours d’une période décennale. Ainsi, à Vresse/Semois, les migrations de 1995 à 2005, essentiellement de personnes âgées, accroissent le vieillissement de 2 années d’âge moyen. À Hamois, au contraire, les migrations constituent un frein au vieillissement démographique (- 0,5 année).

D’autres indices permettent de mesurer le vieillissement démographique, telles que les proportions de personnes âgées de plus de 60 ans et les proportions de personnes âgées de moins de 20 ans. Ces deux indices traduisent les effets du vieillissement par la base (recul des jeunes générations) et par le sommet (augmentation des personnes plus âgées) de la pyramide des âges d’une population. La figure 13 croise ces deux informations pour toutes les communes de l’Arrondissement de Dinant au 1 janvier 2005. Elle confronte également la position de chacune d’elles à la moyenne régionale (traits horizontal et vertical). Trois groupes de communes peuvent être distingués :

Un groupe de communes particulièrement vieilles, comprenant Hastière, Gedinne et Vresse/Semois. Ces communes figurent parmi les plus vieilles de Wallonie et de Belgique; elles se caractérisent par des proportions de personnes âgées de plus de 60 ans largement supérieures à la moyenne régionale et par des proportions de jeunes de moins de 20 ans inférieures au standard de la Wallonie. Particularité démographique dans le contexte régional: l’indice de vieillissement qui rapporte le nombre de plus de 60 ans au nombre de moins de 20 ans est supérieur à 1 (position au dessus de la diagonale). Un groupe de communes à structure par âge jeune, comprenant Hamois, Havelange, Yvoir et Onhaye. Leur indice de vieillissement est largement inférieur à 1, avec une part relative de moins de 20 ans largement supérieur à la moyenne régionale et un nombre relatif de personnes âgées inférieur à cette moyenne.

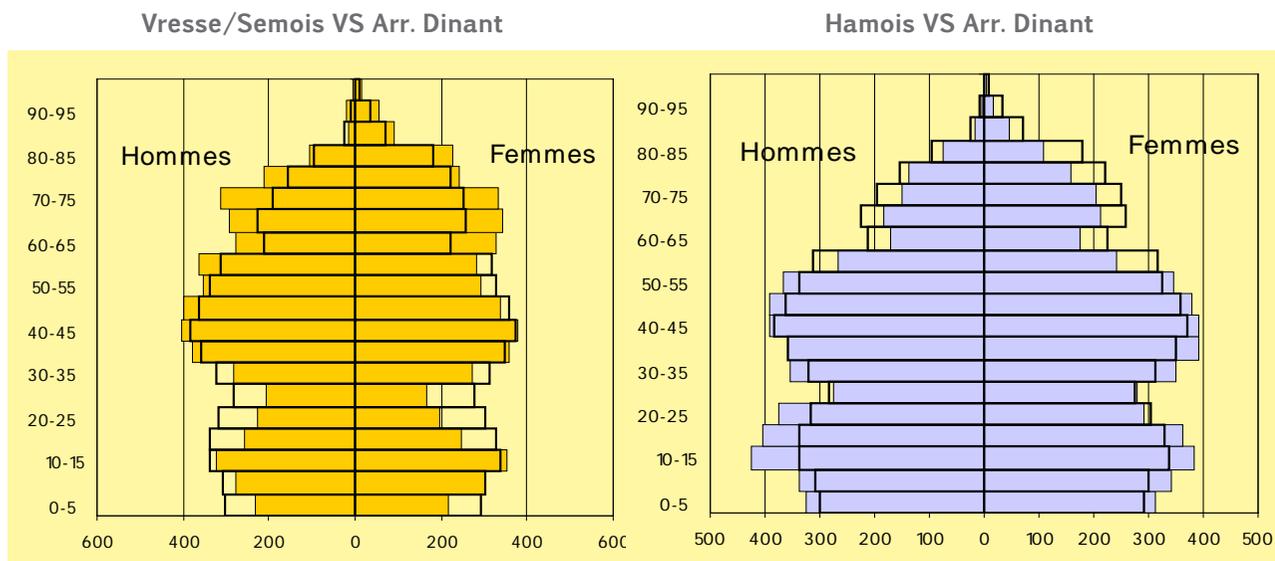


Figure 12. Les pyramides des âges relatives des populations des communes de Vresse/Semois et de Hamois, comparées à celle de la population de l’Arrondissement de Dinant au 1-1-2005

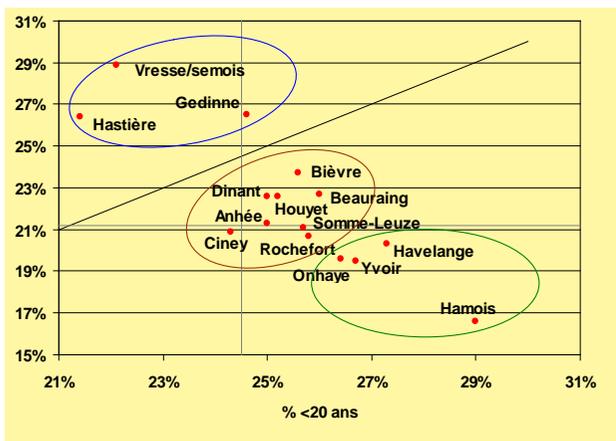


Figure 13. Les proportions de personnes âgées de moins de 20 ans et de plus de 60 ans dans les communes de l'Arrondissement de Dinant au 1er janvier 2005 (source: INS-RN)

Ces communes se situent au nord de l'Arrondissement et « bénéficient » de l'extension spatiale de la périurbanisation namuroise et bruxelloise. Un groupe de communes à vieillissement intermédiaire, comprenant notamment les petites villes de Dinant, Rochefort et Beauraing. Les proportions de moins de 20 ans et de plus de 60 ans sont proches des moyennes régionales et leur indice de vieillissement reste confiné sous le seuil de 1.

## Une situation sociale

La composition sociale de la population peut être mesurée par une série d'indicateurs. Parmi les plus classiques figurent le revenu des ménages et le taux de chômage de la population.

On le constate, les écarts entre communes sont importants. Ainsi, en 2005, le revenu médian à Hastière est légèrement supérieur à 14.000 euros, alors qu'à Hamois et à Yvoir, cet indice dépasse 19.000 euros, soit une différence de revenus supérieure à 33 %.

### Les revenus des ménages: des écarts importants entre le nord et le sud de l'Arrondissement

Les revenus des ménages sont des statistiques produites chaque année par l'Institut national de Statistiques sur base des déclarations fiscales des personnes et des ménages. Les statistiques fiscales les plus récentes portent sur le revenu de 2004 (déclaration 2005). La figure 14 présente, pour chaque commune de l'Arrondissement, l'évolution du revenu médian entre 1995 et 2005. Jusqu'au début des années 2000, le revenu médian de la population de l'Arrondissement est inférieur à celui de la moyenne régionale, pour ensuite dépasser ce référent. Comme le montre la forme des différentes courbes, le rythme de progression du revenu médian, depuis 1995 au moins, fut plus rapide dans bon nombre de communes que la moyenne de la Wallonie. Seules les communes de Vresse/Semois, d'Hastière et de Bièvre, celles où le revenu médian est le plus faible, dérogent à cette règle.

La figure 15 croise la proportion de ménages disposant de revenus inférieurs à 20.000 euros par an et la proportion de ménages bénéficiant de plus de 40.000 euros par an. Il y a bien entendu une forte corrélation entre ces deux variables, mais cette figure permet de positionner chaque commune par rapport aux moyennes régionales (lignes verticale et horizontale). Plusieurs groupes de communes peuvent être clairement identifiés:

Hamois et Yvoir, deux communes qualifiées de « périurbaines » et localisées à proximité de l'agglomération namuroise, se caractérisent par une proportion de ménages disposant de revenus confortables largement supérieure à la moyenne régionale et proportionnellement par moins de faibles revenus. Il s'agit de communes très attractives pour les 30-44 ans et globalement jeunes.

Hastière, Vresse/Semois, Gedinne, Bièvre et Dinant, localisées plutôt dans le sud de l'Arrondissement, présentent une situation inverse au premier groupe de communes. Les petits revenus sont très largement surreprésentés, alors que les ménages disposant annuellement de plus de 40.000 euros constituent moins de 10% de l'ensemble. Le vieillissement démographique très marqué de ces communes explique en partie au moins leur situation

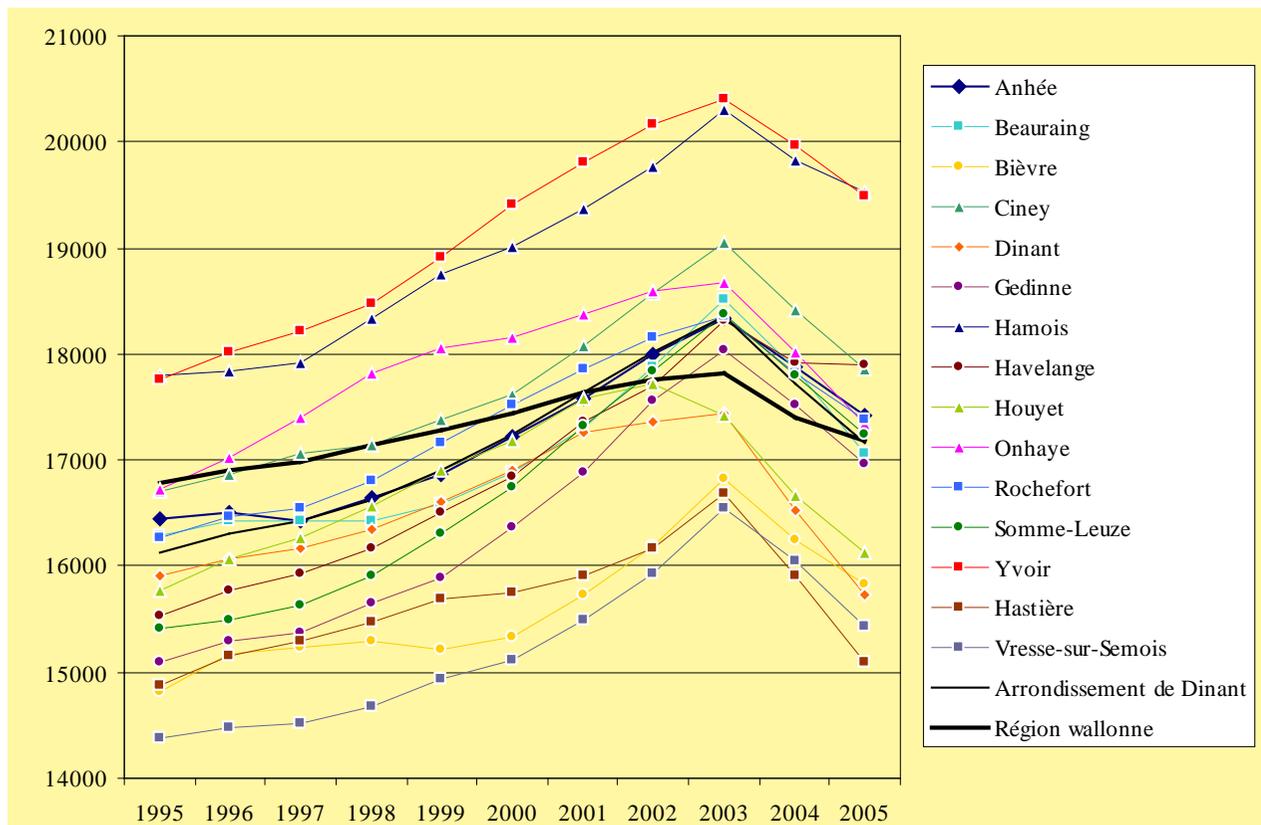


Figure 14. L'évolution du revenu médian des communes de l'Arrondissement de Dinant, de 1995 à 2005 (moyenne mobile sur 3 années)

sur l'échelle des revenus. En effet, ces communes se caractérisent par des proportions très élevées de personnes âgées de 60 ans et plus, des pensionnés dont les revenus (issus de la pension) sont par nature plus faibles que ceux des populations en âge d'activité.

Un troisième groupe de communes qui présentent une situation intermédiaire. Hormis, le cas des communes de Havelange et de Ciney, proches du profil périurbain, ces communes se caractérisent néanmoins par des situations plus défavorables que les moyennes régionales.

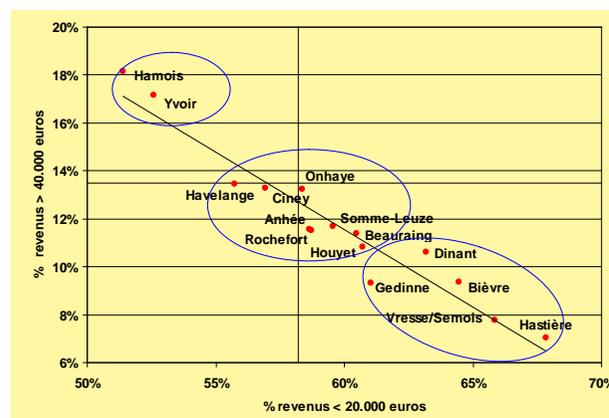


Figure 15. Les proportions de ménage disposant de revenus annuels inférieurs à 20.000 euros et de revenus supérieurs à 40.000 euros (source: INS-Statistiques fiscales)

## Les taux de chômage

Le taux de chômage est un autre indice des caractéristiques sociales et économiques d'une population. Les données présentées ont été collectées par l'IWEPS de la Région Wallonne et le taux de chômage est défini comme le rapport entre le nombre de demandeurs d'emploi indemnisés et la population active de la commune. Nous présentons aussi un indice d'évolution de ce taux de chômage sur la période 1997-2005. Cet indice pose la situation de 1997 en base 100; il s'agit du rapport du taux de chômage 2005 sur le taux de chômage 1997, multiplié par 100. En d'autres termes, si l'indice est de 102, cela signifie une augmentation de 2% du taux de chômage.

Comparons dans un premier temps la situation de l'Arrondissement par rapport au référent régional. Nous pouvons dégager les enseignements suivants:

En 1997 comme en 2005, le taux de chômage global (15-64 ans) de l'Arrondissement de Dinant est inférieur à la moyenne régionale. Ce constat est valable pour les deux sexes.

Dans le cas de l'Arrondissement de Dinant, comme pour l'ensemble de la Wallonie, le taux de chômage des hommes a augmenté de 7%, alors que celui des femmes s'est réduit de 4%.

Le taux de chômage des jeunes hommes de 15-24 ans est nettement plus faible dans l'Arrondissement de Dinant (27,5% en 2005) que dans l'ensemble de la Wallonie (33,6% en 2005). Ce taux de chômage des jeunes s'est plus ou moins stabilisé sur la période.

