

# De la démocratie sanitaire. La médecine générale a la croisée des chemins

Anne Gillet, médecin généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens (GBO)

.....  
*Notre système de soins est construit « à l'envers ». Il néglige les potentialités de sa première ligne et ne répond pas de manière adéquate aux besoins de la population. Dans un contexte où les difficultés de financement se font tenaces, nos autorités semblent préférer le contrôle bureaucratique au détriment d'une réorganisation visant à un meilleur rapport coût-efficacité et privilégiant le contact et l'acte intellectuel. Le GBO prône la recherche d'un juste équilibre entre les excès de la régulation étatique et les excès de la dérégulation liée à une exigence irrationnelle de liberté thérapeutique.*

.....  
**Mots clefs :** *politique de santé, soins de santé primaires, syndicalisme.*

La fille d'un patient de 85 ans, hospitalisé pour une pneumonie, me téléphone pour m'avertir que son père doit se faire opérer d'un pacemaker. Etonnée de cette décision prise par le spécialiste sans mon avis, je me rends à l'hôpital pour y rencontrer le cardiologue. Après analyse du dossier, il ressort que cet acte n'est pas strictement nécessaire, bien que le patient ait donné son accord pour l'intervention. Ensemble nous entrons dans la chambre du patient qui, avant que je n'ai pu dire quoi que ce soit, s'exclame, soulagé de me voir : « Ah, docteur, c'est bien que vous soyez là... je n'ai pas osé leur dire non. » Ce patient n'a pas été opéré, décision que nous n'avons jamais dû regretter.

A partir de ce cas, très représentatif de l'état de notre système de soins, où, par ailleurs, se révèlent les difficultés du consentement dit éclairé... je fais trois constats.

Le premier : l'étude du professeur Barbara Starfield (John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health in Baltimore) publiée en 1994 et réactualisée en 2004 évalue 10 systèmes de soins de santé, dont le belge et conclut qu'un système basé sur le principe d'échelonnement des soins se trouve directement lié à de faibles coûts, un sentiment de satisfaction accru de la population, une meilleure qualité des soins, un usage plus modéré des médicaments, un taux inférieur d'interventions superflues.

Le deuxième constat : au fil des congrès médicaux nous entendons reconnu le rôle du généraliste : « dans la lutte contre l'alcoolisme, contre la

broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance rénale, le généraliste est au centre du processus de soins, dans la détection des maltraitements vis-à-vis des personnes âgées, des enfants, le généraliste est l'acteur de choix... ».

Troisième constat : un patient diabétique sur deux s'ignore, un patient souffrant de BPCO sur deux est sous traité, de même pour l'hypertension artérielle, les patients se sentent mal écoutés... la presse regorge de critiques par rapport à l'offre médicale et à ses performances. Le budget des médicaments explose, un généraliste sur deux est atteint de burn out...

Que s'est-il passé qui explique cette piètre adéquation de notre système de soins aux besoins de notre population et d'une partie de ses prestataires ?

- Notre système de soins néglige la spécificité de sa première ligne. La médecine générale est malmenée dans sa dimension globalisante, par une formation universitaire encore trop influencée par le courant spécialisé dominant malgré les efforts remarquables des centres universitaires de médecine générale - CUMG. L'élite hospitalo-universitaire diffuse un savoir parcellisé dont on ne conteste pas la pertinence, mais au détriment d'une vue transversale, holistique, globale et de santé publique, nécessaire aux soins primaires.

Peu de cours de sciences humaines, de santé publique, peu de formation au *counselling* et à l'interaction participative. Or, nous savons

qu'ouvrir la porte à l'interaction participative entre soignants et soignés dans la relation thérapeutique exige une maîtrise plus approfondie de cette relation.

- La question se pose aussi quant au manque de formation à l'interdisciplinarité sachant que l'organisation du travail s'élabore aujourd'hui plus fréquemment en équipe mono ou pluridisciplinaire, ajoutant la nécessaire gestion des relations interpersonnelles professionnelles. Ouvrir la porte à l'interaction participative exige aussi une plus grande cohérence entre les différents travailleurs de santé.

- Soulevons un problème de taille, l'état d'indigence auquel est confiné l'apprentissage aux soins primaires : la nécessité pour les CUMG de se faire subsidier par les firmes pharmaceutiques, le financement étatique étant réellement insuffisant. L'interrogation en découle quant à la garantie de l'indépendance de l'apprentissage à la spécificité de la médecine générale. Les mêmes questionnements sont de mise pour notre Société scientifique de médecine générale.