Le taux de chômage des adultes de 25-49 ans est plus faible dans l'Arrondissement de Dinant que dans l'ensemble de la Wallonie. Malgré tout, l'augmentation de cet indice fut un rien plus rapide dans l'Arrondissement.

En 1997, le taux de chômage des personnes âgées de 50-64 ans était plus élevé dans l'Arrondissement qu'en Wallonie. En 2005, la situation s'est inversée. En d'autres termes, l'évolution de cet indice fut sensiblement plus rapide à l'échelle de la région (+ 69 %) qu'à l'échelle de l'Arrondissement de Dinant (+14 %).

Abordons à présent le cas des communes. La figure 16 croise, pour chaque commune, le taux de chômage global (15-64 ans) observé en 1997 et en 2005. Les moyennes régionales sont figurées par les lignes horizontale et verticale. La diagonale permet d'évaluer la progression entre les deux dates; lorsqu'il y a diminution, la commune se positionne sous la diagonale et inversement si le taux de chômage augmente. La situation des communes de l'Arrondissement est assez homogène. La plupart d'entre elles affichent, tant en 1997 qu'en 2005, une position plus favorable que les moyennes régionales. On épinglera néanmoins, aux extrémités de la distribution, d'une part, la situation très favorable des communes de Hamois et de Yvoir, avec un taux de chômage inférieur à 12%, et d'autre part, la situation très marginalisée et préoccupante de Hastière, avec un taux de chômage de près de 27% en 2005. La situation d'Hastière, en termes de revenus des ménages et de taux de chômage, révèle l'existence d'un réel problème social. A l'inverse, les faibles revenus observés à Vresse/Semois, Bièvre et Gedinne sont davantage liés à un problème de vieillissement démographique, les taux de chômage dans ces communes étant sensiblement inférieurs à la moyenne régionale.

Si l'on considère les taux de chômage des jeunes de 15-24 ans et des personnes âgées de 50-64 ans, la position d'Hastière est tout aussi défavorable. Ainsi, 44% des jeunes âgés de 15 à 24 ans sont au chômage, alors que la moyenne régionale est de 36% et que les valeurs minimales de l'Arrondissement sont atteintes à Bièvre, Anhée et Vresse/Semois, avec des taux de chômage de 25-26%. Les écarts sont proportionnellement plus élevés encore si on considère la situation des personnes âgées de 50-64 ans. Le taux de chômage régional est de 9,8%, les minima sont atteints à Hamois et Yvoir, avec des taux de chômage de 5,5-6%: à Hastière, ce taux de chômage est de près de 18%!

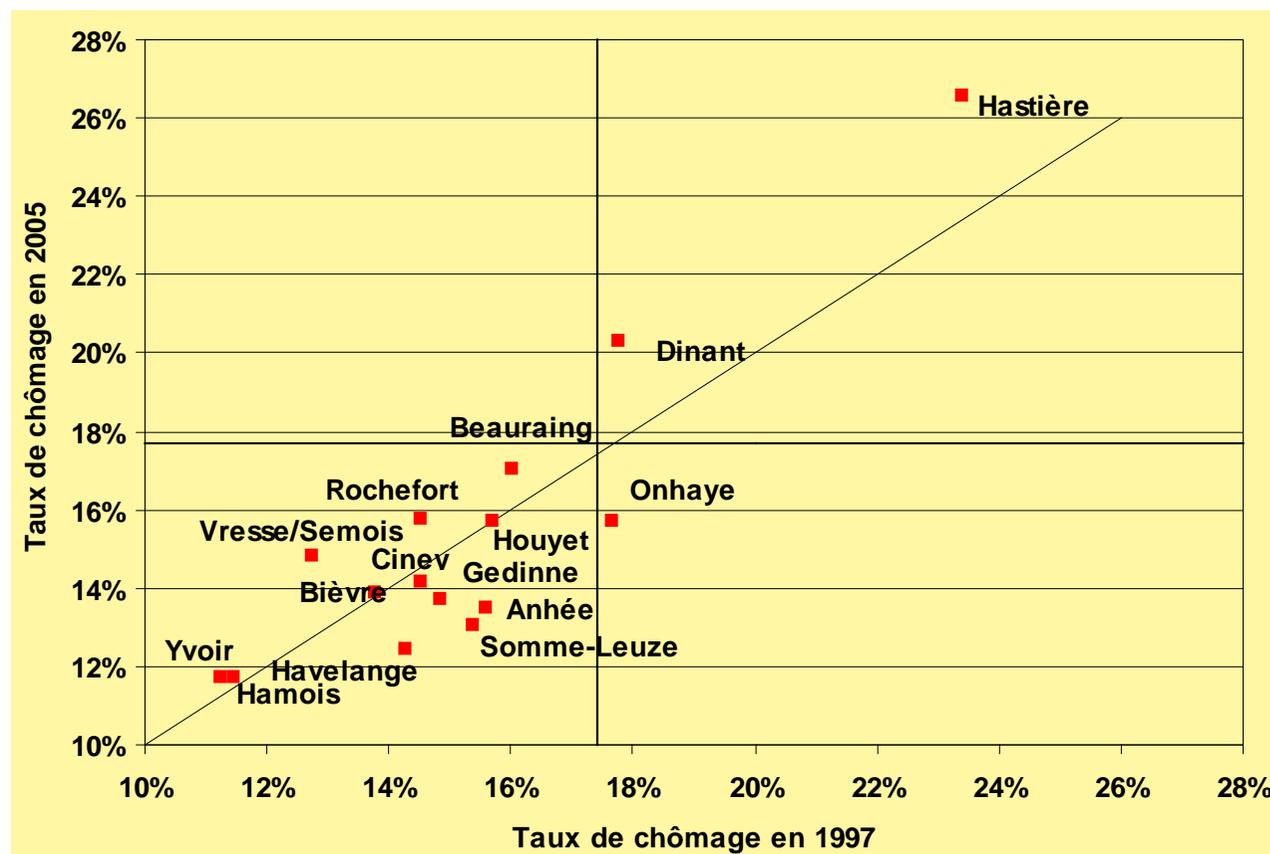


Figure 16. Les taux de chômage en 1997 et en 2005 dans les communes de l'Arrondissement de Dinant (source: IWEPS-RW)

# Qu'est-ce à dire?

Au terme de cette première partie descriptive et informative des caractéristiques de l'Arrondissement de Dinant, des contours apparaissent qui se situent entre optimisme et un pessimisme mesuré. Tout n'est pas rose dans les verts pâturages et tous n'est pas qu'obscurité au fond des vallées. La nature a, incontestablement, donné des atouts importants à notre territoire, atouts qu'il s'agit de préserver au cœur d'un développement indispensable. Le tourisme se trouve au carrefour d'initiatives et de projets qui doivent permettre à la population jeune de trouver un emploi, voire de le créer. Car c'est cette tranche de la population qu'il s'agit de valoriser tant sa présence est une richesse: un quart de la population de l'Arrondissement, c'est une richesse incontournable et cependant quelque peu ignorée, semble-t-il.

Par ailleurs, la «division» Nord-Sud, déjà constatée dans l'état des lieux réalisé par Prospect 15 en 2003, demeure la constante des diverses analyses en cours. En matière de population toujours, le bilan naturel est favorable au nord et défavorable au sud de l'Arrondissement. Le bilan migratoire quant à lui est globalement positif, richesse démographique à préserver: nos communes sont généralement attractives, même si la cause est double et ne porte pas les mêmes espérances: présence importante des jeunes familles avec enfants et de population de retraités. Le clivage Nord-Sud

se traduit également dans le revenu des ménages: on est clairement plus riche dans les communes du nord. Il est cependant bon de constater que le taux de chômage de l'ensemble de l'Arrondissement est inférieur à la moyenne régionale. Même si là aussi, des écarts très importants sont constatés entre communes. C'est en tenant compte de cette diversité Nord-Sud en matière de population et de revenus, que nous pouvons poser la question de la santé dans l'Arrondissement.

## La médecine générale

### Un premier focus <sup>6</sup>

Grâce notamment aux questions originales posées lors de l'Enquête Socioéconomique de 2001, la situation de la santé dans l'Arrondissement de Dinant peut être appréhendée tant du point de vue de l'offre que de la demande. En effet, outre les informations sur l'offre de santé - nombre de médecins par habitant - provenant des statistiques de l'INAMI de 2004, l'ESE2001 a interrogé la population sur son état de santé (appréciation subjective) et sur l'appréciation de l'offre de service de santé sur le territoire communal.

Selon les dernières statistiques de l'INAMI (2004), l'Arrondissement de Dinant bénéficie d'une couverture médicale assez similaire à la moyenne wallonne (tableau 30, fin de document). On y compte un médecin généraliste<sup>7</sup> pour 639 habitants, alors que le ratio régional est de 1/649. Toutefois, cette moyenne cache des situations très différentes entre les communes: ainsi à Vresse-sur-Semois, on dénombre un médecin généraliste pour 319 habitants, alors qu'à Hastière, il y a un médecin pour 1054 habitants.

Si on rapporte le nombre de généralistes au groupe d'âges présentant les plus grands besoins, les personnes âgées de 65 ans et plus et les 80 ans et plus, on observe des écarts à peu près similaires avec un médecin pour moins de 100 habitants âgés de 65 ans et plus pour les communes les mieux desservies (Yvoir, Vresse-sur-Semois, Onhaye et Hamois) et un médecin pour plus de 200 personnes âgées de 65 ans et plus pour les plus malloties (Hastière, Somme-Leuze et Gedinne). On notera que le ratio est également assez élevé dans les villes de Dinant et de Ciney.

Au-delà de cette dimension à priori «objective», les habitants des communes de l'Arrondissement sont-ils satisfaits du service de santé «offert» par la commune? Cette dernière information est extraite de l'Enquête Socio-économique de 2001. L'offre de soin ne semble pas correspondre avec les besoins réels de la population. Ce problème est clairement identifié par les habitants des différentes communes qui se déclarent, dans des proportions parfois très élevées, insatisfaits de l'offre de service de santé sur le territoire communal. Hormis à Yvoir, partout ailleurs, le degré d'insatisfaction par rapport à l'offre de soins de

<sup>6</sup> 15 communes au futur, Les Communes de l'Arrondissement de Dinant, analyse des caractéristiques démographiques, socioéconomiques, environnementales, du logement et de la mobilité quotidienne, mai 2008, GÉDAP - Prospect 15

<sup>7</sup> Le choix des généralistes permet de ne prendre en compte que la médecine «de proximité».

santé est supérieur à la moyenne régionale (figure 17). Cette insatisfaction est particulièrement marquée dans les communes où la couverture médicale est la plus faible (Gedinne, Hastière, Somme-Leuze). Cette relation ne vaut pas pour Vresse/Semois, où le ratio entre population et médecins est très favorable alors que la population est très insatisfaite de l'offre de soins de santé dans la commune. D'une manière générale, la relation statistique entre ces deux indicateurs n'est pas très significative ( $r=+0,32$ )... même si elle témoigne d'une situation préoccupante dans les communes mal positionnées.

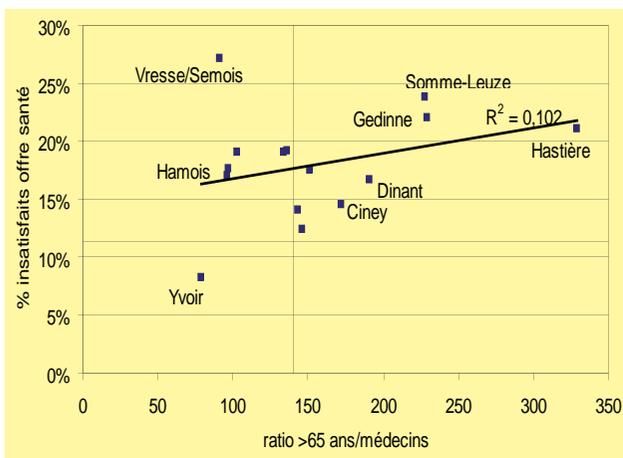


Figure 17. Le croisement entre le ratio % >65 ans/médecins généralistes (Inami, 2004) et l'appréciation de l'offre de soins de santé (ESE2001)

Une relation nettement plus significative ( $r = 0,64$ ) relie le niveau d'insatisfaction face à l'offre de soins de santé et le ratio entre la proportion de 65 ans et plus et l'offre liée aux métiers de la santé. Ceux-ci - les données proviennent de l'INAMI (2004) - regroupent les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmières à domicile (figure 18).

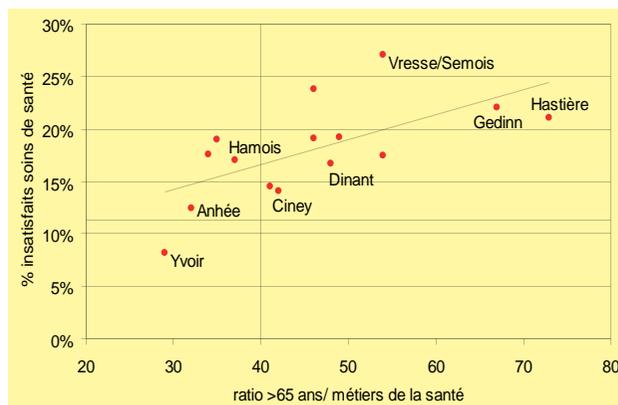


Figure 18. Le croisement entre le ratio % >65 ans/métiers de la santé (INAMI 2004) et l'appréciation de l'offre de soins de santé (ESE2001)

Au-delà de cette première appréciation, résituons le travail à quatre reprises depuis 2006 et à l'initiative de l'équipe d'animation de Prospect 15, des rencontres de travail U.O.A.D./ Prospect 15 se sont déroulées dans le but de dresser un état de la situation, d'en informer les Comités d'Orientation et de Travail et d'imaginer une «réplique».

## L'Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant



L'U.O.A.D. est une association sans but lucratif (MB16895/94) qui regroupe environ 130 médecins généralistes pratiquant dans les communes de Anhé, Beauraing, Bièvre, Ciney, Dinant, Gedinne, Hastière, Havelange, Houyet,

Onhaye, Rochefort, Somme-Leuze, Vresse-sur-Semois et Yvoir (sud de la province de Namur) ainsi que dans les communes de Wellin, Daverdisse et On (trois communes de la province du Luxembourg).

Un des rôles essentiels de l'Union est représenté par la formation postuniversitaire des médecins généralistes de l'Arrondissement. Des conférences mensuelles sont organisées alternativement à Beauraing, Ciney et Dinant. Une fois par an, l'U.O.A.D. organise un colloque d'une demi-journée, sur un thème ayant un rapport avec l'éthique médicale et l'économie de la santé. Une attention particulière est apportée à la formation en soins palliatifs. Depuis six ans, des «ateliers urgences» sont également organisés pour améliorer les connaissances et compétences des généralistes de l'Arrondissement, souvent appelés à gérer en première ligne des urgences graves. La formation dispensée dans le cadre de l'asbl est conçue en parfaite collaboration et coordination avec la Société Scientifique de Médecine Générale et en particulier avec les dodécagroupes locaux.

La promotion de la santé est une autre activité importante de l'U.O.A.D. Après avoir réalisé, en collaboration avec la chaîne locale MATélé, plusieurs émissions de télévision d'éducation à la santé relayées par des articles dans la presse local-régionale et par des feuillets «conseils aux patients», l'Union a organisé et coordonné un vaste programme de dépistage du cancer du sein dans l'arrondissement de Dinant. Ce programme a bénéficié de la collaboration de la Province de Namur (IPHS) et du Centre de Référence pour le Dépistage du Cancer du Sein. Ce Programme, actuellement relayé par le Programme de la Communauté Française, aura permis de détecter 40 cancers et d'enregistrer plus de 3500 mammographies.

L'U.O.A.D. prend à coeur une autre mission: l'information de ses membres: édition d'un bulletin de liaison mensuel («Le messenger de l'UOAD»). Le répertoire des médecins généralistes, hôpitaux et médecins spécialistes de l'Arrondissement de Dinant est aussi un outil très apprécié par le corps médical de la région. La réalisation de folders d'information à destination des patients sur le rôle et la fonction du médecin généraliste et sur la garde en médecine générale est une autre facette de cette politique d'information de même que la création du site internet [www.uoad.be](http://www.uoad.be).

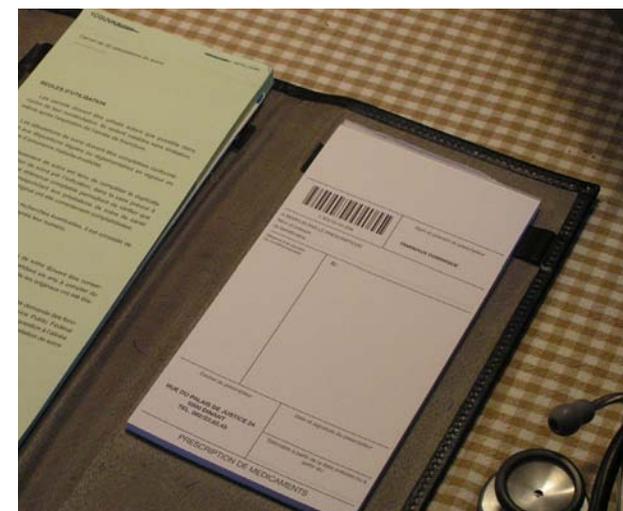
L'Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant est l'organisation représentative des médecins généralistes de l'Arrondissement. L'Association est représentée au Comité Directeur de la SSMG, au FAG (forum des associations de médecins généralistes), à l'Association des soins palliatifs de la province de Namur, au Service Provincial d'Aides Familiales, auprès des hôpitaux de la région, de l'asbl Destination (prise en charge des patients toxicomanes), de la Maison des Diabétiques de Dinant et de Télépronam (service de biotélévigilance de la Province de Namur). Des contacts ponctuels ont également lieu avec les mutualités, des associations locales de patients, des CPAS, etc... Depuis 2003, l'Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant est officiellement agréée comme Cercle de médecins généralistes. L'association remplit donc un des rôles légaux des Cercles, à savoir l'organisation de la garde de médecine générale sur son territoire en coordonnant l'action des 12 rôles de garde de l'Arrondissement de Dinant.

## Savoir de quoi on parle

(d'après un document tout public édité par l'U.O.A.D.)

Le travail du généraliste s'organise essentiellement sous forme de consultations et de visites à domicile. La consultation s'effectue au cabinet du médecin. Elle présente l'avantage de se dérouler dans un endroit bien adapté, avec de bonnes conditions techniques. Le médecin y dispose de tout le matériel qui pourrait lui être nécessaire. Pour éviter des temps d'attente parfois longs, de plus en plus de médecins généralistes proposent également des consultations sur rendez-vous. La visite à domicile devrait, idéalement, comme cela se pratique dans les pays voisins, être réservée aux personnes ne sachant pas se déplacer. En Belgique, les habitudes sont un peu différentes et c'est ainsi que nous possédons le record européen du nombre de visites à domicile! La prescription de médicaments n'est pas un acte anodin, elle se fait sous la responsabilité du médecin et nécessite une évaluation régulière de la santé du patient. C'est aussi le cas lors du renouvellement de médicaments utilisés à long terme.

Le médecin généraliste peut aussi, grâce à sa formation, pratiquer de nombreux autres actes. Sans vouloir être complet, on peut citer: les vaccinations à tous les âges de la vie, les actes de petite chirurgie (sutures de plaie, traitement de verrues...), la réalisation d'électrocardiogrammes, les examens de dépistage (frottis du col de la matrice, examen des seins...), les prises de sang, la pose de plâtres, les examens d'aptitude sportive, les ponctions et infiltrations d'articulations, les soins aux patients en fin de vie, l'assistance aux interventions chirurgicales, le suivi de la



contraception et celui des grossesses en collaboration avec les gynécologues, la gestion des situations d'urgence... Les généralistes ne pratiquent pas toutes ces techniques et, en fonction de leur intérêt et du temps disponible, ils s'intéressent plus particulièrement à certaines d'entre elles. De plus, lorsqu'ils rencontrent une difficulté, ils vous adressent rapidement à un spécialiste.

Le dossier médical est un outil essentiel au travail du médecin. Il contient les résultats d'analyses (biologie, radiographies...), les rapports des spécialistes consultés, les rapports d'hospitalisation, les notes personnelles du médecin, les allergies du patient, ses réactions à des médicaments, les vaccins qui lui ont été administrés. Bref, ce dossier contient le suivi complet de la santé du patient. Il l'accompagnera toute sa vie. C'est ainsi que le généraliste mérite le titre de «Médecin de Famille» et joue un rôle de coordinateur central dans la gestion de votre santé.

La garde, à quoi ça sert? Depuis de nombreuses années, afin que les patients puissent toujours compter sur l'aide d'un médecin même lorsque le médecin personnel est



absent, les médecins généralistes ont développé des rôles de garde. Ces gardes, qui couvrent un territoire bien déterminé, concernent les samedi, dimanche, jours fériés, et parfois également les soirs et les nuits de semaine. Le médecin de garde est formé pour répondre à la demande de soins, il pourra dépanner efficacement jusqu'au retour du médecin traitant. Il l'informerait de sa visite et du traitement appliqué.

Quand faire appel à la garde? Chaque fois que l'état de santé semble devoir nécessiter des soins de médecine générale, et qu'il n'est pas possible d'attendre le retour du médecin traitant. Le médecin de garde posera quelques questions afin d'évaluer l'urgence de la situation. Il soignera dans un délai qui dépendra de l'état de la maladie et de sa propre disponibilité. Il s'occupera tout d'abord des cas les plus urgents (comme par exemple un malade cardiaque). Il est également possible de proposer de rencontrer le médecin de garde à son cabinet plutôt que de l'attendre au domicile.

Quand ne pas faire appel à la garde? Le médecin de garde remplace le médecin traitant, ainsi la rédaction d'ordonnances ou de certificats, la demande d'examen



non urgents, un rhume ou toute autre maladie bénigne, peuvent attendre le retour du médecin habituel.

Et l'hôpital? On pourrait être tenté de croire qu'il est plus facile de s'adresser directement au service d'urgences de l'hôpital le plus proche. De telles pratiques encombreront les services d'urgences qui doivent rester disponibles pour les vraies urgences. C'est leur mission. Les médecins généralistes sont bien formés pour faire face aux soins urgents les plus courants, et si l'état de santé le nécessite, il n'hésitera pas à confier le patient à un spécialiste hospitalier après avoir donné les premiers soins.

Comment connaître le médecin de garde? Les moyens sont nombreux et faciles: le plus simple est de téléphoner à son médecin traitant. Sur son répondeur seront mentionnés le nom et le numéro de téléphone du médecin de garde. De nombreux journaux locaux ou généraux publient les rôles de garde. Le service 100 est également au courant de la liste des médecins de garde.

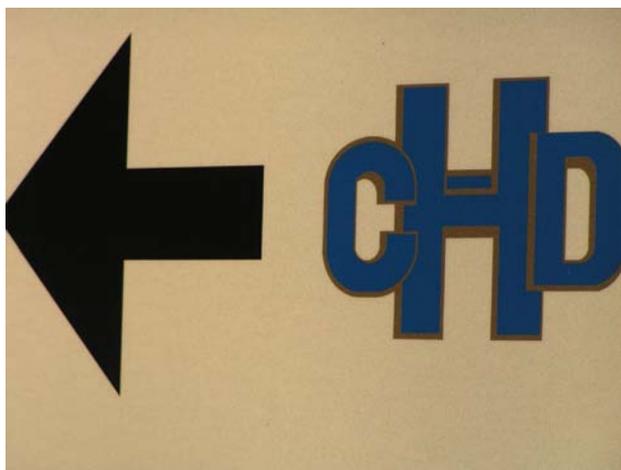
## L'analyse de l'U.O.A.D.

La démographie médicale de l'Arrondissement en 2008 (tenant compte que les territoires de Prospect 15 et de l'U.O.A.D. ne se recouvrent pas parfaitement) est la suivante: 123 médecins actifs dont 110 participent à la garde. La moyenne d'âge est de 49,8 ans.



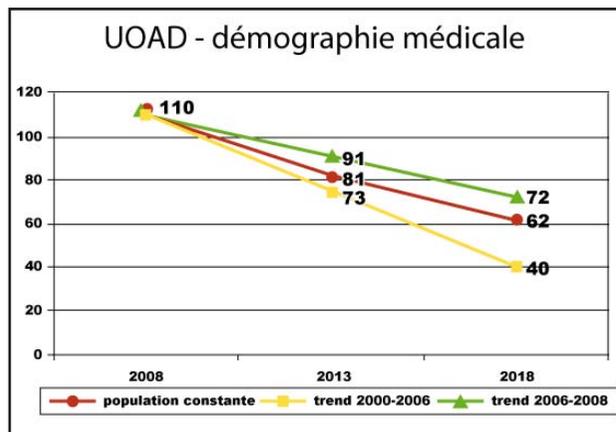
L'U.O.A.D. organise 12 «rôles de garde» à l'échelle du territoire concerné. Un coordinateur de garde gère l'organisation des gardes. Les gardes dites «population» répondent à une obligation légale et leur planning doit être publié. Elles sont organisées selon un timing précis: du samedi 8H au lundi 8H et en semaine de 19H à 8H le lendemain (sauf Hastière-Onhaye...). La population en est informée via les répondeurs téléphoniques des médecins, la presse localo-régionale, le site internet [www.uoad.be](http://www.uoad.be) et les sites web des Communes.

L'offre hospitalière de l'Arrondissement est relativement riche puisque deux institutions sont accueillies sur le territoire: le Centre Hospitalier de Dinant (CHD) et les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (UCL Mont-Godinne).



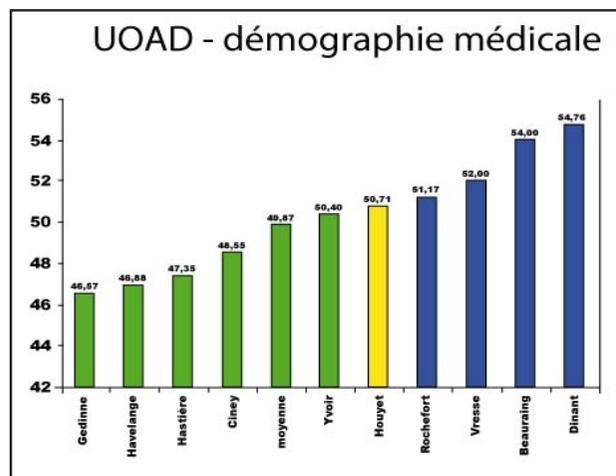
## Entrées et sorties au sein de l'Arrondissement

Selon une comptabilité tenue par les services de l'U.O.A.D., on estime que depuis le 1 janvier 2000, 14 nouveaux médecins se sont installés (Ciney: 2, Gedinne: 2, Beauraing: 1, Rochefort: 2, Hastière: 2, Dinant: 1, Somme-Leuze: 1). Par contre, ce sont pas moins de 24 médecins généralistes qui ont «quitté» le territoire (depuis le 1.1.2000: 24 (Pension: 8, Décès: 3, Réorientation: 13, Travail en hôpital: 5, Départ à l'étranger: 4, Autre: 4). Il ne faut pas être grand savant pour constater que la courbe est négative. Comme on pourra le découvrir sur les graphiques, la situation pourrait bien s'aggraver et donnerait, à chiffres constants, un déficit important.



Graphique 19. Prospective de la démographie médicale

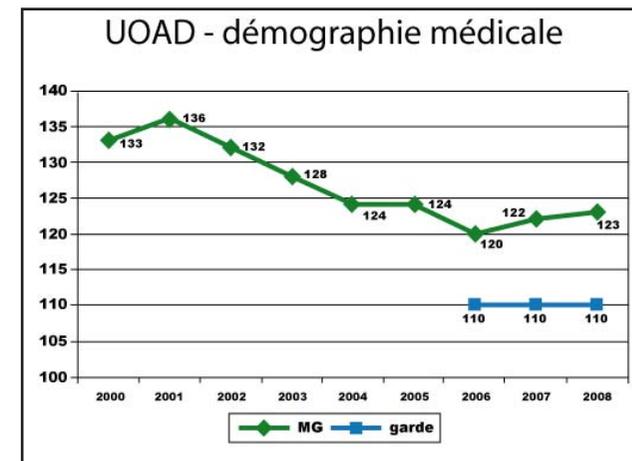
La donnée de l'âge moyen permet d'affiner le constat et de se faire une idée de la crise vers laquelle on s'oriente si la situation reste en l'état.



Graphique 20. Age moyen des médecins généralistes

Et dès lors, en ce qui concerne ensuite l'organisation des gardes médicales sur le territoire concerné, le schéma indique une stabilité de l'offre en gardes médicales malgré la diminution du nombre de praticiens. La raison en est simple:

aujourd'hui déjà, tous les médecins ne participent pas au rôle de garde. Une grosse centaine, 110 médecins prennent leur tour. Et ce nombre devrait rester stable dans les années à venir, toute chose restant en l'état, rappelons-le.