- La médecine générale est financièrement défavorisée par une commission nationale médico-mutuelliste qui a choisi, pendant de trop longues années, d'investir préférentiellement dans la médecine technique, spécialisée, mise en première ligne et au hit parade de l'offre de soins, « en réduisant de facto la médecine générale à des rôles subalternes : soins de dépannage,

tâches administratives, médecine de pauvres, médecine économique... ». Dans le domaine des maladies chroniques, les pouvoirs publics subsidient des centres multidisciplinaires accessibles en première ligne et exclusifs dans certains de leurs avantages (certains remboursements leur sont exclusivement réservés). Des équipes hospitalières sont déléguées à domicile, repoussant les soignants naturels du domicile : généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes indépendants, parfois soignant de longue date les patients concernés.

Ce système de réseaux de soins équivaut, à notre avis, à une négation du rôle central du généraliste, avec une sorte d'échelonnement à l'envers, une négation du principe de subsidiarité des soins, une négation de l'approche holistique, généraliste, nécessaire à l'approche centrée sur le patient. Malheureusement le nouveau concept des trajets de soins ne dément pas cette négation.

Ce qui a déprécié et déprécie encore l'outil des généralistes : l'acte intellectuel. Vous savez, cette rencontre de l'homme, de la femme, de l'enfant dans nos consultations où se disent les vérités à demi mots, où se vivent les silences qui en disent long, où nous sommes réellement face à tout ce qui ne peut s'encoder, à tout ce qui résiste aux statistiques, à tout ce qui résiste à l'information technoscientifique... simplement... notre métier.

- D'autre part, depuis Claude Bernard, la médecine a pris le parti de la science et troqué la connaissance du « corps que l'on est » pour une science

du « corps que l'on a » (J.F.Malherbe). Les avancées de la technique diagnostique et thérapeutique sont époustouflantes ! Et c'est heureux ! Mais il importe de rester critique quant à leur apport pratique dans nos consultations lorsque l'on œuvre pour l'amélioration de la qualité de la vie. D'autant plus que les médecins sont confrontés à un monde de plus en plus consumériste, manipulé par les médias, séduit par les nouvelles technologies présentées comme progrès universels et donc toujours comme positifs. Ils se trouvent alors face aux exigences des patients que la médecine leur résolve tout et les préserve de tout échec et de tout risque, patients illusionnés par l'idée fallacieuse que la médecine peut systématiquement répondre à tous leurs questionnements, qu'à tout problème existe une solution médicale technique ou médicamenteuse.

- « La société délègue aux médecins la gestion des conséquences médicales et sanitaires des drames environnementaux, de la dégradation sociale suite aux drames humains (guerres, immigrations...) et suite aux choix économiques d'hyper-compétitivité et de dérégulation, engendrant stress, précarité, chômage... Mais que peuvent les médecins face à ces drames quand par ailleurs la société exige d'eux de gérer ces conséquences au moindre coût ? ».

- Notre système de soins a augmenté ses dépenses, ses moyens, son personnel, sa diversité... dans un système non structuré dans lequel les dysfonctionnements sont nombreux. L'Etat n'a pu développer une vraie

• **De la démocratie sanitaire.**  
• **La médecine générale a la croisée des chemins**  
• **(suite)**  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•

politique de santé et la régulation que nous appelons de nos vœux « comme instrument de régulation globale au service de l'intérêt général ». Elle se réduit malheureusement à une gestion bureaucratique des moyens, avec toutes les dérives cadencées de notre pratique au quotidien : prescriptions sous contraintes, référence organisée quasi systématique à la médecine spécialisée, contrôles intempestifs... On a bien sûr augmenté l'accessibilité aux soins pour tous, en particulier aux plus démunis. L'inégalité sociale et géographique face aux maladies n'a pas changé. Le phénomène de la « malbouffe » prend allure de catastrophe, les détresses psychologiques et sociales sont en augmentation, la désinsertion sociale des vieux s'aggrave... il n'y a pas de chauffage dans les écoles le 5 janvier, à la rentrée des classes...

••••  
**Quels sont les enjeux dans l'avenir ?**

On peut penser que l'enjeu sera de trouver un équilibre entre les revendications de chaque ligne de soins et la nécessité d'une articulation, reconnue et financée, entre elles. Ceci nécessite une refonte totale du fonctionnement de la Commission nationale médico-mutualiste pour qu'elle devienne un réel outil de politique de santé et non un lieu d'entérinement des revendications de certains groupes professionnels les plus puissants.

L'enjeu sera aussi de trouver un équilibre entre les revendications de la profession médicale, attachée à ses libertés et son autonomie, et les

impératifs d'ordre économiques et de santé publique de l'Etat.

La qualité des soins ne serait-elle garantie que dans l'assurance des libertés diagnostiques et thérapeutiques des médecins et de libre choix de médecin par le patient ? N'est-elle pas aussi dépendante des deux autres corollaires à cette liberté, c'est-à-dire la solidarité et la responsabilité ? N'est-elle donc pas particulièrement garantie aussi par l'investissement des acteurs de santé dans une démarche collective éclairant les soins individuels, soucieux des meilleurs soins au meilleur endroit par le meilleur acteur, soucieux de la préservation du système solidaire le plus large possible ?