Graphique 21. Démographie médicale vs Gardes

Les urgences graves en zone rurale: interaction capitale entre médecine générale et Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

## Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Le SMUR est un véhicule d'intervention rapide avec à son bord un infirmier et un médecin urgentiste hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des urgences vitales. Ce n'est donc pas une ambulance, il ne prend pas en charge le transport des malades. Le SMUR intervient pour des situations très ciblées exigeant un haut niveau de compétence. Le véhicule du SMUR est prioritaire. Il est de couleur jaune avec des bandes rouges et dispose d'une sirène puissante.

Il est équipé de tout le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des patients en détresse vitale (y compris pour la réanimation avancée de l'adulte et de l'enfant), est envoyé sur décision du service 100 en fonction du type d'accident (le SMUR n'est pas envoyé systématiquement), du lieu d'intervention (parmi les SMUR attachés aux différents hôpitaux d'une région, c'est celui qui sera le plus rapidement sur place qui est envoyé). L'équipe soignante intervient seule ou en appui du médecin généraliste déjà sur place.

Le SMUR intervient dans les cas de (liste non exhaustive) de choc, coma, hémorragies importantes, victimes coincées, incarcérées ou écrasées, brûlées; en cas d'explosion, d'incendie ou de présence de fumées, présence de substances toxiques ou radioactives; dans des cas d'accouchement en cours ou imminent, de

tentative de suicide, noyade, pendaison, électrocution, hyperthermie grave, chute de plus de 3 mètres, de plaie au cou, au thorax ou à l'abdomen par arme blanche ou arme à feu, de membre sectionné, de patient polytraumatisé, d'accident de roulage, de convulsions, d'agitation importante, de prise d'otage(s), d'urgence collective, de dispositifs préventifs...

Le territoire de l'Arrondissement de Dinant est couvert par divers services du SMUR: l'un est basé aux cliniques UCL de Mont-Godinne, un autre au CHD de Dinant. Enfin, les communes du Sud sont desservies par les SMUR de Libramont, Marche-en-Famenne et Fumay (Fr). Le SMUR de Dinant couvre en effet une zone d'intervention non négligeable – l'une des plus grandes en fait –, allant de Beauraing-Vonêche à Havelange, d'un côté, et à Doische-Philippeville, de l'autre. On considère généralement l'efficacité de l'urgence selon un délai d'intervention théorique et selon la gravité de la situation (voir ci-dessus): temps d'intervention inférieur à 10 minutes: bon; - temps d'intervention nécessaire entre 10 et 15 minutes: risque; - temps d'intervention supérieur à 15 minutes: danger.

Selon l'enquête par le SMUR, 2/3 de l'Arrondissement de Dinant se trouvent en zone rouge, c'est-à-dire qu'il faut aux secours plus de 15 minutes pour arriver sur le lieu de l'urgence. Dans les cas les plus graves, le patient est en danger à moins qu'un médecin généraliste n'intervienne en première ligne.

C'est pour cette raison, notamment, que l'U.O.A.D. a entrepris l'organisation de cours à destination des généralistes: depuis 2000, organisation de formations spécifiques aux urgences (training RCP...) à Beauraing, Dinant, Gedinne, Rochefort, Ciney, Houyet,...avec la

participation active des administrations communales (notamment pour ce qui concerne la mise à disposition de locaux). Ces formations permettent aux médecins généralistes d'intervenir en première ligne trop souvent en lieu et place du SMUR. (Figure 22)

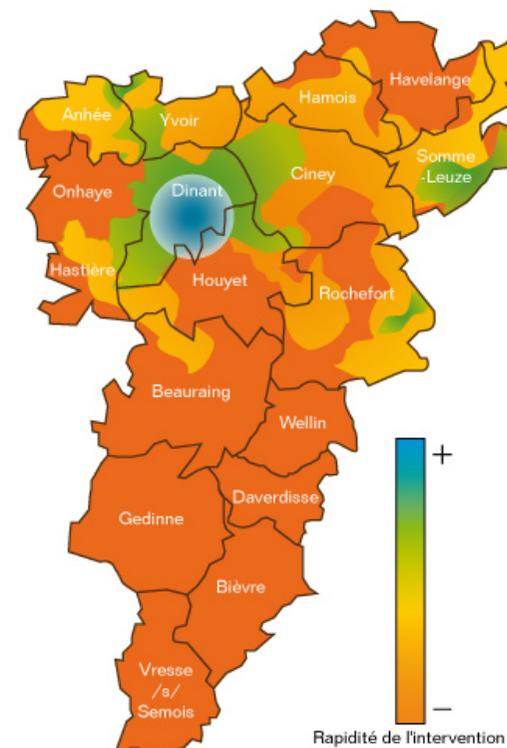


Figure 22. Couverture SMUR

# Des pistes de réponses aux questions

## La lecture académique de la situation à l'ULg

C'est au cours d'une rencontre qui s'est tenue en octobre 2008 sur le site du Sart Tilman, que les Docteurs DUCHESNES et GIET ont partagé leurs réflexions sur les causes de la raréfaction des médecins généralistes.

A la question «Pourquoi les étudiants en médecine abandonnent-ils la filière de médecine générale?», le Docteur Giet propose les pistes suivantes. «La diminution des vocations résulte en premier lieu du poids du modèle de rôle. L'étudiant en médecine est formé dans une école rattachée à un hôpital universitaire. Ses études l'appellent donc à côtoyer le milieu hospitalier et non pas un cabinet de médecin généraliste. Arrivé au bout du chemin, il commence prioritairement à regarder les places disponibles en milieu hospitalier vu qu'il sait de quoi il retourne. Alors que le monde de la médecine générale est une inconnue qui, comme toute inconnue, fait peur. Il y a aussi le fait que l'hôpital a un besoin de personnel. Comme le nombre de diplômés a été réduit de manière linéaire (suite au numérisation, le nombre a été diminué de moitié)... Chez certains, la

question du statut et du salaire du spécialiste par rapport à celui du médecin généraliste intervient également. Cela se traduit, en début de 7<sup>ème</sup> année (4<sup>ème</sup> doctorat), à l'heure du choix d'une filière, par une majorité de demandes pour les filières spécialisées. Ce n'est qu'au terme de cette 7<sup>ème</sup> que l'élève saura s'il est admis dans la filière de son choix. Grosso modo, un tiers des étudiants se voient dans l'obligation, à défaut d'obtenir une place dans la filière choisie, de se 'rabattre' sur la filière de médecine générale. Pour le Docteur Duchesnes, on peut affirmer: «Au cours de cette 7<sup>ème</sup> année durant laquelle il ne sait pas s'il sera repris dans la filière qu'il a sollicitée, l'étudiant se voit offrir l'opportunité de suivre le cours de médecine générale. Ce qui n'est pas une mauvaise chose en soi car elle offre l'opportunité à tous d'appréhender les missions d'un médecin généraliste.» «Nous observons en effet, ajoute le Dr Giet, chez certains étudiants qu'ils ont encore l'image du médecin généraliste qui ausculte rapidement son patient avant de lui prescrire des médicaments. Le tout, en trois minutes. Sans appréhender la relation qu'un médecin peut avoir, par exemple, avec un malade chronique. Il y a donc un besoin impératif de donner aux étudiants un éclairage – le plus précoce possible – de la fonction du médecin généraliste. C'est pourquoi ici, à la Faculté de Liège, nous donnons lors de la 7<sup>ème</sup> année, un cours d'introduction à la médecine générale avec une partie théorique suivie d'un stage durant 3 demi-journées. A savoir 6h chez un médecin généraliste (Maître de stage) pour cerner les missions de celui-ci, 6h à rencontrer les patients et 6h de retour chez le médecin. Au terme de ce stage, nous faisons un débriefing par groupes de dix étudiants. Ce qui nous permet de constater, au vu des réactions, que les étudiants avaient une vue très parcellaire de la fonction de médecin généraliste. Ainsi, à la question de savoir: à quoi cela sert

un médecin généraliste?, 25% répondait avant le stage: «à envoyer des patients chez les spécialistes» alors qu'ils sont 37% après le stage à répondre: «à proposer une approche globale de la médecine».

De même, avant le stage, 12% des étudiants déclaraient vouloir faire la médecine générale, 62,5% voulaient se spécialiser et 25,5% disaient ne pas savoir. Après le stage, 13,5% voulaient suivre la filière médecine générale, 35% souhaitaient se spécialiser et 51,5% hésitaient quant à leur choix. Cela veut dire que 30% d'entre eux, après ce stage, n'excluent plus de faire de la médecine générale.

Il est important, dans ce cadre, que les médecins généralistes en poste, comme ceux du Cercle de votre région, acceptent la mission de Maîtres de stage, même si leur emploi du temps est déjà fortement utilisé. Il y a une dimension pédagogique à (re)trouver».

A la question posée ensuite «Quelles sont les raisons qui ont fait qu'à un moment donné, la situation est devenue problématique?» les Dr Duchesnes et Giet apportent les réponses ci-dessous. «Au problème de vocation chez les étudiants lié en partie à leur méconnaissance de la fonction de médecin généraliste, s'ajoute celui de la rétention des médecins généralistes. D'après une étude interuniversitaire menée en 2000, l'on recense 30% de défection chez les médecins qui ont reçu leur agrément en 1995. A cela il convient encore de greffer un vieillissement des médecins généralistes». (Dr Giet)

«Nous venons de terminer une étude financée par le KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) que nous publierons en novembre 2008. Nous avons procédé à une analyse qualitative, en interrogeant les étudiants de dernière année de médecine de toutes les universités

belges (francophones et flamandes) sur ce qui guidait leur choix en première année. Nous avons également interrogé des médecins qui avaient quitté la profession. Enfin, nous avons procédé à une analyse de la littérature internationale pour dégager des pistes de solutions afin de soumettre des propositions à un ensemble d'acteurs des soins de santé (mutuelles,...) avant de les soumettre aux décideurs politiques. Nous espérons pouvoir dégager des pistes à proposer en termes de formation, de rémunération, d'organisation des gardes qui constituent assurément le gros point noir». (Dr Duchesnes)

(Dr Giet) «Le problème des gardes constitue effectivement le gros point noir. Cela devient d'autant plus problématique dans une région qui connaît une désertification de médecins généralistes. Car, qui dit moins de médecins dit rôles de garde plus importants pour un nouvel arrivant. Ce qui n'est pas de nature à inciter un jeune à reprendre le flambeau (cercle vicieux). De plus en plus, il faut aller vers un système d'association. L'association de deux communes permet par exemple de réduire de 50% les gardes. Il s'agit d'une solution mais elle a un coût. Je crois que les pouvoirs publics ont, là, un rôle à jouer (subsidés Province, Inami, Communes,...). Il faut nous permettre de développer un réseau suffisamment dense et aller au-delà de l'individualisme. Le médecin travaillant en solo reste très majoritaire. La tendance va pourtant dans le sens de l'association».

«L'image du médecin masculin, habitant une grosse maison et circulant au volant d'une grosse voiture, est appelée à changer. L'on pourra désormais avoir une femme qui travaille en association et dont le salaire ne constitue pas le seul du ménage. Cette évolution, le pouvoir politique doit pouvoir s'en rendre compte».

«En Communauté germanophone, il n'est déjà plus possible

pour certains médecins généralistes d'assurer des visites à domicile. Certes, la Belgique peut être considérée comme la championne du monde en matière de visites à domicile. Mais ne plus avoir le temps d'en faire constitue assurément un problème car il y a une part incompressible de visites médicales à assurer».

«Il y a assurément une réflexion sur le long terme (15 ans) à avoir sur la médecine générale».



En conclusion, le Docteur Giet estime qu'il y a un travail à mener au niveau universitaire pour les vocations. Beaucoup de choses sont à améliorer pour mieux faire connaître la médecine générale auprès des étudiants. À côté, il y a le problème de la rétention. Comment faire pour qu'un médecin généraliste le reste? Une réflexion doit être menée au niveau des gardes ainsi que, dans une moindre mesure, au niveau du statut.

## A l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Le Professeur M. SCHETGEN, Secrétaire Général du département de médecine générale, synthétise la situation

de la sorte: «A l'ULB, en moyenne 20 % des étudiants choisissent spontanément la médecine générale en fin de 3e doctorat. Une autre vingtaine de % choisissent la filière mixte, optant pour une autre spécialité en 1er choix mais s'engageant à suivre parallèlement l'enseignement spécifique de base, nécessaire à une éventuelle postulation en médecine générale en fin de 4ème doctorat. Les 2 filières amènent finalement une bonne trentaine de % à entamer le Master Complémentaire en médecine générale.

Les motivations sont diverses (prise en charge globale du patient, importance de la communication et des aspects psychologiques et sociaux, envie de travailler en 1ère ligne, non envie de travailler dans les hôpitaux...). Le non choix est surtout dicté par la peur de se retrouver seul en 1ère ligne et par le sentiment que le travail à l'hôpital sera plus entouré, plus circonscrit et plus cadré. Ils ont peur d'une vie très dure laissant peu de place à la vie personnelle et familiale. La ruralité accentue encore davantage cette peur. La féminisation joue certes un rôle mais les jeunes médecins masculins mettent eux également la priorité sur des horaires fixes et un épanouissement privé. Le fonds Impulseo II n'est pas encore d'application mais en ce qui concerne Impulseo I, plusieurs de nos anciens étudiants en ont profité lors de leur installation.

Pour améliorer la situation en milieu rural, il faudra sans doute: favoriser le travail en groupe, alléger les gardes (poste de garde avancé, numéro de dispatching central, diminution du travail de nuit...), améliorer le fonds Impulseo II en prolongeant les «avantages financiers» dans le temps, amener les responsables politiques locaux à proposer des facilités lors de l'installation (mise à la disposition de locaux, aide administrative complémentaire au Fonds Impulseo II,...)».

## A l'Université Catholique de Louvain (UCL)

### Centre académique de médecine générale (CAMG)

Le Professeur D. PESTIAUX, Responsable du CAMG fait le constat suivant: «A l'UCL, environ un tiers des étudiants font le choix positif de la médecine générale en début de 7e année pour un programme de formation constituant la première année validée pour la spécialisation en médecine générale.

Si la loi de planification fédérale imposait une proportion de 43 % de généralistes et 57 % de spécialistes, les nouvelles décisions politiques de cet été (2008) ont majoré le nombre d'attestations pour l'accès aux spécialités et maintenu à 120 les attestations médecine générale en communauté française!

Le choix de la médecine générale est influencé par de nombreux paramètres dont l'importance relative est impossible à préciser. Citons sans être exhaustif: la féminisation de la profession, la crainte d'une pratique solo aux multiples facettes cliniques et organisationnelles s'apparentant à une PME bien difficile à gérer, l'idée fautive d'une rémunération insuffisante, l'attrait des «spécialités hospitalières», la reconnaissance insuffisante de la société pour ce métier, malgré la vraie reconnaissance des patients, la sécurité d'une pratique hospitalière en équipe, l'opportunité de la pratique comme spécialiste de ville avec

des horaires allégés, l'absence de la contrainte de continuité des soins en hôpital ou en pratique de ville...

La ruralité pose problème dans beaucoup de pays (notamment la Belgique et le Québec) pour la première ligne. Beaucoup de jeunes médecins préfèrent rester proches de leur vie sociale et de couple, souvent dans les centres urbains, craignent l'isolement en région éloignée, notamment pour la gestion des urgences, envisagent, et c'est une étude réalisée dans notre centre universitaire qui le montre, des carrières modulables et non linéaires. En effet, l'installation est progressive dans leur métier et la prise de responsabilités par rapport à une clientèle est souvent retardée dans des pratiques en réseau. La féminisation a un impact majeur sur la pratique, puisque chez nous à l'UCL, 80 % des candidats spécialistes en médecine générale étaient des femmes attirées par la pratique en réseau compatible avec la vie familiale.

Impulseo I et II sont des initiatives majeures, pertinentes et indispensables pour le futur de la profession. Elles sont à développer et plus particulièrement le soutien administratif me paraît essentiel pour que le généraliste centre son activité sur son métier de base, à savoir la clinique.»



## Un séminaire du Parti réformateur au Parlement fédéral

Le 13 juin 2008 s'est tenu au Parlement fédéral un colloque organisé par le Parti réformateur «La Parole aux médecins Généralistes – Pénurie et attractivité en zones rurales et urbaines. Quels défis, quelles solutions?» Au terme du colloque, un Bourgmestre de l'Arrondissement, le député fédéral et premier magistrat de Bièvre, David Clarinval s'est exprimé en ces termes:

« (...) notre système de santé a, jusqu'à présent, permis l'existence d'une médecine reconnue à travers le monde comme l'une des meilleures, accessible à tous et rencontrant les exigences du libre choix du patient et de liberté diagnostique et thérapeutique des prestataires de soins. Cependant, au travers des différentes interventions que nous avons pu entendre cette après-midi, force est de constater qu'à l'heure actuelle, dans certaines régions du pays, des situations d'insuffisance de l'offre médicale sont observées.

Les raisons sont nombreuses, nous l'avons vu: la moyenne d'âge des médecins généralistes est élevée, le nombre d'installations de médecins généralistes est inférieur aux départs, les problèmes de la garde et les exigences parfois excessives des patients, la féminisation de la profession et la nouvelle génération de médecins, avec ce souhait d'un meilleur équilibre vie de famille et vie professionnelle, les difficultés d'installation dans les zones rurales dues à l'éloignement des facilités économiques, sociales,

culturelles, etc., une certaine forme d'élitisme au sein de la formation universitaire, les obligations administratives qui deviennent de plus en plus exigeantes, la précarisation de la patientèle dans certains quartiers, l'attraction de l'hôpital, le manque d'intérêt des étudiants issus des zones rurales.

Depuis 2005, de nombreuses voix issues des rangs des praticiens mais aussi des politiques se sont élevées à travers le pays pour réclamer des mesures urgentes et à long terme. Le gouvernement fédéral n'est certes pas resté les bras croisés depuis 2005 puisque Impulseo I et II ont été mis sur pied. Un Impulseo III est même sur les rails et concernera les pratiques solos. Cependant, quand on écoute les interventions successives de cette après-midi, force est de constater que ces politiques sont d'une part insuffisantes et d'autre part, qu'il faudrait y apporter des mesures complémentaires. En effet, par exemple, en Communauté germanophone, un groupe de travail constitué autour de Madame la Députée Katrin Jadin, a constaté que la problématique particulière liée à la pénurie des médecins généralistes germanophones ne connaissait, à ce jour, pas encore de solution adéquate. Plusieurs pistes ont été relevées: la première est une collaboration euro régionale entre les différents hôpitaux universitaires d'Aachen, Maastricht et Liège et les hôpitaux germanophones. La deuxième piste explorée est l'établissement d'une prime particulière pour les médecins qui s'établissent en Communauté germanophone et qui fournissent un effort particulier pour parler l'allemand.

Par ailleurs, à l'instar des Docteurs Delrée et Baijot, on constate que les mesures Impulseo n'ont pas suffisamment enrayé la problématique spécifique de l'attractivité de la médecine générale en zone rurale.

Toutefois, en ce qui me concerne, en tant que Bourgmestre d'une des communes concernées, je suis heureux d'apprendre que depuis quelques jours, Impulseo I est reconnu dans tout l'arrondissement de Dinant ainsi que dans les communes de Daverdisse et Wellin... Une nouvelle qui ne peut que me réjouir... ou m'inquiéter encore un peu plus! On constate donc, au travers de l'intervention des Docteurs Delrée et Baijot que les problématiques de la ruralité ou de la semi-ruralité ne sont pas suffisamment prises en compte par les mesures actuelles.

À l'instar du Docteur Botton, on mesure très largement que la problématique des gardes va être cruciale dans les années à venir et risque de pénaliser sensiblement la pratique de la médecine générale. Avec l'intervention du Docteur Janssen, on voit ô combien la problématique de la médecine générale en zone urbaine, pour certains quartiers, est également tout à fait spécifique et qu'elle nécessiterait des réponses adaptées également.

Le Docteur Vankrunkelsven nous a dit qu'en Flandre aussi, on mesure le vieillissement, la féminisation, la conciliation vie privée et vie professionnelle, l'attractivité des Pays-Bas qui sont des évolutions sociétales et qui influenceront là aussi considérablement le métier dans les années à venir. Le clivage avec les spécialistes y est aussi particulièrement prégnant.



Nous arrivons donc au constat que toutes ces évolutions, toutes ces problématiques, ne sont pas suffisamment rencontrées par les politiques gouvernementales actuelles et qu'il est temps qu'une attention particulière soit apportée à la médecine générale en zone rurale, mais également dans certains quartiers difficiles.

Finalement, comme l'a dit le Docteur Janssen, il faut remettre le médecin, la médecine de première ligne en valeur, lui redonner une plus grande considération.

En vous rencontrant aujourd'hui, nous avons voulu aller au-delà de la simple énumération de ces constats. Ce débat est en quelque sorte « évolutif »: notre objectif était bien de porter la réflexion plus loin. Voilà pourquoi, avec mes collègues ici présents, nous allons prochainement déposer une série de notes auprès de la Ministre de la santé pour que cette dernière prenne d'urgence des mesures adéquates et d'envergure afin de rencontrer les attentes qui se sont exprimées aujourd'hui. Bref, de nombreuses pistes de réflexion ont été évoquées et proposées. Nous allons les analyser et les promouvoir auprès de la Ministre. Je me réjouis qu'un représentant de la Ministre soit arrivé dans le courant de l'après-midi. J'espère qu'il pourra relayer auprès de Madame Onkelinx vos préoccupations.

## Le fonds Impulseo

Impulseo consiste en un package de financement avantageux visant à promouvoir, depuis le 1 juillet 2006, l'établissement de médecins généralistes, tant en pratique individuelle que collective.

Impulseo s'adresse à tout médecin généraliste agréé depuis maximum 4 ans, ou de retour d'un pays en voie de développement depuis maximum 4 ans.

Une prime de 20.000€ est octroyée au médecin généraliste qui s'installe après le 1 juillet 2006 soit dans une zone de médecine générale à faible densité médicale (c'est-à-dire: soit dans une zone de médecine générale avec moins de 90 médecins généralistes par 100.000 habitants, soit dans une zone de médecine générale avec moins de 125 habitants/km<sup>2</sup> et moins de 120 médecins généralistes pour 100.000 habitants), soit dans une zone d'action positive délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes. En ce qui concerne l'Arrondissement, Impulseo concernait en 2007 Ciney, Havelange, Hamois, Hastière, Gedinne, Onhaye et Somme-Leuze. En mai 2008, l'ensemble des communes de l'Arrondissement est éligible au titre Impulseo. Bonne nouvelle diront certains, confirmation d'une aggravation de la situation affirment, à juste titre, d'autres.



Impulseo est une intervention octroyée aux regroupements de médecins généralistes. Elle couvre une partie des charges salariales de l'employé(e) qui les assiste dans l'accueil et la gestion de la pratique. Via l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (Inami), le Fonds d'Impulsion pour la médecine générale a conclu un accord avec le Fonds de participation pour la gestion des interventions. A quelles conditions? Le regroupement concerne minimum

2 médecins généralistes (Intervention pour la moitié des charges salariales réelles, avec un plafond maximum de € 8.250/an aux conditions suivantes, convention de collaboration entre minimum 2 médecins généralistes agréés; le regroupement gère minimum 500 Dossiers Médicaux Globaux (DMG) et emploie minimum la moitié d'un équivalent temps plein sous un contrat de travail. Les médecins du regroupement utilisent un dossier médical informatisé labellisé). En cas de regroupement de 3 médecins généralistes (ou plus): intervention pour la moitié des charges salariales réelles, avec un plafond maximum de € 16.500/an aux conditions suivantes: convention de collaboration entre minimum 3 médecins généralistes agréés; le regroupement gère minimum 1000 Dossiers Médicaux Globaux (DMG); le regroupement emploie minimum un équivalent temps plein sous un contrat de travail; les médecins du regroupement utilisent un dossier médical informatisé labellisé.



## Mobilité des personnes en cas de demande d'examens complémentaires et de soins récurrents

Une des caractéristiques de la zone rurale est sa carence en moyens de mobilité (écoliers, retraités, personnes ne disposant pas de permis ou de véhicule). Un public particulier souffre singulièrement de cette carence, les personnes nécessitant des soins récurrents en milieu hospitalier et décrite comme public à mobilité réduite. Prospect 15, alerté par l'U.O.A.D., a soumis aux communes de l'Arrondissement, une enquête sur l'offre faite par les communes à ce type de public. Dans le cas où un service communal était proposé, une question subsidiaire portait sur son fonctionnement au sens large.

Comme vont l'indiquer les divers tableaux, les communes ont entrepris pour la plupart un travail considérable en vue de favoriser la mobilité de personnes, cela va de soi, à mobilité réduite. Cette appellation est large et englobe

une population souffrant, pour des raisons diverses d'une carence en mobilité: citons la santé déficiente, le handicap, l'âge, la précarité comme causes essentielles de cette carence. Les communes de l'Arrondissement (sauf deux) ont toutes mis en place des services. Leur diversité est grande comme l'indique ce qui suit. Il faut se réjouir de cette offre particulière de service au public. Il faut s'interroger également sur l'impact financier à charge des communes.

## Existe-t-il un type de mobilité à la demande à destination de ce public particulier?

Communes	Les services et leur fonctionnement
<b>Anhéé</b>	Le Service de Transport et d'Accompagnement Social (SETRAS) est organisé sous la forme d'un service bénévole. Son utilisation est illimitée (sauf pour les achats dans les commerces à concurrence de 2x/mois). Le service est opérationnel du lundi au vendredi, de 8h à 17h.
<b>Beauraing</b>	Il existe un système général de covoiturage au sein du CPAS basé sur des bénévoles et leur véhicule et dont peut bénéficier ce type de public.
<b>Bièvre</b>	Un service de co voiturage est en place, service du CPAS. Aucune limite de quelque ordre.
<b>Ciney</b>	La Navette sociale est organisée par la commune dans le cadre du Service Social communal et du Plan de Prévention de proximité. Utilisable dans un rayon de 50 km. La fréquence au cas par cas.
<b>Dinant</b>	Pas d'organisation particulière sinon les services des mutuelles
<b>Gedinne</b>	Le service Co-Voiture-âge est mis en place par le CPAS. Aucune limite de quelque ordre.
<b>Hamois</b>	Le Taxi social est une organisation du CPAS. Le service est opérationnel dans un rayon de 25 km autour de la commune sauf dérogation, sans limite de fréquence d'utilisation.
<b>Hastière</b>	Mobilité Hastiéroise est une asbl de service de transport de personnes. Tous les jours de la semaine, hormis le week-end, les courses s'organisent dans un rayon de 30km. Déplacements possibles vers les hôpitaux de Dinant, Mont-Godinne et Namur.
<b>Havelange</b>	Un service de mobilité existe dans le cadre du CPAS et repose sur une cellule de volontaires qui effectuent des déplacements. Pas de limites théoriques, situations évaluées au cas par cas.
<b>Houyet</b>	Taxistop est une asbl fonctionnant sur la commune. Pas de limites en Belgique.
<b>Onhaye</b>	Pas d'organisation particulière sinon les services des mutuelles
<b>Rochefort</b>	Un transport gratuit (Mobilité Rochefortoise), asbl financée par des donateurs, fonctionne à la demande à destination des personnes âgées de plus de 65 ans. Le périmètre se limite à Dinant, Ciney, Marche-en-Famenne et Rochefort à une fréquence maximale de 1x/semaine.
<b>Vresse</b>	Un service Co-Voiture-âge est en place. 100km pour le taxi social Limites de la zone pour le Tec local.
<b>Yvoir</b>	Un service de transport du CPAS est utilisé dans le cadre des consultations médicales et hospitalières (élargi plus tard aux déplacements vers les grandes surfaces et les lieux culturels). Hôpitaux de Yvoir-Dinant-Namur; santé mentale de Dave, du Beau Vallon.