La qualité des soins sera aussi garantie dans la recherche de plus-value que les soins primaires peuvent offrir en santé publique, tant dans les démarches curatives que préventives, palliatives et d'éducation à la santé... en leur donnant une réelle valeur par une reconnaissance structurelle et financière.

L'enjeu pour les médecins sera aussi la réussite de la « gestion de leurs dépendances » au système de santé auquel ils doivent leur pérennité financière et la réussite de la « gestion de leurs interdépendances » entre confrères, partenaires de négociations, autres professionnels de la santé et patients-citoyens.

Je voudrais introduire ici l'enjeu majeur qu'est, à mon avis, la notion de démocratie sanitaire. Il est clair que l'absence de politique ambitieuse de santé, appuyée par notre non-système de soins malmène ce concept de

démocratie sanitaire.

Observant les déterminants de santé contribuant à la réduction de la mortalité dans notre société, nous devons conclure que les soins de santé interviennent dans cette réduction pour 11 %, la biologie humaine 27 %, l'environnement 19 % et les modes de vie 43 % (selon Dever 1976).

Or actuellement, l'affectation des dépenses de santé consacre 90 % aux soins de santé, 7,9 à la biologie humaine et le reste, 2,1 %, à l'environnement et aux modes de vie (selon Dever, actualisé pour la Belgique).

Ce qui veut dire que si nous n'inversons pas les budgets, nous ne pourrions pas nous investir efficacement, par exemple, dans le problème de la « malbouffe » qui va nous mener à des problèmes cardiovasculaires terribles dans quelques années.

••••  
**Et le syndicalisme dans tout ça ?**

La médecine générale est à la croisée des chemins, témoin privilégié des conséquences médicales et sanitaires des déterminants non médicaux de la santé.

Il me plaît dans le syndicalisme de situer la défense professionnelle dans ce contexte-là. Comment préserver la relation thérapeutique et garantir la qualité de vie des prestataires, dans ce contexte ?

Il faut un arbitrage entre la reconnaissance, entre autres financière, des actes intellectuels et celle de la technicité. Sans cet arbitrage, il est clair que ce sont les

groupes les plus forts qui prennent le pouvoir et que les actes intellectuels vont perdre la partie.

Il y a un arbitrage à faire entre la reconnaissance organisationnelle de la place des spécialistes et celle des généralistes. Sans cet arbitrage, les généralistes vont perdre la bataille, nous l'avons déjà perdue en grande partie.

Il y a un arbitrage à faire entre la position, et leur financement, du curatif et du préventif. Aujourd'hui le curatif, plus rentable à court terme, est avantage au détriment de la prévention. Et qu'en est-il de la situation vraiment problématique de la prévention primaire soutenue par les politiques de bien-être : l'enseignement, le logement, l'environnement ?

Notre travail de syndicaliste impose de lutter contre les excès de la régulation étatique bureaucratique et purement économique à laquelle nous faisons face aujourd'hui. Mais nous devons aussi travailler à réduire les excès de la dérégulation exercée par une liberté thérapeutique brandie pour faire tout et n'importe quoi, déstructurant l'organisation du système des soins de santé et diminuant l'efficacité même des soins : les soins aux vieillards sont un exemple frappant, combien de soins excessifs ne leur sont-ils pas prodigués sans tenir compte de leur qualité de vie dans son acceptation globale ?

Parce qu'un non-système livré à la libre concurrence, vantant tout progrès sans limite mène au recours abusif aux fonctions lourdes spécialisées, sans réel encadrement à long terme des patients, sans vraie concertation entre travailleurs de santé, avec pour

résultat, in fine, une diminution de la qualité des soins et probablement de la santé en général.

L'arbitrage que nous revendiquons doit être pensé et organisé en collaboration avec les prestataires des soins de santé, pour qu'il ne soit pas vécu comme arbitraire.

Je suis convaincue que créer un modèle cohérent entre professionnels est favorable au bien-être et au bien-être de chacun des soignants... arme principale contre le burn out professionnel. Et je suis convaincue qu'un système cohérent est favorable au travail de « mise en cohérence » que nous faisons avec nos patients. Parce qu'on peut penser que la qualité de nos relations confraternelles a des répercussions directes sur la qualité de nos relations thérapeutiques.

Le dialogue entre les différents intervenants dans les soins, la cohérence des buts poursuivis aident à parfaire l'adéquation aux soins. Cela aide aussi chacun à vivre mieux, plus sereinement, les rencontres thérapeutiques, pour éviter ce qu'on nomme la souffrance des soignants. La sérénité du prestataire n'est-elle pas le meilleur précurseur de la sérénité des patients face à la maladie ?