Tableau 23. Mobilité et soins: les services existants

## Le fonctionnement du service

Communes	Véhicule propre à cet usage	Service(s) similaire(s) proposé(s) (mutualités etc.)
<b>Anhée</b>	Ce sont des véhicules de particuliers qui sont utilisés.	Oui
<b>Beauraing</b>	Non, ce sont les véhicules des bénévoles	Oui
<b>Bièvre</b>	Pas de véhicule propre	
<b>Ciney</b>	Oui, véhicule neuf en convention avec une société qui met le véhicule (Citroën Berlingo) à disposition gratuitement. Le coût annuel d'utilisation: 3750€.	Oui, service de bénévoles accessible à tous les affiliés et remboursé par la mutuelle
<b>Dinant</b>		Oui, Handicap et Mobilité et ACIH
<b>Gedinne</b>	Non, véhicules (familiaux) de particuliers	VSL (Véhicule Sanitaire Léger) de la Croix-Rouge, Altéo (Mutualités Chrétiennes), Handicap et Mobilité
<b>Hamois</b>	Voiture familiale en convention de mise à disposition par une société privée, coût annuel de 1600€.	Service de la Mutualité Socialiste
<b>Hastière</b>	Véhicule d'occasion Citroën Berlingo, 8500€, coût annuel 1000€.	
<b>Havelange</b>	Pas de véhicules propres	Altéo (mutualité chrétienne), Handicap et Mobilité, Forum Mobilité, demande introduite à la Croix-Rouge pour la création d'une antenne, ADMR
<b>Houyet</b>	Pas de véhicules propres	Oui
<b>Onhaye</b>		Oui
<b>Rochefort</b>	Véhicule d'occasion (voiture familiale), coût à l'achat 5200€, coût annuel d'utilisation 3000€.	Oui, pour les handicapés
<b>Vresse</b>	2 véhicules neufs (1 voiture familiale Berlingo et 1 minibus 8 places + lift)	Altéo (mutualité chrétienne, Handicap et Mobilité, Véhicule sanitaire léger, SOS Dialyse, Aides familiales, Ambulances 112, Ambu Ardennes
<b>Yvoir</b>	Actuellement l'ancienne camionnette des repas à domicile. Une procédure est lancée pour l'obtention d'une fourgonnette 5 places	

Tableau 24. Mobilité et soins: le fonctionnement des services

## Le chauffeur et son statut

<i>Communes</i>	<i>Statut</i>	<i>Rétribution</i>	<i>Qualification</i>
<b>Anhée</b>	Chauffeurs bénévoles pensionnés	0,294€/km	
<b>Beauraing</b>	Chauffeurs bénévoles pensionnés pour la plupart, quelques actifs	0,35€/km	
<b>Bièvre</b>	Chauffeurs bénévoles souvent préretraités ou pensionnés	0,375€/km parcouru à partir de leur domicile	
<b>Ciney</b>	Employé communal	Salaire	Formation de secouriste et possession de la sélection médicale
<b>Dinant</b>			
<b>Gedinne</b>	Chauffeurs bénévoles (actifs ou pensionnés)	0,20€/km (en-dessous de 40km parcourus) 0,28€/km à partir du 41 <sup>e</sup> km Pour des raisons médicales: 0,20€	Conduite irréprochable, certificat de bonne vie et mœurs
<b>Hamois</b>	Employés du CPAS	Salaire	Sélection médicale
<b>Hastière</b>	Chômeur – prestataire	Chèques ALE	
<b>Havelange</b>	Bénévole, essentiellement des personnes pensionnées	0,294€/km parcouru à partir du domicile de l'utilisateur	
<b>Houyet</b>	Bénévole pensionné	Néant	
<b>Onhaye</b>			
<b>Rochefort</b>	5 bénévoles pensionnés	Néant	Permis B
<b>Vresse</b>	Employés du CPAS	Salaire	
<b>Yvoir</b>	Ouvrier du CPAS	Salaire	

Tableau 25. Mobilité et soins: le chauffeur et son statut

## Les bénéficiaires

Communes	Coût pour le bénéficiaire	Critères requis pour l'utilisation par le bénéficiaire	Délais de réservation	Mode de réservation
<b>Anhée</b>	0,25€/km 1,5€/heure d'attente	Résider sur le territoire de la commune d'Anhée Personnes âgées en perte d'autonomie et ne disposant pas de véhicule Personnes en situation de détresse et d'isolement Demandes administratives, consultations médicales et achats dans les commerces	2 jours à l'avance ou dès la connaissance du rendez-vous médical	Contact avec l'agent responsable au CPAS qui répercute la demande au chauffeur
<b>Beauraing</b>	0,20€/km 1,25€/heure d'attente		48h à l'avance	Téléphonique
<b>Bièvre</b>	Tickets-km à acheter au CPAS à 0,25€/km	Aucun	Prévenir l'agent de contact 24h à l'avance pour un déplacement intérieur ou 48h à l'avance pour un déplacement à l'extérieur de l'entité communale de Bièvre	Contact avec l'agent responsable au CPAS (téléphone)
<b>Ciney</b>	Forfait allant de 2 à 8 € pour l'aller-retour	Vocation sociale (public, type de déplacement, tarif)	De préférence 3 à 4 jours à l'avance	Inscription auprès de l'assistante sociale responsable du service pour évaluer chaque demande. Une fois l'inscription faite, les réservations se font directement auprès du chauffeur par téléphone
<b>Dinant</b>				
<b>Gedinne</b>	Tickets-km à acheter au CPAS à 0,19€/km 0,27€ au-delà des 40km (sauf déplacement pour raison médicale) 2,5€/heure d'attente	Habiter la commune Payer l'affiliation	Prévenir le service 24h à l'avance pour un déplacement intérieur ou de 48 à 72h à l'avance pour un déplacement à l'extérieur de l'entité communale de Gedinne	Téléphone
<b>Hamois</b>	Forfait par destination (ex.: Dinant: 8€)		48h	Téléphone
<b>Hastière</b>	0,35/km 2€/heure d'attente 5€ pour les trajets de 1 à 15km	Personnes âgées d'au moins 55 ans en habitant la commune Pas de limite d'âge pour les déplacements d'ordre médical	Au moins 24h avant le déplacement	Téléphone

<b>Havelange</b>	Néant	Aucun	Délais théorique: 48h En pratique: les demandes sont parfois prises en charge le jour-même	Via la personne qui s'occupe de l'accueil au CPAS
<b>Houyet</b>	0,28€/km 7€ d'affiliation annuelle	Aucun	48h	Téléphone
<b>Onhaye</b>				
<b>Rochefort</b>	Néant	Plus de 65 ans, sans voiture ou malade	24h	Téléphone
<b>Vresse</b>	0,20€ pour tout déplacement dans un rayon de 40 km 0,28€ au-delà (sauf si raison médicale) 2,5€/heure d'attente 2,5€ d'affiliation annuelle		48h à 72h avant la course	Téléphone
<b>Yvoir</b>			Cela dépend, de quelques jours à l'avance au jour-même	Téléphone

Tableau 26. Mobilité et soins: les bénéficiaires



# La santé ressentie<sup>8</sup>

La santé subjective est une mesure globale qui inclut différentes dimensions de la santé (physique, sociale et émotionnelle). Cette perception subjective de la santé peut se révéler plus déterminante que des mesures de santé objectives. Indépendamment de l'état de santé réel, le fait de se sentir en bonne santé ou non joue un rôle fondamental sur la qualité de la vie des individus.

Presque un quart de la population belge (23%) estime que leur état de santé n'est pas satisfaisant, tandis que trois quarts des personnes interrogées évaluent leur propre état de santé comme bon à très bon. Trois quarts de la population trouvent que leur état de santé n'a pas changé au cours de la dernière année; 13% estiment qu'il s'est amélioré et 13% qu'il s'est détérioré.

Les femmes sont en général plus nombreuses que les hommes à être insatisfaites de leur état de santé actuel, ainsi que de l'évolution de celui-ci au cours des douze derniers mois. Ce contraste se vérifie dans quasiment toutes les tranches d'âge. Le pourcentage de personnes estimant que leur état de santé n'est pas satisfaisant augmente avec l'âge pour atteindre plus de 54% chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Le niveau d'instruction a une relation directe avec la santé subjective: les personnes des milieux moins «scolarisés» déclarent plus souvent une mauvaise santé. Ces différences sont observées tant au niveau de l'ensemble du pays que dans chacune des régions. Les personnes issues des milieux les moins «instruits» ont en moyenne plus de maladies

chroniques et souffrent plus souvent de pathologies multiples.

Les troubles de la santé mentale sont plus concentrés dans les couches les moins scolarisées de la population. Cette relation est toutefois moins prononcée en Région wallonne que dans le reste du pays. En revanche, le «mal-être» global touche toutes les couches de la population, quel que soit le niveau d'instruction.

Lors du recensement de 2001, on a demandé à chaque répondant de caractériser son état de santé sur une échelle allant de très bon à très mauvais. Ce type de question, régulièrement posée lors d'enquêtes relatives à la santé, donne une mesure assez précise de l'état de santé des gens. Si on fusionne les groupes bon et très bon d'un côté et les groupes mauvais et très mauvais de l'autre, on constate qu'en moyenne 70% des Wallons se sentent en bonne santé contre 8% en mauvaise santé. Pour l'Arrondissement de Dinant, ces chiffres sont un peu meilleurs: 73% se déclarent en bonne santé et 8% en mauvaise santé. Toutefois, ici encore des contrastes importants apparaissent entre les cas extrêmes: à Hastière, 63% des personnes se déclarent en bonne santé, alors qu'à Hamois, ils sont 77% dans ce cas.

La relation entre l'offre de soins de santé (ratio % >65 ans/métiers de la santé) et l'état de santé de la population est négativement significative ( $r = -0,73$ ). En d'autres termes, plus le ratio de l'offre de santé est faible (c'est-à-dire plus l'offre de soins de santé est élevée), plus les personnes se

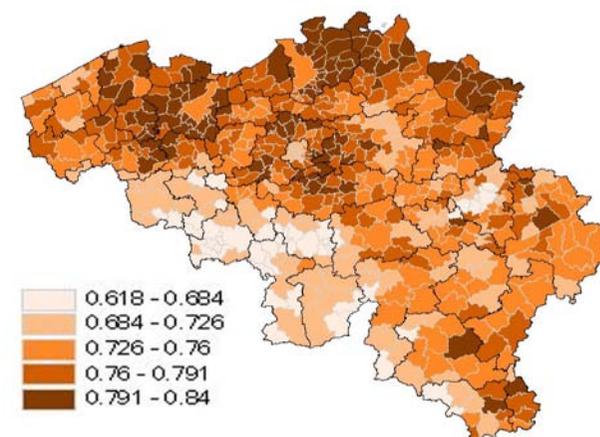


Figure 27. La proportion d'hommes se déclarant en bonne santé dans les communes belges au 1-10-2001 (source: INS-ESE2001)

déclarent en bonne santé, et inversement. La situation est particulièrement préoccupante à Hastière, et dans une moindre mesure à Gedinne et à Vresse/Semois. Une opposition nette oppose les communes vieillies et isolées du sud de l'Arrondissement aux communes «périurbaines» du nord.

Dans une large mesure, ces tendances se répercutent au niveau des grands groupes d'âges. Ainsi, par exemple, à Hastière, au-delà de 30 ans, la proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé est toujours sensiblement supérieure à la moyenne de l'Arrondissement. Inversement, dans les communes du nord de l'Arrondissement, l'estimation de l'état de santé est toujours meilleure que la moyenne de l'Arrondissement.

<sup>8</sup> Etude GéDAP

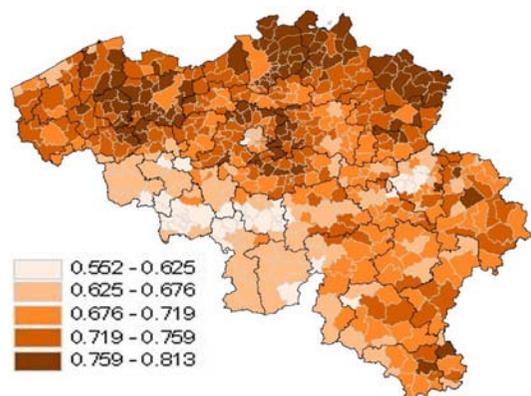


Figure 28. La proportion de femmes se déclarant en bonne santé dans les communes belges au 1-10-2001 (source: INS-ESE2001)

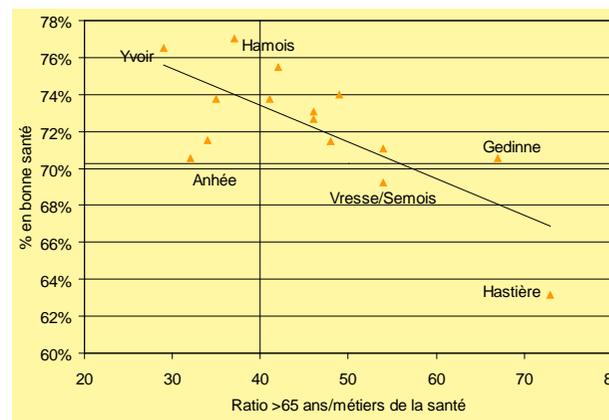


Figure 29. Le croisement entre le ratio % >65 ans/métiers de la santé (ESE2001) et l'appréciation de l'état de santé

Entités	Rapport de masculinité des professionnels de la Santé et Action sociale	Ratio population/médecins généralistes	Ratio >65 ans/médecins généralistes	Ratio >80 ans/médecins généralistes	Rapport des métiers de la santé* à la population	Rapport des métiers de la santé aux 65 ans et plus	Rapport des métiers de la santé aux 80 ans et plus	Proportion de personnes se déclarant en bonne santé	Proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé	Proportion de personnes insatisfaites de l'offre de service de santé
Anhée	32,12	677	146	48	<b>150</b>	<b>32</b>	11	70,52%	8,39%	12,4 %
Beauraing	21,69	580	134	49	198	46	17	73,08%	7,71%	19,1 %
Bièvre	15,66	628	151	56	224	54	20	71,04%	8,50%	17,5 %
Ciney	27,44	809	172	59	192	41	14	73,73%	7,03%	14,5 %
Dinant	30,20	850	191	66	213	48	16	71,48%	7,93%	16,7 %
Gedinne	24,59	867	<b>229</b>	<b>75</b>	<b>255</b>	<b>67</b>	<b>22</b>	70,53%	7,84%	22,0 %
Hamois	22,68	543	96	<b>29</b>	210	37	11	<b>77,02%</b>	6,10%	17,0 %
Havelange	27,51	665	143	49	194	42	14	75,50%	<b>5,80%</b>	14,1 %
Houyet	24,84	<b>443</b>	103	42	153	35	14	73,78%	7,41%	19,0 %
Onhaye	18,25	512	97	<b>29</b>	181	34	<b>10</b>	71,50%	8,15%	17,6 %
Rochefort	26,30	659	136	46	237	49	17	74,01%	7,41%	19,2 %
Somme-Leuze	20,57	<b>1.054</b>	228	60	211	46	12	72,69%	7,96%	23,8 %
Yvoir	32,44	400	<b>79</b>	<b>27</b>	<b>148</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	76,50%	5,76%	8,2 %
Hastière	30,00	1.249	329	95	278	73	21	63,16%	12,23%	21,1 %
Vresse/ Semois	35,24	<b>319</b>	<b>91</b>	<b>29</b>	191	54	18	69,23%	9,29%	27,1 %
Arr. Dinant	27,31	639	140	47	196	43	15	72,73%	7,62%	17,1 %
<b>Wallonie</b>	29,85	649	140	48	186	40	14	70,26%	8,36%	11,3 %

\*Les métiers de la santé recouvrent ici les généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmières à domicile.

Source: INS-ESE 2001 et INAMI, 2004

Tableau 30. Indicateurs relatifs à l'offre et la demande de santé dans les communes de l'Arrondissement de Dinant

Entités	Moins de 20 ans		20-29 ans		30-44 ans		45-64 ans		65 ans et +		Total	
	Bon	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	Mauvais
Anhée	95,8%	0,8%	92,3%	0,9%	79,6%	4,3%	58,5%	11,6%	28,1%	24,5%	70,52%	8,39%
Beauraing	96,2%	0,5%	90,7%	1,8%	83,4%	4,1%	62,3%	10,1%	34,0%	21,9%	73,08%	7,71%
Bièvre	96,6%	0,3%	91,1%	1,4%	84,1%	3,3%	55,8%	13,1%	32,1%	22,8%	71,04%	8,50%
Ciney	96,2%	0,6%	90,7%	1,3%	83,2%	3,6%	64,5%	9,1%	31,6%	21,7%	73,73%	7,03%
Dinant	96,1%	0,4%	89,5%	2,0%	81,0%	4,0%	60,2%	10,7%	33,5%	22,0%	71,48%	7,93%
Gedinne	97,3%	0,1%	90,7%	1,1%	83,9%	3,9%	59,9%	11,2%	31,6%	19,4%	70,53%	7,84%
Hamois	95,3%	0,8%	91,1%	1,7%	84,1%	3,3%	65,6%	9,2%	35,2%	20,9%	77,02%	6,10%
Havelange	96,6%	0,2%	94,7%	0,4%	83,9%	3,4%	64,8%	8,1%	33,3%	17,5%	75,50%	5,80%
Houyet	96,5%	0,7%	93,1%	0,7%	83,1%	3,8%	62,7%	8,9%	34,6%	22,6%	73,78%	7,41%
Onhaye	95,1%	0,3%	88,8%	2,6%	81,4%	3,1%	53,9%	14,0%	33,7%	22,9%	71,50%	8,15%
Rochefort	96,6%	0,3%	92,2%	1,6%	83,7%	4,3%	60,7%	11,3%	36,1%	19,8%	74,01%	7,41%
Somme-Leuze	97,2%	0,4%	90,9%	2,2%	82,2%	4,7%	58,2%	14,4%	36,9%	18,5%	72,69%	7,96%
Yvoir	97,0%	0,3%	92,9%	1,1%	87,1%	2,8%	64,2%	8,6%	34,4%	18,7%	76,50%	5,76%
Hastière	95,2%	0,3%	88,6%	1,6%	75,6%	7,7%	48,8%	16,3%	29,8%	25,8%	63,16%	12,23%
Vresse-sur-Semois	97,1%	0,2%	93,8%	0,4%	82,7%	5,3%	55,4%	15,5%	38,2%	18,1%	69,23%	9,29%
Arr. Dinant	96,3%	0,5%	91,3%	1,4%	82,8%	4,0%	60,6%	10,9%	33,3%	21,3%	72,73%	7,62%
Wallonie	95,6%	0,6%	90,1%	1,7%	80,5%	4,5%	57,4%	11,7%	29,2%	23,3%	70,26%	8,36%

Tableau 31. L'état de santé subjectif par groupe d'âges de la population (source: INS-ESE2001)

# Une conclusion à écrire

Il est malaisé de conclure tant des paramètres divers entrent en ligne de compte. On l'a vu, réalités territoriales, démographiques et sociales sont d'incontournables balises. Interviennent également des critères d'ordre économique et culturel. Les défis sont nombreux tant aux échelles nationale que transnationale. Les ignorer et tâcher de relever les défis transcommunaux est aberrant. Quels sont-ils ?<sup>9</sup>

*Il y a une dizaine d'années, les autorités belges se sont lancées dans une politique de réduction de l'offre médicale pour contenir la croissance des dépenses de santé et garantir la qualité des soins. Le moyen utilisé a été d'agir sur le nombre d'étudiants de sorte que les effets ont mis quelques temps à se faire sentir et que peu de questions se sont posées dans les premières années. Aujourd'hui, certaines craintes se manifestent et les décideurs souhaitent à juste titre prendre les précautions nécessaires pour une fixation adéquate des quotas. Le spectre de voir se former des files d'attente ou d'être forcés à un moment donné de faire appel à des médecins étrangers, incite à la prudence et à la réflexion.*

## Que faire, que proposer, qu'oser imaginer? Comment choisir le bon nombre de médecins?

*Quatre approches principales pour la projection des effectifs médicaux ont été identifiées. L'approche basée sur la projection de l'offre définit l'influx nécessaire pour conserver ou atteindre, dans le futur, un niveau d'offre déterminé, exprimé en 'nombre de médecins par habitants'. L'approche basée sur la demande, aussi appelée approche basée sur l'utilisation, évalue le volume de services de santé qui sera utilisé par la population pour estimer les besoins en médecins. L'approche basée sur les besoins, aussi appelée approche épidémiologique, définit le nombre de praticiens ou de services nécessaires pour conserver la population en bonne santé. Les besoins sont définis par des experts médicaux. Enfin, le benchmarking, ou comparaison, se base sur un système de santé de référence pour définir le niveau désiré en effectifs médicaux.*

*Ces différentes approches peuvent être combinées et modulées afin de prendre en compte la disponibilité*

*des ressources ou les préférences individuelles mais aussi les changements relatifs aux conditions du marché, aux dispositions institutionnelles et aux barrières à l'accès. Toutefois, chacune de ces approches repose sur un nombre d'hypothèses qui devraient être reconnues étant donné leur large influence sur les résultats du modèle. Il n'existe en fin de compte aucune approche unanimement acceptée pour prévoir les besoins en médecins.*

*Les modèles peuvent être utiles pour générer des scénarios mais doivent être utilisés avec prudence pour les prévisions quantitatives. Trois groupes de facteurs auront une influence sur la validité d'un modèle : l'incertitude des paramètres dans la population de référence (la qualité des données importées dans le modèle) ; le caractère plausible des scénarii (la vraisemblance des hypothèses sous-jacentes) ; l'ajustement du modèle aux données disponibles (prise en considération des facteurs de confusion et d'interaction). L'incertitude des projections pourrait être évaluée par le biais d'une analyse de sensibilité ou d'une simulation stochastique.*

## Comparaison transnationale

*On observe d'importantes variations du nombre de médecins praticiens (dans les données internationales, un médecin praticien est celui qui fournit au moins un service médical par an) pour 10 000 habitants,*

<sup>9</sup> Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. 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 72B D/2008/10.273/08

de 12.2 pour 10 000 habitants aux Pays-Bas à 37 pour 10 000 habitants en Allemagne (36.4 pour 10 000 en Belgique selon cette définition). Toutefois, la comparaison des densités médicales doit tenir compte d'une analyse globale du système de santé des différents pays. La France, la Belgique, l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Australie ont mis en place un *numerus clausus*, tandis qu'en Autriche, l'accès aux études de médecine est encore libre. Le *numerus clausus* contrôle l'admission des étudiants en médecine via un examen d'entrée ou, dans le cas de la France et de la Communauté française de Belgique, la sélection des étudiants ayant accès à la deuxième année dans les facultés de médecine.

Aux Pays-Bas, les étudiants sont sélectionnés par l'application d'un tirage au sort. Le *numerus clausus* est appliqué depuis plusieurs dizaines d'années aux Pays-Bas et en France, alors qu'il fut instauré dans les trois autres pays au milieu des années 90. En Belgique et en Allemagne, l'objectif est toujours de limiter le nombre d'étudiants. Au contraire, la France, les Pays-Bas et l'Australie réagissent à la chute des effectifs médicaux en augmentant de nouveau l'influx des étudiants. L'expérience de ces trois pays montre la difficulté d'atteindre et de conserver un niveau adéquat d'effectifs médicaux.

Deux options politiques ont été mises en oeuvre pour contrebalancer les déséquilibres géographiques dans la force de travail. La France, la Belgique et l'Australie se concentrent sur les incitants financiers, pédagogiques ou administratifs. L'Allemagne et l'Autriche adoptent des mesures coercitives en interdisant aux nouveaux médecins de s'installer dans des zones à forte densité médicale.

Des changements au niveau du partage des compétences ont été expérimentés dans un certain nombre de pays pour alléger la charge de travail des médecins généralistes, principalement via le transfert de tâches entre médecins et infirmières. L'impact de la substitution médecin/infirmière sur le besoin en médecins et sur les dépenses en soins de santé est très mitigé et dépend fortement du contexte. Le faible attrait pour la médecine générale est observé dans tous les pays et différentes stratégies sont mises en place pour le contrer : créer des quotas pour garantir des postes de formation en médecine générale, réviser le programme d'étude en médecine, subventionner la formation en médecine générale. L'efficacité de ces stratégies n'a pas encore été évaluée. Alors que la planification de l'offre médicale reste une responsabilité nationale, la libre circulation des étudiants et des diplômés dans l'Espace économique européen court-circuite la régulation. C'est un nouveau défi que le système éducatif et la planification des effectifs médicaux doivent relever, particulièrement dans les pays qui souhaitent restreindre leur offre médicale.

Enfin, des initiatives pour améliorer la collecte des données sur les effectifs médicaux ont été mises en place dans plusieurs pays afin de permettre une planification efficace de l'offre médicale. Toutefois, des efforts supplémentaires sont nécessaires, particulièrement en ce qui concerne l'harmonisation des données au niveau international. L'évaluation appropriée des initiatives touchant l'offre médicale est tout aussi nécessaire. Soulignons également que dans la plupart des pays, la planification de l'offre médicale est toujours conduite de manière isolée de la planification des autres professions de la santé sans tenir compte du système de santé global.

## S'ouvrir à demain

Revenant à l'échelle de l'Arrondissement de Dinant, des pistes se font jour, des chemins semblent s'imposer. Si la couverture de l'Arrondissement de Dinant semble satisfaisante pour l'ensemble du territoire et proche de la



Une auto strangulation?

moyenne régionale (ce qui ne signifie rien en soi), il est des divergences impressionnantes entre communes: Vresse/Semois et Hastière en sont des exemples marquants. La ruralité peut apporter son chariot de manques, on ne peut négliger non plus l'influence du facteur pauvreté et précarité. Retenons également que la relation offre/besoins est considérée largement insatisfaisante par les populations.

La spécialisation Médecine générale est soumise à la question. Les trois Universités qui ont accepté de répondre à notre questionnaire l'expriment finalement assez unanimement: quand on ne sait pas, on ne fait pas. L'ignorance, au mieux la méconnaissance, du métier Spécialiste en médecine générale ferme l'accès à la filière.

Les évaluations de l'équipe de l'Université de Liège le démontrent. Quand on connaît, on se pose la question. Une fois ce questionnement engagé, se pose la question du rôle que peuvent jouer les médecins généralistes en place: celui de modèle, celui d'éveilleur. Plus la spécialisation Médecine générale sera valorisée, plus les jeunes bacheliers auront pu découvrir des facettes professionnelles mobilisatrices, plus les tentatives d'aménager le quotidien et la problématique des gardes médicales aboutiront, plus les bacheliers deviendront des doctorants ouverts et, qui sait, attirés par ce qui est et demeure une profession de proximité (d'autres disent de première ligne), favorisant la cohésion sociale, un métier de l'écoute et de la parole posée. Dans un Arrondissement où les jeunes couples et leur famille côtoient les retraités, on ne peut manquer de s'interroger sur l'impact d'une éventuelle disparition du médecin généraliste. Dans un Arrondissement où la précarité fait jeu égal avec l'aisance, on doit se poser la question du vivre ensemble dans une société offrant les mêmes chances.

Un constat, inquiétant lui aussi, concerne la couverture SMUR sur l'Arrondissement. Chacun n'est pas égal face aux risques d'accidents graves de santé. Le vouloir est-il d'ailleurs raisonnable? Peut-on, raisonnablement, exiger que chaque citoyen(ne) ait les chances égales si on tient compte des paramètres mobilité, distances, dispersion démographique? Raisonnablement il faut répondre non. Cependant, les initiatives prises par l'U.O.A.D. en matière de médecine d'urgence sont, en elles-mêmes, la démonstration d'un besoin criant. Chances égales, non sans doute. Tentatives pour réduire l'écart, assurément!

Enfin, au cours de ce travail de recherche et de réflexion, il a semblé intéressant de donner la parole aux futurs médecins généralistes. Le lecteur est invité à découvrir ce qui suit,

expression non scientifique mais profondément ancrée dans le quotidien d'étudiants à deux pas de franchir le cap vers la vie professionnelle. Partage des attentes, impressions, cris,... Merci à eux.

**La médecine générale par choix négatif:** *...car dans tous les domaines explorés par les cours et par les stages, aucun ne m'a donné l'envie particulière de ne m'y consacrer toute ma vie. En gros, je n'ai reçu aucune «révélation» quant à une direction précise de la médecine. Négatif car dans tous les domaines explorés par les cours et par les stages, aucun ne m'a donné l'envie particulière de ne m'y consacrer toute ma vie. En gros, je n'ai reçu aucune «révélation» quant à une direction précise de la médecine.*

*Je suis inscrit au concours en neurochirurgie mais si je n'ai pas d'autre choix ce sera la MG par défaut. Je ne pense pas que j'en serais très malheureux pour autant.*

*Je n'ai personnellement pas fait ce choix mais je trouve déplorable que ceux qui n'ont pas été reçus dans la spécialité de leur choix soient acceptés en médecine générale. Il s'agit de la d'une dépréciation de la profession qui se voit affublée de généralistes «par dépit», parfois frustrés et incapables par la même de pratiquer une «bonne» médecine.*

**La médecine générale par choix positif:** *...car choisie en premier choix. La médecine générale constituée, (j'ai l'impression - et ce détail est important -) ce qui me correspond le mieux et ce que je recherche: médecin de village de famille, avec contact privilégié avec la*

*patientèle; personne de confiance, avec relation à long terme; médecine de première ligne, avec beaucoup de jeu diagnostique; médecine variée; médecine en tant qu'indépendant, libre de rendre des comptes à qui que ce soit, ou l'on fait sa propre «popote», libre aussi de s'ouvrir à d'autres types de pratiques, aux médecines non conventionnelles dites «parallèles»; médecine complète où l'on prend en compte toutes les dimensions de la médecine (définition de l'OMS): physique, sociale, et psychologique; médecine dans la vraie vie, à l'air libre, non enfermée dans l'ambiance artificielle de l'hôpital.*

**La connaissance du «milieu» du généraliste aurait pu déterminer le choix positif:** *... je n'ai aucune connaissance proche (membre de la famille ou proche généraliste) qui aurait pu me donner cette envie. Le stage d'un mois effectué en MG ne m'a même pas donné l'envie de faire cette profession. C'est plus de l'imaginaire, un feeling..*

*Pour faire la médecine générale, c'est plutôt à l'instinct qu'il faut se fier. Je vous avouerai que vous n'aurez aucune reconnaissance de votre compétence par vos pairs à écouter un patient dépressif, à régler la tension artérielle d'un vieux borné, ou la glycémie d'un gosse. Pour être généraliste il faut donc être humble, car la gloire internationale, on ne l'aura pas. Il faut également ne pas vouloir être Crésus, mais plutôt être particulièrement dévoué. Le problème avec la médecine générale, c'est que ça ne se limite pas à un métier (de telle heure à telle heure) mais à une vie. Et la qualité de vie de famille est toujours en balance avec la disponibilité du généraliste.*

Le temps que l'on consacre à l'un diminue le temps consacré à l'autre. Et lorsqu'un généraliste place ses limites, (lorsqu'il est de garde, il renvoie les patients chez le MG de garde) les patients, devenus consommateurs, crient au scandale et claquent à jamais la porte de son domicile lui portant mauvaise réputation... Vous saisissez le problème ? Ajoutez à cela l'élargissement de plus en plus grand des domaines médicaux, que le généraliste se doit de «maîtriser» au moins superficiellement, le poids de la responsabilité qu'il porte s'il passe à côté d'un diagnostique, et le recours de plus en plus fréquent aux avocats et au tribunal pour des erreurs, vous avouerez que la dermatologie paraît, au moment où l'étudiant de 25 ans regarde l'avenir en face, bien plus attractive.

Ben j'ai rencontré des généralistes, ils sont tous soit surchargés de travail et mal payés, soit n'ont pas assez de travail (à Bruxelles) et déconseillent souvent la MG. Les spécialistes aussi disent que le summum c'est de se spécialiser un max (chirurgie de la main). L'image sociale du MG est dévalorisée comme celle du prêtre et de l'instituteur. Le summum c'est d'être interniste, prof d'unif.

A ce propos, il me semble que les stages en médecine générale devraient constituer un passage obligé pour tout étudiant en médecine. D'une part, il s'agit d'une manière de prendre conscience de la pratique du généraliste, de réaliser concrètement le relais particulier qu'il constitue auprès des patients. D'autre part, cela pourrait générer des vocations. Je pense à la pratique diversifiée de certains médecins traitants (centre de réfugiés, visites en prison, association de

médecins ou maisons médicales...), loin des idées reçues. Et que ceux qui objectent qu'ils n'ont jamais voulu pratiquer la médecine générale et, à ce titre, n'en voient pas l'intérêt, pensent aux 14 mois de stages hospitaliers subis par les autres...

**Le «modèle» universitaire du professeur de milieu hospitalier peut-il influencer le choix «hôpital»?** Le problème est que la médecine enseignée à l'unif est une médecine scientifique, non humaine, ce qu'elle devrait être par définition. De cet enseignement scientifique découlent plusieurs conséquences, certaines positives, comme la rationalité, la méthodologie, la performance actuelle, d'autres plus négatives, comme un enseignement morcelés par système, par organe, par pathologie. Ceux qui nous enseignent sont des hyperspécialistes, les gens les plus compétents dans leurs domaines, à réputation mondiale et reconnaissance de leurs pairs. Ce sont eux qui nous démontrent par A+B que c'est ainsi que ça se passe et non autrement, ce sont eux que l'on apprend à admirer pour leur charisme, leurs compétences, leur réputation, leurs recherches, leurs publications, leurs nouveaux traitements. De



ce fait, les étudiants en médecine sont formatés, par mimétisme, à rechercher la gloire scientifique (être le plus grand spécialiste du monde dans la transplantation coeur-poumon et avoir des patients qui viennent du Japon, de Russie, des USA; ou si le roi en personne venait dans votre cabinet pour vous voir vous, c'est sûr que c'est grisant...). Si ce n'est cela qu'ils recherchent, c'est plutôt l'argent... allez, on va plutôt dire le confort de vie, d'un métier où il faut si possible ne pas trop en faire, ne pas avoir trop de garde, être le mieux rémunéré que possible, avoir du temps pour sa famille, ...

En plus de la gloire scientifique qui nous est présentée pendant 7 ans, les quelques généralistes présentés à l'unif ne sont guère attrayants. En fait, c'était surtout flagrant lors de notre cours de 3ième doctorat intitulé « Urgence en médecine générale». Une vraie caricature: pour nous présenter ce cours, un professeur urgentiste, la petite quarantaine, bronzé, musclé, dynamique et hyper compétent, ce qu'il disait était «paroles d'évangile»! Pour l'accompagner, un généraliste, au physique peu attrayant, mou, plus âgé, gras du bide, et disant ce que il aurait fait dans telle ou telle situation d'urgence à son cabinet de MG. Et il avait parfois tout faux... Du coup, comment voulez vous que le jeune, plein de questions quant à son crucial choix de carrière à venir, se dise «moi plus tard, je veux être généraliste, comme ce monsieur».

**En quoi le modèle universitaire du prof. de milieu hospitalier peut-il forcer le chemin vers le choix «hôpital»?** Forcer la main non, valoriser pas non

plus. Nos profs généralistes (tres peu!) sont souvent plus bohèmes voire carrément ploucs (cf. cours de Urgences). Les autres profs sont moins modestes mais plus calés dans leur domaine ce qui attire le respect.

Fascination, comparaison, transmission d'une passion... les raisons sont multiples mais lorsqu'on compte le nombre de spécialistes et de généralistes qui nous ont donné cours au long du cursus, il faut avouer que les seconds ne pèsent pas lourd dans la balance alors qu'ils occupent concrètement la moitié des bancs. Il est malheureusement humain de se projeter dans le discours et la pratique du professeur (parfois) passionné et ...spécialiste!

**Quel rôle les généralistes pourraient-ils jouer pour toucher des jeunes collègues?** Bonne question, à dire vrai je n'en sais rien, c'est sans doute plus haut que doivent se faire les changements, au niveau politique ou des unif. Pas grand chose d'autre qu'être eux- mêmes de bons généralistes, droits et

charismatiques auprès de n'importe quel jeune. Il suscitera alors peut être une vocation de généraliste chez l'un ou l'autre. Rendre les stages de 2<sup>ème</sup> doc plus actifs et non passifs.

En vrai je ne sais pas, on a trop souvent l'impression que le généraliste n'a droit qu'aux rhumes et aux gastroentérites.

**Quel rôle les communes pourraient-elles jouer pour «inviter» des jeunes médecins en milieu rural?**

Rendre les communes plus attrayantes: propreté, écologie, crèches, dynamisme. Via une aide financière, logistique: maison médicale isolée, avec énergie solaire, appareil échographique d'urgence pour celui qui est de garde, financement de formation,... Education de la population au respect du MG (respect de ses horaires, de ses jours de congés, de ses non-gardes, on ne râle pas lorsqu'on doit payer la consultation,...). A un niveau plus haut en politique: lui payer ses actes sociaux (à l'étranger, ou auprès des plus défavorisés), changer cette médecine à l'acte.

Meilleures garanties de vie de famille et valorisation des salaires.

Si cette question fait référence au système français qui alloue une prime au jeune médecin qui pose le choix de la campagne, je ne pense pas qu'il soit de mise en Belgique. Il me semble que notre pays est suffisamment petit que pour que la campagne ne soit pas synonyme d'isolement complet. Par ailleurs, j'entrevois même plus d'avantages pour un généraliste à travailler en milieu rural: grands espaces, vie en

pleine nature, établissement de liens solides avec les patients qui ne se précipitent pas au service d'urgences du coin de la rue aux moindres soucis (comme c'est parfois le cas en ville).

**Quel est, selon vous, l'impact de la féminisation de la profession sur la filière généraliste?** Il y a surestimation du nombre de numéros d'Inami actifs. L'envie de travail à temps partiel et cela a un impact positif qui va dans le sens de l'éducation du patient (On n'attend pas 23h pour se présenter chez son MG parce qu'on n'a pas eu le temps plus tôt). La féminisation a un impact négatif car reporte la masse de boulot sur les autres.

Problème de gardes, surestimation du nombre de pratiquants. Pour le reste c'est bien.

L'impact est le même qu'en milieu hospitalier et le calcul est simple. La féminisation de la profession signifie diminution du temps de travail et donc diminution des effectifs médicaux sur le terrain. Parfois, j'ai le sentiment que la médecine générale souffre plus encore que les autres branches de cette féminisation. De fait, s'il est bien une médecine de l'investissement personnel, c'est la médecine générale. Or, il me semble très compliqué de s'investir totalement dans son boulot et dans sa famille, sauf lorsque l'on a un homme au foyer. La solution serait alors pour les généralistes femmes de ne plus accepter de nouveaux patients au delà d'un certain nombre mais comment agir de la sorte lorsqu'il faut faire face à l'actuelle pénurie de médecins. Les



maisons médicales représentent une autre solution mais on voit alors souvent les médecins hommes s'investir davantage et pallier aux heures non prestées de leurs collègues.

**La «solitude professionnelle future» vous fait-elle peur?** *Oui car les responsabilités sont plus grandes et le danger juridique guette. Le burn out est lié à mon avis au fait de ne pas partager ce qu'on vit, de ne pas se confier à d'autres collègues. Il me semblerait intéressant de calculer le taux de burn out chez les MG travaillant seuls et chez ceux travaillant en Maison Médicale...*

*Je ne comprends pas bien. En tout cas, si je suis généraliste, ce serait en maison médicale donc pas tout seul.*

**Quel est le poids de la problématique «garde»?** *Etre de garde c'est, pour un indépendant qui travaille souvent comme un fou la semaine, une charge de plus à porter, un anti-vie sociale, un anti-vie familiale, un réel danger, tant pour le MG qui crevé, est en danger sur la route, que pour le patient souvent en situation grave, et nécessitant un cerveau opérationnel pour être pris en charge. A ce que je sache, il n'y a pas de professeur de garde, ni de politicien, ni d'avocat, ni de maçon, ni de coiffeur de garde. Aucun généraliste ne souhaite être de garde, car le temps qu'il passe la nuit auprès de patients qu'il ne connaît pas, est souvent du temps perdu auprès de ses propres patients, la journée suivante.*

*Ben c'est fatigant. Et les filles ont parfois peur. Et les vieux et les femmes enceintes ne veulent pas en faire, c'est normal.*

*Mais je pense qu'il serait sans doute plus pertinent de demander aux généralistes eux mêmes, plutôt qu'aux étudiants, aspirants généralistes...*

*La particularité des gardes de médecine générale tient au fait que le médecin se trouve totalement seul. Seul face à des situations de réelle urgence où il ne dispose pas de la batterie d'exams et de soins propres à l'hôpital. Seul aussi face à des situations où les comportements humains mettent en péril sa propre sécurité, je pense particulièrement à ce niveau aux femmes. Des systèmes alternatifs existent en ville mais pourraient difficilement voir le jour dans nos campagnes...et la problématique reste entière!*

## Quelle sera la couleur du ciel?

Ce sont les Notes Territoriales de l'AdCF<sup>10</sup> qui inspirent cette conclusion. «La Médecine sera-t-elle en 2020 celle que nous connaissons d'elle aujourd'hui? Répondre par l'affirmative serait nier ce que pourront apporter la recherche et le progrès scientifiques. Les connaissances se seront enrichies, des équipements nouveaux seront nés, des modifications dans la pratique médicale, dans les disciplines en découleront et probablement de nouveaux intervenants seront devenus nécessaires. Ce fait ne

pourra qu'augmenter la demande en personnels car le renouvellement des connaissances et la reconversion des plus âgés ne sont pas simples à obtenir.

Les soins médicaux sont coûteux et pèsent lourdement sur l'économie. Dans le domaine de la santé, le progrès médical en est indirectement l'un des responsables. Il est facile de prévoir que les bénéfices attendus dans le diagnostic et le traitement des maladies, notamment celles qui sont encore incurables ou mal soignées, augmenteront les dépenses de santé liées non seulement aux moyens matériels mais également humains.<sup>11</sup>

La féminisation progressive du corps médical, telle qu'actuellement constatée, continuera-t-elle à progresser dans le même sens? De ce fait, les femmes seront-elles majoritaires dans le corps médical au cours des années 2020? Dans l'affirmative, le temps de travail cumulé des acteurs sera probablement moindre, accentuant ainsi le déficit en effectifs avec ses conséquences dans la réponse à la demande de soins.

Quel sera le comportement du corps médical dans ces années futures? Sera-t-il le même qu'aujourd'hui concernant par exemple le confort de vie, le lieu de vie, le souhait de moins travailler, le besoin de repos, la nature de l'exercice médical, le rejet des charges administratives aujourd'hui chaque jour plus pesantes?

Que sera le corps social (...) et son insertion à la fois dans notre pays et dans la vie européenne,...? Quelles seront les exigences des habitants vis-à-vis de leur médecin, des droits aux soins, de l'assurance-maladie, tous facteurs qui génèrent des besoins et des contraintes et par là des moyens financiers et humains?»

<sup>10</sup> Association des Communautés de France, mars 2008

<sup>11</sup> ndlr: quel sera le poids de ces charges notamment dans les budgets des CPAS et donc des communes?







Pour toute information, s'adresser à

**Prospect 15**

Centre Culturel Régional de Dinant

Rue Grande 37

B 5500 DINANT

Tel.: 00 32 (0)82 213939

Fax: 00 32 (0)82 227243

info@ccrd.be

www.dinant.be



*Il faut «adapter l'offre de soins aux besoins de la population». Phrase passepartout et pourtant chargée de sens, que chacun lit, entend ou prononce si souvent, jusqu'à parfois en oublier la signification, un peu comme un tableau ou une photo qui est accroché depuis trop longtemps sur un mur et que l'on ne voit plus. Pourtant, mettre en oeuvre cette recommandation est un défi à relever. Il repose à la fois sur une observation et une analyse très fines de la situation sanitaire mais aussi sur une adaptation de notre système de santé à des réalités particulièrement évolutives.*

*Le milieu rural est, de ce point de vue, un espace aussi intéressant que complexe. Entre, d'une part, le rural isolé, encore fortement marqué par l'agriculture et dont la population est vieillissante, et, d'autre part, le rural périurbain, développé à proximité de grandes agglomérations et peuplé de public jeune aux revenus élevés, le trait commun se limite surtout à une ruralité contrastée à l'extrême. La place du généraliste est au cœur de cette réflexion dans une approche qui souhaite conforter son rôle comme un acteur privilégié du système de soins.*

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Aquitaine

## Quinze communes au futur

**Les communes de l'Arrondissement de Dinant  
– Médecine générale et mobilité pour soins  
récurrents en milieu hospitalier**

Travail réalisé par l'équipe d'animation de Prospect 15 à partir d'une étude réalisée par le G6DAP/UCL.

Avec le soutien de la Ministre de la Culture et de l'Audiovisuel, du Ministre-Président de la Région Wallonne, du Ministre du Logement, des Transports et du Développement Territorial, du Ministre des Affaires Intérieures et de la Fonction Publique, du Ministre de l'Economie, de l'Emploi, du Commerce Extérieur et du Patrimoine et du Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances