

.....

Voilà vingt ans déjà que s'est constituée la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones sur l'initiative de ses premiers membres, les premières maisons médicales, qui voulurent de la sorte se donner un outil commun pour promouvoir une approche globale et intégrée de la santé et re-dynamiser le concept et la pratique de soins de santé de première ligne.

.....

Racines

Les premières maisons médicales sont nées dans les années septante sur un modèle de contestation sociale et d'autogestion, sur fond de crise de légitimité des pouvoirs, et comme autant de microsociétés préfigurant une société nouvelle. Leurs fondateurs récusaient aussi une forme d'organisation de la médecine centrée sur l'hôpital qui découpe les sujets en organes et réduit le malade à un numéro de chambre. Les acquis les plus caractéristiques de cette première période sont sans doute la fondation de relations professionnelles non hiérarchiques et le souci de rendre à la population du pouvoir sur son histoire de santé.

C'est aussi dans ces années-là qu'eut lieu la rencontre, d'abord conflictuelle puis féconde, entre ces travailleurs de santé progressistes à la recherche de nouveaux outils conceptuels et les théoriciens du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) en quête de réalisations concrètes du modèle de centre de santé intégrée et dont la Fédération est sans conteste l'héritière idéologique.

C'est quelques années plus tard, au début des années quatre-vingt, que la Fédération des maisons médicales voit le jour en se donnant un objet social qui dépasse largement le cadre strict de ses équipes et caractérise bien le projet de santé publique qui la sous-tend depuis ses origines. Projet qui n'a guère perdu de son actualité...

En effet, à côté de la volonté de promouvoir le développement des maisons médicales proprement dit, la Fédération a aussi pour objectifs de favoriser « l'évaluation des facteurs influençant la santé d'une population... et la participation à toute action visant à modifier favorablement ces facteurs » (article 6 des premiers statuts), « l'expérimentation d'autres modes de dispensation des soins avec évaluation, mise en commun et confrontation de ces expériences » et « le contrôle et la participation des patients dans l'organisation de la dispensation des soins » (article 8). Et enfin, « à plus long terme, la Fédération a pour but de participer à l'élaboration d'une politique de santé sur base des expérimentations vécues dans les maisons médicales » et de « promouvoir le développement d'un autre type de formation à la médecine et aux professions paramédicales... » (article 9).

Aujourd'hui, après bien du chemin parcouru, ce sont quelque soixante équipes pluridisciplinaires réparties en Régions wallonne et bruxelloise regroupant pas moins de six cent cinquante travailleurs de santé qui offrent à une population d'environ cent vingt mille personnes

Patrick Jadoulle,
médecin généraliste à la maison médicale la Glaise et président de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones.

des services intégrant activités curatives et préventives avec un souci d'accessibilité maximale, tant sur le plan financier que géographique ou culturel, en lien avec les autres acteurs de la santé et du social.

Et c'est au travers de cette histoire et de cette expérience qu'une série de constats nous semblent devoir être posés au sujet de notre système de santé en général et de la santé de proximité en particulier.

Questions actuelles

On l'a assez dit, mais sans doute pas encore assez pour que cela change, il n'existe pas, dans notre pays, de politique de santé publique digne de ce nom qui se soucierait d'une approche globale et intégrée et à long terme de l'ensemble des déterminants de santé et qui pourrait alors devenir une réelle politique de bien-être pour toute la population. Cette situation navrante est encore aggravée par la segmentation des compétences en matière de santé entre les différents niveaux de pouvoir et par l'insuffisance des données épidémiologiques utilisables qui permettraient de mieux cerner les besoins de santé et en services de santé de la population, notamment au niveau des communautés locales.

Un autre souci de préoccupation croissante est pour nous la tendance actuelle à la privatisation larvée de certains secteurs du système de santé qui va à l'encontre d'un principe élémentaire qui sous-tend l'ensemble de notre démarche, l'équité, principe éthique de justice sociale que l'on peut résumer par la formule bien connue : de chacun selon ses moyens (ou capacités) et à chacun selon ses besoins. Dans le domaine des soins de santé, cela signifie que si les citoyens doivent contribuer financièrement au système de santé proportionnellement à leurs moyens pécuniaires, ils doivent aussi pouvoir bénéficier des soins en fonction et uniquement en fonction de leur état de santé.

On ne peut en dissocier un autre concept, celui de solidarité, valeur morale mais aussi outil très concret au service d'un système de soins de qualité accessible à tous. Certaines volontés



« régionalisantes » en matière d'assurance-maladie nous paraissent dangereuses à ce niveau car elles relèvent d'une logique de repli sur soi éthiquement très discutable, en tout cas si cela signifie que les plus pauvres, qui sont aussi les plus malades, seraient priés de se débrouiller entre eux ! Par contre, garder une perception fédéralisée des ressources tout en permettant leur gestion sur base régionale permettrait sans doute d'avancer vers plus de politique de santé.

Notre système de santé reste par ailleurs essentiellement basé sur une logique de financement public à l'acte d'une offre de soins privée, ce qui expose à des dérapages bien connus en terme de surproduction d'actes et donc de perte d'efficacité du système. L'efficacité, qui présuppose l'efficacité, doit être entendue comme le meilleur rapport entre la qualité des soins et leur coût. Car s'il n'est pour nous pas acceptable que des considérations économiques dégradent la qualité des soins, pas plus que leur accessibilité d'ailleurs, il n'en reste pas moins vrai que leur coût ne peut être compté pour rien. Il convient dès lors d'optimiser l'organisation pour maintenir et améliorer la qualité des soins à meilleur coût.

Or, il faut bien reconnaître que jusqu'à présent la première ligne de soins et les politiques de promotion de la santé et de prévention restent les parents pauvres, au sens propre du terme, des investissements dans le secteur des soins

de santé, alors qu'ils constituent précisément le terrain où peuvent actuellement se développer des actions qui permettraient d'améliorer l'état de santé de la population et l'efficacité du système.

Mais ceci est rendu d'autant plus compliqué par la logique même du paiement à l'acte des travailleurs de santé qui couvre des prestations ponctuelles de type essentiellement curatif, définies dans une nomenclature restreinte et favorisant le recours au médecin et à la technique. Ceci n'incite pas à la répartition des tâches entre le médecin généraliste et ses collaborateurs naturels que sont les infirmières et les kinésithérapeutes selon le simple principe de subsidiarité et obère en outre l'intégration de travailleurs sociaux, de psychologues et de personnel d'accueil au sein d'équipes pluridisciplinaires de premier recours. Cette pluridisciplinarité est pourtant essentielle pour satisfaire aux principes de base de la médecine de première ligne que sont la globalité, la continuité, l'intégration et l'accessibilité.

Une autre tendance actuelle nous paraît contradictoire avec ce modèle du centre de santé intégrée tel que l'expérimentent les maisons médicales en tant que porte d'entrée globale dans le système de soins, je veux parler de la multiplication des structures verticales thématiques, centrées sur une pathologie voire un symptôme : SIDA, toxicomanie, ostéoporose, migraine, douleur, obésité...

Ces centres ne soignent pas des malades mais des maladies, ils émettent encore plus la prise en charge des personnes concernées, tandis que leur multiplication et leur faible coordination avec les prestataires habituels de première ligne engendrent des coûts humains et économiques excessifs. Mais surtout, en dispensant des soins plutôt qu'en jouant un rôle d'expert conseil à la demande des autres acteurs de santé concernés, ils entravent la fonction de synthèse, fonction spécifique et irremplaçable du premier échelon, et du généraliste en particulier.

Cette segmentation verticale combat en outre le principe de l'échelonnement qui devrait être le fil conducteur de tout système de santé bien organisé et dont l'absence produit aussi des effets pervers : l'accès libre à tous les niveaux du système maximalise l'inefficacité et accroît

la iatrogénicité tout comme la médicalisation des problèmes sociaux et porte donc *in fine* atteinte à la qualité des soins en soi. Et le maintien d'un système de concurrence sauvage, vaille que vaille régulée par des principes déontologiques plus ou moins bien pris en compte, entraîne une certaine forme de démagogie qui consiste à vouloir, « à tout prix », répondre à la demande primaire des individus transformés en consommateurs de soins de santé, demande le plus souvent inspirée soit, dans le meilleur des cas, par une anxiété bien entendu respectable mais évidemment autrement gérable, soit par quelque publicité ou information peu crédible, et ce finalement au détriment de la santé de l'individu et de sa responsabilité dans une saine gestion des deniers publics.

L'absence d'échelonnement et, en corollaire, d'organisation rationnelle du système de soins, a aussi pour conséquence d'altérer la qualité des soins. Car si celle-ci doit être déterminée par la satisfaction des usagers et la rencontre d'indicateurs de santé, en terme de résultats surtout, elle doit aussi prendre en compte l'adaptation de la structure et du processus en regard du problème concerné, par un échelonnement organisé entre les niveaux de soins notamment. Rappelons ici que parmi les critères de qualité des pratiques reconnus au niveau international, notamment par l'Organisation mondiale de la santé, figure le travail en équipe, et que l'assurance de qualité, en tant que processus de pilotage et d'évaluation, est de plus en plus implantée dans les maisons médicales.

Dans un système de soins qui reste donc largement à structurer, la participation libre et responsable des individus et de la collectivité à la gestion du système fait cruellement défaut dans la mesure où les organismes assureurs ont largement perdu cette capacité de représentation démocratique des usagers et qu'aucun autre type de représentativité formelle n'existe. Or pour nous cette participation du citoyen est la traduction de son autonomie, valeur à encourager en tant que capacité à se gouverner par ses propres lois tout en tenant compte de l'interdépendance des sujets et en tant que condition de notre statut de sujet et de citoyen dans une société démocratique.

Une alternative en marche

C'est dans un tel contexte que les maisons médicales continuent d'expérimenter un autre modèle de dispensation des soins de santé de première ligne qui satisfasse mieux aux critères de qualité que la population est en droit d'en attendre. L'utilisation du terme « modèle » pourrait faire croire qu'il s'agit d'un système qui doit impérativement être imposé, d'un projet hégémonique. Or il n'en est rien : pour nous, ce modèle n'est pas un but en soi mais un outil de promotion de la qualité, dans tous les sens du terme, des soins de santé, outil qui doit toujours pouvoir être repensé et critiqué, comparé à d'autres, remis sur le métier si nécessaire.

La Fédération des maisons médicales a permis de créer des conditions plus optimales au déploiement des maisons médicales et donc à la mise en pratique de ce modèle grâce à un travail de recherche-action et de conceptualisation en matière de soins de santé de première ligne dans des domaines tels que l'accès aux soins et le financement forfaitaire à la capitation, la fonction de synthèse du généraliste, l'assurance de qualité, le dossier médical centralisé et le dossier médical informatisé, la prévention en médecine générale, la santé communautaire, le travail en équipe pluridisciplinaire intégrée, l'échelonnement, la taxinomie des problèmes de santé et le recueil de données...

Autant de domaines où l'expertise de la Fédération a été progressivement reconnue par les pouvoirs publics et les milieux scientifiques et partagée avec d'autres secteurs et professionnels de la santé qui les inscrivent peu à peu à leur ordre du jour.

Ce qui vient heureusement ajouter une salubre note d'optimisme au diagnostic que je viens de dresser devant vous concernant l'état de notre système de santé et qui pourrait sinon apparaître bien pessimiste !

Car c'est pourtant bien dans une perspective positive que notre analyse et notre expérience nous amènent à formuler une série de pistes de réflexion que je voudrais vous présenter brièvement maintenant et qui sous-tendront le travail des différents forums de demain.

Tout d'abord, je tiens à redire que toute logique de privatisation des soins de santé nous paraît indéfendable au plan éthique et que nous souhaitons voir les pouvoirs publics réaffirmer et assumer leur rôle de garant de la justice sociale et du principe d'équité, en cette matière comme en d'autres. Mais, en parallèle, il nous paraît capital, dans un cadre délimité par les pouvoirs publics, de préserver une certaine latitude à l'initiative privée qui est la plus à même de s'adapter rapidement à de nouveaux besoins de santé ou à de nouvelles possibilités technologiques. Il convient donc de réfléchir à la manière dont cette articulation pourra au mieux s'opérer en évitant toute lourdeur bureaucratique inutile et en valorisant les compétences et le potentiel de créativité des acteurs de terrain.

En ce qui concerne l'organisation du système de santé proprement dit, par souci d'efficacité, nous souhaitons voir s'installer progressivement une offre de soins basée sur les besoins essentiels de la population et assurée d'une manière échelonnée entre les différents niveaux de soins. Nous considérons que l'échelonnement doit s'insérer dans un processus plus large de virage ambulatoire qui suppose d'abord une redéfinition des missions et fonctions des acteurs de la première ligne et ensuite une redistribution conséquente des moyens financiers par transfert à partir des deuxième et troisième lignes de soins.

Dans ce cadre, les acteurs du premier niveau, celui des soins de santé de proximité, devraient pouvoir être soutenus financièrement par les pouvoirs publics pour s'organiser progressivement en réseau ou en équipe pluridisciplinaire dans une perspective d'intégration optimale des pratiques en vue d'assurer au mieux l'approche globale des problématiques de santé tant au niveau des individus que des collectivités.

Les discussions actuellement en cours en ce sens au sein du ministère de la Santé publique nous paraissent de bon augure et nous souhaitons continuer à y participer. Elles devraient pouvoir se poursuivre dans une perspective de réorganisation générale de tout le système de soins. Des leçons pourraient être utilement tirées d'expériences étrangères en ce domaine.

D'autres mesures récentes sont sans conteste de nature à renforcer la première ligne et méritent dès lors d'être poursuivies, comme l'instauration et le financement du dossier médical global, ou encore la reconnaissance et la subsidiation des associations de santé intégrée par les pouvoirs régionaux.

De telles mesures positives sont sans doute moins difficiles à envisager depuis que des élections médicales ont rééquilibré la représentativité des généralistes, et ce processus électoral doit être poursuivi comme prévu.



Il importe toutefois de ne pas perdre de vue l'importance des déterminants non médicaux sur l'état de santé de la population. C'est pourquoi il nous paraît nécessaire de renforcer les possibilités de partenariats entre les professionnels de la santé au sens large et les autres acteurs de la vie sociale d'une part, tout comme la participation de la population aux décisions qui la concernent directement d'autre part, afin de mieux développer les actions de santé communautaire et tenter par-là de rompre la logique de médicalisation croissante des problèmes sociaux à laquelle nous assistons. Les problématiques de santé liées à l'environnement constituent sans conteste une bonne illustration de cette dynamique.

L'expérience développée maintenant depuis près de quinze ans dans les maisons médicales au forfait qui représentent actuellement un peu plus de la moitié de nos implantations nous renforce par ailleurs dans la conviction que le système de paiement à l'acte n'est plus adapté aux réalités actuelles de la pratique des soins de santé de proximité, et que des modèles de financement mixtes doivent être envisagés, incluant outre, le forfait à la capitation actuel, d'autres types de rémunérations forfaitaires pour l'infrastructure, le personnel non-INAMI,

la gestion du dossier médical centralisé, les formations... tout en n'excluant pas la rémunération à l'acte pour certaines prestations à encourager, par exemple dans le domaine préventif, ou d'autres plus pénibles, comme les prestations de nuit ou de week-end.

Demain

Notre congrès d'il y a cinq ans portait sur l'outil « maison médicale » comme outil de santé, le précédent traitait de la plainte et de la réponse

à la plainte, confrontant davantage nos pratiques à leur objet, c'est-à-dire le sujet. Ce congrès 2001 apparaît plutôt politique et organisationnel. Il est aussi celui des vingt ans de la Fédération des maisons médicales, à savoir une structure intermédiaire de coordination d'un secteur et de soutien à ses membres, de lobby politique, mais aussi d'exploration scientifique, d'interface entre terrain et lieu d'expertise et de décisions, entre problèmes de santé et système de santé.

Au cours de ce congrès nous voulons mettre en débat trois dimensions de notre action qui, dans leur complémentarité, croisent l'essentiel de nos préoccupations. Primo le lien entre la santé, la solidarité et la citoyenneté. Secundo les

déterminants de la santé et la santé de proximité.
Et tertio l'articulation entre la politique de la santé, un système échelonné et la redéfinition des contenus pour les pratiques de première ligne.

Nous pensons que ces questions, et d'autres encore qui seront abordées au cours de ce congrès, concernent au premier chef l'ensemble des professionnels de la santé de première ligne, mais aussi tous les acteurs de santé et les responsables politiques de ce secteur. C'est pourquoi nous n'avons pas voulu les aborder seuls entre nous mais avec votre concours dans une perspective de décloisonnement des pratiques et dans une volonté d'ouverture.

Nous souhaitons que le présent congrès puisse nous permettre de préciser la direction que nous souhaitons voir donnée aux soins de santé de proximité pour la prochaine décennie, au minimum, d'en définir les modalités et conditions pratiques et de traduire ces dernières en propositions et interpellations à l'intention de nos responsables politiques dont les représentants participeront à une table ronde en clôture de la journée de demain.

J'espère que les apports et les échanges de ce congrès rencontreront vos attentes et seront le point de départ de fructueuses collaborations dans un souci partagé d'améliorer la qualité du service que nous rendons à la population.

Je vous remercie.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Y. Adouille'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'Y' and a long horizontal stroke at the end.

Processus pour un congrès

Ce congrès, même si nous le voulons tourné vers le futur, n'en est pas moins aussi pour nous l'aboutissement d'un processus, puisque voilà plus d'un an que nous le préparons, et l'ensemble des maisons médicales a pu s'y impliquer, tout particulièrement lors d'un colloque interne qui s'est déroulé en octobre 2000 avec le concours de Luc Carton qui animera la table ronde de clôture de la journée de demain. Ce colloque fut l'occasion de dresser un bilan critique de notre expérience dont une synthèse vous sera présentée demain matin. Il nous a aussi donné l'occasion de ré-interroger une série de valeurs dans une perspective intergénérationnelle. En effet, dans bon nombre de nos équipes coexistent plusieurs générations de travailleurs de la santé dont la perception des enjeux et des priorités s'avère parfois être bien différente et pour lesquelles des notions bien présentes dans la genèse des maisons médicales, telles que militance ou engagement politique, résonnent autrement.

Les réflexions de ce colloque et d'autres sources d'information ont pu alimenter la créativité d'un groupe de théâtre-action auquel nous avons fait appel par la suite. C'est ainsi que la troupe Croquemitaine, dans une comédie un peu grinçante d'une heure environ, a savoureusement pastiché les contradictions que nous pouvons rencontrer quant il s'agit d'appliquer au quotidien, dans nos équipes, les valeurs auxquelles nous nous référons. Cette pièce nous fut présentée à trois reprises, dans trois régions différentes, pour permettre au plus grand nombre possible des travailleurs de maisons médicales d'y participer puis de rapporter les questions ainsi posées dans leurs équipes respectives.

Dans la même dynamique s'inscrit l'exposition de photographies réalisées par des travailleurs de nos maisons médicales dans certaines de celles-ci pour illustrer la place de l'usager dans la relation soignant-soigné.

Et c'est aussi dans le cadre de cette démarche assez générale de réflexion sur nos valeurs qu'il faut aussi situer l'intervention qui émane de l'atelier d'écriture composé de membres de nos équipes qui se sont réunis sans relâche depuis six mois pour s'efforcer de rendre par l'écrit et le verbe, de manière originale, leur vécu professionnel.

Patrick Jadouille,
médecin généraliste à la maison médicale la Glaise et président de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones.

Composition de l'équipe préparation du congrès :

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée de Bautista Van Schowen, Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale l'Aster, Michel Elias, psychologue à la maison médicale Marconi, Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise, Jacques Morel, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales, Léandre Vanda, kinésithérapeute à la maison médicale d'Espace Santé et Joëlle Van pé, directrice administrative à la Fédération des maisons médicales.

Les textes de cet atelier seront disséminés au travers de ces actes, comme autant de respirations. A lire avec le recul de la poésie, de la tendresse, de l'ironie.

Nous tenons à remercier Carl Havelange et Frédéric Deleuze qui furent les guides et les accompagnateurs de ces ateliers.

L'atelier d'écriture: mémoire, désenchantement et idéal

Ce texte est le fruit d'un travail de longue haleine : d'octobre 2000 à mars 2001, une équipe de travailleurs en maisons médicales s'est régulièrement réunie pour participer à un « atelier d'écriture » dont l'objectif était la préparation du congrès anniversaire

Carl Havelange, *historien.*

de mai. Préparation on ne peut moins conventionnelle : aux modalités traditionnelles de mise en forme du souvenir et de la signification, on a substitué, ici, la formule inédite d'une expérience collective d'écriture.

Les implications à la fois méthodologiques et politiques d'une telle démarche sont nombreuses et s'accordent je crois très heureusement à l'esprit qui anime le projet des

maisons médicales. Il me semble, par exemple, que les notions d'autogestion ou de participation ne sont pas étrangères à ce qui s'éprouve dans le processus de l'atelier d'écriture. La place strictement équivalente ménagée à chacun des auteurs autorise la construction d'un cadre collectif d'écriture, phalanstère de mots, de phrases peu à peu échangés, toujours écrits avant d'être lus à haute voix, et qui mystérieusement trouvent à signifier dans le mouvement même de leur énonciation. Il appartient à l'animateur, seulement, d'installer le cadre d'où peut naître cette exigeante liberté des mots et du sens.

Participants à l'atelier écriture :

Miguelle Benrubi, Bénédicte Dubois, Marie-Louise Fisette, Martine Mardaga, Sabine Renier, Michèle Schmitt, Murielle Truillet, Léandre Vanda et Monique Vassart.

A ceux-ci sont venus s'ajouter, en fin de parcours, Isabelle Gyselinx (metteur en scène) et Moustafa Mounir (musicien) dont les talents furent mis à contribution pour la lecture du texte de l'atelier d'écriture donnée au congrès de mai.

Que dire à propos des maisons médicales ? Les directives d'écriture ne sont jamais « frontales », mais empruntent des chemins de traverse. La réflexion est volontairement buissonnière : elle appelle simplement la vigueur des mots,

leur plaisir, leur mélancolie, leur audace, leur fragilité. On ne demandera pas, par exemple, d'évoquer le passé, ni la succession des générations : mais de décrire une photo jaunie des années vingt sans relation – et pour cause ! – avec l'histoire des maisons médicales¹. Et c'est ainsi, au départ d'une même photo, avec chaque fois de nouvelles propositions d'écriture, qu'émerge sans fracas une réflexion véritable sur le passé, l'engagement, l'idéal et le désenchantement. Ainsi que peu à peu des figures se dessinent, précises, imprécises, révélant plus sûrement qu'une analyse à distance des vérités efficaces et secrètement partagées.

Je m'en voudrais, dès lors, de commenter trop longuement les textes : ils parlent d'eux-mêmes, et jusque dans leurs silences, avec suffisamment de force. Je n'indique pas non plus, pour les mêmes raisons, à quelles directives d'écriture ils répondent. Une fois écrits, échangés, sélectionnés, agencés, retravaillés, alors pleinement propriété collective, ils peuvent être lus, tels quels, par d'autres que leurs auteurs. C'est une ample constellation de mots qui donne à voir, pour une part, la mémoire à vif des maisons médicales.

1. Voir « Histoire de la création de la première maison médicale de Belgique » page 73.

L'atelier photos

Coralie Ladavid, assistante sociale à la maison médicale le Gué.

Lors du colloque de Natoye d'octobre 2000 organisé par la Fédération des maisons médicales, plusieurs ateliers « d'expression » étaient proposés afin que les travailleurs des maisons médicales s'expriment au sujet de leurs pratiques. C'est dans ce cadre qu'un atelier photos a été proposé. L'idée était de photographier notre travail et de le partager avec l'extérieur.

Les thèmes ne manquaient pas mais il fallait recentrer le travail sur des thèmes précis afin d'obtenir une cohérence et un effet d'ensemble. Nous avons donc opté pour les thèmes de l'accueil et du lieu de rencontre. Ceux-ci pouvaient être abordés sous

différents angles d'approche en photographiant la salle d'attente à différents moments de la journée, des gestes que les soignants répètent tous les jours, le travail à domicile, des portraits (pour mettre en évidence la relation qui peut transparaître entre le photographe-soignant et le patient).

Le choix s'est porté vers la photo noir et blanc.

Nous nous sommes revus à plusieurs reprises pour échanger nos prises de vue. Ces rencontres nous permettaient de créer un travail cohérent et d'améliorer techniquement les clichés.

Les résultats obtenus ont été tout à fait encourageants et surprenants. Certaines photos reflétaient la relation de confiance que les patients peuvent avoir avec leur soignant. Ainsi, une infirmière a pu photographier une personne âgée faisant sa toilette sans que cela puisse choquer ou paraître intrusif ; une autre a pris une centenaire qui pour l'occasion avait mis sa plus belle robe de chambre. L'ambiance de la salle d'attente a bien été relatée en partant de photos de personnes bien « patientes », d'un parent avec un journal de classe, d'autres en demande de renseignements ou animant l'espace. Généralement, les patients ont marqué une réelle joie d'être pris en photo et une certaine reconnaissance. Le fait d'approcher les patients par un autre biais et de les mettre un peu « sur le devant de la scène » a permis à certains de nouer des liens plus forts avec leur soignant.

Composition de l'atelier photo :

Geneviève Gyselinx, Coralie Ladavid,
Rose-Marie Laurent et Martine Tacq.

Ces photos ont été exposées lors du congrès de la Fédération des maisons. Pour éviter que celles-ci ne passent trop vite aux oubliettes, nous avons le projet de les présenter dans différents lieux en Belgique.

Exposition maison médicale « fictive »

Parler des idées défendues par les maisons médicales, cela s'est fait tout au long du week-end.

Montrer de façon plus concrète ce dont il s'agit, ce qu'on y fait, nous a donc semblé une idée des plus judicieuse.

Pas facile lorsqu'on se trouve sur un terrain neutre, voilà comment s'est construite l'idée d'une exposition maison médicale fictive.

Fictive dans le sens où elle reprend des actions, des photos, des souvenirs de différentes maisons médicales pour tenter de n'en faire qu'une seule.

Partir de la charte des maisons médicales et des statuts de la Fédération et démontrer sur base de quelles idées, de quelles fonctions, de quelles équipes, les projets de maisons médicales se vivent, mettre en images les activités de prévention et de travail en réseau, l'approche d'une santé communautaire, l'existence des comités de patients, la qualité de l'accueil, l'implantation dans un quartier.... Voilà les idées sur lesquelles sont construites la trame de l'exposition.

Celle-ci se terminait par un espace presse « en vingt ans, que de changements ? », une démonstration « life » de notre dossier santé informatisé, le logiciel Pricare et un livre d'or.

Enfin, chaque métier est aussi représenté par des travailleurs des maisons médicales ouverts à la rencontre et au dialogue avec les visiteurs.

En guise de conclusion, les uns ont ainsi pu mieux comprendre comment fonctionne une structure maison médicale sans y avoir jamais été, les autres ont pu découvrir ce que certains font et ressortir la tête pleine d'idées.

Joëlle Van pé,
directrice
administrative de
la Fédération des
maisons
médicales.

Intervention du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire

*Intervention de
Marc Schoene,
médecin
généraliste,
Institut Renaudot,
Paris, et de
Veronica
Casado, médecin
généraliste,
Espagne,
membres du
Secrétariat
européen des
pratiques de
santé
communautaire.*

Invités au congrès qui fête vos vingt ans, c'est comme chaque fois avec beaucoup de plaisir et d'intérêt que nous sommes parmi vous. Chaque fois... parmi vous... car depuis plus de quinze ans, nous sommes enrôlés, vous et nous, dans une aventure commune dans le cadre de ce Secrétariat européen. Faut-il rappeler que sa création remonte au premier des congrès organisés par votre Fédération en 1986 sur le thème « les centres de santé intégrée, base d'une politique de santé ». Cela se passait sur le campus de l'Université de Bruxelles, à l'hôpital Erasme. Vous nous offrez donc aujourd'hui de célébrer ensemble ce vingtième anniversaire.

les développer, si possible en leur trouvant quelques moyens, et les élargir au-delà du réseau actuel. ●

Ce Secrétariat a vocation de mettre en réseau, à travers l'Europe, des partenaires qui, comme vous en Belgique et nous, moi en France à travers l'Institut Renaudot et Veronica en Espagne à travers l'Institut de médecine de famille, travaillent tout à la fois à expérimenter des pratiques renouvelées dans le champ des soins de première ligne et une approche communautaire de la santé mais aussi à trouver un terrain d'analyse et d'échange sur les politiques de santé en Europe. Même si ce Réseau a plus tenu à l'énergie des uns et des autres et en particulier de votre Fédération, il s'est maintenu au décours de ces quinze ans et a confirmé l'intérêt de cette démarche ; santé et pratiques sont interrogées par des questions semblables dans le contexte de nos sociétés européennes.

La position que vous occupez dans l'échiquier européen est à cet égard très intéressante. Vous êtes arrivés à développer des pratiques qui rencontrent des objectifs de service public en maintenant une place importante à l'initiative associative. Vous êtes là des innovateurs et la capacité que vous préservez de conceptualiser et d'évaluer votre démarche, de la confronter aux pouvoirs publics – comme aujourd'hui – de la mettre en question avec d'autres professionnels et acteurs de santé, fait certainement la force de votre mouvement.

C'est en tout cas une des réalités que nous rencontrons dans nos échanges et qui fait notre plaisir et notre intérêt à souhaiter les entretenir,

De la modernité et des maisons médicales

En écoutant les propos qui viennent d'être tenus, je me disais que le croisement entre vos travaux à l'occasion de ce vingtième anniversaire et les miens n'était pas un hasard. C'est après la grève de 1979-1980 que démarrent les premières maisons médicales. C'est aussi après cette grève que je commence une réflexion sur les rapports entre la psychanalyse et la médecine. Pourquoi ? C'est à l'occasion de cette grève (que je n'ai pas faite pour des raisons qui n'ont rien de valeureux, simplement c'était pas ma place) que je me suis mis en demeure de trouver quelqu'un qui lui aussi ne la faisait pas, pour être moins seul. Je n'ai trouvé qu'une seule personne et j'ai eu la chance que ce soit Louis Peers. Cette rencontre entre un psychiatre venant de l'Université catholique de Louvain et un gynécologue avorteur public issu de l'Université libre de Bruxelles a donné naissance à un séminaire qui a tenu cinq ou six ans, jusqu'à la mort du docteur Peers, qui a changé ma vie à bien des égards. Je n'arrête pas de le remercier d'avoir permis cette confrontation très directe entre la psychanalyse et la médecine, qui a été pour beaucoup dans le travail que j'ai entrepris depuis.

Ce n'est pas la seule raison pour laquelle je me trouve ici ce soir. Bien que connaissant peu vos pratiques, je les ai toujours trouvées extrêmement intéressantes pour deux raisons. La première est que la médecine, et tout particulièrement la médecine en première ligne, est, comme je l'appelle souvent, un laboratoire de la modernité. La deuxième raison, que je vous livre d'emblée, est que les maisons médicales sont des laboratoires d'un lien collectif nouveau qui essaie de se trouver. Je vais tenter de montrer en quoi ces deux éléments m'intéressent et vous demander de sortir de vos concepts habituels pour entendre ce que peut-être il y aurait à faire.

La modernité, une faille

Dans mon trajet, j'ai été confronté au fait que la médecine est devenue tout à fait techno-scientifique et aux effets que cette

transformation d'un art de guérir en une science de guérir, comme le disait déjà Claude Bernard, a sur sa pratique. La difficulté de nouer la techno-scientificité, qui fait désormais la qualité de la médecine au sens fort du terme, avec une pratique qui vise des sujets, des malades et pas seulement des maladies, se retrouve à tous les endroits de notre société. Entamée dans *De la maladie médicale* et poursuivie dans *Un monde sans limite*, ma réflexion interroge comment le monde de la science a subverti notre manière de fonctionner, quelles conséquences cela a sur la façon dont la réalité psychique s'organise, quelles difficultés sont celles des sujets d'aujourd'hui qui ne sont, je crois, absolument pas celles d'il y a seulement une vingtaine d'années et ne seront sans doute plus celles de la génération de demain. Ce sont ces difficultés au sens large, pas seulement pathologique, que vous rencontrez tous les jours.

Je dis que la médecine est un laboratoire de la modernité, et même de la post-modernité. Dans sa préface à Hamlet, Yves Bonnefoy dit que « la modernité, c'est la faille dont les tassements ultimes ne se sont pas encore produits ». La modernité, c'est déjà une histoire vieille de quatre siècles dont nous ne voyons pas encore les tassements ultimes. Cette faille, nous en observons les effets dans l'impression éprouvée par beaucoup de gens qu'il n'y a plus de repères, qu'on ne sait plus à quoi se relier ni où chercher des horizons pour déterminer nos conduites. Ce qui caractérise la modernité, c'est qu'on a fini, qu'on veut en finir, avec l'Autre, le grand Autre, le dieu, le père en l'occurrence, au sens large, indépendamment de la foi. La société a fonctionné pendant des siècles avec la pensée d'un ailleurs, d'un autre lieu, avec l'idée que ce nous avions à faire était déterminé à l'avance. Au Moyen Âge, vous occupiez une place précise, c'était clair, il n'y avait pas à discuter. Ce mode de fonctionnement n'a d'ailleurs pas encore complètement disparu. Dans l'émission de la semaine passée consacrée à Malraux, Mauriac et Céline, Bernard Pivot s'esclaffait devant le fait que Mauriac n'avait pas conscience que les personnes employées dans sa propriété vivaient dans une situation sociale épouvantable. Il y avait des distances « moyenâgeuses » : moi je suis François

*Jean-Pierre
Lebrun,
psychiatre et
psychanalyste.*

Mauriac, maître des lieux, et lui, il est jardinier, pas besoin de discussion, comment il vit ne m'intéresse pas du moment qu'il s'occupe comme il faut du jardin. Et Claude, fils de François Mauriac, avait argumenté avec beaucoup de justesse qu'à l'époque de son père, c'est-à-dire juste après la deuxième guerre mondiale, on ne se posait pas ce genre de question.

Donc même si cela fait longtemps que les choses bougent, il n'y a pas encore très longtemps c'était quelque chose qui allait de soi. La modernité aujourd'hui, c'est le fait que le sujet pense qu'il a le droit de réfléchir à la place qu'il doit occuper, le droit de trouver la sienne. A l'encontre de ce qui avait cours auparavant, il n'a pas l'intention d'endosser une place inscrite par dieu sait qui.



La luxation du lien social

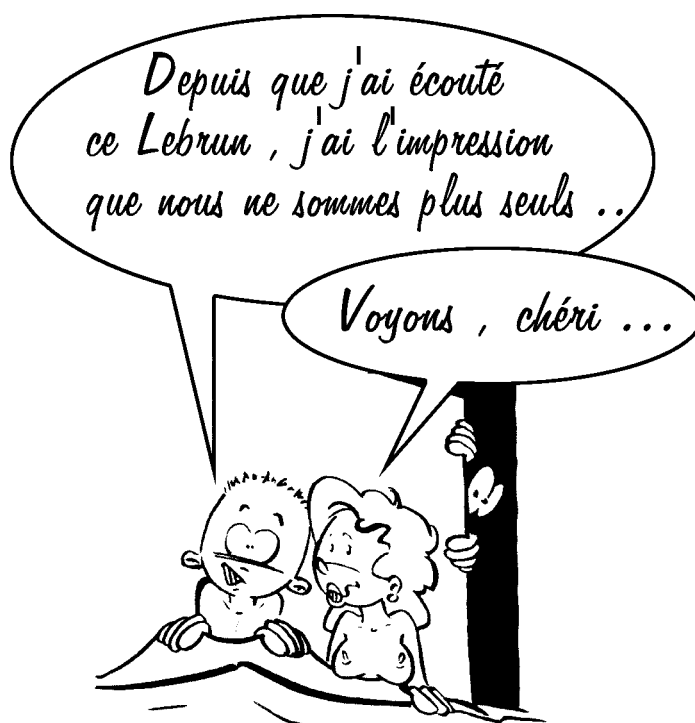
« Aie le courage de te servir de ton propre entendement » exhortait Kant, assume que toi, tu vas réfléchir à ta situation et non pas entériner la place à laquelle on t'a mis. Ce qui signifie

implicitement qu'il n'y a pas de place donnée à l'avance. La place doit être soutenue, trouvée par le sujet lui-même. Il prend alors le droit de la parole. Il se donne les moyens d'arriver à ses fins. Il veut un enfant. Il veut décider du moment où il va consentir à trépasser. Il veut éventuellement décider du sexe qu'il a, parce que celui qu'il a ne le satisfait pas, qu'il est donc en droit dans la logique de la modernité, qu'il y a des mal fichus et que la médecine va rectifier ça. Bref, il veut son autonomie. A partir de là, il cherche d'autres personnes qui veulent la même autonomie que lui, et se retrouve par exemple... dans des groupes associatifs. Cette position est extrêmement liée à la modernité qui consiste à ne plus avoir de sol commun qui nous antécède, à devoir chacun trouver sa place et finalement à ne trouver comme coéquipier que celui qui a la même place ou une place proche de la sienne. Et nous voilà tous regroupés, dans ces petits groupes de plus en plus nombreux qui risquent d'amener à des choses extrêmement difficiles. Vous savez qu'aujourd'hui on s'associe parce qu'on est autiste, on se réunit parce qu'on est locataire ou sous-locataire. Ce n'est pas quelque chose qu'il s'agit de mépriser mais parfois cela paraît curieux, toutes ces associations qui se regroupent entre elles, chacune essayant d'obtenir quelques choses que l'autre n'arrive pas à obtenir...

Le sujet désormais se constitue à partir de lui-même et non plus à partir de l'autre. Il y a là un paradoxe, parce qu'en fin de compte c'est toujours à partir de l'autre que je suis sujet. Je ne parle pas ici de l'autre de la religion, mais de l'altérité, de l'Autre avec un grand A. Si je suis quelque part dans une position de sujet, ce n'est pas seulement parce que je me suis émancipé, extrait, désenglué du rapport à l'autre mais aussi parce que c'est l'autre qui est le fin fond de vérité que je suis. Regardez les enfants, tout enfant commence par parler la parole des autres, ces premiers autres qui siègent au-dessus de son berceau. Nous ne sommes sujets qu'à partir d'une altérité radicale.

Quand le sujet se constitue à partir de lui-même et non plus à partir de l'autre, s'introduit ce que j'appellerai une luxation du lien social, le lien social se fausse, se voile (comme une roue de vélo).

On n'est jamais deux : quand on est deux, on est toujours au moins trois, c'est l'altérité, il y a en toujours un en plus quelque part (les couples connaissent bien cela). Si on s'émancipe de cette altérité qui fait notre sol commun à tous les deux, on n'est plus dans un pacte, on est dans un contrat entre vous et moi, on fait contrat, on n'a plus une « tiercété » à laquelle se référer. Ce qui avant faisait pacte n'est plus que de l'ordre du contrat et ce n'est pas par hasard que l'on se tourne aujourd'hui vers le droit, que l'on « judiciarise » nos relations, parce que quelque part le sol commun est méconnu. Hanna Arendt parle de « désolation » (dé-sol-ation) quand le « sol » commun est perdu : la désolation ce n'est pas la mélancolie solitaire mais la perte du sol commun, d'un monde commun.



A mort l'arbitre ?

Voilà la mutation de la modernité et ce qu'elle engendre. Nous passons d'une société de pouvoir à une société de savoir. Hier la généalogie organisait le social, le père reconnaissait son enfant sans qu'il soit besoin de vérifier, alors qu'aujourd'hui ce qui régularise la chose, c'est votre carte génétique. Ce qui hier tenait dans une parole qui faisait autorité, tient aujourd'hui dans une série de petites lettres décodées dans un laboratoire*. C'est une mutation ! Tout ce qui hier était véhiculé par l'incertitude est bousculé parce qu'aujourd'hui le père peut être certain. Il en va de même pour tout ce qui repose sur l'argument d'autorité. Il n'est plus question d'accepter les décisions d'un arbitre de football qui ne soient pas assurées par des caméras de télévision.

Du savoir va venir la vérité, le fond des choses, et ce faisant s'introduit quelque chose d'inattendu. Je ne vais plus supporter que l'arbitre arbitre, je vais attendre un arbitrage à coup de caméras de télévision et en arriver à oublier que l'arbitre n'est pas celui qui se soumet à ces caméras mais celui qui en tient compte et qui s'engage comme sujet. C'est une drôle d'histoire : d'une certaine façon, je crois me débarrasser de ce chef, de ce père, grâce à la modernité et à l'augmentation du savoir. Et

paradoxalement, à un moment, j'ai le choix entre ou bien reconnaître une certaine place à cet autre quand même, ou au contraire me soumettre purement et simplement à des critères d'ordre scientifiques, position dont vous connaissez les dangers : c'est par pure et simple soumission à certains fonctionnements que des horreurs se sont produites dans le monde...

L'émancipation de ma dimension de sujet va faire que, d'une manière étonnante, je vais être de moins en moins bien armé pour supporter l'autre. A chaque fois qu'un autre va me dire quelque chose, je vais exiger de négocier avec lui, de faire un nouveau contrat, ou bien je vais éviter la conflictualité car je ne saurai pas comment m'en sortir, ou encore je vais attendre le moment idéal du consensus où tout le monde sera d'accord. Vous reconnaissez là une série de difficultés avec lesquelles notre société se débat : tyrannie du consensus, évitement de toute conflictualité avec pour corollaire que de temps en temps tout explose, ou encore négociations infinies et incapacité de prendre des décisions. En devenant un enfant de la science (ce que nous sommes tous aujourd'hui) et non plus un enfant de Dieu, on risque de « jeter le bébé avec l'eau du bain » c'est-à-dire

**Le code génétique s'exprime sous forme de combinaisons de quatre lettres : ATGC.*

se croire libéré de la dette à l'Autre, - je dis l'autre avec un grand A pour le différencier du « petit » autre que je rencontre (entendons-nous bien, je ne parle pas ici de l'autre de la religion !). Du coup, je suis paradoxalement de moins en moins prêt à accepter l'intégrité de l'autre, de moins en moins prêt à soutenir ma position de sujet parce que plus il y a du savoir, plus il est difficile de prendre une position de sujet, c'est-à-dire de faire un trou dans le savoir, car on n'est sujet que quand on fait un trou dans le savoir.



Quelque chose est en train de se passer : là où hier il y avait émergence du sujet qui était soutenu par l'idéal des Lumières, aujourd'hui la conflictualité verticale disparaît, on ne se trouve plus que dans une conflictualité horizontale, dans « le coude à coude », dans la performance, dans la rentabilité, sans issue autre qu'un arrangement ou la suppression de l'autre. Là où avant il y avait une sorte d'inscription de la limite dans l'autre social, maintenant, il faut que ce soit le sujet lui-même qui organise une limite, qui la porte sur son dos. C'est ce qui donne ce symptôme majeur d'aujourd'hui : la

dépression, ce que l'on appelle « la fatigue de soi ». Il est fatigant de devoir toujours se soutenir soi-même et bien c'est le prix de la modernité.

Une deuxième conséquence de la disparition de l'altérité, de ce sol commun qui nous construit, est l'apparition d'un symptôme clinique inédit dans l'histoire : les parents ne savent pas dire non. Pourquoi ? Parce qu'ils ont peur de ne plus être aimés de leurs enfants. L'inédit est là : les parents doivent être aimés de leurs enfants ! Je crois que cela tient à l'effet de délégitimation de l'autorité qui doit permettre la conflictualité. Aucun sujet ne peut arriver à devenir sujet sans se confronter à un autre qui veut lui bien soutenir cette conflictualité, qui veut bien jouer le jeu. Si le jeu n'est plus légitimé par le social, pourquoi continuer à soutenir cette conflictualité ? C'est le point de départ d'une escalade dont on ne sait où elle nous conduit. Nous pensions que, grâce à la modernité, tout serait plus facile. Ce qui nous attend sera plus difficile : plus difficile de tenir sa place parce qu'il faudra l'inventer.

Serais-je en train de vous dire « revenons vite en arrière, remettons l'autorité en place » ? Évidemment non, on n'arrête pas le progrès, et surtout retourner en arrière, faire appel au retour d'une autorité d'antan, ce serait littéralement manquer l'enjeu de la modernité. C'est pourtant ce qui nous pend au nez si nous n'arrivons pas à résoudre nos problèmes.

Laboratoires de la (post)-modernité

Voilà le contexte de la modernité dans lequel les maisons médicales sont des avant-postes du laboratoire de la modernité. Pourquoi ? D'abord parce que le monde médical doit assumer cette contradiction violente entre les effets de la techno-scientificité nécessaire à une médecine de qualité et le fait qu'il s'adresse à des malades, à des être humains. Contrairement à ceux qui décident chez Danone ou chez Renault Vilvoorde, la médecine doit continuer à nouer ces deux dimensions. A fortiori, la médecine que vous appelez de première ligne ne peut échapper à assumer cette contradiction entre la techno-scientificité et l'humanité du patient.

Sur vos fonctionnements, vous avez beaucoup de choses à dire, bien plus que vous ne le pensez. Face aux repères qui s'effondrent, il est très intéressant de voir à l'œuvre des groupes qui tiennent depuis vingt ans pour essayer d'assurer une tâche. Vous êtes d'autant plus un avant-poste de ces questions de modernité que vous n'êtes pas confrontés qu'à la maladie. Nombre de personnes viennent dans les maisons médicales, comme d'ailleurs en médecine générale, parce qu'elles sont malades du social, pas seulement parce qu'elles n'ont pas assez d'argent, mais surtout malades de ne pas trouver leur place dans une société entièrement remodelée par les contraintes de la modernité et par ce qu'on appelle aujourd'hui la post-modernité. Si, dans le champ qui lui est propre, le médecin ne continue pas à soutenir cette dimension de pouvoir engager sa subjectivité dans les actes qu'il pose, cela risque de créer quelques problèmes.

Seconde raison, en tant qu'équipes pluridisciplinaires, horizontales, débarrassées de la hiérarchie d'antan, le lien social que vous mettez à l'épreuve est un lien social nouveau. Vos équipes ne peuvent se satisfaire du leur de l'égalité des places. On aime dire aujourd'hui que les places ne sont pas fixes : il serait dangereux que la possibilité de permuter les places fasse oublier qu'il faut discerner fixité de la place et fixité de celui qui occupe la place.

La subversion du lien social traditionnel introduite par la modernité est arrivée à un point de non-retour et nous contraint à inventer. C'est là notre chance, ne la galvaudons pas en croyant en avoir terminé avec l'inégalité, ni en pensant avoir garanti la différence du fait de vous être débarrassés de la façon dont hier était occupée fixement la place.

La différence des places a longtemps été garantie par la tradition et la hiérarchie, avec tous les abus et les excès que cela couvrait. La modernité évacue une telle hiérarchie, mais la légitimité de la différence des places n'en est pas pour autant périmée. Pourquoi ? Parce que cette différence de place est inscrite dans la parole. Vous en voulez une preuve ? Pensez que ça fait une demi-heure que je vous bassine les oreilles que je cause tout seul et vous, vous écoutez, ça fait deux places différentes. Ce qui nous caractérise comme être humain, c'est de parler et donc cette différence de place est inscrite au cœur même de ce qu'est l'humain. La différence de place reste une affaire de parole, il s'agit dès lors de savoir comment lui donner sa place, comment perpétuer sa transmission mais sans pouvoir encore se soutenir de la légitimité que véhiculait le modèle d'hier.

Voilà le défi à la hauteur duquel il va falloir, vous et moi, nous tenir. Merci beaucoup. ●

Discussion à la suite de l'exposé de Jean-Pierre Lebrun

● *Pourriez-vous développer le thème « être sujet, c'est faire un trou dans le savoir ».*

Je suis autorisé à parler car soit j'occupe une place différente (la place du père), soit je fais référence à des concepts, un savoir (la place de l'expert).

Avec la modernité, c'est la place de l'expert qui autorise à la parole, beaucoup plus que celle du père. Or, pour être Sujet, il faut « endosser un trou dans le savoir » : c'est-à-dire accepter qu'il y a un manque dans le savoir, assumer les

conséquences de ce que l'on va dire ou faire, sans le savoir à l'avance ; accepter qu'il y ait dans ce que l'on dit, et dans ce qui en découle, une part d'inconnu. « Je t'aime » est une parole de sujet, qui ne se justifie en fin de compte de rien, cette parole n'est pas entièrement recouverte par un savoir. Or, la modernité laisse souvent croire que l'on « aurait pris une décision meilleure si l'on savait mieux » ; c'est en ce sens qu'elle réduit la place du sujet, qu'elle ne lui permet pas d'assumer « le trou dans le savoir ».

Pour des raisons techniques (!) monsieur Jean-Pierre Lebrun n'a pas eu la possibilité de relire le texte de cette discussion. La rédaction de Santé conjugulée assume donc la responsabilité des propos qui lui sont attribués et pourraient ne pas correspondre fidèlement aux idées qu'il a choisi d'exprimer.

● *Il n'y a pas forcément soit la place du père soit celle de l'expert ; ici par exemple, vous parlez parce que vous y êtes autorisé par le pouvoir organisateur et aussi parce que vous avez un savoir : il y a les deux, et cela rejoint les questions de l'autorité, du pouvoir.*

La première fois que l'on a fait taire quelqu'un qui parlait au nom d'un savoir, c'était Galilée – on l'a fait taire au nom du pouvoir, celui du pape. Aujourd'hui, c'est vrai qu'il y a une confusion entre savoir et pouvoir, mais il faut tenir compte des deux. Avant, la parole était plutôt donnée au nom du pouvoir ; aujourd'hui, l'accent est mis sur la place donnée au nom de la compétence. Par exemple, si vous êtes un prix Nobel, vous pouvez vous exprimer sur tout ; alors que les experts ne savent pas tout dire : ils peuvent être des balises, mais la décision finale doit clairement résulter d'une place occupée, celle du politique.

● *Pouvez-vous expliquer la différence des places...*

Reconnaître la différence des places ne veut pas dire que l'un occupe la place du père (comme dans le patriarcat). Avec la modernité, on n'a plus la place du père comme organisateur social ; mais on n'est pas pour autant quitte de la différence des places.

● *Vous semblez donner la prééminence au médecin ?*

Je suspecte que vous (les médecins) bénéficiez encore, sans le vouloir, d'une reconnaissance sociale de la prééminence du médecin. Et la réalité, c'est qu'il y a des moments où le paramédical se tait... Il faut mesurer la pertinence (l'impertinence) de cette place du médecin, mais ne pas la nier.

● *Par rapport à cette question de la place du médecin, il faut tenir compte du fait que dans les maisons médicales, les champs ne sont plus seulement ceux des compétences professionnelles : chacun s'investit dans des activités autres (gestion, etc.) ou les compétences se jouent autrement.*

Dans les groupes qui veulent fonctionner horizontalement, les choses se passent autrement qu'avant. Hier, le médecin avait en quelque sorte le « bouclier institutionnel » pour

dire « ça suffit ». Aujourd'hui, on n'a plus ce bouclier institutionnel, et c'est difficile de garder sa place dans son champ de compétence, alors qu'on est par ailleurs « tous égaux » dans d'autres champs... La question n'est pas de le regretter, mais de voir comment les choses peuvent se jouer...

● *Vous avez parlé des gens qui se regroupent en association parce qu'ils partagent une situation commune, ont des idées, des intérêts communs à défendre... Vous en parlez d'une manière un peu ironique, comme de gens qui se regroupent pour être semblables... Toute l'approche de santé communautaire, consiste à se soutenir, se renforcer avec des gens qui se sentent proches ; pourquoi différencier des associations qui se forment autour du SIDA par exemple, et des communautés culturelles ?*

Dans une association SIDA, il y a un lien social faussé. Si on est deux et qu'on est noués par un pacte qui nous lie, alors il y a un lien social – c'est ce qui se passe par rapport à la religion : derrière la figure de l'Autre, du lien social personnifié par la religion, il y a la reconnaissance du fait qu'on est dépassé par quelque chose d'autre. S'il n'y a que vous et moi, s'il n'y a plus que vous et moi, alors cela devient un contrat ; quand on se regroupe en association sur base d'intérêts communs, c'est plus de l'ordre du contrat que de l'ordre du pacte ; le lien – le contrat-associatif se développe quand il n'y a plus de lien social. Ce qui fait lien social, ce qui nous lie, c'est qu'on est des êtres parlant, et pas qu'on a les mêmes boutons... ●

Essai de bilan

Synthèse des notes de la commission bilan

Dans les suites du colloque de Natoye, dont l'objectif était de mettre en place le congrès, un atelier s'est constitué pour dresser un bilan de l'action des maisons médicales et de leur Fédération. L'analyse du groupe est parallèle à celle qu'a pu faire Luc Carton (voir Santé conjugulée 15, janvier 2001). Sauf que notre analyse est plus proche de la conscience des maisons médicales et de leurs choix stratégiques et tactiques en fonction des revirements de contexte.

Nous distinguerons trois phases :

1. Elaboration : lancement sur fond de (fin de) prospérité (68-75) : modèle gauchisant/anarchisant ;
2. Difficultés et mutations sur fond de crise (75-96) : modèle paupériste et/ou efficient ;
3. Interrogation sur fond de sortie (?) de crise (96- ?) : modèle universel ou modèle bureaucratique ?

Bilan par rapport aux objectifs initiaux des maisons médicales (1968-1975)

Les objectifs initiaux c'était faire la révolution pour vivre dans une société égalitaire, ludique, créative où le produit national brut (PNB) serait remplacé par le bonheur international net (BIN). De ce point de vue, on peut dire que la montagne (d'objectifs) a accouché d'une souris (de réalité). Lors de la préparation finale du congrès et des dernières retouches, une personne a énoncé : « on ne va pas refaire le monde (du congrès) ». J'ai rétorqué que ça faisait plus de vingt-cinq ans qu'on s'y employait avec un succès mitigé.

Bilan par rapport aux statuts originaux de la Fédération des maisons médicales (1980)

TITRE II - Objets de l'association

Art. 5. La « FMMCSF » a pour but de promouvoir une politique de santé basée sur le

système de santé organisée au départ des soins de santé primaires (telles que ces notions sont définies par la déclaration d'Alma Ata de l'OMS), qui ont pour fonctions essentielles d'être le premier contact du citoyen avec un système de santé échelonné, d'assurer la communication entre le système de soins et la population et d'assurer la fonction de synthèse.

De ce point de vue, on peut dire que les choses ont avancé, pas seulement grâce à nous (les élections du corps médical furent essentielles).

Les soins de santé primaires :

- *permettent à la population de bénéficier de soins essentiels, de qualité, globaux (du point de vue psycho-médico-social), accessibles (géographiquement, financièrement et culturellement), continus (au sein du système de santé et dans le temps) et intégrant les soins curatifs, la prévention et la revalidation ;*

- *sont articulés rationnellement avec les niveaux spécialisés (deuxième et troisième échelon) ;*

Cette articulation est encore dans les limbes, elle est vécue sur le banc spécialiste comme une agression.

- *favorisent l'autonomie de la personne par la promotion de la santé et l'éducation permanente ;*

En cours.

- *sont intégrés dans la communauté, c'est-à-dire, avec la participation conjugulée des citoyens et des réseaux psycho-médico-sociaux existants.*

De nombreuses résistances dans les maisons médicales, mais quelques réalisations prometteuses.

L'objectif de la « FMMCSF » sera plus particulièrement de soutenir les maisons médicales constituées d'équipes pluridisciplinaires non hiérarchisées qui cherchent à réaliser un modèle de centre de santé intégrée.

La question de la non-hiérarchie en particulier salariale reste sensible.

La promotion de cette politique se réalise :

1° en favorisant la création, en défendant et en soutenant des équipes s'engageant dans cette

*Pierre Drielsma,
médecin
généraliste au
centre de santé
intégrée Bautista
van Schowen.*

politique ainsi que par la communication et l'échange entre les différentes maisons médicales ;

De ce point de vue les dix dernières années ont ouvert de nouvelles perspectives.

2° par l'étude, l'information, l'analyse, la réflexion, l'expérimentation, la recherche et l'évaluation de toute solution dans les domaines de l'organisation, du fonctionnement et du financement des structures. La communication, l'éducation permanente, la formation continue favorisent la réalisation du modèle.

La question du financement est bien avancée avec le développement du forfait. Les réflexions sont approfondies, les études et expérimentations encore modestes.

3° par la diffusion et la défense des concepts auprès de la population, des responsables de politique de santé, des organisations sociales et des institutions de formation des travailleurs de santé.

Acceptable.

Art. 6. Dans le domaine général de la santé, la Fédération a pour objectif l'évaluation des facteurs influençant la santé d'une population (conditions de travail, habitat, environnement, alimentation, niveau culturel, ...) et la participation à toute action visant à modifier favorablement ces facteurs.

La Fédération utilise des données externes mais produit peu de données propres.

Art. 7. Dans le domaine concret de l'organisation des soins de santé, la Fédération favorisera l'expérimentation d'autres modes de dispensation des soins avec évaluation, mise en commun et confrontation de ces expériences. Dans le même ordre d'idées, la Fédération soutiendra toute recherche théorique ou pratique concernant le contrôle et la participation de patients dans l'organisation de la dispensation des soins.

Art. 8. La Fédération établit une solidarité entre ses membres.

Cela se vérifie régulièrement, ce qui est aspect très positif.

Art. 9. A plus long terme, la Fédération a pour but de participer à l'élaboration d'une politique de santé sur base des expérimentations vécues dans les maisons médicales et collectifs de santé qui constituent la Fédération elle-même. La Fédération veut aussi, à long terme, promouvoir le développement d'un autre type de formation à la médecine et aux professions paramédicales, tant dans le curriculum même des études que dans l'enseignement continu et dans l'enseignement complémentaire.

Là aussi les résultats sont inespérés, même si le chemin reste long. En utilisant les statuts comme guide d'évaluation, on peut dire que la Fédération a rempli une bonne part de son contrat avec elle-même. Ce qui est consolant par rapport aux buts initiaux.

(1) Au début, à la maison médicale de Seraing, l'entretien des locaux était réalisé par une tournante des soignants, les aménagements et peintures aussi.



Bilan concret net

● Au passif

• Des faiblesses gestionnaires parfois catastrophiques, des méthodes de résolution des désaccords qui s'apparentent au jugement de Dieu. En clair, l'autogestion est un concept à géométrie variable qui peut aller de la volonté de tout contrôler par tous et de faire faire tout par tous¹, une sorte de régime d'assemblée permanente. Il peut aussi se limiter à l'élection des dirigeants et leur contrôle périodique, régime de délégation démocratique. On sent de la part des participants une frustration par rapport à ce qu'ils croient ou souhaiteraient du modèle.

- Il est amusant de constater que d'aucuns se plaignent d'une insuffisance de démocratie, de débat autant que d'autres souffrent d'un excès de débat et d'indécision chronique.

- Le concept d'égalité salariale, lui aussi est perçu de mille façons différentes : certains se réfèrent au revenu mensuel par temps plein, d'autres au niveau horaire, avec ou sans ancienneté; l'équivalence théorique des horaires des temps pleins est questionnée, comme le bénévolat et la militance pour certaines activités. Mais là aussi on trouve des débats à front renversé d'une maison médicale à l'autre : ici les accueillants et ou les administratifs se sentent méprisés et sous-statutaires, là les médecins généralistes se sentent tondus par l'accueil.

Une grande remise à plat de ces questions avec les syndicats serait intéressante. La diversité des points de vues et des situations locales permettrait peut être d'arriver à un optimum global.

- Une croissance et/ou une capacité de convaincre insuffisante ne donnent pas encore sa toute sa place au modèle.

- Des tendances bureaucratiques hypothèquent lourdement l'avenir. Il y a risque de passer du pouvoir médical au pouvoir administratif² (*sensu lato*).

- Les maisons médicales n'ont pas encore retrouvé les alliances transversales qui les ont poussées en avant quand elles étaient dans les limbes.

- La question de l'implication des maisons médicales dans la lutte anti-mondialisation est clairement posée. On sent une sympathie, mais la question qui surgit est : comment ?

Il est possible que la difficulté de s'intégrer est aussi due au manque de cohérence des anti-globalistes, comme des maisons médicales elles-mêmes.

● A l'actif

- Reconnaissance légale fédérale par le forfait.
- Expertise reconnue en qualité et en prévention.
- Reconnaissance internationale comme modèle alternatif au centre de santé public et à la médecine libérale, empêcheur de penser binaire.

- Reconnaissance régionale par le décret de 1993 sur les associations de santé intégrée (Wallonie et Bruxelles).

- Place spécifique pour les maisons médicales dans les centres locaux de promotion de la santé de la Communauté française.

- Croissance substantielle.

- Utilité sociale reconnue par l'INAMI; presque 10 % des VIPOMEX de Belgique sont soignés en maisons médicales, alors qu'elles soignent un peu plus de 1 % des habitants.

- La coexistence, parfois houleuse, de la techno-science (évaluation, informatique) et de l'art du sujet (psychothérapie, paroles).

- La diffusion des idées des maisons médicales vers d'autres professionnels de santé. Les actuels centres universitaires de médecine générale sont imprégnés des concepts que nous n'avons cessé de promouvoir.

Possibilités et stratégie d'alliance

Les alliances traditionnelles subissent la crise de plein fouet.

Les syndicats tentent péniblement de sauver les meubles et de se replier en bon ordre. Quand on se souvient du rôle qu'ils ont joué dans le lancement du forfait, on comprend la gravité de la perte pour les maisons médicales. De plus, la réforme de 1994 (Loi Moureau) exclut les syndicats du comité de l'assurance ce qui renforce le pouvoir des mutualités. La commission bilan stigmatise une perte de crédibilité des syndicats interprofessionnels auprès des patients comme auprès des soignants. La reprise économique ne garantit pas le paradis syndical, les entreprises ont refaçonné le droit social à leur profit, en atomisant l'interlocuteur syndical et en multipliant les formes atypiques d'emploi. L'implication des syndicats dans les maisons médicales n'est pas évidente, même si les membres de la commission pensent que cela peut présenter des intérêts. C'est aussi l'avis de la cellule politique et du conseil d'administration de la Fédération.

Les mutualités, qui sont plutôt dans une logique

(2) Cette question n'est pas purement fantasmagorique elle se pose dans les Health maintenance organizations (HMO), dans le système tunisien, dans certains hôpitaux.

de cogestion paritaire avec la médecine libérale, recherchent donc moins les réformes de structures qui sont plus conflictuelles. Les mutualités socialistes sont plutôt sur la défensive, les mutualités chrétiennes ont deux fers au feu et sont prêtes à basculer vers la plus forte pente. Les aspects de pilarisation ne sont pas appréciés par les décideurs actuels. D'aucuns préfèrent s'appuyer sur les prestataires, mais la majorité des prestataires ne sont pas toujours très éclairés.

Les partis ont toujours été d'une prudence de sioux dans le secteur santé, et en particulier avec les médecins : le souvenir de la grève des médecins présente un pouvoir inhibiteur majestueux. C'est vrai qu'on attendait Ecolo, parti vierge d'intérêt partisan dans le secteur. Si le cabinet Aelvoet développe des thèses hardies, on ne peut en dire autant en Région wallonne, où la légitime prudence fait parfois place à la timidité. Le parti socialiste n'a jamais vraiment choisi entre la première et la deuxième ligne. On doit lui reconnaître d'avoir amélioré la couverture sociale des plus démunis, ainsi qu'un soutien mesuré aux maisons médicales. Mais les réformes ne peuvent pas porter sur la seule accessibilité financière. Les partis dits chrétiens dominés par l'aile flamande développent des thèses surtout nationalistes et partant très peu sociales. ●

Évolution future des services de santé: analyse de quelques tendances plausibles

.....

Comment concevoir l'avenir de l'organisation des soins de santé dans un pays tel que le nôtre ?

Fred Paccaud, dans ce remarquable article, essaie non pas de vainement prédire le futur mais de l'explorer en construisant quatre scénarios plausibles sur base de l'analyse des tendances actuelles et en fonction de deux axes de changement : un premier axe de type socio-économique (entre contrôle public et dérégulation du marché des soins) et un second de type techno-culturel (entre optimisme et scepticisme technologique).

Ces scénarios sont donc des fictions construites pour être compatibles avec les données connues aujourd'hui et doivent surtout servir à renforcer la capacité d'adaptation des organisations face aux changements futurs : ils simulent ces changements et leurs conséquences pour permettre aux institutions de simuler leurs réactions et de mettre au point des stratégies robustes, c'est-à-dire compatibles avec plusieurs scénarios.

.....

Facteurs déterminant l'évolution du système de santé

● Le besoin de santé de la population

Il dépend de l'épidémiologie des maladies et de leurs facteurs de risque d'une part, et d'autre part des changements démographiques et sociaux. Ainsi le vieillissement de la population augmente la prévalence des maladies chroniques et dégénératives (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies de l'appareil locomoteur, troubles neuropsychiatriques...), les maladies transmissibles dépendent de l'urbanisation et de l'accroissement des échanges et transports à l'échelle mondiale ainsi que des phénomènes migratoires qui, au vu des grandes disparités démographiques et économiques que connaît notre planète, devraient s'accroître au cours des prochaines décennies, en particulier de l'Afrique vers l'Europe.

● La demande de soins de la population

Elle est fonction de l'accessibilité sociale, économique et culturelle des soins et dépend de la place donnée à la santé et à la maladie ainsi que du crédit que la population accorde à leur prise en charge professionnelle. Cette place est influencée par les médias qui forment notamment l'opinion en matière de santé et véhiculent de nombreuses valeurs en ce domaine, et elle dépend aussi de l'évolution des patients vers une consommation des soins mieux informée et plus exigeante.

● Les caractéristiques techniques et organisationnelles du système de santé

L'innovation technologique médicale suit une logique et un rythme qui ne dépendent pas seulement de la demande et des besoins en santé mais aussi d'une dynamique propre du savoir et de la technologie. Et par ailleurs les relations entre soignants, hôpitaux et payeurs déterminent plusieurs caractéristiques du système de santé, dont par exemple la création de filières de soins.

D'un autre côté, pour des raisons démogra-

*Fred Paccaud,
médecin de santé
publique, Institut
universitaire de
médecine sociale
et préventive de
Lausanne, Suisse.*

*Résumé par
Patrick Jadoulle,
médecin
généraliste, d'un
article paru dans
Médecine et
Hygiène n° 2319,
25 octobre 2000,
pp. 2117-2130.*

phiques, il est certain que la pénurie de personnel de soins, en particulier dans les soins infirmiers, va s'aggraver. Et ce d'autant plus si les salaires de ces professions ne sont pas massivement revalorisés. Il n'est pas impossible que même les médecins soient aussi concernés par cette pénurie, par les effets conjugués de la spécialisation médicale (qui diminue le champ d'intervention de chaque praticien), de la diversification des activités des médecins (gestion, formation, coordination...) et de la féminisation rapide de la profession (qui implique des allers et venues difficilement prévisibles entre l'intérieur et l'extérieur du marché du travail). Cette pénurie pourrait être plus ou moins compensée par l'apport de forces de travail migratoires.

● Les changements économiques et sociaux

Il est clair que les systèmes de santé se transforment aussi selon une dynamique économique (profitabilité des entreprises de soins par exemple) et politique (répartition des compétences entre différents niveaux de pouvoir).

Dans la décennie à venir, il est plus que probable que la principale évolution socio-économique du système de santé concernera l'affermissement du marché libre, causé par l'échec des mécanismes publics de contrôle de la dépense sanitaire et par l'insatisfaction des populations vis-à-vis des services offerts, en quantité et en qualité. Cette vogue dépend aussi d'un contexte idéologique qui voudrait que le marché libre apporte solution à tous les problèmes, y compris la pauvreté : en gros une gestion vertueuse par le marché libre compenserait largement les problèmes liés à l'absence de régulation.

Dans une telle tendance de marchandisation croissante des services de santé, le financement serait a priori dominé par des payeurs privés (assurances) agissant le plus souvent en étroite collaboration avec les prestataires de soins. Mais il n'y a pas d'antinomie entre un marché privé des soins et un financement public.

Toutefois cette vogue actuelle vers la privatisation doit être fortement nuancée par les éléments suivants :

- Il n'existe aucun lien mécanique entre marché libre et diversité des services disponibles. La

seule règle est que, dans le cas du marché libre, la diversification doit correspondre impérativement à un critère de rentabilité économique directe, alors que dans le cadre d'un marché public contrôlé par l'État, la diversification doit aussi répondre à des critères de rentabilité sociale et politique. Mais le marché libre peut susciter des concentrations monopolistiques conduisant à la mise sous tutelle des professionnels des soins dans le cadre de structures privées.

- Un avantage certain du marché libre est sa bonne capacité de réaction à l'égard des nouvelles demandes de la population, et la rapidité de cette réponse. Ceci contraste avec les institutions publiques qui bougent peu et lentement, à cause des mécanismes politiques de décision. Mais le marché libre ne réagit qu'à des demandes solvables et, si possibles, rentables.
- Correspondant en cela à une tendance générale au sein des pays dits développés, le consumérisme se développe aussi au sein des systèmes de santé, tournant souvent autour de la notion de qualité des soins, et pourrait s'accroître quel que soit le degré de privatisation des soins.
- Sur un plan universitaire, dans la configuration d'un système de santé relevant de structures privées, deux dangers principaux surgissent : le premier est de négliger toute activité académique qui ne serait pas économiquement rentable à court terme, le second étant que la recherche s'oriente strictement vers les buts stratégiques ou commerciaux des firmes propriétaires.

● L'internationalisation des activités de soins

Indissociable de l'internationalisation de tous les services et de la privatisation du marché sanitaire, l'internationalisation du marché des soins incitera fortement à une délocalisation des services de santé, à commencer par les organismes assureurs suivis par certains types de prestataires connexes aux soins, comme les laboratoires, puis par certains types de soins dans des endroits où la main-d'œuvre serait plus abondante et moins chère, indépendamment de la distance par rapport au domicile du patient.

● **Les développements scientifiques et technologiques**

Certaines innovations technologiques, comme la miniaturisation de plus en plus poussée, devraient créer de nouvelles formes de soins. La médecine prédictive et le conseil génétique constituent quant à eux des exemples d'innovation susceptibles de façonner l'ensemble des valeurs du système de santé.

● **Le développement des systèmes de communication**

L'intégration des techniques de communication et d'informatique au sein des systèmes de soins devrait aboutir à une situation dans laquelle la population, les patients et les professionnels deviendraient simultanément plus compétents.

● **Changements socio-économiques**

Le long de cet axe, une première évolution possible est celle qui consisterait à renforcer le rôle de régulation des pouvoirs publics sur l'économie en général, y compris celle des services de santé, de manière à garantir le maintien des valeurs traditionnelles de l'État européen telles que l'équité et la solidarité. Cette option correspond à une approche classique de la santé publique moderne, dont le but est d'organiser rationnellement la réponse aux besoins de santé de la population. Le budget disponible étant par définition limité, il faut diriger les ressources disponibles vers les besoins estimés prioritaires, ce qui peut parfois être perçu par la population comme un déficit quantitatif, voire un rationnement. Toutefois ceci est en partie compensé par un effort de coordination entre les soignants, visant l'intégration des services et la continuité des soins, liant verticalement les services entre eux et organisant des circuits de soins. Ce sera non seulement la pratique des soins qui se conformera à des modèles de décision fondés sur les preuves (recommandations de bonnes pratiques élaborées par les organisations professionnelles) mais l'ensemble des stratégies sanitaires. La formation professionnelle sera dominée par la gestion directe des effectifs par l'État (ou par les associations professionnelles) sous forme de *numerus clausus*.

Axes de changement

Selon les considérations évoquées ci-dessus, deux grands axes de transformation se dessinent pour caractériser l'évolution des systèmes de santé : un axe socio-économique, entre rationalisation publique et libéralisation du marché sanitaire, et un axe technologique et culturel, entre foisonnement et repli technologique, optimisme et scepticisme (cf. figure 1).

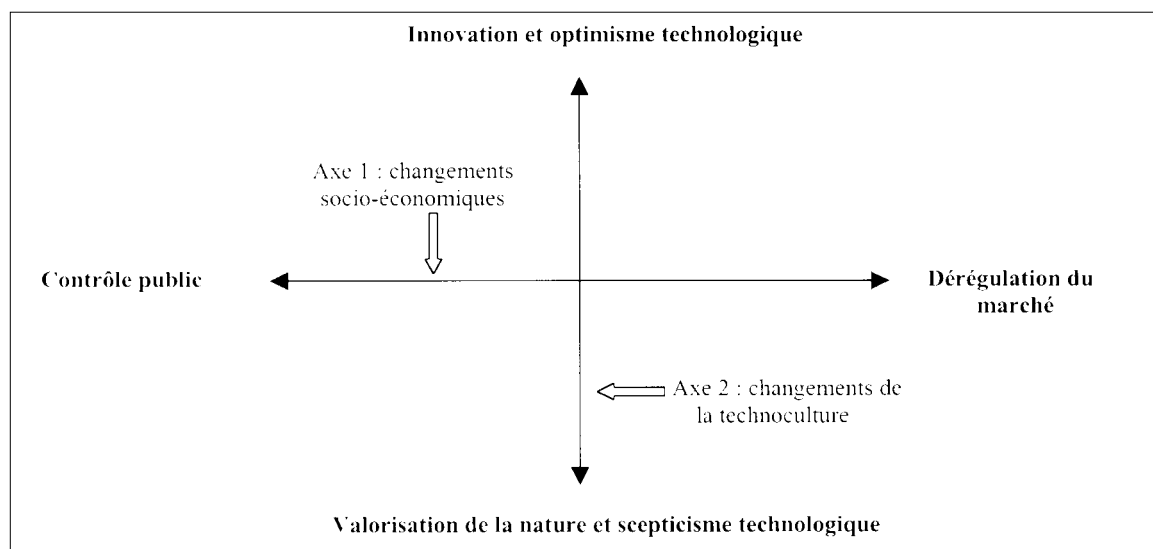


Figure 1 : Axes de changement

La condition de ce changement est bien évidemment politique : il faut que l'État reste un partenaire central dans les affaires publiques, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans les autres grands secteurs comme l'éducation ou les transports.

L'autre évolution possible est l'accélération de l'actuelle libéralisation de tous les marchés aboutissant à une dérégulation massive des services de santé, en vertu du credo du libéralisme, bien exprimé par Milton Friedman : « Peu d'idées sont aussi destructrices pour les fondations de notre société libre que (celle stipulant qu'il existe) une responsabilité sociale autre que celle de faire autant d'argent que possible au bénéfice des actionnaires ». Le rôle de l'État est dès lors réduit au minimum, consistant à fournir les services qui sont hors marché, qu'il s'agisse de techniques « orphelines » parce que destinées à un trop petit nombre de personnes, ou de services destinés à des populations non solvables : typiquement il s'agit de garantir l'accès aux soins de base pour les fractions les moins favorisées de la population, soit directement par des institutions purement publiques, soit par des institutions caritatives, soit encore par des associations privées passant des conventions spécifiques avec les pouvoirs publics (NDLR : cfr la fameuse « niche écologique » de Luc Carton pour les maisons médicales dans Santé conjugulée n° 15 p. 3). Les professionnels sont atomisés en cabinets indépendants, sans aucune coordination, chacun essayant de se placer sur un marché profitable, développant une stratégie de niche pour augmenter sa rentabilité. Mais des conglomérats pourraient aussi apparaître, permettant à la fois de partager des plateaux techniques onéreux et de satisfaire à la diversité des demandes de la clientèle. Le coût d'un tel système de santé privé serait probablement très élevé, la forte compétition entre institutions de soins conduisant à une surenchère dans la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques. L'accès à la formation resterait entièrement libre, avec néanmoins des tentatives des organisations professionnelles pour adapter le nombre des professionnels en activité à l'état du marché.

Pour que cette évolution se réalise il faut que l'État cesse d'être un partenaire central dans les affaires publiques, et qu'il démissionne

encore plus de ses responsabilités qu'il ne le fait déjà, acceptant dès lors l'aggravation d'une inéquité sociale importante en matières de soins. Ceci casserait les racines communautaires et samaritaines des hôpitaux et des soignants, faisant de ceux-ci les instruments des investisseurs et considérant les patients comme une matière première.

● Changements techniques et culturels

Première évolution possible le long de cet axe, celle qui serait sous-tendue par la confirmation des promesses des techniques médicales innovantes (miniaturisation, génomique, télécommunications) pour améliorer considérablement le pronostic ou le dépistage de certaines affections, renforçant dès lors l'optimisme et le soutien de la population vis-à-vis de ce développement technologique par ailleurs perçu comme une force majeure de progrès économique et social. Les professionnels de la santé seraient de plus en plus spécialisés dans des interventions techniques à visée principalement curative, la prise en charge des patients proprement dite risquant de se voir négligée. La sélection des professionnels s'opérerait d'ailleurs essentiellement sur base de compétences techniques.

L'information de la population serait intense, notamment grâce aux techniques de télécommunication, favorisant l'automédication responsable.

La condition de cette évolution est que les sciences biomédicales produisent quelques avancées spectaculaires directement perceptibles dans la vie concrète des populations (en particulier dans le domaine des maladies chroniques).

A l'inverse, si s'accroît le mouvement déjà présent aujourd'hui d'opposition aux innovations biomédicales, lié à une résistance plus générale envers la sophistication technique en médecine et, simultanément, à l'attrance vers les médecines dites douces, on assistera à un repli progressif vers les valeurs d'un monde pré-technologique, voire pré-scientifique, véhiculant la nostalgie d'un paradis perdu sans trou dans la couche d'ozone, sans pluies acides et sans réchauffement climatique... Dans un tel contexte, la pratique des soins sera défensive et conservatrice, cherchant à se limiter à des

procédures absolument sûres, bien que peu efficaces (ce qui est déjà le cas des médecines non conventionnelles actuelles). La coordination du système peut être forte si la plupart des prises en charge concernent les maladies chroniques. La population pourrait former de véritables lobbies pour guider la politique de santé et les éventuelles politiques de remboursement. Les médias joueraient un rôle déterminant comme informateurs et moyen de pression. La condition de réalisation de cette évolution est donc culturelle et idéologique (amplification du rejet de la techno-culture) mais aussi technique (échec réel des connaissances et des techniques médicales).

Quatre scénarios plausibles

Les évolutions décrites ci-dessus correspondent à des situations extrêmes. Des scénarios plausibles peuvent cependant être déduits de ces évolutions, en se référant à la zone qu'occupe chacun d'entre eux au carrefour des deux axes de changement (cf. figure 2).

● Innovation technologique dans un système sanitaire public (scénario I)

Dans ce scénario, les services de santé, sous tutelle publique, cherchent à organiser la réponse aux besoins de santé de la population

dans un contexte de solidarité sociale, en bénéficiant du développement vigoureux des technologies médicales et des techniques de communication. Ceci se traduit par :

- la mise en place d'ambitieux programmes de contrôle de la qualité des soins ;
- l'évaluation systématique visant à privilégier les soins dont l'efficacité est établie, qui peuvent être largement appliqués et diffusés et qui concernent une importante fraction de la population ;
- une réglementation nationale et internationale de la mise sur le marché des nouveaux médicaments et des techniques de soins, leur emploi étant soumis à des recommandations de bonne pratique édictées par la profession ;
- une formation professionnelle gérée par l'État, avec un numerus clausus basé sur les compétences techniques et scientifiques ;
- des techniques actives d'information de la population et l'incitation à l'automédication ;
- un important développement de la promotion de la santé et de la prévention, partie intégrante de la culture de santé publique caractéristique de ce scénario, avec toutefois une tendance à limiter les interventions lourdes au sein de la collectivité vu la prégnance du souci d'efficacité et d'efficience ;

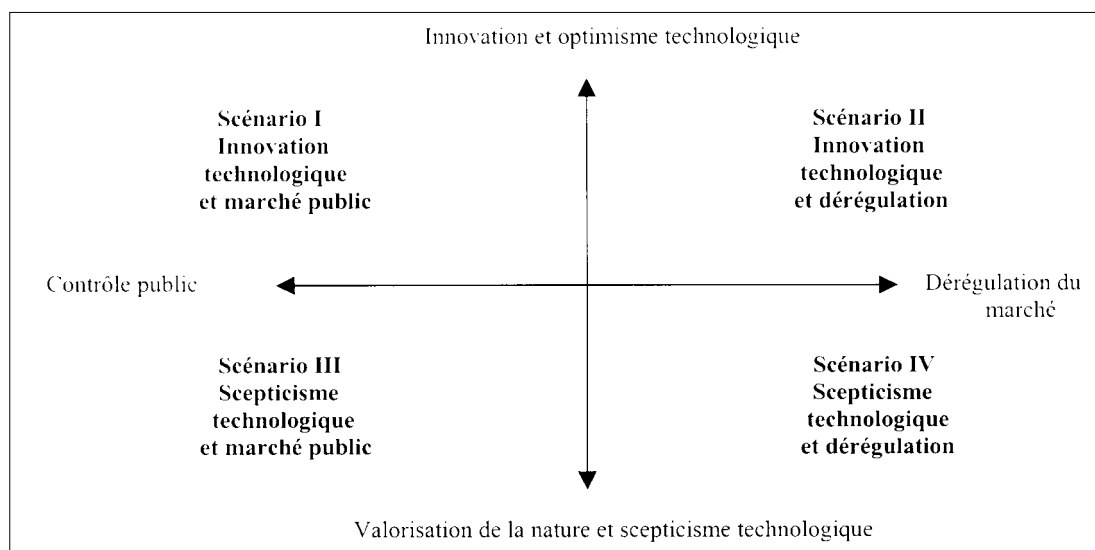


Figure 2 : Quatre scénarios plausibles



- une tension permanente entre les administrateurs chargés de gérer le système de soins et l'enthousiasme des professionnels proposant sans cesse de nouvelles techniques efficaces, tension d'autant plus forte que le budget consacré à la santé reste limité, que diverses pesanteurs administratives complexifient et ralentissent les processus de décision et que la population est favorable à des développements rapides ;
- la non-accessibilité dès lors de certaines technologies, pourtant théoriquement disponibles mais hors cadre budgétaire, suscitant au sein de la population une impression de frustration permanente alors que la qualité des soins est pourtant élevée avec une forte intégration de services équitablement distribués à l'ensemble de la population ;
- l'apparition secondaire de tentatives de créer un marché libre des soins où les innovations médicales seraient plus rapidement disponibles.

● **Innovation technologique avec dérégulation du marché sanitaire (scénario II)**

Ici l'État garantit certes l'accès aux soins de base pour les plus défavorisés, soit directement soit par l'intermédiaire d'associations, mais son rôle essentiel est de soutenir la recherche appliquée dans les techniques biomédicales

ainsi que les sciences fondamentales qui forment le creuset de l'innovation. Les services de santé sont privés, pouvant évoluer soit vers un modèle éclaté soit vers une concentration forte en conglomérats. Ceci se traduit par :

- l'explosion des innovations techniques qui impose une adaptation constante des structures du système de soins, structures par ailleurs éclatées pour mieux épouser le marché par la proximité avec le consommateur ;
- une faible coordination ;
- un contrôle de qualité privilégiant les aspects techniques des produits, comme leur fiabilité ;
- une forte demande de la population, et en particulier des personnes âgées qui forment l'essentiel du marché des soins ;
- un marché compétitif, la publicité et le marketing apparaissant massivement, non seulement dans le système de santé proprement dit mais aussi chez les prestataires de soins ;
- une internationalisation du système de soins, créant constamment de nouvelles opportunités pour les fournisseurs de soins et pour les patients ;
- un faible développement de la prévention et de la promotion de la santé collectives car, même si elles sont efficaces en termes économiques à long terme, le calendrier des investissements et des bénéfices ne permet pas en général de les réaliser dans un contexte privé ;
- un développement par contre non négligeable de la prévention individuelle dans la mesure où elle montre son efficacité et son efficience à court terme pour l'assureur ou le fournisseur de soins ;
- un accès libre aux différentes professions de soignants, avec toutefois une volonté des organisations professionnelles de contrôler la formation pour maîtriser le nombre de professionnels en activité.

● **Scepticisme technologique dans un système sanitaire public (scénario III)**

Contrairement au scénario précédent, la caractéristique essentielle de celui-ci est la rareté des innovations technologiques, dans un contexte de méfiance à l'égard de la modernité scientifique et technique, l'État garantissant un

ensemble de services et soins à toute la population, y compris plusieurs prestations de médecines dites douces. Ceci se traduit par :

- une offre de services peu abondante, fortement orientée vers la prise en charge des maladies chroniques ;
 - une dispensation des soins dans le cadre de structures très intégrées et assurant la coordination des interventions ;
 - une pratique des soins surtout défensive, évitant les actes hautement techniques ;
 - une évaluation visant plus à maximaliser la sécurité des procédures plutôt que leur efficacité ;
 - un développement de la prévention dans une logique non médicalisée, utilisant plus de paradigmes généraux d'inspiration extra-médicale dans des domaines « naturels » (comme l'alimentation par exemple), tandis que la prévention secondaire sera plutôt évitée précisément parce qu'elle implique une forte médicalisation du geste préventif ;
 - une valorisation de la promotion de la santé orientée vers les déterminants socio-économiques de la santé ;
 - une formation des soignants confiée aux corporations professionnelles, puissantes mais divisées en nombreuses écoles parfois antagonistes, l'État conservant la gestion directe des effectifs ;
 - une forte intégration de la population et des patients au système de soins grâce à des procédures de consultation et de consensus ;
 - une forte présence des médias pour informer et faire pression.
- des soins disparates, non coordonnés ;
 - une pratique défensive ;
 - une évaluation quasi inexistante, sauf pour garantir la sécurité des procédures ;
 - la prise en compte de la prévention individuelle au sein de l'arsenal des interventions possibles mais sans guère d'actions collectives ;
 - un accès libre aux diverses professions soignantes avec un éclatement des organisations professionnelles dans de nombreuses corporations correspondant aux choix de pratique, en lutte entre elles mais surtout contre les organismes privés auxquels, peu à peu, appartient tout le système de soins ;
 - une importante intervention de la population et des médias dans les débats sur le système de soins.

● **Scepticisme technologique avec dérégulation du système sanitaire (scénario IV)**

Ici la rareté des innovations technologiques n'est pas un problème majeur pour le marché libre qui s'est installé dans les services de soins : les services vendus sont des prestations de médecine douce, l'État se contentant d'édicter quelques règles de sécurité et de fournir des soins de base minimaux à toute la population. Ceci se traduit par :

- une offre de services considérable, versatile et diverse, fortement orientée vers les maladies chroniques ;

Conclusions

Ces scénarios dessinent quatre directions vers lesquelles pourraient évoluer les services de santé dans les trente à cinquante prochaines années. Ces scénarios sont plausibles et, de l'avis de l'auteur, chacun de ces scénarios a une probabilité assez similaire de réalisation.

Une utilisation possible de ces scénarios relève de la politique de santé : il s'agit d'en choisir un comme avenir préférable du système de santé puis d'élaborer une stratégie conduisant à sa réalisation dans les dix ou vingt années à venir. ●

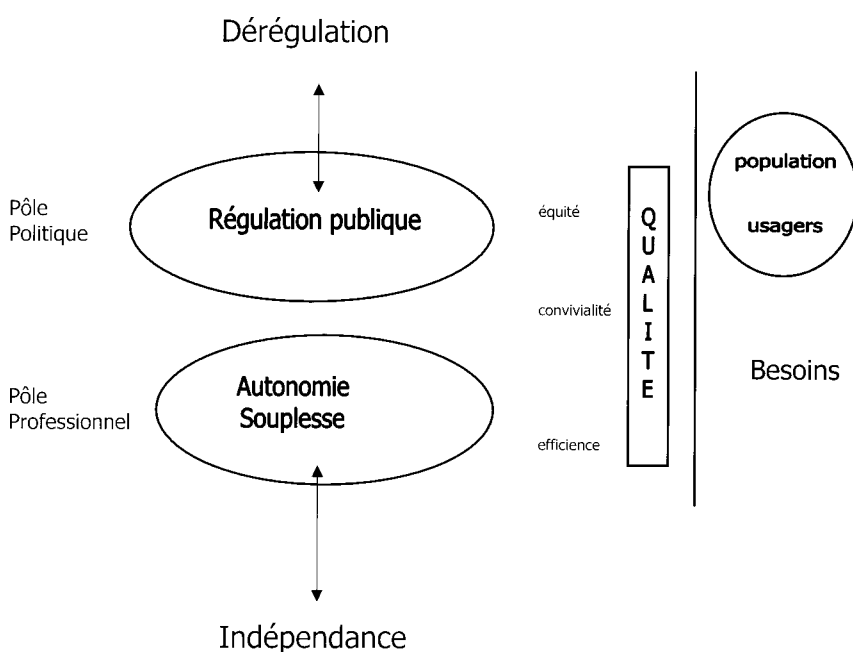
En guise de sommaire

Introduction à dix forums

Bénédict
Dubois,
kinésithérapeute
à la maison
médicale l'Aster.

Fred Paccaud vient de nous présenter et d'analyser les perspectives plausibles pour le système de santé. Les quatre tendances qu'il a décrites ont été analysées au sein de la Fédération des maisons médicales et avec les équipes qui en sont membres. Nous avons, à partir de ces scénarii, recréé un schéma qui correspond plus à ce que nous avons toujours souhaité, à savoir :

d'établir des alliances, de voir où et avec qui nous devons ou nous pouvons travailler. Les trois acteurs concernés sont les politiques, les usagers, les professionnels. Mais qui sont les usagers dans cette discussion ? Les lobbies ? Les associations ? Les syndicats ? Les mutuelles ? Qui sont les décideurs ? Les ministres ? Les administrations ? Les lobbies pharmaceutiques ? Le monde économique ?



Comment allons-nous pouvoir concilier les objectifs personnels des travailleurs et les objectifs d'intérêt public ? Comment mettre le pouvoir, le savoir, la culture des travailleurs au service de la santé publique ?

Les forums que je vais vous présenter brièvement devraient nous permettre d'apporter des éléments de réponses à ces questions. Nous aimerions, au terme de ce congrès, et avec votre participation active, pouvoir présenter au monde politique des propositions claires et concrètes qui permettraient d'une part de sauvegarder la régulation du

système de soins par les pouvoirs publics en maintenant une solidarité maximale, et d'autre part éviter de figer le système par des pesanteurs administratives et bureaucratiques.

- Un système de santé qui reste sous la tutelle de l'État ;
- Le développement d'une politique de santé qui revaloriserait la première ligne. Cette politique devrait s'établir en concertation avec les pouvoirs publics, les professionnels et la population et tenir compte des critères de qualité ;
- Nous souhaitons la mise en place d'un cadre de travail bien défini pour la première ligne tout en veillant à maintenir une certaine souplesse aux acteurs de terrain pour permettre une meilleure adaptation de l'offre aux besoins de la population.

Pour qu'une politique de santé puisse voir le jour, il est impératif de fixer des stratégies,

Quatre forums traiteront de l'organisation de la pratique

● Forum 1 : Organisation de la première ligne

Les soins de santé de première ligne doivent prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé de chaque individu et les replacer dans son histoire pour pouvoir lui donner la réponse la plus appropriée à un problème de santé donné. Quelle organisation conviendrait le mieux pour permettre cette approche globale et intégrée

spécifique à la première ligne dans un système de soins échelonné ?

Les maisons médicales essaient de répondre à cette spécificité grâce à leur structure regroupant divers soignants de première ligne. D'autres groupes se sont aussi organisés de façon plus ou moins formelle (médecins généralistes, groupes d'infirmières à domicile...).

Cependant, il n'existe pas de cadre défini qui structure l'organisation de la première ligne à un niveau national. On sait toutefois que des travaux en ce sens ont lieu au sein du cabinet de la ministre de la Santé publique. La Fédération des maisons médicales réfléchit depuis plusieurs années à de telles perspectives organisationnelles sous forme d'unités locales de santé qui rassembleraient tous les acteurs de santé de la première ligne travaillant dans un même quartier, un même village... dans une pratique pluridisciplinaire plus ou moins intégrée.

Nous soumettons cette proposition concrète à la critique et nous voudrions, dans cet atelier, réfléchir avec vous à la manière optimale d'organiser la première ligne dans un souci d'efficacité et de meilleur service à la population.

● **Forum 5 : Redéfinition des fonctions en soins de santé de proximité**

Quel que soit le type d'organisation que peuvent prendre les soins de proximité (unités locales de santé ou centre de santé intégrée), les fonctions qui devraient être remplies par la première ligne se retrouvent dans le schéma de Monique Vandormael (voir page 65).

Dans cet atelier nous tenterons de voir comment et par qui les différentes fonctions de ce schéma peuvent être rencontrées. Comment la transdisciplinarité peut-elle nous aider dans cette tâche ?

Nous verrons également comment organiser l'élargissement de la fonction professionnelle en fonction de l'évolution de la société. Mais aussi comment développer la dimension collective en soins de santé de proximité.

● **Forum 10 : Perspectives futures pour les pratiques**

Une double révolution se profile dans notre société. D'une part, les progrès de l'électronique et de l'informatique modifient la communication qui changera les conditions de travail, d'éducation, de formation, de rythmes de vie... D'autre part la longévité remet en cause le déroulement de la vie de chacun et pose des questions sociales et économiques.

Cette double révolution oblige à une redéfinition de la pratique professionnelle et nous conduit à envisager le profil futur des pratiques autour de trois axes :

- La spécificité de l'offre de service et son articulation avec l'ensemble du système de santé : plus de globalité grâce à une plus grande intégration des soins et de la prévention. Plus de valorisation des dimensions sociales et psychologiques ;
- Les développements et nouveautés technologiques ;
- Les tensions entre les caractères publics et privés du service à la fois en terme d'assurance et d'accès au système et en terme de statut des personnes.

Dans ce cadre, quelles sont les nouvelles compétences professionnelles à développer au sein de la première ligne ? Quels sont les nouveaux enjeux ? Comment utiliser les nouvelles technologies de communication au service de la première ligne ?

● **Forum 4 : Réforme des systèmes de santé en Europe**

Les deux chocs pétroliers des années 70 ont entraîné une crise économique importante. Les systèmes de solidarité et de sécurité sociale se sont vus amputés d'une part non négligeable de contributions tandis que le volume des allocations sociales augmentait.

Face à cette situation, les Etats ont dû limiter les dépenses et maîtriser les coûts, mesures parfois accompagnées de réformes structurelles telles que l'échelonnement et la place accordée au premier niveau.

Ce forum tentera d'analyser les réformes effectuées en Espagne, au Portugal, au Québec, en France et en Italie et de voir quelles leçons tirer de ces différentes expériences. Nous essayerons de voir plus spécifiquement quel type de réforme concerne la première ligne. Comment se fait l'articulation entre le premier échelon et les autres ? Quel « modèle de centre de santé » serait défendable au niveau européen ?

Les déterminants de la santé seront abordés de façon plus spécifique dans les forums n° 2, 6 et 8

● **Forum 2 : Santé communautaire : rôle des professionnels de santé ?**

L'action communautaire a sa place dans le secteur de la santé puisqu'elle permet d'agir sur les différents facteurs déterminants de la santé et qu'elle participe à l'amélioration de la qualité de vie. Elle s'inscrit dès lors dans une démarche de promotion de la santé.

L'action communautaire nécessite une approche pluridisciplinaire et la mise en place d'alliance entre les professionnels du réseau, la population concernée et les décideurs administratifs et politiques.

Comment cette démarche s'inscrit-elle dans le travail des maisons médicales et au sein de la première ligne ? Quels sont leurs alliés potentiels ? Comment responsabiliser la population vis-à-vis de ces enjeux qui la concernent prioritairement ? Comment développer « son pouvoir d'usage » c'est-à-dire rendre à la population le choix et le pouvoir d'utiliser ses savoirs, ses aptitudes, ses formations au service d'un objectif précis ?

● **Forum 6 : La santé au risque de la médicalisation des problèmes sociaux**

La détresse sociale peut se définir comme « une souffrance reliée à des problèmes d'intégration, partielle ou totale dans la vie sociale ». On peut faire l'hypothèse qu'elle trouve ses origines

dans l'organisation structurelle de la société. De plus en plus, cette détresse s'exprime dans nos consultations sous forme de fatigue, nervosité, insomnie, angoisse...

Sommes-nous, de par notre implantation dans des quartiers plus défavorisés et de par la sensibilité particulière de nos travailleurs à ces problèmes, une cible privilégiée pour recevoir cette détresse sociale ou est-ce général à la première ligne ? À partir de quand et jusqu'où avons-nous à prendre en charge la problématique sociale ? Sommes-nous préparés, formés et capables de faire face à cette demande ?

Quelles sont les circonstances, voire la volonté politique, qui provoquent ces situations et quel est le rôle que l'on veut nous faire jouer ? Comment réagissons-nous ? Suffit-il d'augmenter l'accessibilité du système de soins ou la prise en charge professionnelle des problèmes sociaux ou devons-nous nous attaquer aux fondements de l'organisation sociale productrice de cette détresse ? Comment aider les patients à utiliser leurs ressources dans la prise en main de leur destin social ?

● **Forum 8 : Santé et environnement : du constat à l'action**

Qu'il s'agisse de pollution intérieure ou extérieure, les travailleurs de santé de la première ligne sont aux premières loges pour en constater l'impact sur la santé des usagers.

Jusqu'où la première ligne doit-elle et peut-elle gérer ces problèmes d'environnement ? Comment organiser la première ligne comme sentinelle des problèmes de santé liés à l'environnement ? De quels moyens dispose-t-elle pour diagnostiquer ces problèmes ? Et que pouvons-nous faire, en tant que travailleur de première ligne, pour remédier à la situation ? Quel recours possible vis-à-vis du propriétaire, de la commune, de la région ?

Des initiatives existent pour trouver des solutions aux problèmes de santé liés à l'environnement extérieur et intérieur. C'est avec l'éclairage de ceux qui ont mené ou qui mettent en place des actions que nous tenterons de répondre à ces questions.

La santé et la citoyenneté seront abordés au forum n° 3, 7 et 9

● Forum 3 : Place et participation des usagers

Depuis l'origine des maisons médicales, la participation des usagers est au centre des débats. Comment solliciter celle-ci ? À quel niveau souhaitons-nous les voir intervenir ? Et quels sont leurs désirs à eux ? Dans certaines maisons médicales, le comité de patients est très actif, dans d'autres il est inexistant.

Dans cet atelier, nous essaierons de voir quels sont les différents niveaux de participation possibles, comment créer des conditions favorables au développement de la participation au sein des maisons médicales ? Et que peut-on envisager comme participation au sein de la première ligne ?

● Forum 7 : La santé au risque de la privatisation de l'assurance-maladie

La privatisation s'est introduite dans le domaine des soins de santé sous forme de *managed-care* : de grandes compagnies d'assurance achètent au meilleur vendeur des paquets de soins pour une population déterminée qui est assurable. En Belgique, ce *managed-care* est critiqué par tous mais de plus en plus, les assurances, les mutuelles et certains syndicats médicaux sont tentés par une privatisation plus insidieuse.

Réduire la charge financière de la sécurité sociale et de la santé en l'ouvrant à l'économie du marché s'inscrit dans les perspectives néolibérales ! Nous voudrions réaffirmer une certaine radicalité sur le rôle de l'État comme garant de la justice sociale et d'un système équitable.

Que pouvons-nous faire pour garantir le principe d'équité qui nous est cher ? Comment et avec qui aller à l'encontre d'une privatisation qui renforcerait de façon irrévocable une médecine à deux vitesses ? Comment les mutuelles vont-elles pouvoir échapper à la

marchandisation d'une partie de leurs services ? Quelle modalité de participation des usagers au sein des mutuelles doit-on envisager pour garantir la plus grande solidarité ?

● Forum 9 : Le mouvement des maisons médicales et les formes renouvelées de mobilisation sociale

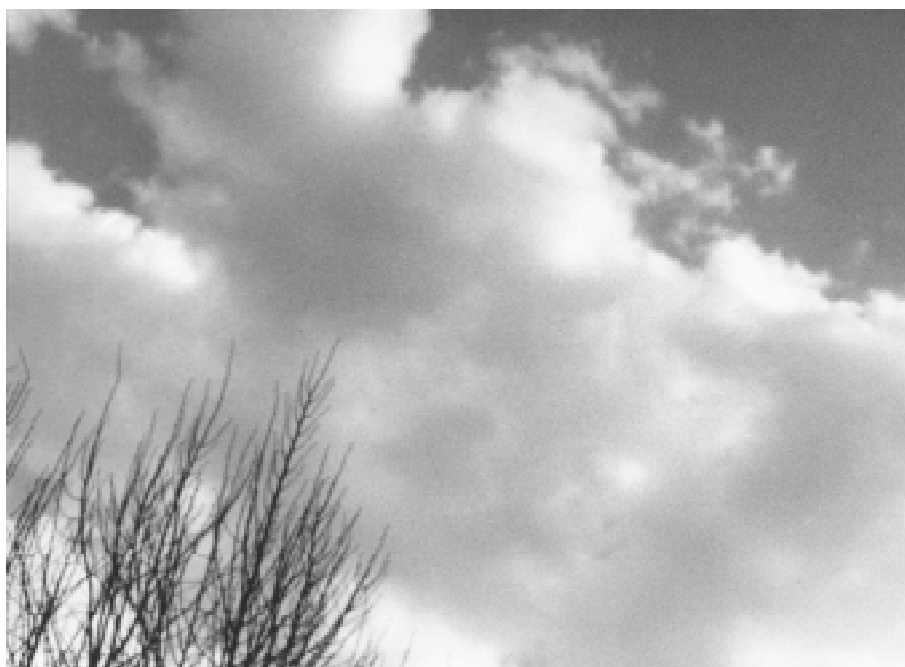
Les inégalités en matière de soins auxquels nous sommes confrontés ne sont qu'une des facettes des inégalités socio-économiques. Témoins des conséquences des inégalités sociales, nous nous sentons parfois impuissants à faire bouger les choses en amont de ce que nous observons. Plutôt que de nous décourager, il y aurait urgence à faire le lien avec les différents groupes de pression qui peuvent peser sur les choix politiques.

Nous essayerons, dans ce forum, de voir quels sont les enjeux qui peuvent nous faire militer ? Quelles sont les valeurs que nous voulons défendre et qui sous-tendent « la militance » ? Comment le mouvement des maisons médicales s'inscrit-il dans les dynamiques sociales ? Quelle est la place de la militance dans un projet « institutionnalisé » ? Comment l'utiliser au service d'une équipe pour en augmenter la cohésion ? ●

Dans les pages qui suivent, nous vous présentons les travaux des dix forums qui se sont tenus lors du congrès. Pour chacun d'entre eux, nous commencerons par un texte de présentation rédigé par un membre de l'équipe de préparation du congrès et mis à la disposition des participants. Nous poursuivrons par les débats, précédés dans certains forums par les exposés oraux des invités.

réminiscences

*La journée avait mal commencé : me faire engueuler à 7 heures du mat par cette conne de chef de service pour une veilleuse restée allumée...
Et maintenant, voilà Danielle qui se fait rabrouer parce que les prélèvements ne sont pas encore au labo.
Je suis découragée !*



*Il était énorme et sûr de lui,
avec un gros grain de beauté du côté droit du nez
et un gros cigare bouloigné dans sa bouche molle.
Je me demandais à quel moment
la cendre allait me tomber dessus.
Je répondais poliment à ses invariables questions,
sous le sourire béat et gêné de ma mère.
« Ca fait mal ici ? ».
« On est gentille avec maman ? ».
« Et si je pousse là ? ».
Jusqu'à l'inévitable : « On travaille bien à l'école » ?*

Atelier écriture

Forum 1

Organisation de la première ligne

Patrick Jadoulle, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise

A l'inverse de l'approche spécialisée, nécessairement réductrice pour pouvoir être pointue, les soins de santé de première ligne, ou de proximité, doivent prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé de chaque individu et les replacer dans son histoire pour pouvoir donner la réponse la plus appropriée à une plainte ou à un problème de santé donné. Cette approche globale du patient est forcément complexe, et aborder une telle complexité devient de plus en plus malaisé pour des soignants isolés et dispersés tant les variables à prendre en compte deviennent de plus en plus nombreuses avec l'évolution de notre société et le développement des connaissances, dans le champs médical, social, psychologique, culturel...

Des dynamiques en quête de convergence

Les maisons médicales constituèrent dans notre pays la première tentative de mettre en place des modes de collaboration et d'intégration structurés entre divers soignants de première ligne regroupés autour d'un projet de santé commun et original, mettant en avant la nécessité d'une approche globale et intégrée des problèmes de santé et soucieux de développer la prévention et l'éducation à la santé dans une perspective d'autonomisation des usagers. Né il y a trente ans environ, ce mouvement s'est développé, diversifié et consolidé pour représenter maintenant une soixantaine d'équipes en régions wallonne et bruxelloise.

D'autres soignants se sont aussi organisés localement en groupes plus ou moins formels : groupes d'infirmières à domicile, associations locales

de médecins généralistes, réseaux d'intervenants centrés sur des préoccupations communes comme par exemple la toxicomanie ou les soins palliatifs, etc. La majorité des professionnels de la santé de première ligne restent malgré tout très isolés dans leur travail quotidien même si de plus en plus d'associations les regroupent pour la défense d'intérêts communs, tels que les syndicats professionnels, les forums d'associations, les réseaux de coordination...

Il existe donc manifestement une volonté pour affirmer la spécificité, l'originalité et la nécessité d'une première ligne de dispensation des soins qui se veut proche de la population et porte d'entrée de l'accès aux soins, mais cette dynamique se cherche encore en terme de visibilité politique. On peut faire l'hypothèse que ces attermoissements sont inhérents à l'absence de projet de santé mobilisateur et suffisamment partagé entre tous les acteurs concernés, au-delà des intérêts particuliers et corporatistes qui sont le plus souvent à la base des organisations disparates existantes. Il conviendrait donc, dans un premier temps, de définir un projet de santé publique commun à tous les soignants de première ligne qui prenne d'abord en compte l'intérêt de la population en terme d'amélioration de son état de santé et de qualité humaine et technique du service rendu. Ce n'est que dans un second temps, quand cette volonté aura pu de la sorte s'affirmer et gagner en visibilité et crédibilité auprès de l'opinion publique en général et du monde politique en particulier, qu'un rééquilibrage significatif pourra être opéré entre les moyens financiers dévolus aux différentes lignes de soins par transfert substantiel vers la première ligne.

Pour une approche globale : les unités locales de santé

Pour passer de l'actuelle stratégie plutôt défensive des organisations professionnelles vers cette nouvelle stratégie plus créative, il convient donc de partir de la spécificité de cette première ligne, à savoir l'approche globale des problèmes de santé de la population. Il s'agirait dès lors de regrouper toutes les compétences nécessaires, aujourd'hui souvent dispersées, au sein d'unités locales de santé rassemblant tous les acteurs des soins de santé de première ligne travaillant sur le même quartier, le même village... On y retrouverait les médecins généralistes, les infirmières à domicile, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les aides familiales, les travailleurs de la santé mentale et de la petite enfance, certains travailleurs sociaux..., liste à compléter en fonction des particularités locales. Ceci correspond au premier niveau ou niveau des pratiques tel que l'a défini la ministre Magda Aelvoet dans ses projets de réorganisation de la première ligne débattus depuis début 2000.

La forme que prendrait chaque unité locale de santé serait à déterminer par les acteurs concernés : cela pourrait aller de la simple coordination mensuelle des intervenants jusqu'au centre de santé intégrée comme l'expérimentent les maisons médicales. Il ne s'agirait donc pas de modèles rigides sous l'autorité de telle ou telle institution mais de petites unités pluralistes, interdisciplinaires, gérées par les soignants eux-mêmes, respectueuses de la diversité des pratiques concernées et dont l'objectif serait bien d'améliorer la qualité du travail par une intégration progressive.

Concrètement ces unités locales de santé pourraient être le lieu de la formation continue des soignants, de l'évaluation des pratiques entre pairs, de la mise sur pied de programmes de prévention concertés... mais aussi un instrument d'interpellation des pouvoirs publics quand leur responsabilité est concernée par des enjeux de santé publique. Idéalement une forme de participation de la population devrait être envisagée.

Ces unités locales de santé pourraient se construire à partir de certaines organisations déjà existantes, sous la forme de cercles concentriques en fonction de l'importance quantitative de l'intervention du groupe professionnel considéré dans la population. Ainsi le premier cercle devrait être constitué par les médecins généralistes, déjà souvent regroupés en associations locales : ce sont en effet eux qui parmi les soignants voient la plus grande proportion de la population (80 à 90 % par an), tout comme les pharmaciens qui constitueraient le deuxième cercle. Les troisième et quatrième cercles concerneraient les infirmières à domicile et les kinésithérapeutes, puis viendraient les aides-familiales, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé mentale, les centres de coordination (repas à domicile, télévigilance...). Selon les réalités locales, il faudrait intercaler ou ajouter un autre cercle : dentistes, consultation ONE, centre d'aide aux toxicomanes, planning familial... Selon la priorité ou les besoins du moment, certains cercles se retrouveraient sans que la participation des autres soit nécessaire. On peut ainsi imaginer des recyclages entre pairs stricto sensu mais en de nombreuses occasions l'apport d'autres professionnels pourrait s'avérer bénéfique : mise à jour des connaissances dans le

traitement des ulcères cutanés entre médecins, pharmaciens et infirmières, mise en place d'une école du dos entre médecins et kinésithérapeutes, organisation d'une campagne de prévention de la maltraitance familiale avec tous les acteurs... Un équilibre serait donc à trouver entre les moments de coordination mono-disciplinaire, paucidisciplinaire et multidisciplinaire.

Ces unités locales de santé pourraient se fédérer par étages successifs : commune, arrondissement, région... (cfr. les deuxième et troisième niveaux du projet de la ministre Aelvoet) de manière à permettre des recueils de données ou des programmes d'action communs (en matière de dépistage par exemple) et donc des évaluations intéressantes en terme de santé publique, mais aussi des interpellations consistantes et étayées envers les pouvoirs publics.

Il va sans dire qu'une telle structuration ne pourra se réaliser sans un financement adéquat de la part des pouvoirs publics pour assurer l'encadrement logistique indispensable (locaux, secrétariat, matériel informatique...) et rémunérer les heures de coordination et de formation des intervenants. Ce financement trouverait une part de sa légitimité économique de par le fait, démontré par la pratique des maisons médicales, qu'une meilleure intégration permet des économies considérables pour l'assurance maladie tout en optimisant l'accessibilité aux soins.

Des opportunités politiques existent pour le moment, tout comme des ouvertures dans certains champs professionnels : serons-nous capables de les saisir ? ●



Les réformes de structures en vue de constituer la première ligne comme un partenaire à part entière, organisé et cohérent

Pierre Drielsma, médecin généraliste à Bautista Van Schowen

Nous allons traiter de toutes les réformes en cours en Belgique et de leur hypothétique aboutissement. Pour la simplicité, nous partirons des différents niveaux de pouvoirs en commençant par ceux qui ont la plus grande étendue démographique et en terminant par ceux qui ont la plus petite. Cependant certains dossiers traversent les niveaux de pouvoirs !

Pouvoir fédéral

Ministère de la Santé publique

Le ministère de la Santé publique fédéral a trois fers au feu qui correspondent à trois niveaux concentriques de structuration de la première ligne :

1. Un niveau de pratique qui prévoit cinq modes : solo, groupe mono disciplinaire, réseau décentralisé, équipe pluridisciplinaire centralisée, équipe « protocolée ».
2. Un niveau local structuré autour du cercle local de médecins généralistes, avec pour fonctions principales :

l'organisation de la garde, l'interface avec les patients, l'interface avec les pouvoirs locaux, la coordination de la formation continuée.

3. Un niveau supra-local (district), interface avec l'hôpital, un lieu de concertation multidisciplinaire de mise en œuvre des politiques de santé.

On observera en particulier que des critères généraux de qualité de la garde seront définis ce qui aura un impact sur les autres niveaux de réflexions autour de la garde.

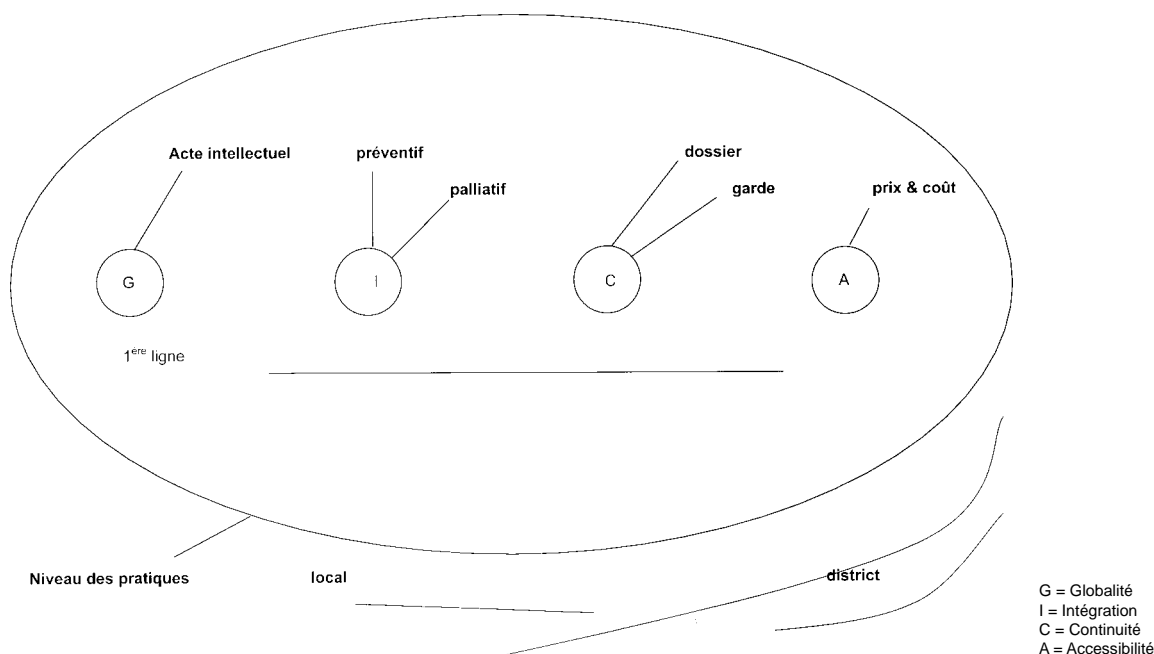
On suivra avec intérêt la définition et l'agrément de psychologue clinicien, qui devrait déboucher à terme sur un remboursement. Dans ce cas le psychologue deviendra une des fonctions INAMI.

Le ministère de la Santé publique envisage également la reconnaissance et la prise en charge de la fonction de conseiller psychosocial (traduction libre de *counselor*) qui pourrait aussi s'intégrer dans les pratiques de groupes.

Ministère des Affaires sociales

Les réformes se font surtout via l'INAMI qui a :

- constitué un groupe de travail autour de la garde. De ce côté, on travaille tant à la Commission technique médicale que dans une commission ad hoc ; l'on se dirige vers un honoraire de disponibilité pur indépendant du nombre d'actes ; les actes eux-mêmes seraient revalorisés en particulier pour la visite de nuit, très problématique.
- constitué un groupe de travail autour du dossier médical (principes et informatique). Le contenu est déjà défini dans l'arrêté finançant le dossier médical global.
- proposé une revalorisation de l'acte intellectuel (versus technique).
- créé et développé la Cellule nationale de promotion de la qualité, on en attend un impact positif sur l'efficacité des Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMs).



- planché sur la récolte et la transmission des données (en lien avec le dossier médical global et la Cellule nationale de promotion de la qualité).
- stimulé la maîtrise de la dépense pharmaceutique ; plusieurs stratégies parallèles sont en cours : conférence de consensus, pression sur les médecins généralistes pour qu'ils prescrivent des génériques, et stimulation (matérielle) à des choix de molécules moins chères (via par exemple le prix de référence).
- stimulé les règles de bonnes pratiques, par la multiplication des conférences de consensus.
- pris en compte financièrement le projet de reconnaissance des cercles locaux de médecins généralistes ; il s'agit là d'une demande qui vient surtout de la profession, et qui avancerait en échange de la prise en charge de la garde de médecins généralistes par les cercles. Par ailleurs, une structuration des cercles locaux pourrait être une première étape vers un modèle plus intégré des soins.
- envisagé (?) une réforme de structure¹ de l'INAMI : actuellement, il existe une grande redondance d'instances à l'INAMI et à la santé publique qui s'occupent de la même chose (par exemple dossier médical global, garde, etc.). Cela nécessite une flopée de délégués ce qui rend la représentation difficile tant quantitativement que qualitativement et rend aléatoire l'occupation du terrain.

Enfin *last but not least*, une recherche ciblée devrait nous conduire à une réforme du forfait dans laquelle il serait théoriquement possible d'inclure les fonctions hors INAMI en particulier les assistants sociaux.

Communauté française

La Communauté française chargée de la promotion de la santé coopère avec les autres niveaux de pouvoir pour faire aboutir :

- le projet de dépistage du cancer du sein par la mammographie. Ce projet est contesté par les radiologues qui y voient un manque à gagner.
- le projet d'examen préventif cardiovasculaire (mesure du glucose sanguin, cholestérol, pression artérielle après quarante-cinq ans). Un tel projet concentre trois mesures pertinentes de médecine générale qui ont une excellente efficacité.

Région wallonne

Associations de santé intégrée : si la législation sur les associations de santé intégrée a le mérite d'exister, on peut soit la circonscrire à des groupes très organisés, centralisés sur un lieu de travail, soit l'étendre à quasi tous regroupements de praticiens ; dans ce cas une législation spécifique pour les équipes pluridisciplinaires intégrées devrait être élaborée, en partant de la classification de la ministre Magda Aelvoet.

Dans le cadre du décret associations de santé intégrée, la question du financement direct de l'accueil par la Région² est clairement posé.

Au niveau des pratiques et regroupements : de nombreuses mesures définies par la santé publique devront être prises en harmonie avec les régions pour des raisons de partage de compétences en Belgique fédéralisée.

En Région bruxelloise, les enjeux sont *mutatis mutandis* les mêmes que du côté wallon ; cependant à Bruxelles, la commission d'agrément n'est pas installée. Deux possibilités existent : soit cette commission est intégrée à une grande commission de l'ambulatorio subventionné, soit le décret sera modifié.

Remarques : Même si le résumé ci-dessus semble focalisé sur la médecine générale, il ne faut pas croire que les autres professions sont

oubliées. Ce choix politique, d'ailleurs contesté par de nombreuses structures segmentaires ou uni-disciplinaires, est très cohérent : il part du fait que 95 % de la population affirme avoir un médecin généraliste (enquête de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie, 1998) et que chaque année 80 % de cette population est vue au moins une fois en médecine générale. Magda Aelvoet compte bien broder un motif pluridisciplinaire autour du volet médecine générale qui servira de point d'ancrage à tout le dispositif.

Pour les infirmières, on observera que les Affaires sociales concoctent un projet de subvention forfaitaire pour les services d'infirmières salariées. Il s'agit probablement d'une option pour éviter la faillite d'institutions déstabilisées par l'accord du non-marchand. La question reste ouverte de savoir si de petites structures pourront bénéficier de ce forfait.

Pour la kinésithérapie : depuis l'arrêté 78, on attend une meilleure application de l'agrément ; en particulier la question de la garde de kinésithérapie est pendante. ●

(1) C'est en tous les cas une demande du Cartel.

(2) A l'instar de la Région bruxelloise.

Rapporteur :

Myriam Provost, médecin généraliste à la maison médicale du Nord.

Animateur :

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée Bautista Van Schowen.

Intervenants : Yves Delforges, médecin généraliste, Forum des associations de médecins généralistes et Jan De Maeseneer, médecin généraliste, professeur à la Rijksuniversiteit van Gent.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Jean-Marc Bouttefeux, médecin généraliste, Dominique Braeckman, députée bruxelloise, M. De Bloudts, Ligue bruxelloise de santé mentale, Ri De Ridder, cabinet du ministre Frank Vandebroeck, Geert Goderi, Fédération des centre de soins à domicile, Isaline Greindl, Société scientifique de médecine générale, N. Gruselin, Martine Laloux, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Vincent Litt, Société scientifique de médecine générale, Olivier Mariage, cabinet du ministre Detienne, Andrée Poquet, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Hugues Reyniers, ministère de la Région wallonne, Jean-Marc Trovarelli, Herman Van Loon, représentant du ministre Detienne, Patrick Verhaegen, Aide et soins à domicile du Brabant wallon, Sow Abdoulaye, Fraternité médicale-Guinée.

● **La position des médecins généralistes selon le Forum des associations de médecins généralistes**

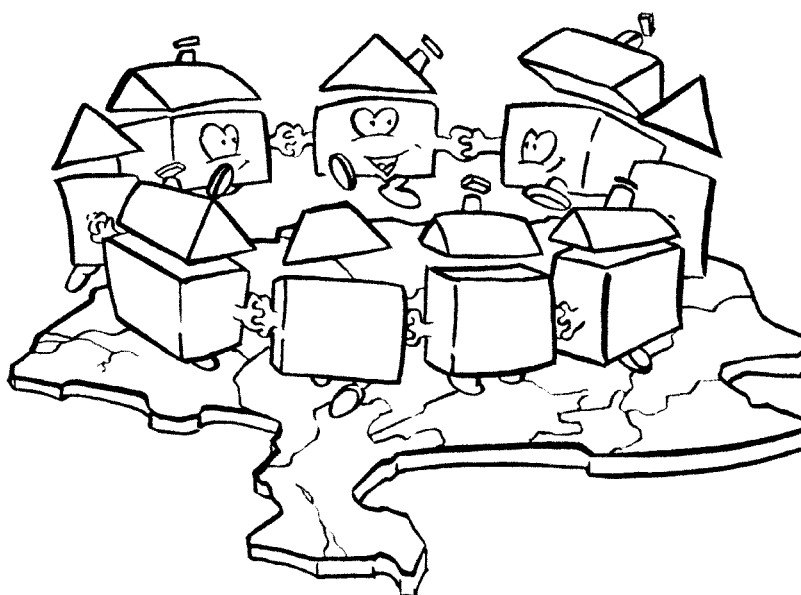
Premier orateur, le docteur Yves Delforges, médecin généraliste représentant du Forum des associations de médecins généralistes (FAG), expose la position des médecins généralistes à ce stade de réflexion sur l'organisation de la première ligne, en collaboration avec le cabinet du ministre Thierry Detienne, ministre de l'Action sociale et de la Santé du Gouvernement wallon.

et les modalités des structures de coordination de soins qui vont se mettre en place et financement suffisant pour la fonction de communication ;

5. financement des acteurs de terrain qui s'investissent dans l'organisation de cette première ligne.

Les missions principales de cette structuration sont :

1. représentation locale et loco-régionale ;
2. responsabilité d'une garde 24h/24h. Les associations seraient responsables de l'organisation et du



Cinq conditions préalables à la structuration de la première ligne sont émises par les médecins généralistes :

1. reconnaissance des associations locales existantes de médecins généralistes ;
2. information et concertation permanente avec le Forum des associations de médecins généralistes et les syndicats médicaux ;
3. financement de la concertation multidisciplinaire au lit du malade ;
4. établissement d'une communication avec les prestataires sur les buts

bon fonctionnement de cette garde qui se différencie d'une garde d'urgence pour laquelle existe le SAMU ;

3. promotion et partenariat des coordinations de soins à domicile ;
4. participation à l'organisation de la coordination des soins à domicile.

Structure proposée :

- une seule structure par entité géographique ;
- incluant tous les médecins de l'entité ;
- constituée en asbl ;
- respect des minorités ;

- pas de quota minimal de médecins généralistes pour la reconnaissance de l'association existante.

Quels moyens pour ces structures ?
Le budget devra permettre d'assurer :

- le secrétariat ;
- le paiement de la coordination au lit du malade ;
- un honoraire forfaitaire de garde pour l'astreinte et une revalorisation des honoraires de garde.

Le Forum des associations de médecins généralistes est très intéressé par l'opportunité politique de reconnaissance et de changement et exige que tout se fasse en concertation en donnant un délai raisonnable pour que chaque association puisse adhérer au projet.

● **Sortir la médecine générale de son immeuble privé**

Jan De Maeseneer, médecin généraliste, professeur à l'université de Gent prend ensuite la parole pour exprimer la volonté politique de rendre la première ligne visible et mieux structurée. Il met en lumière la nécessité de cette structuration à l'aide de deux exemples : le dossier médical global et les difficultés de collaboration entre acteurs de santé.

Le dossier médical global qui vient d'entrer en vigueur consacre le lien entre le médecin généraliste et son patient. Pour rappel, cette procédure permet aux patients de plus de cinquante ans de demander au médecin de leur choix de gérer leur dossier médical, c'est-à-dire de centraliser et de faire la synthèse des données médicales le concernant. L'adhésion à ce système est stimulée par un incitant financier : le médecin perçoit de son patient un honoraire de cinq cent treize francs (intégralement remboursé par la mutuelle) et le patient bénéficiera d'un meilleur remboursement de ses consultations

(baisse de 30 % du ticket modérateur), quel que soit le généraliste qu'il consulte. Ce lien contractuel est renouvelable d'année en année.

Dans la pratique, le dossier médical global n'a de sens que si le patient s'adresse toujours au même généraliste, ce qu'il n'est pas tenu de faire (à l'exception relative des patients inscrits dans une maison médicale au forfait : le patient reste libre de consulter ailleurs, mais ne sera pas remboursé de ses frais). Ce système, dans sa forme actuelle, n'exclut donc pas le shopping médical. Il faut poursuivre la réflexion vers l'établissement d'un lien exclusif entre le patient et son généraliste, c'est-à-dire vers l'inscription et l'échelonnement.

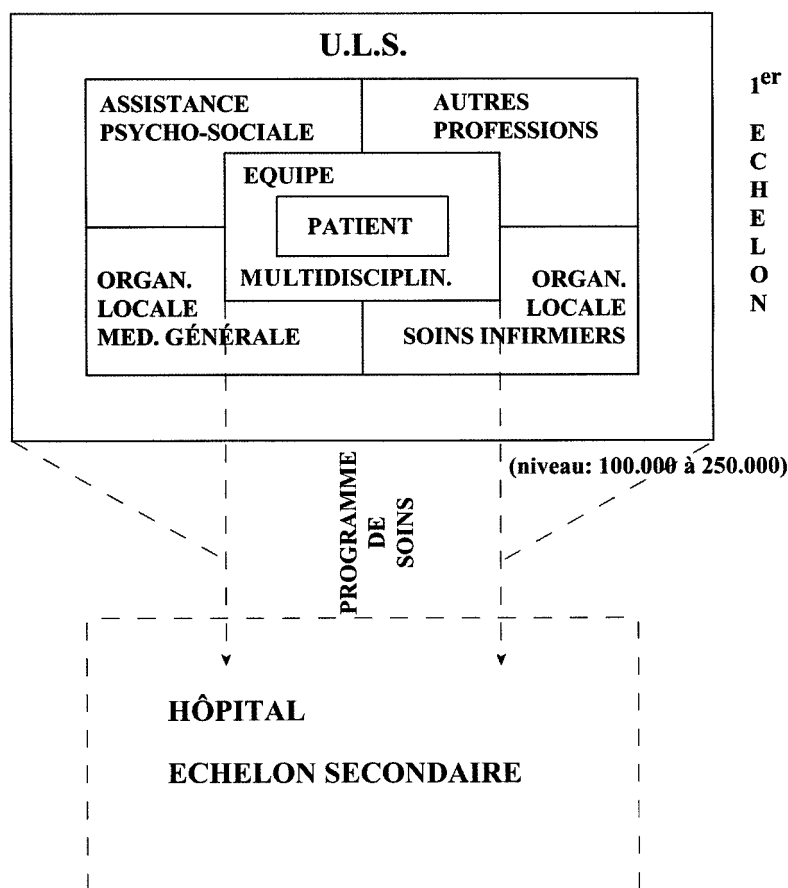
La structuration de la première ligne devrait aussi permettre une meilleure

collaboration entre acteurs de santé. Dans le champ curatif, le besoin de collaboration avec les infirmier(e)s à domicile relève de l'évidence. De même avec les pharmaciens, notamment en ce qui concerne la communication avec les patients.

Le champ de la prévention souffre aussi du manque de collaboration. En Flandre, il règne une concurrence entre l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) et les généralistes ; or il y a complémentarité entre eux, surtout pour les populations défavorisées.

Dans le domaine social, la dispersion des services, tels que justice, CPAS et mutuelles nuit à une bonne organisation des soins : il y a là un terrain à réorganiser.

Les structures de type unité locale de santé seront utiles pour la prise en



charge de 10 à 15 % des problèmes. En effet, près de 90 % des problèmes ne requièrent aucune structuration spéciale. Il faut donc bien définir les situations qui l'exigent. Ces unités locales de santé devraient concerner quinze à vingt-cinq mille habitants pour la coordination « opérationnelle », contrairement à la coordination « structurelle » (projet Aelvoet) qui elle concerne cent mille habitants. Un modèle territorial est à privilégier. Il doit être pluraliste ce qui suppose de briser la polarisation actuelle. Il devra envisager aussi la subsidiarité des services ; par exemple : les toilettes des patients peuvent être faites par des travailleurs autres que des infirmier(e)s.

La médecine générale doit sortir de l'immeuble privé du médecin généraliste. Pour ce faire, il y a à proposer une attraction fiscale, juridique et structurelle indispensable quand on sait que s'annonce une pénurie de médecins généralistes. Un montant de dix milliards est avancé. Si on ne donne pas les moyens à la médecine générale, il ne lui sera plus possible de réaliser les tâches qu'on lui demande.

Un financement mixte, au forfait et à l'acte pour des actes techniques, semble une solution d'avenir.

L'orateur souligne encore la nécessité d'un échelonnement qui rencontre plus d'adhésion au Nord qu'au Sud du pays...

Il se montre enthousiaste pour cette période riche d'opportunités de changement mais pointe le risque de « super-structuralisation ».

● Débat

A la suite de ces exposés, le débat a porté sur le souhait, tant du politique « fédéral » que du Forum des associations de médecins généralistes, de dépasser les clivages confessionnels pour les services de soins à domicile. La qualité des soins est

identique pour tous et le recrutement du personnel ne tient plus compte de l'appartenance à un parti ou une mutuelle. Pour les médecins généralistes, cette multiplicité de services rend la collaboration difficile, d'autant plus qu'il n'y ont pas de place actuellement.

Le cabinet Detienne, représenté par Brigitte Boland, est prêt à encourager de nouvelles formules de coordination tout en rappelant l'obligation de légiférer pour subsidier.

Le financement des unités locales de santé devra provenir d'un transfert de fonds à partir des soins spécialisés et des services lourds technocratiques. Il se joue là une véritable course de vitesse : si la coordination de la première ligne traîne ou s'enlise, la deuxième ligne l'organisera à sa place...

La dénomination unité locale de santé est bien perçue car elle fait référence à la santé et pas seulement aux soins. Elle inclut donc des notions telles que prévention, environnement, etc. L'idée séduit car les unités locales de santé augmenteront la visibilité de la première ligne, seront un interlocuteur vis-à-vis de la deuxième ligne, auront un poids politique au niveau local et permettront une cohérence et une efficacité dans la coordination des soins. Il s'agirait à la fois d'une structure d'intervention et de réflexion.

Herman Van Loon, attaché au cabinet de la ministre Aelvoet, rappelle les trois niveaux des unités locales de santé. Après concertation avec les médecins généralistes, le cabinet proposera prochainement un protocole d'agrégation des associations locales de médecins généralistes. Ce projet doit être porté par les prestataires et exige une position confiante, « vulnérable » et non frileuse de leur part car l'occasion de structurer la première ligne est probablement unique.

Des participants infirmier(e)s font

remarquer la difficulté de leur représentation au sein de cette future structure unité locale de santé. Tant à la Centrale des soins à domicile (CSD) qu'à l'Association des soins à domicile (ASD), les travailleurs ne peuvent se représenter eux-mêmes. Il en va de même pour les aides familiales.

● Quelques pistes pour conclure

1. il faut profiter de l'opportunité unique d'une structuration de la première ligne ;
2. et aller vers une articulation après concertation entre partenaires reconnus dans leur spécificité ;
3. Les partenaires doivent construire leur représentation ;
4. adoptons une attitude de « vulnérabilité » (selon le terme proposé par H. Van Loon). ●

introduction

*Une ruche – une ruche qui viendrait de se renverser.
Tout le monde court dans tous les sens.
J'entends rire.
Ces rires sont couverts par des pleurs d'enfants.
Des sonneries de téléphone, des portents qui claquent.
Un médecin me pose une question à propos d'une visite chez une patiente.
Je ne sais pas répondre, je ne connais pas la patiente, je travaille ici depuis deux jours.
Voilà un type avec de la mousse aux commissures des lèvres.
Il n'a pas l'air bien.
Il veut être vu tout de suite, dans le quart d'heure.
J'essaie de joindre Pascal chez un patient.
Il a oublié son bip et je ne trouve pas le rapport du médecin conseil
qu'il a promis de préparer pour M^{me} Judith qui est plantée devant moi,
juste à côté du type qui mousse et qui commence à piquer du nez.
Je téléphone pour trouver Pascal chez un autre patient.
On décroche.
Je me présente et demande si le D^r est déjà passé.
La patiente me répond « non », suivi d'un grand sanglot.
Elle commence à me raconter les dix dernières années de sa vie.
La kiné devant moi me fait des grands gestes :
« où est passé le gros tapis vert en mousse ? »
Je mets la main sur le micro du téléphone et je lui réponds :
« J'en sais rien, je suis ici depuis deux jours ».*

Atelier écriture

Forum 2

Santé communautaire : rôle des professionnels de santé

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales

La santé communautaire est encore un concept et une stratégie faiblement développés en Belgique, même si ces dix dernières années, elle a acquis droit de cité sur le plan « légistique », sur le plan scientifique et sur le plan des programmes d'action et des pratiques de terrain.

Depuis 1997, un décret de la Communauté française développe le concept de promotion de la santé et dans ce cadre, évoque l'action communautaire comme une des stratégies pour l'amélioration de la qualité de la vie et du bien-être des populations. Sur le plan scientifique, plusieurs travaux ont été publiés sur la définition du concept et des méthodes d'approche communautaire. Des programmes ont été développés sur le terrain, particulièrement à partir de la question de la santé dans les quartiers défavorisés ou en crise mais aussi autour de thématiques particulières comme les accidents domestiques ou les risques cardio-vasculaires. Les points d'ancrage majeurs de ces démarches reposent sur des analyses de besoins et de ressources locaux, sur la concertation et la participation d'un maximum d'acteurs concernés par les problématiques, et sur l'approche intersectorielle. Habitants, professionnels et pouvoirs publics sont interpellés dans cette dynamique qui n'est pas sans interroger le fonctionnement cloisonné des institutions et mettre le doigt sur l'hiatus entre les citoyens et leur représentant dans des processus démocratiques.

Le concept de « santé communautaire » a évolué vers la notion de « pratique communautaire dans le champ de la santé » pour des raisons en partie liées à la traduction de l'équivalent anglo-saxon (*health-community*) mais surtout parce que l'approche communautaire n'est évidemment pas l'apanage de la santé.

La pratique s'est fort développée dans les dynamiques de développement en Amérique latine et en particulier dans le domaine de l'éducation ; presque aux antipodes, le communautaire a pris une place importante pour combler les déficits des politiques publiques sociales comme aux États-Unis.

L'approche communautaire est d'ailleurs explicitement inscrite comme mission pour des secteurs comme l'éducation permanente, l'action en milieu ouvert ou les centres d'action sociale globale.

C'est plus récemment que le secteur de la santé, notamment à partir de la publication de la charte d'Ottawa, a proposé l'action communautaire comme une des stratégies de promotion de la santé. Rencontrer les facteurs déterminants de la santé et améliorer la qualité de la vie impliquent bien évidemment des approches pluri-stratégiques, qui permettent d'intervenir au plan des individus et au plan de l'environnement socio-politique.

Les accents significatifs de l'approche communautaire tiennent à la fois à la nature et aux dynamiques des acteurs concernés par le processus d'intervention ; les acteurs identifiés sont tout à la fois les professionnels, la population concernée par le problème et les décideurs administratifs et politiques. La participation de chacun d'eux est sollicitée et requise ; l'analyse des problèmes est pluridisciplinaire et les interventions nécessitent régulièrement la mobilisation de plusieurs secteurs d'activités de la vie sociale.

Rapidement ces processus s'inscrivent dans les rapports de forces et enjeux des dynamiques sociales et politiques ; l'action politique elle-même devient alors potentiellement un levier de promotion de la santé.

Dès lors qu'elles ont une lecture globale des problématiques de santé, les maisons médicales ont été amenées à initier, participer, être sollicitées par des approches communautaires de la santé ; on pourrait dresser l'inventaire de cette insertion des maisons médicales dans les dynamiques locales.

Les décrets qui réglementent le secteur attribuent d'ailleurs aux maisons médicales cette mission « de développement de programmes de santé communautaire en collaboration avec les réseaux locaux ».

Si dans les motivations à créer les premières maisons médicales, la dimension politique du travail médical était clairement mise en avant (la santé est une affaire politique ; il faut changer les conditions sociales pour espérer améliorer la santé des gens), aujourd'hui faut-il voir dans l'insertion des maisons médicales dans les démarches communautaires une façon de dire la même chose autrement : l'action sur les déterminants sociaux de la santé est un élément essentiel, prioritaire de promotion de la santé et d'amélioration de la qualité de la vie, pour être ou ne pas être en bonne santé. Une démarche sociologique plutôt que politique ? ●

Des missions de santé communautaire dans les textes législatifs à la citoyenneté

Thierry Lahaye, responsable du secteur santé à l'administration de la Commission communautaire française.

Je me réjouis que les organisateurs aient invité un représentant du service santé de l'administration de la Commission communautaire française. Je voudrais insister sur le terme « administration ». Je suis fonctionnaire, cela veut dire concrètement que j'exécute comme mes collègues les décisions prises par le collège de la Commission communautaire française. Mon intervention n'engage donc en rien le Ministre de la santé dans le choix de sa politique.

Ceci étant dit, rentrons dans le vif du sujet. La Fédération des maisons médicales m'a demandé de vous parler « des missions de santé communautaire dans les textes législatifs, quelles places pour les professionnels de santé dans les démarches de santé communautaire ». Je voudrais cependant élargir le débat et aborder le thème de la citoyenneté et la santé.

La législation sanitaire

Je commencerai par vous parler des missions de santé communautaire dans les textes législatifs de la Commission communautaire française. Comme le rappelait en 1998, l'ancien directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, Hiroshi Nakajima, « la législation sanitaire est l'expression et la concrétisation juridiques des politiques de santé et elle fournit aux gouvernements un cadre réglementaire pour leur mise en œuvre ».

La législation sanitaire, la santé publique et la politique en matière de santé constituent un tout inextricable

et interactif. D'un côté, la politique de santé adoptée par les gouvernements détermine le caractère et le contenu des lois, et arrêtés. De l'autre, la législation sanitaire, c'est-à-dire les lois - décrets pour la Commission communautaire française - et les arrêtés façonnent la manière dont la politique en matière de santé est traduite en programmes et services de santé. L'intérêt de la santé publique est fondamental pour la création à la fois d'une politique en matière de santé et d'une législation sanitaire.

Prenons un exemple : la lutte contre le tabagisme qui sera un des thèmes de la 54^{ème} Assemblée mondiale de la santé, la semaine prochaine à Genève. Un gouvernement, dès lors qu'il adopte une politique visant à protéger la population contre les méfaits du tabac, peut promulguer différents types de législation, restreignant la publicité en faveur du tabac, interdisant de fumer dans les lieux publics, etc. La législation, à son tour, apporte les fondements, les pouvoirs et le financement aux programmes et services dans leur lutte contre le tabagisme. Sous-jacentes à ce processus, les preuves épidémiologiques et cliniques fournies par la santé publique assurent le fondement scientifique nécessaire à l'élaboration de la politique et à la promulgation de la législation.

La législation exprime donc la volonté politique du gouvernement et de ce fait constitue le cadre juridique dans lequel s'inscrit la politique en matière de santé. Examinons maintenant la politique santé de la Commission communautaire française par rapport à la santé communautaire.

Commençons tout d'abord par définir le terme « santé communautaire ». Exercice difficile, car il existe de nombreuses définitions. Je retiendrai la définition suivante :

« La santé communautaire, c'est un ensemble de pratiques qui reposent :

- sur une base collective communautaire locale que ce soit à caractère géographique ou institutionnel (village, commune, quartier, école...);
- sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités qui implique la population et qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité (comme les réseaux de solidarité, les micro-réalisations...);
- sur la participation de tous : spécialistes professionnels, politiques, habitants. Participation autant représentative que directe ».

On peut dire qu'il est possible de travailler dans le domaine de la santé publique indépendamment des soucis et des recommandations de la population. Par contre, on ne peut faire de la santé communautaire sans que la population ne participe à l'analyse des problèmes et ne comprenne et ne participe à la démarche qui mène aux actions.

Voyons maintenant si la santé communautaire figure parmi les priorités du collège de la Commission communautaire française. Pour ce faire, examinons le programme justificatif des dépenses du budget de la Commission communautaire française.

Si le terme « santé communautaire » n'apparaît pas de façon explicite dans

les objectifs de la politique santé de la Commission communautaire française, il est dit que la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé et les principes contenus dans la charte d'Ottawa guident l'action de la Commission communautaire française dans le domaine de la santé. Pour rappel la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé s'articule autour de cinq axes :

- la participation active de la population à toutes les étapes de l'élaboration, de la planification et de la réalisation des actions ;
- l'acquisition et le perfectionnement par la population d'aptitudes individuelles et collectives favorisant un état de bien-être ;
- l'élaboration de politiques publiques saines ;
- la création de milieux favorables à la santé ;
- la réorientation des services de santé vers des activités de promotion de la santé.

La promotion de la santé qui est un des axes de la politique santé de la Commission communautaire française s'appuie donc sur la participation de la population. Celle-ci recouvre deux dimensions :

- une dimension citoyenne : la participation des habitants à la définition des problèmes et aux choix des priorités renforce la démocratie locale ;
- une dimension d'action sur la santé : le fait de participer devient facteur d'amélioration de la santé.

C'est sur cette base que la Commission communautaire française

soutient une série d'initiatives qui vise – je cite : « à favoriser la participation des individus à prendre en charge leur propre santé et leur propre bien-être en développant leur capacité de concourir à leur propre développement. »

A titre indicatif, sont subventionnées des initiatives comme le projet santé communautaire sur le quartier de Cureghem par l'asbl Les Pissenlits, le projet de maisons communautaires de l'asbl Rapa – Autre Lieu, etc. Soulignons également que le projet Bruxelles Ville-santé aura pour thème central la participation des habitants. Ce projet devrait être opérationnel dans les prochaines semaines.

Lors du premier ajustement budgétaire 2001, il sera proposé de créer un nouvel article intitulé « Fonds de participation des habitants ». Ce fonds devrait permettre de soutenir des projets d'habitants organisés en associations ou non. La création de cette nouvelle allocation de base devrait permettre de répondre très rapidement et de manière souple à des micro-initiatives qui sont essentielles pour le développement du bien-être et la qualité de la vie sociale.

Les différents projets que je viens d'énumérer sont subventionnés comme de simples initiatives sans textes législatifs comme un décret par exemple. Ils sont renouvelés chaque année. Cette situation peut engendrer des problèmes administratifs et financiers pour les associations. Il serait opportun qu'une série d'initiatives récurrentes aient un cadre légal. Les associations pourraient alors bénéficier d'un agrément de cinq ans.

A côté des initiatives subventionnées sans textes légaux, la Commission communautaire française soutient via des décrets et arrêtés d'application, les services de santé mentale, les services actifs en matière de toxicomanies, les centres de coordination de soins à domicile, les centres de coordination de soins palliatifs, les centres de Télé-Accueil.

Collectivité : ensemble de personnes qui ont des interactions entre elles, basées sur des idéaux ou des intérêts communs mais qui ne partagent pas nécessairement une vie commune.

Communauté : ensemble de personnes entre lesquelles existent des interactions, des collaborations et des relations d'entraide sur la base préalable d'intérêts communs, débouchant sur des actions communes. Elle serait un espace de vie caractérisée par un haut degré de cohésion sociale et dont les bases comportent une situation géographique et un sentiment d'appartenance.

Et les maisons médicales ? Comme vous le savez, la Communauté française a voté en 1993 un décret relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée. La Commission communautaire française n'a à ce jour pas pris d'arrêté d'application. Les vingt-cinq maisons médicales sont aujourd'hui subventionnées comme de simples initiatives. Cette situation devrait

cependant changer avant la fin de la législature prévue en 2004, par le vote d'un décret.

Le décret de la Communauté française de 1993 prévoit de manière explicite que les maisons médicales doivent, entre autre, assurer des fonctions de santé communautaires c'est-à-dire développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psychomédico-social et créer des conditions de participation active de la population à la promotion de la santé. Cette mission de santé communautaire figure dans les arrêtés d'initiatives pris chaque année pour subventionner les maisons médicales. Pour connaître les projets de santé communautaire, je vous renvoie à la plaquette de la Commission communautaire française sur les maisons médicales.

Que se passe-t-il dans les autres secteurs agréés dans le domaine de la santé par la Commission communautaire française ? Le terme santé communautaire n'apparaît pas dans les autres législations. Cela veut-il dire

que des projets ne sont pas reconnus et subventionnés ? Non !

A titre indicatif, le décret de la Commission communautaire française de 1995 relatif à l'agrément et au subventionnement des services de santé mentale prévoit que ceux-ci peuvent développer, à côté des missions générales que sont l'accueil, le diagnostic, le traitement psychiatrique, psychothérapeutique et psychosocial, la prévention, des missions facultatives qui doivent être définies à partir des besoins de la population et des particularités des territoires desservis par le service. C'est dans ce cadre que des projets de santé mentale communautaire sont financés. Je pense particulièrement aux projets de la Gerbe et du Méridien.

La capacitation citoyenne

Je voudrais vous parler maintenant des difficultés rencontrées par les individus et les communautés à participer au divers stade de la mise en œuvre des actions.

Il ne saurait y avoir de participation réelle sans accès à l'information et surtout sans formation. La formation des membres de la communauté est en effet importante si l'on veut éviter qu'ils se fassent manipuler. La formation doit être organisée de façon de permettre aux individus ou aux communautés d'acquérir des compétences et connaissances nouvelles, des capacités à organiser, à construire et rendre compte d'un projet.

Il nous faut développer ce que le centre d'études et de recherches populaires pour l'action citoyenne appelle « la capacitation citoyenne ». Ce terme barbare vient de l'espagnol et du portugais. La capacitation citoyenne est une démarche qui permet aux gens de renforcer et développer leurs capacités à exercer leur rôle de citoyen. C'est une démarche volontaire de chaque personne qui désire faire changer quelque chose ; c'est aussi une démarche qui met en mouvement, qui incite à l'action. S'il y a développement des capacités individuelles, elles sont toujours orientées vers une mise en pratique au bénéfice du collectif.

La capacitation évoque l'art et la manière de mobiliser ses ressources créatives, son potentiel, sa culture et ses savoirs pour retrouver du pouvoir sur sa vie et se réappropriier avec d'autres, dans une démarche collective, le contrôle de son environnement. Elle place l'individu au centre de la démarche comme



acteur de sa propre formation et du changement qu'il peut construire avec d'autres par des processus collectifs.

La prise de conscience des différents points de vue des différents groupes d'acteurs est souvent difficile ; cependant, chacun d'entre eux a des attentes et des représentations différentes vis-à-vis des problèmes, des objectifs, des programmes à mettre en place. Les résultats attendus sont aussi très différents suivant les groupes. Mais si on est dans une démarche de promotion de la santé, le principal résultat devrait être la possibilité pour les habitants d'augmenter leur citoyenneté.

Les habitants sont souvent habitués à voir les décisions prises par les professionnels ; manquant de savoir et d'information, ils peuvent se désintéresser de ce champ social et reproduire, dans leurs demandes, les attitudes et les pratiques des professionnels. Et pourtant qui mieux qu'eux peut savoir ce qu'ils vivent, trouver des solutions qui leur conviennent, même s'ils ignorent souvent leurs savoirs, leurs potentialités, qu'un travail de développement accompagné leur permettra de mettre à jour et d'utiliser ?

Une autre question est « Qui participe ? ». En général, il y a au début un petit groupe de participants, souvent appelé « groupe moteur ». L'extension de ce groupe initial doit être un objectif fort. Certains peuvent devenir des « habitants relais ». Le problème est de savoir s'ils passent le relais (un relais est quelque chose de très passif), ou s'ils sont à leur tour des agents de développement, qui permettent aux autres le même type de démarche que celle qui leur a permis d'être eux-mêmes acteurs, entraînant ainsi une extension de la citoyenneté.

Les élus sont dans une démarche habituelle de démocratie représentative, c'est-à-dire qu'ils ont été élus pour s'occuper des affaires de la cité et ils en concluent généralement (un peu vite) qu'ils savent tout ce qui concerne leurs électeurs et leurs préoccupations ou leurs désirs. Et le passage à la parole donnée aux habitants, à la démocratie directe, est souvent difficile pour eux.

Les financeurs attendent des résultats visibles et rapides. Ils sont souvent porteurs de financements *ad-hoc*, et il peut être difficile d'inscrire les projets des habitants dans ce type de financement sans trop les pervertir. Ce que l'on voit aussi souvent, ce sont des accords de principes sur une démarche ascendante et participative. Mais au fur et à mesure que les choses avancent, la situation devient de plus en plus difficile à assumer.

Pour les professionnels, une telle démarche signifie de s'affranchir de leur formation qui était de « faire pour les habitants » pour faire « avec eux ». Cela nécessite à la fois pour eux de se déformer et de se reformer. Il y a dans le même temps certes une perte de pouvoir, mais aussi un changement de rôle extrêmement important : au lieu d'être ceux qui savent, ils deviennent ceux qui accompagnent.

Cette approche est délicate : ils sont en permanence pris entre deux tâches : accompagner, et permettre aux gens d'agir. S'ils accompagnent trop, ils font à la place de gens, s'ils n'accompagnent pas assez, les projets tombent, car il faut qu'ils soient là pour donner une impulsion. C'est un exercice d'équilibre extrêmement difficile. Ils peuvent avoir tendance à refuser (consciemment ou inconsciemment) de partager savoir, savoir-faire et informations et risquent de ne pas repérer les biais liés à leur idéologie

professionnelle ou d'ignorer les effets imprévus ou pervers possibles de ces mêmes actions.

Seuls une formation adaptée, le travail en équipe pluridisciplinaire, le partage des savoirs entre professionnels et avec les non-professionnels, une volonté permanente et obstinée de respecter les attentes, les cultures et le savoir propre des membres de la communauté peuvent limiter les tentations de prise de pouvoir.

L'expert, doit lui aussi, changer son rôle. Il n'est plus celui qui sait, il est celui qui permet aux autres de savoir, qui permet aux autres d'apprendre, qui permet aux autres de créer, et c'est un changement considérable dans l'appui à la citoyenneté.

Pour une autre politique de la ville

Je voudrais pour terminer vous parler brièvement du thème de la citoyenneté et la santé dans le cadre de la politique de la ville.

La politique de la ville est indissociable de la citoyenneté. La démocratie dans nos villes est malmenée. La massification, la distance, l'éloignement des instances de la décision, la complexité de plus en plus croissante de nos institutions, tout contribue à faire des habitants de simples consommateurs de services quand ils ne sont pas devenus des assistés sociaux.

La transformation de la ville ne se décrète pas. Elle se construit au quotidien par l'implication des habitants et du secteur associatif à la conception et à la mise en œuvre de projets, à la conduite d'actions. Il n'y a pas de politique de la ville sans participation des habitants. Ils sont en effet les principaux acteurs de la ville

en tant que personnes et en tant que groupes organisés par lesquels s'exerce leur citoyenneté.

Un des domaines où se construit la citoyenneté est la santé. Promouvoir la santé dans la ville, c'est permettre aux habitants de développer leurs aptitudes à se prendre en charge, d'assumer un certain nombre de problèmes, de mieux connaître leur potentiel et de s'épanouir.

Tout projet « de ville » ne peut mûrir que sur base d'une citoyenneté active et pas seulement avec l'aide d'une participation plus souvent évoquée que réellement mise en œuvre. L'exercice d'une citoyenneté dynamique implique la volonté et la possibilité d'une large expression des habitants. Ceux-ci doivent être remis au centre des choix et des décisions.

La citoyenneté suppose l'établissement des liens sociaux qui se tissent jour après jour et se renforcent sur un territoire donné et contribuent à forger la ville où les gens vivent ensemble.

Je voudrais clôturer mon intervention par quelques phrases reprises d'un discours d'Enrique Ortiz Flores, secrétaire général d'une association internationale qui s'occupe d'habitat. « Humaniser la ville, c'est bien plus que de construire de larges rues bordées d'arbres, des souterrains, des parcs et des espaces publics. C'est plus que d'offrir un logement pour tous et d'équiper la ville avec de bonnes infrastructures, des bâtiments publics et des transports rapides. Plus que tout, humaniser la ville c'est ouvrir des espaces pour le libre exercice de la liberté et de la créativité, et pour la joie de ses habitants. C'est garantir que ceux qui s'approprient la vie l'imaginent, la vivent, en tirent plaisir et la transforment...

Transformer la ville afin qu'elle soit au service des gens implique de ne

plus faire de l'économie le cœur de l'éthique dominante et de nos concepts urbains actuels. Humaniser la ville c'est la démocratiser, dans le sens le plus large du thème. C'est-à-dire faciliter l'accès pour tous aux biens et aux services produits par la société, en créant les conditions qui donnent la priorité aux plus défavorisés, aux enfants, aux femmes et aux groupes les plus vulnérables de la société tels que les personnes âgées et les handicapés. Cela signifie également de renforcer la démocratie représentative et d'élargir les espaces et les potentialités pour un plein exercice de la démocratie directe. En bref, humaniser la ville c'est construire la citoyenneté en rendant effectifs les droits des habitants et en rendant possible l'exercice de leurs responsabilités... ».

Je vous remercie. ●

Rapporteur :

Isabelle Maréchal, kinésithérapeute à la maison médicale Santé Plurielle.

Animateur :

Martine Bantuelle, présidente de Santé, Communauté, Participation asbl.

Intervenants :

Omar Brix, Mutuelles de France et Thierry Lahaye, service santé de la Commission communautaire française.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Jérôme Backx, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Marlyatou Barry, Fraternité médicale-Guinée, Céline Claude, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Carmen De Filipis, Cultures et santé, Denise Deliege, Ecole de santé publique de l'université catholique de Louvain, Suzanne Dubois, Carine Lafontaine, Apes ULg, Christian Massot, Observatoire de santé en Hainaut, F. Messens, Ligue bruxelloise de santé mentale, Michel Pettiaux, Fondation contre les affections respiratoires et éducation à la santé, Bruno Vankelegom, Forest Quartier Santé.

Définir la santé communautaire n'est pas simple. Pour fixer les idées, nous nous sommes référés à la définition proposée dans Santé conjuguee¹ :

« La santé communautaire est une pratique ou une méthode qui repose sur les principes de décloisonnement, de l'implication de la population dans l'identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s'adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l'ensemble du processus ».

Nous avons alors fait un tour de table afin de voir concrètement comment ce concept était mis en action dans les différentes maisons médicales.

Expérience

Certaines reconnaissaient n'en avoir aucune expérience, ce qui rejoignait la remarque d'un étudiant infirmier déplorant la difficulté à trouver des places pour réaliser un stage en santé communautaire (spécialité récente). Si pour ces maisons médicales, l'activité se concentre sur le curatif, le dépistage et la prévention, le désir de dépasser ces limites n'est pas absent, mais freiné par le manque de temps et d'outils.

Au cœur de Bruxelles, la maison médicale des Riches Claires est fréquentée par une population d'immigrés et de réfugiés politiques de tous les continents. « La santé communautaire est importante sur le terrain, c'est une autre façon d'aborder la santé ». Dans le quartier, les patients se rassemblent et parlent de leurs problèmes avec des personnes relais. La maison médicale travaille en réseau avec le centre de santé mentale, la maison d'accueil, le planning... Chaque intervenant se rend compte que seul, il n'y arrive pas, qu'il faut aller vers l'extérieur et se grouper pour prendre le problème de la santé dans

sa globalité. L'impression prévaut que le forfait permettrait d'en faire davantage.

A la maison médicale Tournesol de Flémalle, on est d'un autre avis : même avec le forfait, on n'a pas le temps. Le travail curatif passe avant celui en réseau, ce qui ne les empêche néanmoins pas de créer des relais au sein de la commune, avec le CPAS ou l'ONE, ou encore de travailler sur des sujets comme la violence, le logement ou d'autres facteurs qui peuvent influencer la santé dans la population de la maison médicale, ce en quoi ils sont aidés par la formation en santé communautaire des infirmiers présents.

A Forest, Quartier santé est une maison de quartier où l'approche communautaire est souvent développée en même temps que le travail médical.

La maison médicale du Maelbeek développe un projet d'accueil des Guinéens. Madame Barry témoigne de son travail dans un centre de santé en Guinée où des agents de santé communautaire ont été installés dans une optique de décentralisation : les hôpitaux sont inaccessibles pour les habitants, il faut favoriser la participation de la population.

Omar Brix observe une différence entre les pays en voie de développement et les pays industrialisés. Dans les premiers, la tentative de l'Organisation mondiale de la santé de créer des agents de santé communautaire n'a pas été à la hauteur des espérances, en raison - entre autres - d'une formation trop rapide et incomplète des agents. Les problèmes de santé continuent à se régler entre professionnels.

Thierry Lahaye se demande en quoi l'action des maisons médicales est spécifique : d'autres centres de soins revendiquent, sous les mêmes critères

(1) Santé conjuguee n°4, Susciter la santé communautaire, avril 98.

de qualité, des subsides à la Commission communautaire française. Une tentative de réponse réfère à des critères de qualités : l'importance accordée à une approche globale, à l'intégration, à l'accessibilité, à la qualité. Mais surtout, l'interdisciplinarité paraît une des spécificités majeures et permet de dépasser un travail « en parallèle » : les travailleurs se réunissent, échangent leurs savoirs lors de réunions d'équipe et au quotidien, partagent un dossier commun. Les comités de patients sont également une de leurs spécificités.

Une nouvelle époque

Omar Brixi introduit une nuance importante entre mouvance et mouvement. On parle de mouvement quand les pratiques et les idées sont fortement structurées. Le mouvement est une action ponctuelle (lutter contre une maladie). Une mouvance suppose une dynamique à long terme. La démarche, en santé communautaire, est donc différente. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie.

La politique de santé communautaire en maison médicale se traduit en actes : promotion de la santé, globalité, modèle écologique, soins de santé primaires, continuité, intégration, implication des gens, attention portée aux facteurs de santé.

Ce mode de fonctionnement correspond à l'entrée dans une nouvelle époque. Le patient veut se vivre comme sujet, il interpelle les soignants, il veut être acteur. Un changement de stratégie s'impose, il faut travailler avec les gens, considérer le patient comme un sujet à part entière et non plus comme une ressource.

La recherche de nouveaux rapports va passer par des réponses continues et non plus par des réponses ponctuelles. Il faut établir de nouvelles relations

où le médecin sera désacralisé et où les rapports de domination, d'autorité et de compétition seront bannis. Ces nouveaux rapports se baseront sur la négociation, l'alliance, les compromis. Le patient garde son statut de citoyen. Il faut redistribuer les rôles : le patient a des compétences humaines et sociales qui lui permettent de réagir face à la vie, la mort, la souffrance. Le médecin doit reconnaître ces compétences. Le patient devient un « actant » et le professionnel un facilitateur. Cette conviction doit être partagée par les deux parties.

Le professionnel doit connaître ses limites et pouvoir réorienter la personne. Il ne doit pas tout faire à sa place. C'est un accompagnateur qui épaulé.

Le concept de santé communautaire ne peut pas être considéré comme une discipline scientifique ou un métier spécifique. C'est la mobilisation des multiples compétences humaines et sociales, mais les compétences scientifiques et techniques ne peuvent être mises à l'écart. Pourtant, nous savons que la technologie de pointe dépersonnalise les soins. Il faut une réponse complète. Le désir de vivre du patient contribue tout autant à sa guérison.

Spécificités des maisons médicales

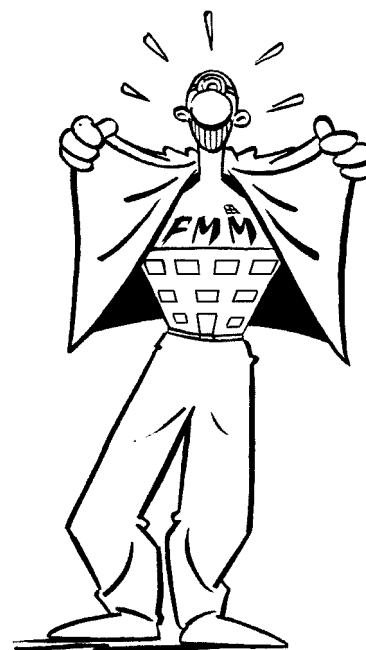
A la lueur de cette réflexion, la question de la spécificité des maisons médicales se formule de manière dynamique.

Quel est le rôle des maisons médicales par rapport aux multiples déterminants de la santé, que sont le logement, l'environnement, l'éducation, la condition sociale et financière ? En tant que structures de soins, jusqu'où doivent-elles aller ?

Est-ce leur rôle d'aider les gens à avoir la capacité de modifier leur environ-

nement ? Que signifie réellement valoriser la parole et le « savoir » de la population ? Faut-il dénoncer les problèmes via les médias ou s'engager dans la politique ? Formuler des objectifs et se regrouper avec d'autres structures (centre de santé mentale, centre d'aide à la jeunesse, travailleurs sociaux...) afin d'avoir plus de poids dans la négociation avec les pouvoirs publics ? Et très prosaïquement, créer une nouvelle fonction ou répartir les tâches entre les différents membres de l'équipe ?

Les maisons médicales travaillent avec la personne. Un axe central de leur action est l'autonomie de cette personne qui se manifeste notamment dans son droit de choisir la solution qu'elle jugera acceptable pour elle.



Apparaissent aussi des questions qui ne sont pas aussi anodines qu'on pourrait le croire. Ainsi en est-il du problème des subventions : il ne faudrait pas modifier l'esprit d'un projet afin d'obtenir des subventions, mais au contraire celles-ci devraient venir supporter un projet dans les valeurs qu'il défend.

De même, le difficile problème de l'évaluation des résultats en santé communautaire. Il importe de recadrer objectifs professionnels et critères d'évaluation en fonction des attentes de la population concernée, tout en discernant les indicateurs qui permettraient à ce travail d'être reconnu par les pouvoirs subsidiant.

Recommandations pour que les professionnels jouent un rôle dans la santé communautaire

• Au sein de l'équipe

Sortir de l'individuel pour arriver au collectif. Reconnaître à chacun ses compétences et sa spécificité qui enrichiront le travail de l'équipe. Reconnaître ce qui est commun. L'équipe en soit est une richesse. Rechercher une qualité humaine au sein d'une profession technique.

• Sur le territoire d'activité

Apprendre à tisser des rapports nouveaux avec les gens du quartier, basés sur la négociation et le partenariat. Reconnaître les rôles et compétences de la population. Trouver des liens, des réseaux d'articulation locale. Rencontrer les professionnels confrontés au vécu des gens et utiliser l'expérience commune pour faire pression et dénoncer le mur commun auquel se heurtent bien des associations.

• Dans la durée

C'est un projet à long terme. Le processus en cours implique un changement de la vision du monde vers une vision communautaire. Il faut y croire, croire en la compétence des patients, croire qu'ils ont un savoir en eux.

• En tout, penser « santé » et pas médecine. ●

maison médicale

*C'est un ensemble, enfin, non, plutôt un groupe, mais pas uniforme, non, plutôt hétérogène,
de personnes travaillant,
enfin je pense qu'ils travaillent, sans vouloir être médisante,
dans le domaine de la santé.*

*Ramassis d'imbéciles touchant soi-disant au domaine de la santé
et dont les idées qu'ils disent défendre sont la participation et l'autogestion.*

Cette équipe serait donc animée d'un idéal de participation ?

*La redéfinition donnée aujourd'hui du concept maison médicale
est influencée par les auteurs anciens
et se veut ancrée dans la réalité des acteurs de terrain.*

*Ensemble de marginaux
essayant de travailler dans le domaine dit « de la santé »,
dont les principes fondateurs (oui ! Ils en ont...)
sont la non soumission à l'autorité et le désordre.*

*Groupe de travailleurs
tentant vainement d'améliorer la santé des habitants d'un quartier miséreux
tout en se raccrochant à des principes utopiques.*

*Maison médicale : maladie professionnelle transmise de bouche à oreille
et touchant essentiellement les travailleurs de la santé.*

*Elle a été découverte pour la première fois en mai '68.
Elle est causée par une bactérie saprophyte
se développant dans un écosystème socialement défavorisé.*

*J'y travaille avec quelques collègues du domaine de la santé.
Je leur ai suggéré, comme principes fondateurs, la participation et l'autogestion.*

*Maison médicale : ensemble de personnes travaillant dans le domaine de la santé,
dont les principes fondateurs de participation et d'autogestion
concernent aussi bien la manière de concevoir leur travail
que la relation qu'ils établissent avec les usagers.*

Atelier écriture

Forum 3

Place et participation des usagers

Coralie Ladavid, assistante sociale à la maison médicale le Gué

Dans différents textes relatifs aux maisons médicales et aux centres de santé intégrée, on peut lire que la participation des patients / usagers est un des objectifs prioritaires.

« La participation de la population, individuelle et collective, est un objectif prioritaire du concept de centre de santé intégrée. Au niveau individuel, le centre de santé intégrée s'efforce de favoriser le choix informé, mais autonome (c'est-à-dire de se gouverner par ses propres lois) du patient. Au niveau collectif, la participation implique l'échange entre le centre de santé intégrée et sa population, échange plus ou moins harmonieux ou conflictuel selon le degré de concordance des intérêts de l'équipe et des différents groupes qui composent cette population. Car la participation collective concerne aussi des décisions affectant la santé, qu'il s'agisse de décisions en matière d'environnement où le centre de santé intégrée a une fonction d'information et d'avertissement, ou de décisions en matière de gestion des services de santé et du centre de santé intégrée (CSI) en particulier. Cette participation collective relève, paraît-il, de l'utopie.(...) »¹

« Le modèle d'organisation dominant est un modèle autogestionnaire. Chaque travailleur du centre dispose alors d'une voix. Le principe est que les travailleurs restent majoritaires dans la gestion du centre. Ce principe majoritaire n'interdit pas la présence d'extérieurs aux assemblées générales. Il est même souhaitable que des représentants des patients participent à ces assemblées »²

« La place centrale dans notre organisation revient à l'utilisateur : la sauvegarde et le développement de son autonomie est un de nos objectifs prioritaires »³

Ces quelques extraits montrent bien que cette préoccupation traverse en théorie les années. La participation de l'utilisateur peut se situer à différents niveaux : dans la relation thérapeutique, dans la gestion de la maison médicale, dans des espaces communautaires (quartier, cité...).

Réalisations existantes

- éducation à la santé (projets de quartier...);
- actions de santé : banque de médicaments, enquête de satisfaction, prévention, santé communautaire...;
- comités de patients;
- participation de tiers dans les assemblées générales et/ou conseils d'administration;
- aide bénévole;
- organisation de fête, etc.

Mais qu'en est-il dans la réalité ? Quels obstacles les maisons médicales et les centres de santé intégrée rencontrent-ils qui entravent la mise en place concrète de cet objectif ? Quel est le souhait des patients ?

Les obstacles

Ils peuvent être de plusieurs ordres :

- la non-demande de participation de la population, ou au moins de larges couches de la population : il semble que les attentes des usagers soient bien davantage axées sur la consommation plus ou moins passive des services que sur une prise en charge autonome de leurs problèmes de santé, tant individuellement que collectivement;
- les réticences du personnel : la participation aux prises de décisions peut faire surgir des conflits de valeurs et d'intérêts;
- l'inconfort du patient qui peut avoir une place difficile pour prendre des décisions dans une assemblée

générale lorsqu'il se retrouve face à son soignant, etc.

Dans l'état actuel des choses, comment continuer à faire en sorte que cet objectif reste prioritaire ? Comment favoriser la prise de conscience des patients de la nécessité de leur implication dans le projet ? Cette participation active constitue une des garanties du respect de la philosophie de départ des centres de santé intégrée. Quels investissements sommes-nous prêts à consacrer à cette démarche (par exemple : formation) ?

Est-il possible de motiver les différentes associations de patients à se regrouper ? Elles enrichiraient leur réflexion sur la place du patient dans un centre de santé intégrée (au niveau de la relation thérapeute-patient, au niveau d'activités d'éducation à la santé, au niveau d'une participation à la gestion, existante déjà dans certains centres). Sur un plan plus global : les différents groupes de patients, via leurs représentants, ne pourraient-ils pas avoir un impact sur des décisions politiques générales de santé ?

Cette implication marquerait la volonté des centres et celle des patients de reconnaître le statut d'acteur au patient. Les patients ne sont-ils pas en droit de pouvoir donner leur avis sur tous les sujets qui ont des conséquences pratiques sur la qualité et la quantité des services offerts par un centre de santé intégrée ? ●

(1) *Le centre de santé intégrée et les maisons médicales : jalon pour les soins de santé primaires*, Monique Van Dormael, GERM, cahier n°152, décembre 1981.

(2) *Maisons médicales : un outil pour l'avenir*, Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones avec le soutien de la Région wallonne, juin 1995.

(3) *Charte des maisons médicales*, novembre 1996.

Rapporteur :

Geneviève Gyselinx, kinésithérapeute à la maison médicale Santé Plurielle.

Animateur :

Yves Gosselain, chargé de mission à la Fédération des maisons médicales.

Intervenants :

Jacques Bolaers, membre du comité Impatient, maison médicale la Passerelle, Faustina Da Giau, membre de la coopérative des patients, maison médicale Bautista Van Schowen, Micky Fierens, membre de la Ligue des usagers des services de santé et du Forum Santé à Barvaux, Michèle Gilkinet, députée et Céline Houtain, infirmière, licenciée en éducation à la santé.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Barbara De Coster, Cultures et santé, Madeleine Clauter, Forum Santé, Virginie Fayt, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Fred Louckx, Vrije Universiteit Brussel, Samia Mammer, Institut Renaudot, Paris, Véronique Meert, Cultures et santé, Marie-Jeanne Peters, Solidarité Santé, Julien Pierart, sociologue de l'université catholique de Louvain, Benoît Van Tichelen, Le Méridien, Chantal Vandoorne, Apes-ULg.

Yves Gosselain introduit le forum au nom de la Fédération.

Depuis l'origine des maisons médicales, la participation des usagers est au centre des débats. Comment solliciter celle-ci ? A quel niveau souhaitons-nous les voir intervenir ? Et quels sont leurs désirs à eux ? Dans certaines maisons médicales, le comité de patients est très actif, dans d'autres il est inexistant.

Dans cet atelier, nous essaierons de voir quels sont les différents niveaux de participation possibles, comment créer des conditions favorables au développement de la participation au sein des maisons médicales ? Et que peut-on envisager comme participation au sein de la première ligne ? Faut-il une réglementation ? Si oui, laquelle ?

Ce que disent les patients

Jacques Bolaerts, du comité « L'impatient » de la maison médicale la Passerelle à Liège prend la parole au nom des patients.

Les maisons médicales ont toujours souhaité une participation active des patients, tant au niveau individuel que collectif. Cet objectif prioritaire, la place centrale réservée au patient, participe toujours de l'identité même des centres de santé intégrée. Mais, dans la réalité, on est encore très éloigné de cet objectif et certaines voix s'étonnent qu'il soit toujours prioritaire, d'autres pensent qu'il relève de l'utopie. Nous, patients, affirmons que cet objectif est plus que jamais prioritaire.

Les maisons médicales ont grandi et ce qui était possible avec de petites et jeunes équipes idéalistes, en train d'inventer quelque chose, ne l'est plus forcément dix ou vingt ans plus tard. Le grand rêve fondateur doit évoluer pour s'adapter à la réalité d'aujourd'hui.

Le nombre des patients soignés par chaque implantation augmente et les initiateurs inexorablement vieillissent et ont d'autres engagements, d'autres responsabilités (nous le savons, nous avons le même âge que vous !). De nouveaux travailleurs viennent compléter - et dans quelques années remplaceront - les équipes de départ. Les maisons médicales se multiplient et cette expansion vous oblige d'ailleurs à vous partager des territoires.

Vous êtes, comme l'a dit Luc Carton, passés « d'instituants à institués ». Le principe des maisons médicales est maintenant accepté, reconnu et de plus en plus soutenu par la classe politique, les milieux syndicaux et mutuellistes. Elles sont également devenues des centres de référence pour les hôpitaux, les CPAS, et autres services sociaux.

Vous occupez maintenant une part appréciable et appréciée du marché des soins de santé, part qui augmente et augmentera encore si la fracture sociale ne se réduit pas. Le forfait pourrait devenir un mode de financement d'une première ligne sociale et vous occuperiez, bon gré mal gré, mais à la satisfaction de tous et pour un investissement minimum de la communauté (vous avez tout imaginé et organisé), une place nécessaire mais peu enviable.

Votre organisation en équipe et votre mode de fonctionnement permettent une augmentation du confort des thérapeutes, ce dont nous nous réjouissons, mais au détriment souvent de leur disponibilité, ce dont nous nous réjouissons beaucoup moins. Horaires et continuité des soins commencent à poser problèmes pour la tranche active de votre patientèle et risquent petit à petit de limiter l'accès à vos services aux populations sans emploi et fragilisées. Marchandisation incontrôlée et démission du pouvoir politique aidant, les maisons

médicales pourraient participer à la mise en place d'une médecine à deux vitesses que nous redoutons tous et que, comme vous, nous refusons. Le patient sujet doit inventer sa place, comme disait Jean-Pierre Lebrun.

Les patients, réunis en associations, ou en comités et de ce fait un peu moins patients mais plus usagers et citoyens, doivent occuper dans vos structures une place nécessaire, tant au niveau macro que local, où ils pourraient rééquilibrer les diverses tendances et recentrer les préoccupations et les intérêts sur ce qui est à la fois votre raison d'être et votre possibilité d'exister : la santé des populations fréquentant vos centres.

Nous identifions bien évidemment deux domaines où des patients regroupés en association n'ont pas à intervenir : les données personnelles concernant d'autres patients (ce que protège le secret médical) et l'expertise médicale (le diagnostic).

Nous sommes des clients, de drôles de clients, nous ne payons pas ! En tout cas pas directement. Dans la relation traditionnelle de la médecine à l'acte, le patient est de fait l'employeur de son thérapeute. Dans les maisons médicales pratiquant le forfait, nous sommes dépossédés de ce levier et ce d'autant plus que, pour beaucoup d'entre nous, vous êtes la seule possibilité de bénéficier des soins de santé et que vos partages géographiques empêchent le choix de s'inscrire dans l'une ou l'autre maison médicale.

Nous sommes convaincus que, dans cette situation de quasi-monopole vers laquelle l'évolution socio-économique vous entraîne, la participation des patients est indispensable pour garantir, à long terme, la survie du projet maison médicale dans la plénitude de son sens et de ses ambitions.

En synthèse, nous affirmons que les patients doivent pouvoir donner leur avis, sur tous les sujets qui ont des conséquences pratiques sur la quantité et la qualité des services qu'ils sont en droit d'attendre des maisons médicales, lesquels doivent être globalement (au moins) égaux à ceux offerts par les praticiens traditionnels.

Nous pensons principalement à :

- L'accessibilité (horaires, zone géographique, disponibilité des thérapeutes, organisation des gardes, public cible) ;
- Programme d'éducation à la santé ;
- Campagne de prévention ;
- Organisation (locaux, accueil, salle d'attente) ;
- Fonctionnement et organisation de la structure ;
- Dossiers médicaux personnels ;
- Utilisation du dossier santé informatisé ;
- Engagement des travailleurs ;
- Discretion (le secret partagé).

Faire entendre son avis n'est pas tout chambouler, il n'est évidemment pas dans nos intentions de remettre en question vos options fondamentales. Outre une participation significative à la vie, au projet et à la gestion des maisons médicales dans les différentes assemblées générales, ces thèmes devraient être débattus avec des représentants, présentés par les associations d'usagers, dans les commissions ayant pouvoir de décision. Les représentants des patients devraient y disposer d'un nombre de voix suffisant pour être incontournable, par exemple, une minorité de blocage.

Parce que nous voulons garantir l'espace privé de chacun, la qualité de la relation thérapeutique et l'indépendance des travailleurs, les usagers ne souhaitent pas participer à la gestion du personnel.

Les usagers réunis en association

veulent garantir un lieu et un droit de parole pour ceux d'entre nous qui en sont privés.

Bien sûr les obstacles sont nombreux et le travail sera toujours à refaire autant au sein des équipes que dans les associations de patients et la question première est : qu'allons-nous mettre en place pour ensemble dépasser les craintes et les à priori et nous mobiliser tous à long terme pour que vive cette collaboration. Il faudra bien y arriver pourtant car nous la croyons indispensable et fondamentalement éthique.

Nous souhaitons que ce congrès des vingt ans soit un nouveau départ, d'autant qu'il coïncide avec l'émergence d'une nouvelle citoyenneté et d'une ré-appropriation de la démocratie. Dans cette vigilance incessante, les usagers veulent être vos alliés. Nous devons relever l'enjeu de la modernité dont nous parlait Jean-Pierre Lebrun.

Les niveaux de participation

Pour Faustina da Giau, de la maison médicale Bautista de Seraing, la relation patient-thérapeute se transforme :

de thérapeute >>>> patient
à thérapeute <<<< patient

Dans le second terme de cette équation, le patient revendique le droit d'être acteur de sa santé mais dans un contexte de société plus solidaire. Les maisons médicales ont rencontré des patients motivés pour ce genre de relation, grâce à leurs principes d'approche globale, de souci d'autonomie, d'accessibilité dans la dignité, dans leur désir de contribuer à une société plus solidaire.

On peut distinguer différents niveaux de participation.

● **Premier niveau : partenariat en face à face avec son thérapeute**

Le patient est sujet comme le thérapeute. Le patient existe avec son savoir intuitif et le thérapeute avec son savoir d'expert, le patient se sent reconnu, il se sent exister : on peut parler d'autonomie.

Cela est acquis dans les maisons médicales, dans les cabinets de consultation, mais on peut toujours améliorer. La question est : comment faire exister le patient ?

tion de la santé. Au travers de discussions : chacun peut prendre une place. Par exemple via le Journal (réflexion, quotidien de la maison médicale...). Ici, la participation met le doigt sur le pouvoir du patient à s'approprier sa santé.

Il y a aussi une solidarité financière des patients entre eux. Il y a la possibilité de se cotiser, démarche supplémentaire qui est employée pour les interventions chez les dentistes, « psy », diététiciens, ostéopathes.

● **Troisième niveau : participation du groupe au fonctionnement maison médicale au point de vue structurel**

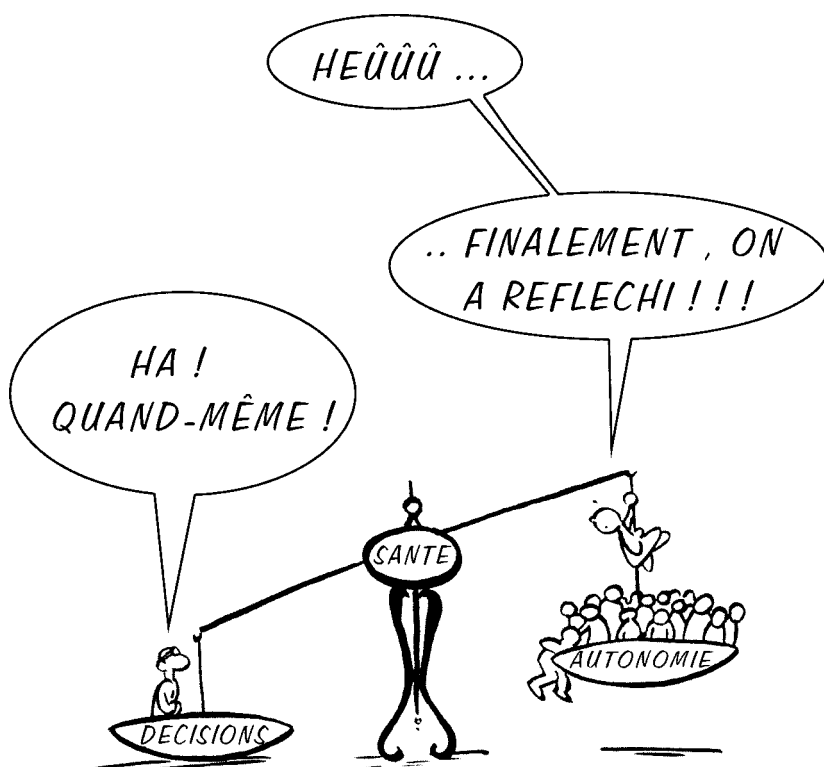
Cela peut prendre la forme d'une coopérative. Les patients peuvent disposer de voix à l'assemblée générale et d'une participation régulière au conseil d'administration. Ils peuvent donner des avis sur le quotidien de la maison médicale : forme du dossier santé informatisé, salle d'attente, participation à la réforme du conseil d'administration, accueil des nouveaux thérapeutes dans le groupe de patients. C'est important pour que les objectifs de départ soient respectés : le projet maison médicale, c'est leur. Les patients du comité doivent se convaincre qu'ils doivent s'accrocher, les nouveaux patients doivent s'approprier le projet maison médicale.

● **Quatrième niveau : « le groupe se regroupe avec différents autres groupes » pour créer une « fédération » d'association de patients**

Ces autres groupes ne doivent pas forcément être des groupes de patients de maison médicale.

A Bautista, les patients y pensent beaucoup. Ils en attendent de nouvelles expériences, une meilleure appropriation du projet, des échanges avec d'autres, une présence plus importante au sein de la maison médicale, un impact sur la Fédération des maisons médicales et aussi sur les décideurs politiques.

Pour situer cette réflexion : à Bautista, le comité de patients ne compte pas de professionnels de la santé, mais seulement une personne ressource de la maison médicale. Le comité a des contacts réguliers avec la maison médicale et dispose de 10 % de voix délibératives à son assemblée générale.



● **Deuxième niveau : les patients qui se regroupent et s'adressent au projet maison médicale. Ce sont les comités**

Les patients réfléchissent sur le projet maison médicale et donc sur le projet de société, ils dépassent le niveau personnel. Comment ? Au travers d'activités de prévention, de promo-

La solidarité se manifeste aussi à un niveau plus global pour les achats de matériel ou pour l'aménagement de la salle d'attente

Pour favoriser cette participation, le groupe doit se donner les moyens d'évaluer son action et les thérapeutes doivent soutenir les patients, leur faire confiance et les inciter à venir.

La Ligue des usagers des soins de santé

Micky Fierens fait partie du Forum Santé créé à la maison médicale de Barvaux il y a seize ans à la demande des soignants. Il s'agit d'un groupe mixte patients-thérapeutes.

Le fil conducteur de leur action a toujours été l'amélioration de la relation patient-thérapeute (qu'il s'agisse de l'hôpital, du pharmacien, de la maison médicale, etc.). La collaboration est un droit des patients. Cela fonctionne plus ou moins bien mais la motivation est parfois difficile à soutenir. En 1991, une enquête auprès des patients a entraîné des poursuites par l'Ordre des médecins, affaire terminée par un acquittement. Le groupe participe à des colloques, à des réunions d'éthique.

Micky Fierens est également présidente de la Ligue des usagers des soins de santé, qui couvre toute la Communauté française (mais une grande organisation bilingue est souhaitée). Actuellement, co-existent la Ligue des usagers des soins de santé (LUSS) et la Vlaamse patient platform et il y a une demande du politique de les structurer pour avoir l'avis des patients. Septante associations y collaborent.

La Ligue des usagers des soins de santé, dont le siège est basé à Namur, reçoit un subside.

A la Ligue des usagers des soins de santé, la parole du patient prime et les groupes de travail se font toujours avec des patients. La relation avec les patients, les associations, les professionnels et le politique est à gérer tout le temps.

Un projet fédéral se met en place avec la Ligue des usagers des soins de santé pour déterminer quel est le coût supporté par les patients dans les maladies chroniques, notamment pour les dépenses « annexes », par exemple

les frais de garderie, les vêtements spéciaux, etc.

Le droit des patients

Députée et membre de la Commission santé au Gouvernement fédéral, Michèle Gilkinet nous fait part des travaux concernant le droit des patients.

Actuellement, ce droit se résume à une charte qui est imprécise, non contraignante et de portée limitée. Il faut des lois. Un groupe travaille en vue de légiférer sur le droit des patients, les premières notes sont discutées avec le cabinet Aelvoet. Les difficultés à surmonter résident non seulement dans les tensions entre professionnels et patients, mais aussi dans les divergences de schémas culturels entre le Nord et le Sud du pays.

Après auditions et témoignages, il y aura un retour vers les inter-cabinets. On peut raisonnablement espérer une présentation au Conseil des ministres avant les vacances 2001.

La problématique des erreurs médicales a été découplée de celle de la participation du citoyen, ce qui est une bonne chose. En effet, sous la pression des assurances qui interdisent aux médecins de donner les données médicales, la médecine libérale pourrait bloquer le dossier des erreurs médicales ce qui gèlerait les travaux sur le droit des patients. Les deux dossiers avancent donc en parallèle.

Reste l'épineuse question de la réforme de l'Ordre des médecins. L'Ordre lui-même s'attelle à sa propre réforme, mais on peut toujours craindre un certain immobilisme. C'est pourquoi il faut une prise en charge par le politique et la mise en place de règles. On s'oriente vers la création d'un conseil supérieur d'éthique avec des représentants de patients et des thérapeutes.

Évaluer

Pour faire avancer les projets de participation des patients, l'étude des expériences de participation en cours constitue une mine d'enseignements. Ne fut-ce que pour évaluer la pertinence de l'adage : la participation augmente la santé.

C'est dans cet esprit que Céline Houtain, étudiante en santé communautaire, fait une recherche sous forme d'état des lieux de la participation des patients à la maison médicale de Barvaux. Trois étapes : interroger les patients, les groupes et le Forum à Barvaux ; construire un questionnaire autour de ce qui favorise la participation ; repérer les personnes qui n'ont pas répondu.

Brain storming

A la maison médicale la Passerelle, où les patients disposent de deux représentants et bientôt quatre, on se demande à quel titre peut-on se dire représenter la patientèle ? Lors de rencontres ludiques, ça fonctionne très bien mais quand on aborde des sujets sérieux, on demande au comité qui il représente... Faut-il mettre la question de cette représentation en rapport avec le fait que l'on voit certains ouvriers s'éloigner de la maison médicale ? Dans le même temps, la patientèle change : paupérisation croissante, augmentation du nombre de réfugiés politiques, de personnes du quart-monde ou issues de l'immigration...

Martine Tacq (Charleroi) s'interroge : jusqu'où un comité de patient pourrait-il se « mêler » du travail de la maison médicale ? Voilà qui mériterait un débat ouvert, mais comment éviter les réactions négatives des travailleurs ? D'autant que les revendications des patients sont nombreuses, notamment concernant l'organisation du travail. L'important

serait d'amener une négociation où les interlocuteurs se positionneraient en réels partenaires...

La représentante française de l'Institut Renaudot à Paris fait un parallèle avec les associations de parents dans les écoles : est-ce que tout le monde a sa place et a conscience d'avoir son mot à dire ?

Une soignante de la Free Clinic à Bruxelles, où il n'y a pas de comité de patients, remarque que chez eux, l'auto-évaluation est très difficile. Que serait-ce alors si un comité se mettait à toucher à l'évaluation...

Une hantise de certaines équipes est que le comité de patients se constitue en pouvoir qui porte atteinte au confort du thérapeute. En pratique libérale, quand on n'est pas content, on s'en va. Pas dans les maisons médicales : nous sommes condamnés au partenariat et à la discussion...

Questions et réponses

Les diverses interventions des participants permettent de rassembler un certain nombre de questions récurrentes.

- Faut-il oui ou non des comités de patients ?
- Dans quel sens évoluer ? Va-t-on vers des comités issus de la base, vers des lois et des droits venus d'en haut, vers des expériences comme celles qu'inspire la Fédération ?
- Quels sont les besoins des patients ou des comités de patients pour que ça avance ?
- Quelles ressources ?

Questions qui ne restent pas sans réponses !

Le rôle des comités de patients est réaffirmé. « Sans patients, il n'existe

pas de maison médicale. C'est le projet des patients ». Ils ont le droit d'avoir un lien avec l'équipe, de dire ce qu'ils pensent sans être pris pour des gêneurs. On rappelle l'importance d'avoir un lieu où mettre les gens ensemble pour parler, se rencontrer, trouver des solutions entre partenaires.

Différents relais peuvent s'organiser pour s'exprimer ; celui qui est indispensable, c'est le « niveau patient », via les comités. Cela n'ébranle pas le système mais crée des liens, permet de dire le point de vue du patient. Les comités ont un incontournable rôle de médiateur.

La transparence des comités de patients est importante. Au niveau d'une Fédération de patients, la gestion doit se faire par des patients et partir d'un mouvement volontaire.

Comment stimuler la participation et la maintenir ? Céline Houtain fait remarquer qu'il y a plein de comités de patients qui sont morts. Pourquoi ? Quand ?

Une opinion est que c'est aux soignants de solliciter les patients à participer. A la maison médicale de Laveu, on construit dès le départ avec le patient. Il y a un parallèle entre la motivation des soignants à avoir un comité de patients et la motivation des patients à participer. Il n'en reste pas moins que les patients ne sont pas intéressés par tout, la participation est « démocratique », vient qui veut.

Trouver une transversalité de différents groupes peut nourrir la motivation des patients : groupe autour de la maladie, autour de l'accessibilité financière, autour de l'erreur médicale, autour du fonctionnement des soins, autour de mutuelles.

A Forest, le journal est fait par le staff de la maison médicale mais petit à

petit les patients commencent à y participer.

La Fédération des comités devrait-elle être l'initiatrice ? Est-ce que la Fédération pourrait ouvrir un lieu qui centraliserait les comités ? Est-elle prête à entendre une charte des comités de patients ? Il faut encourager la Ligue des usagers des soins de santé.

Quant à un projet de loi sur le droit des patients, c'est une nécessité mais cela ne va pas transformer la relation avec le patient. Les gens de terrain doivent agir au sein de la maison médicale, structurer les liens entre soignants et patients. Des réflexions en ce sens sont en marche, notamment à Liège.

Recommandations :

- Importance de la participation ;
- Nécessité de comités de patients ;
- Lieu de parole ;
- Lieu de compréhension ;
- Lieu de médiation ;
- Lieu de partenariat ;
- Lieu de réciprocité. ●

Participation

- *M^{me} Judith voudrait représenter les patients lors du prochain conseil d'administration.*

(silence)

- *Vous ne vous sentez pas bien ?*
- *Tu t'imagines ce que ça peut donner ? Il va falloir faire attention à ce qu'on dit...*
- *Elle n'est pas au courant des dossiers...*
Tu t'imagines le temps qu'il faudra pour la mettre au courant ? On ne peut pas tout dévoiler...
- *D'abord, est-ce qu'elle va savoir suivre ?*
- *Elle a un niveau de primaire...*
- *Non, de secondaires inférieures.*
- *Est-ce qu'elle n'est pas néerlandophone ?*

Soyez cohérents, bon sang !

Enfin une patiente motivée, dynamique, qui fait siennes les valeurs des maisons médicales !

Ne gâchons pas une fois de plus cette opportunité de réfléchir ensemble la pratique effective des patients au projet de la maison médicale.

Je propose la mise sur pied d'un groupe de réflexion usagers-travailleurs pour avoir un vrai débat de fond sur la place du patient dans les structures décisionnelles de la maison médicale.

Moi, je ne suis absolument pas d'accord pour que des patients puissent venir nous dicter ce qu'il y a lieu de faire ou de ne pas faire dans cette maison.

D'accord pour qu'ils aient un rôle consultatif.

Peut-être peuvent-ils nous donner des idées et enrichir notre réflexion, mais il ne faut certainement pas leur donner un pouvoir de décision.

De quoi as-tu peur ? Oui, ils auraient un pouvoir, un pouvoir limité d'ailleurs.

C'est nous, l'équipe de soignants qui délimiterons leur pouvoir selon le nombre de représentants que nous acceptons.

Je crois surtout que ça dépendrait des personnes elles-mêmes.

Je n'imagines pas, par exemple, me retrouver avec M. Huilot ou Mme Pasti au conseil d'administration...

Tout le monde était d'accord au départ, alors je ne sais pas ce qui peut poser problème aujourd'hui.

Nous avons toujours dit que les patients participeraient activement à la vie de la maison médicale.

La vie de cette maison médicale, c'est bien au conseil d'administration qu'elle est impulsée.

Donc, il doit y avoir une représentation des patients au conseil d'administration.

Les fantasmes que cela peut générer n'ont rien à voir avec la réalité de ce que cela pourrait être.

Elle n'aura pas de droit de veto, de mon point de vue.

Cela nous obligera seulement à être plus clairs et à argumenter plus avant des décisions.

Depuis le temps qu'on en parlait de cette collaboration avec les patients.

Que cela vienne de M^{me} Judith en plus, dont on a tant parlé en réunion...

Ah, mais au fait, si elle est présente aux réunions, on ne pourra plus parler d'elle...

Atelier écriture

Forum 4

Réformes des systèmes de santé en Europe

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales

Une régulation inévitable

La plupart des pays européens et Nord américains sont confrontés à l'explosion des dépenses de soins de santé sous l'effet combiné du vieillissement de la population et des avancées technologiques, particulièrement en matière de diagnostics et de coût des médicaments.

largement alimentés par les prélèvements sur les revenus du travail (la part de l'État y étant souvent faible), se sont vus amputés d'une part non négligeable de contributions. Simultanément, de façon inégale d'un pays à l'autre suivant le niveau de garantie de revenus de remplacement, le montant des allocations sociales augmentait.

maîtrise des coûts, accompagnées ou non de réformes structurelles.

Le temps des réformes

Parmi les réformes des structures et d'organisation du système de santé, citons l'échelonnement et la place accordée au premier niveau. Depuis 1976, des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, développées dans la déclaration d'Alma Ata, relaient des propositions déjà formulées en Belgique par le Groupement d'étude pour une réforme de la médecine depuis une dizaine d'années : il faut structurer une pyramide de soins telle que le premier niveau, celui des soins de santé primaires, soit vraiment la porte d'entrée des utilisateurs dans le système et soit capable de répondre à l'essentiel des problèmes de santé ; le recours aux niveaux spécialisés, hôpitaux et services hautement spécialisés est alors déterminé par les besoins complémentaires de diagnostic ou de traitement liés au problème.

C'est dans les années qui suivent que des pays comme l'Espagne ou le Portugal entament des réformes profondes en ce sens : mise en place d'un réseau public de centres de santé de base.

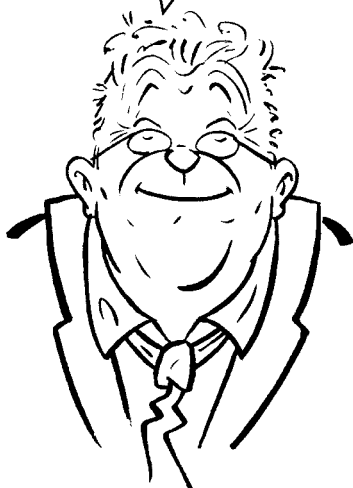
L'Italie de son côté met en place un service national de santé territorialisé par district sur lequel s'organisent des unités sanitaires locales et l'inscription de la population auprès des médecins généralistes.

Le Québec répartit sur son territoire cent cinquante centres locaux de services communautaires, qui offrent des services de prévention et de soins. Plus récemment, il organise activement un virage ambulatoire (transfert de fonctions et de moyens vers la première ligne).

En Hollande près de 50 % de la

BON , D'ACCORD ..

EN BELGIQUE , ON N'A PAS
DE PETROLE ...MAIS TANT
QU'ON A LA SANTE , HEIN ..



Ce constat et la mise en place de mécanismes de régulation et de contrôle des coûts a surgi surtout dans le début des années 80 lorsque, après les deux chocs pétroliers des années 70, les sociétés post-industrielles ont connu leur crise économique avec un cortège de symptômes dont le chômage massif. Les systèmes de solidarité et de sécurité sociale,

Devant cette situation, progressivement admise par tous, y compris les libéraux les moins partisans de mécanismes de régulation du système et qui pendant un premier temps ont fait supporter le surcoût par les utilisateurs avec les inégalités qu'on peut imaginer, la plupart des États ont du prendre des mesures de deux types : limitation des dépenses et

pratique de médecine générale se fait dans le cadre de centres de santé de quartier. En France, les centres de santé sont implantés de longue date dans le paysage sanitaire (presque au sens hygiéniste du terme) sur l'initiative des municipalités (région parisienne) ou des associations mutuellistes (Bouches du Rhône). Les quelques initiatives associatives n'ont pas été soutenues par les pouvoirs publics au-delà du premier Gouvernement de la Gauche. La réforme la plus élaborée tient sans doute à l'initiative de Juppé qui a lancé les conférences régionales de santé et les valorisations de la médecine générale.

répondent avec ce qui se déroule dans la plupart des pays européens ; une comparaison évaluative demanderait un travail plus conséquent mais les quelques points soulevés dans ce qui précède sont des questions-carrefours qui doivent pouvoir nous éclairer.

C'est le sens de la mise en place en 1986 et du développement depuis lors du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (Italie, France, Espagne, Portugal, Québec, Communauté française et Communauté flamande de Belgique) qui animera ce forum du congrès. ●

Des leçons à tirer

Notre forum se propose de prendre connaissance de ces réformes mais surtout des leçons de leur mise en œuvre.

L'Espagne souffre de n'avoir pas réformé l'articulation du premier échelon avec les autres niveaux, elle peine à donner aux structures de participation des patients une réalité dynamique.

Le Québec a du mal à intégrer le généraliste, acteur de soins, dans des structures qui ont une connotation préventive ; le passage de personnel de l'institutionnel vers l'ambulatoire ne se fait pas sans mal et nécessite des mesures d'accompagnement.

Les Ordonnances du plan Juppé se traduisent avec difficultés dans la réalité tant les résistances actives et passives des professionnels sont fortes et les centres de santé, bien que reconnus d'intérêt public, ont du mal à sortir de leur image pour prendre pied dans un renouveau de la pratique de proximité.

Notre analyse et les stratégies de réforme des systèmes de santé se

Rapporteur :

Luc Burquel, médecin généraliste à la maison médicale le Cadran.

Animateur :

Marc Schoene, médecin généraliste, Institut Renaudot, France.

Intervenants :

Stef Bruggeman, Vereniging van wijkgezondheids-centra, Veronica Casado, présidente du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, Espagne et Victor Ramos, médecin généraliste, ministère de la Santé, Portugal.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Georges Grinberg, INAMI, Martine Laloux, infirmière, Josette Sagot, Union nationale des associations coordinatrices de soins et santé, Jean Van Der Vennet, Institut de médecine tropicale, Anvers.

Dans tous les pays d'Europe, les systèmes de sécurité sociale et de soins sont en grande difficulté. Partout, on assiste à une réflexion sur les coûts et bien souvent à une érosion de la couverture sociale. Face à cette situation, la plupart des États ont pris des mesures pour limiter les dépenses et maîtriser les coûts. Selon les pays, ces mesures ont été plus ou moins accompagnées de réformes structurelles comme l'échelonnement et la place accordée au premier niveau de soins.

Animé par des membres du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, le forum nous a permis, dans un premier temps, de prendre connaissance de ces réformes et de leurs principales implications pour la première ligne dans trois pays : l'Espagne, le Portugal et la France. Au cours de la discussion qui a suivi les exposés, nous avons abordé quelques aspects des systèmes de santé en Europe : les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre un système global et cohérent, la question de l'articulation entre la première et la deuxième ligne de soins, le rôle des pouvoirs publics (et privés) dans l'allocation et la répartition des ressources...

Espagne : le système national de santé

C'est en 1978 qu'a lieu à Alma Ata la déclaration de l'Organisation mondiale de la santé sur les soins de santé primaires. La même année, le Gouvernement espagnol lance une politique ambitieuse de promotion de soins de santé primaires afin de reconstruire une première ligne passablement délabrée : un réseau de deux mille centres de santé va s'implanter dans tout le pays. Chaque équipe de soins de santé primaires (médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier, pédiatre...) est

responsable d'une « aire de santé » autrement dit de la gestion des problèmes de santé au sein d'une collectivité dans un territoire délimité. L'accent est mis sur la santé familiale et la santé communautaire. Au niveau du local, des conseils de santé sont constitués afin de mener des actions de santé communes : ils rassemblent différentes partenaires (administrations, soignants, travailleurs sociaux, enseignants, représentants des associations, d'habitants...).

Cette réorganisation du premier échelon est accompagnée d'une adaptation de la formation des médecins généralistes : formation scientifique de base (six ans), licence en médecine familiale et communautaire (trois ans : formation spécifique en santé publique, stages dans des unités pilotes), programme de formation continue orienté vers les soins de santé primaires.

Selon Veronica Casado, pour développer des soins de santé primaires pertinents, il faut d'abord :

- définir clairement les contenus et les limites des compétences du premier échelon ;
- adapter les actions aux besoins locaux ;
- travailler en réseau avec les secteurs sociaux et éducatifs ;
- dynamiser les structures de participation des usagers.

Les zones d'ombre du système de santé les plus souvent pointées sont :

- les longues listes d'attente des patients, surtout au deuxième échelon ;
- la (mauvaise) gestion du temps, le fonctionnarisme qui entoure certaines initiatives locales ;
- la faible implication des usagers dans les conseils de santé : à ce sujet, les expériences sont fort contrastées et dépendent du type de population (les classes populaires

sont plus actives que les couches les plus aisées), du mouvement associatif local (plus ou moins dynamique), du degré de motivation des professionnels de santé (manque de systèmes incitatifs) ;

- enfin, il n'y a pas eu de véritables réformes concernant les soins spécialisés (résistance des lobbies) et l'articulation des différents niveaux de soins dans la gestion des aires de santé.

Portugal : l'évolution de la première ligne

Au Portugal, depuis 1971, le premier niveau de soins a connu trois phases. De 1971 à 1983 : des équipes ambulatoires curatives sans aucune coordination. Entre 1983 et 2000 : des centres de santé intégrée assurent des soins curatifs et préventifs. Caractéristiques du système : gestion centralisée (cinq régions, trois cent cinquante centres de santé intégrée), organisation hiérarchique, travail en équipe peu dynamique, participation communautaire faible.

A partir de 2001, installation d'un réseau d'équipes multidisciplinaires. Chaque centre de santé intégrée se compose de trois équipes, travaillant chacune dans un domaine spécifique : les soins de santé familiale, la santé communautaire et la santé publique. Caractéristiques de cette dernière pénétration de centres de santé intégrée : direction et coordination technique, autonomie (relative) de gestion, budget prévisionnel sous contrat avec l'autorité publique.

Autres mesures de la nouvelle réforme du système : carte personnelle de santé, système local de santé avec circuits de référence hospitalière, incitants financiers (pour résister aux pressions du secteur privé), contrôles de quantité (critères techniques et sociaux).

France : Les tentatives de réforme

En France, les centres de santé ont été créés sur l'initiative des municipalités et des associations mutualistes. Ils ne représentent qu'environ 1 % de la première ligne de soins. C'est que le système de santé est libéral, verrouillé par le corporatisme médical. Afin de maîtriser la pression des coûts, plusieurs réformes ont été mises en route.

1. Un système de « médecins référents » pour favoriser efficacité, globalité et continuité des soins (dossier médical global, etc.). Ce fut un échec, il n'y a pas eu de suivi, ni d'évaluation ;

2. Les conférences régionales de santé (dans le cadre du plan Juppé) : chacune des vingt-deux régions a désormais dans ses compétences la détermination des besoins de santé de la collectivité et l'organisation du système de soins (à suivre) ;

3. Le travail en réseaux, un programme assez récent, vise à re-dynamiser les synergies locales, mais il persiste un cloisonnement prononcé entre les politiques sociales et de santé.

En résumé : à ce jour, peu de résultats concrets, énorme pesanteur face au changement (enjeux économiques colossaux, réseaux courtisés par des opérateurs privés), mais évolution des mentalités vers un questionnement du système de santé actuel.

Discussion sur les enjeux des réformes

La façon d'organiser les services de soins pourrait avoir une influence positive plus importante sur l'état de santé d'une population. Mais à quelles conditions ? Quelles fonctions du système global de santé faut-il développer ou renforcer ? Et à quels niveaux ?

Dans les négociations sur la réorganisation de l'offre, il faut exiger, en préalable, que l'on pose les questions en termes de santé (individuelle, publique et communautaire) et non de maladies.

Il s'agit de confronter l'offre de services à la réalité sociale et sanitaire, avec la participation des populations concernées. Il faut aussi améliorer de façon substantielle le système de récolte-analyse-transmission des données. Une telle démarche devrait permettre de mieux cerner les besoins de la population, de fixer des objectifs pertinents, de mettre au point des stratégies cohérentes, basées sur des critères de qualité (évaluation des résultats et des processus). C'est seulement en utilisant les ressources de façon plus efficace et plus équitable que les systèmes de santé pourront contribuer à augmenter la qualité de vie des gens, par exemple par l'amélioration de leur niveau de santé.

Nos deux propositions :

1. Veiller à améliorer l'articulation entre les différents niveaux de soins. Définir clairement les missions et tâches de chacun (elles doivent être complémentaires) afin d'assumer l'ensemble des fonctions du système de santé.

2. En tenant compte de l'expérience acquise depuis 1986 par le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, constituer au niveau européen un groupe de pression en faveur de nos propositions en matière de politique de santé. ●

La réforme du système de financement forfaitaire

A l'issue du forum, Stef Bruggeman, permanent à la Vereniging van wijkgezondheids-centra, présenta rapidement la problématique de la réforme du forfait. Son exposé se basait sur une note de synthèse rédigée suite à une rencontre entre francophones et néerlandophones sur le sujet. Nous vous livrons ici de petits extraits de cette note, augmentés des remarques du groupe forfait de la Fédération des maisons médicales. Le texte complet est disponible à la Fédération.

Pour davantage de développements sur le forfait, nous invitons le lecteur intéressé à lire notre cahier : *Le financement des soins de santé primaires au forfait*, paru dans *Santé conjugulée* numéro 3 (janvier 1998).

Le forfait présente une série d'inconvénients.

Le calcul du forfait est lié au remboursement à l'acte : les montants évoluent en fonction de la consommation à l'acte (consultations et visites des médecins, actes des kinésithérapeutes et infirmiers). Les montants dépendent de la consommation des assurés qui ne fréquentent pas les maisons médicales ! Il n'est pas tenu compte des différences qui existent dans la demande de soins, liées par exemple à la grande accessibilité financière des offres différenciées que présentent les maisons médicales. Les groupes de prévention sont absents de la nomenclature. Il n'est pas tenu compte des embauches spécifiques des maisons médicales pour rencontrer les situations locales ou pathologiques spécifiques ni d'une efficacité ou d'une efficience (éventuellement) accrue.

La médecine générale, la kinésithérapie et l'art infirmier sont réduits aux actes réalisés par ces prestataires. La complexité croissante du paiement

à l'acte (dossier médical, franchise, etc.) conduit à une impossibilité (technique) de réaliser un équivalent équitable sous forme forfaitaire à la capitation pure.

La conclusion est que le forfait doit être découplé de l'acte. Ceci doit se réaliser de façon équitable pour les équipes.

Point clés

Les maisons médicales réalisent toutes les caractéristiques des soins de première ligne : globalité, accessibilité, intégration (préventif, curatif, réhabilitation, palliatif), continuité, modèle bio-psycho-social, territorialité, soins orientés vers la communauté, etc.

Le fonctionnement des maisons médicales ou des centres de la Vereniging van wijkgezondheids-centra présente schématiquement le fonctionnement d'un centre de santé intégrée. Le schéma contient les éléments de base sur lesquels on peut construire un financement.

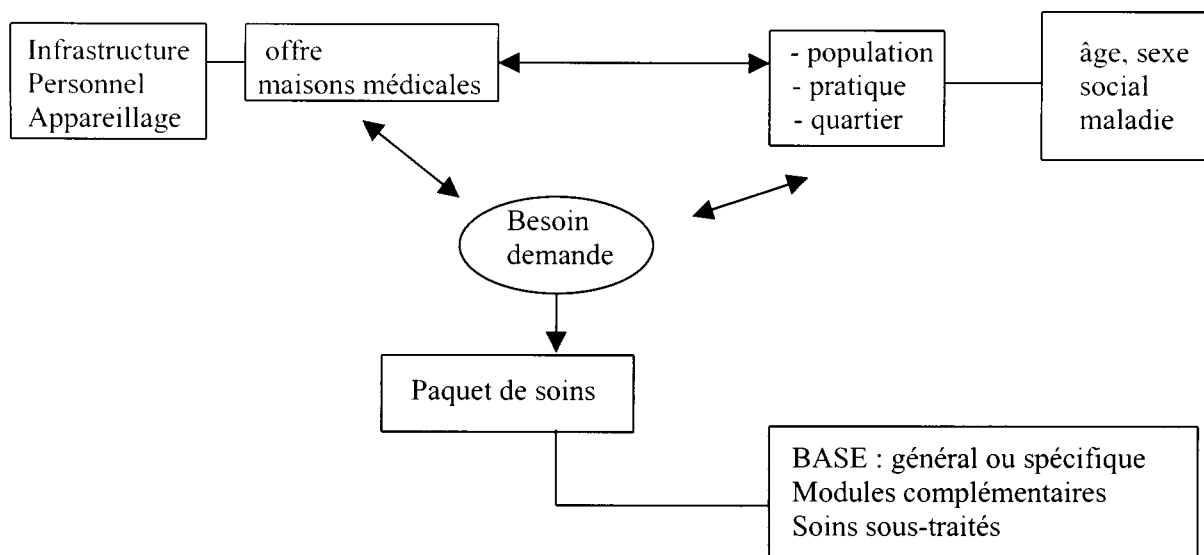


Schéma : Fonctionnement du centre

Quelques éléments qui pourront jouer un rôle dans le financement

● L'offre

1. Infrastructure et appareillage

Dans les règles, il faudra prévoir les coûts d'infrastructure dans les montants forfaitaires. Des subsides régionaux éventuels seraient soustraits des montants INAMI pour éviter la double imputation. Améliorer l'accessibilité physique coûtera beaucoup d'argent.

2. Personnel

Maintenant l'INAMI finance les médecins, kinésithérapeutes et infirmières. Il est plus logique que l'offre de personnel dépende de l'offre de soins (voir plus loin les paquets de soins). Pour le paquet de base, il faut des généralistes, des infirmière(s), des accueillants et des administratifs.

● Le paquet de soins dans le cadre du financement par l'assurance maladie-invalidité

1. Le paquet de base

Chaque maison médicale doit fournir médecine générale, soins infirmiers, et un travailleur social (négociable). Conceptuellement, il est logique que la médecine générale et les soins infirmiers soient financés par l'INAMI. Le travail social pourrait aussi faire partie du paquet de base et être financé par l'assurance soins de santé vu l'intérêt de l'intégration préventif-curatif-social. Les assistants sociaux dans les hôpitaux sont bien financés par le prix de la journée...

On peut rajouter à cette offre de base les soins de kinésithérapie, d'ergothérapie, de logopédie, de diététique et de psychologie. Au cas où la kinésithérapie serait intégrée dans le paquet de soins, il faudrait envisager un échelonnement de la kinésithérapie

pour distinguer la kinésithérapie de base et la kinésithérapie spécialisée.

2. Les soins complémentaires : kinésithérapie, logopédie, dentisterie

Le centre de santé intégrée peut opter pour ces soins dans son accord forfaitaire.

3. Modules spécifiques

- Pour des consultations spécifiques pour les diabétiques, les broncho-pneumopathies chroniques, et pour les soins pré- et post-natals ;
- Paiement par objectif (*target payment*) comme en Grande-Bretagne pour la grippe par exemple ;
- Module par épisode : soins palliatifs par épisode de trois mois incluant soins médicaux intensifs, kinésithérapie, soins infirmiers, psychologie ;
- Modules organisationnels : de collaboration transmurale pour les examens préopératoires, les soins post-opératoires, le recueil électronique de données et leurs transmission, l'assurance de qualité.

● Population

Il faudra tenir compte des caractéristiques de la population : âge, sexe, statut économique et social, *case-mix* (morbidité). Des indicateurs possibles sont : patient chronique (INAMI), groupes homogènes de diagnostics (DRG) pour la première ligne, Classification internationale en soins de santé primaires, sévérité de maladie, co- et multi-morbidité. Il y a la nécessité d'une validation externe donc à plus long terme.

Conclusion

Les maisons médicales et Vereniging van wijkgezondheidscentra proposent de réaliser une étude sur un système de financement qui tienne compte des éléments ci-dessus. Une étude payée par l'INAMI.

On pourrait systématiser l'objectif de la recherche de la façon suivante :

- Quelles expériences externes, quelles évaluations possibles du lien entre caractéristiques des patients et/ou des populations et charge de travail ? Eviter que le maintien du statut de malade ne donne des avantages aux travailleurs de santé ?
- Lien entre charge de travail et montants (base horaire, ancienneté, qui fait quoi) ?
- Problème de productivité sanitaire.
- Quelle est l'infrastructure optimale pour un centre de santé intégrée (taille minimale et maximale) et coût standardisé ?
- Quelle structure (composition) optimale de l'équipe et coût standardisé ?
- Comment optimiser les modes de paiements en fonction des objectifs ?
- Comment simplifier le mode de paiement sans trahir les objectifs tant de santé publique que d'ordre biomédical et éthique ? ●

consultations

• *Je vous ai apporté la photo dont je vous ai parlé...*

• ...

• *C'est ma tante et sa fille...*

• *Vous lui ressemblez beaucoup !*

• *Elle est décédée quelques jours après cette photo dans un accident de moto.*

Ma tante a été très éprouvée par ce deuil.

Elle vit maintenant dans un home et, depuis que je me suis foulé la cheville elle va mal parce que je n'ai plus autant le temps d'aller la voir.

Le livre qui est sur la table est un livre que mon grand-père avait offert à ma tante et à mon oncle.

Dans ce livre, mon oncle inscrivait les faits marquants de la vie de famille.

Ma cousine venait de s'inscrire à l'école normale...

Son frère, mon cousin, était militaire.

Il est parti s'installer en Italie quand il a pris sa retraite.

Sa femme était toscane. Il n'a plus de contacts avec sa mère.

Sauf pour son héritage...

Il vient une à deux fois par an en Belgique pour régler les papiers à la banque.

Après, on ne le voit plus.

Ma mère dit qu'elle n'a pas l'impression que j'ai été élevée par ma tante.

Mais moi je me souviens bien que j'étais toujours chez elle.

• *Vous portez le même bijou que sur la photo, là ?*

• *Oui. C'est ma tante qui me l'a offert.*

Elle faisait des ménages et mon oncle travaillait à la poste.

Ils sont venus s'installer à la ville en même temps que mes parents.

Mais mon père a perdu son emploi quelque temps après.

C'est pour ça que j'ai vécu chez ma tante.

Mes frère et sœur ont été placés pendant quelque temps...

• *Voilà... Pliez la cheville, tirez vers vous, ... Très bien.*

Chez nous, personne n'est jamais malade. Une famille très sereine...

Maurice à une santé de fer. Chantal était notre seule fille.

C'était une enfant si facile. Non, tout allait bien...

Je ne comprends toujours pas pourquoi elle s'est suicidée...

Atelier écriture

Forum 5

Redéfinition des fonctions en soins de santé de proximité

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée Bautista Van Schowen

Pour synthétiser, nous pouvons dire que les schémas organisationnels tournent autour des unités locales de santé (ULS) qui pourraient dans leur forme la plus intégrée correspondre à des centres de santé intégrée (CSI).

Les fonctions que devrait remplir l'unité locale de santé sont définies en développant le schéma de Monique Van Dormael.

	Objectif	Subjectif
Individuel	somatique	psychologique
Collectif	Santé publique/social (partim)	Culturel/anthropologique/social (partim)

La distinction entre un centre de santé intégrée et une unité locale de santé simple est bien caractérisée par le texte de Monique Van Dormael¹ qui définit l'intégration et la coordination comme deux modes vicariant de fonctionnement (l'un remplace l'autre en son absence et réciproquement).

La coordination : chacun ou chaque (sous-)groupe continue à poursuivre prioritairement son objectif propre, on cherche un commun dénominateur, on se coordonne pour le réaliser.

L'équipe intégrée : on définit un projet commun autour duquel s'articulent les différents membres de l'équipe.

On peut compléter la description de Monique Van Dormael par le texte de Ronald Coase² qui oppose l'organisation (unité consciente de production intégrée) au marché (système inconscient³ de production régulé par les mécanismes de formation des prix : la fameuse main invisible).

Ronald Coase se pose la très intéressante question : pourquoi y a-t-il des

organisations ? Ou, dit autrement, pourquoi chaque fonction dans une société n'est-elle pas réalisée par le marché ? Ronald Coase affirme que le marché a un coût⁴ tant pour l'acheteur que le vendeur. Ce coût peut dans certaines circonstances être supérieur à celui d'un contrat d'emploi en bonne et due forme. Un aspect des choses, négligé à nos yeux par Ronald Coase, c'est la volonté de puissance des individus et des groupes qui tend à faire croître la taille des organisations au-delà des impératifs de rentabilité financière stricte. Cette contradiction apparaît clairement dans l'arbitrage qu'une entreprise doit faire entre chiffre d'affaire et rentabilité du capital. On peut voir ce même conflit d'intérêt⁵ entre la technocratie (direction) et les actionnaires.

Dans son rapport de recherche de 1989, la Fédération observe que les maisons médicales convergent avec le temps vers une équipe pluridisciplinaire de base composée de trois fonctions INAMI : médecin généraliste (MG), kinésithérapeute (K) et infirmier(e) (I) et trois fonctions actuellement hors INAMI : accueil secrétariat, travail social, psychothérapeute.

Nous avons essayé dans la grille ci-après une manière d'organiser cette division du travail, mais on peut certainement en imaginer d'autres.

Les problèmes de santé, (au sens WONCA) par exemple, qui sont mis en italique, nécessitent des interventions spécialisées. Les réanimations aiguës ne nécessitent pas d'intervention immédiate de la première ligne, le court-circuit⁶ est accepté car il représente souvent (pas toujours) un optimum.

Le jeu des permutations et priorités possibles est un des points essentiels de l'analyse du fonctionnement.

	Objectif individuel	Subjectif individuel	Objectif collectif	Subjectif collectif
Vaccin			Infirmière, accueil, médecin	
Psychothérapie de soutien		Psychologue, Inf, MG, accueil		
Recueil des données	MG, K, I	Psy	Infirmière, accueil, MG, AS	AS, psy
Problèmes de logement	AS		AS, Accueil, MG	AS, Accueil, Psy
Surendettement	AS		AS, Accueil, MG	AS, Accueil, Psy
Pathologies chroniques	I, MG ou l'inverse, AS	Psy	Aide matérielle et financière : AS	
Pathologie subaiguë	MG, K, I	Psy	Aide matérielle et financière : AS	
Orientation, conseil	Accueil	Accueil	Toute l'équipe ou ses représentants	
Maladies bénignes aiguës	MG, infirmière, accueil			
Etc.				
Diabète I	I, MG	I, Psy		
Psychose	MG, I	Psy, I		

Par ailleurs, à cause des révolutions technologiques en cours, la division du travail entre la première et la deuxième ligne risque de changer : on peut imaginer aussi bien une invasion de la deuxième ligne dans le champ de la première, qu'une ré-appropriation par la première ligne de pans entiers de la médecine spécialisée : à cet égard, il est symptomatique de lire dans le Journal du médecin de février 2001 un article sur la défense et illustration de la médecine interne « générale » hospitalière, dernier avatar des mécanismes de défense secrétés par la médecine spécialisée en plein désarroi devant le risque de structuration et développement de la première ligne. ●

Invasion de la deuxième ligne dans le champs de la première : on l'observe déjà en ce qui concerne les retours à domicile précoce des jeunes accouchées organisés au départ de l'hôpital, la prise en charge verticale des diabètes de type I par des centres spécialisés agréés, etc.

Ré-appropriation par la première ligne de pans entiers de la médecine spécialisée : l'outil informatique : guide-lines (ou directives... mais les médecins préfèrent-ils être guidés que dirigés ?), rappel informatique (reminder), aide à la décision médicale, etc. ; la miniaturisation : mini-laboratoire, échographie de médecine générale, mini-doppler, impédance du tympan, tonométrie oculaire, etc.

(1) *Monique Van Dormael, Coordination entre secteur ou équipe intégrée ? Courrier de la Fédération des maisons médicales, actes du colloque d'Herbeumont - Juin 1994, n°98-99-100 ; p.17-18.*

(2) *In 100 ans de management, Éditions d'organisation, 2000.*

(3) *Le système est inconscient mais chaque agent est supposé bien conscient de ses intérêts (cfr. les projets propres).*

(4) *Entre autre la recherche par l'acheteur du bon « vendeur ».*

(5) *Il est plus gratifiant pour un gestionnaire de gérer une grosse boîte qu'une petite, suivant l'adage bien connu « ma boîte est plus grosse que la tienne ».*

(6) *Accès direct à la deuxième ligne, cfr. le cas transparent des grands brûlés ou des polytraumatisés.*

L'âge d'or de la médecine de famille?

Monique Van Dormael, docteur en sociologie

Monique Van Dormael ouvre le forum en posant une question à la fois pertinente et cruelle : le dernier quart du vingtième siècle aura-t-il été l'âge d'or de la médecine de famille et des soins de santé primaires ? Pas en termes de satisfaction des praticiens, mais peut-être en ce qui concerne la conceptualisation de leur pratique. Que pouvons-nous alors augurer du vingt-et-unième siècle ? Elle propose une réponse double : les grands principes de la médecine de famille n'ont pas changé avec le basculement du siècle, mais la manière de les mettre en œuvre nécessite des adaptations et des anticipations.

Les grands principes...

Ces grands principes qui fondent la médecine de famille sont de deux ordres : les premiers correspondent à des valeurs sociales, les seconds déterminent ce qui fait la qualité des soins et des services.

Valeurs sociales d'abord, qui ne sont pas une parade d'idéaux mais des principes en tension constante :

- une conception de la santé comme bien-être ;

- l'équité et la solidarité, à la fois devant les déterminants de la santé et dans l'accessibilité financière des soins ;
- le respect de l'autonomie des usagers et la promotion des conditions de l'autodétermination ;
- le souci de la participation des usagers ;
- l'efficacité technique de la médecine ;
- et aussi son efficacité (opportunité des coûts).

Les **critères de qualité** ensuite, qualité des soins et qualité des services.

- Il y a les **critères de qualité des soins**, qui se doivent d'être techniquement efficaces mais aussi globaux, c'est-à-dire adaptés à la personne (*patient-centred care*) et continus (l'information suit le patient), et d'intégrer à la fois la promotion de la santé, les soins curatifs, la prévention, et la réhabilitation. Globalité, continuité et intégration sont facilitées par une relation continue de proximité avec les patients.
- Il y a les **critères de qualité des services**. La première ligne doit être constituée par des services de proximité :

- décentralisés (accessibilité géographique et sociale) ;
- permanents (cas aigus et urgences) ou périodiques ;
- polyvalents.

La seconde ligne représente les services d'appui :

- centralisés (question d'efficacité) ;
- permanents (cas aigus et urgences) ou périodiques ;
- spécialisés.

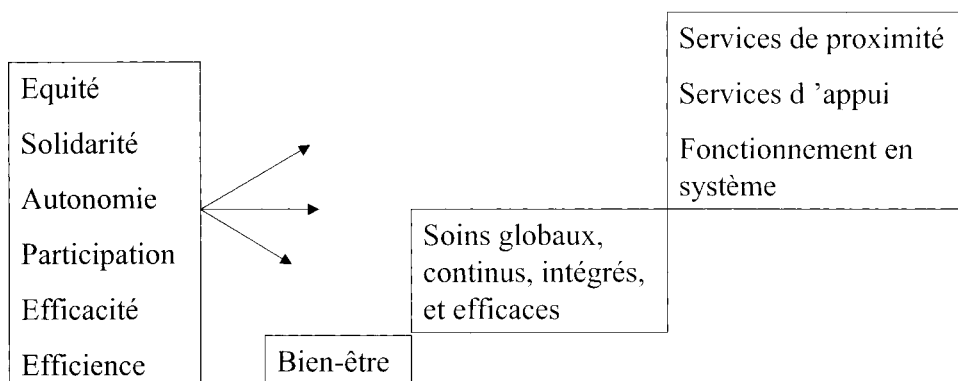
Seul un fonctionnement en système de ces services peut en assurer la qualité.

... et leur mise en application

Comment la médecine de famille peut-elle incarner ces valeurs et ces répondre à ces critères de qualité dans le contexte actuel ?

Le contexte actuel se caractérise par une série de tendances nouvelles :

- L'espérance de vie s'allonge.
- Avec elle, les pathologies chroniques et les besoins d'accompagnement gagnent en importance.
- L'information à tous niveaux, et notamment au sujet des soins de santé, croît en volume et circule de mieux en mieux.
- La population, plus informée, est de



- plus en plus exigeante.
- Les inégalités sociales s'accroissent.
- Les technologies se développent rapidement.
- De nouveaux métiers apparaissent, y compris dans les soins de santé.
- Les carrières se modifient et se découpent en « tranches », y compris chez les prestataires de soins.
- La vie de famille et de loisirs occupe une place plus grande dans les aspirations de chacun... y compris chez les prestataires de soins.
- L'interdépendance s'amplifie, de même que la taille des services, aussi en soins de santé.
- Les fonctions de gestion se développent, là aussi.
- La question des acteurs-moteurs est posée : qui seront-ils ? L'État ? Les professionnels et leurs associations ? Le public ?
- Dans le futur, ne devons-nous pas nous attendre à davantage de pouvoir des actionnaires dans les entreprises de soins de santé ?
- Des relations de partenariat avec les patients auront à se mettre en place (globalité et participation).
- Entre première et seconde ligne aussi, des réajustements permanents seront nécessaires.
- Tout cela ne se fera pas sans outils : dossier, informatisation, modes de coordination...
- Comment dans le futur organiser la permanence des soins (accessibilité, continuité, efficacité) ?
- A mettre en place, les fonctions de vigilance face aux déterminants sociaux de la santé et de coordination en santé communautaire.
- Les formations de base devront s'adapter à ce nouveau paysage.
- Quels financements inciteront à la qualité ?
- Faut-il aussi anticiper un éventuel développement de conglomerats d'entreprises de soins privées où l'efficacité servira davantage les bénéficiaires que celui du public ?

Quelles sont les implications de ces nouvelles tendances pour les soins de santé primaires ? Selon quelles modalités sera-t-il possible d'apporter des réponses acceptables et de qualité aux patients ?

Les figures marquantes demeurent (provisoirement ?) le médecin de famille et l'infirmière, mais ils ne sont pas seuls.

- Le travail en équipe multidisciplinaire (sous quelle forme ?) devra affronter plusieurs défis. Il faudra développer la complémentarité des professions en soins de santé primaires ainsi que des modes de coordination efficaces. Des ajustements permanents seront nécessaires dans la répartition des tâches respectives.
- La première ligne devra se poser la question des « mini-spécialisations » en son sein.

Dans ce questionnement, la définition identitaire de la médecine de famille tourne autour de quelques thèmes :

- celui de l'accès à la technologie ;
- celui des dimensions épidémiologiques spécifiques : le rôle de détection précoce (rôle social et préventif), l'abord des pathologies floues et des critères de décision ;
- celui d'une médecine centrée sur l'individu singulier : elle se déporte du diagnostic (maladie) au problème (patient), se déploie dans la théorisation du processus de consultation (importance de la relation, de la parole) et réhabilite les « trivialisés », la parole banale. ●

Les limites du rôle du médecin généraliste

Rapporteur :

Chantal Dumortier, médecin généraliste à la maison médicale de Tournai.

Animateur :

Marc Hombergen, gestionnaire de la maison médicale Essegem.

Intervenants :

Arlette Germy, médecin généraliste, Forum des associations de médecins généralistes, Monique Van Dormael, docteur en sociologie, Institut tropical d'Anvers et Jean-pierre Yernaux, psychomotricien.

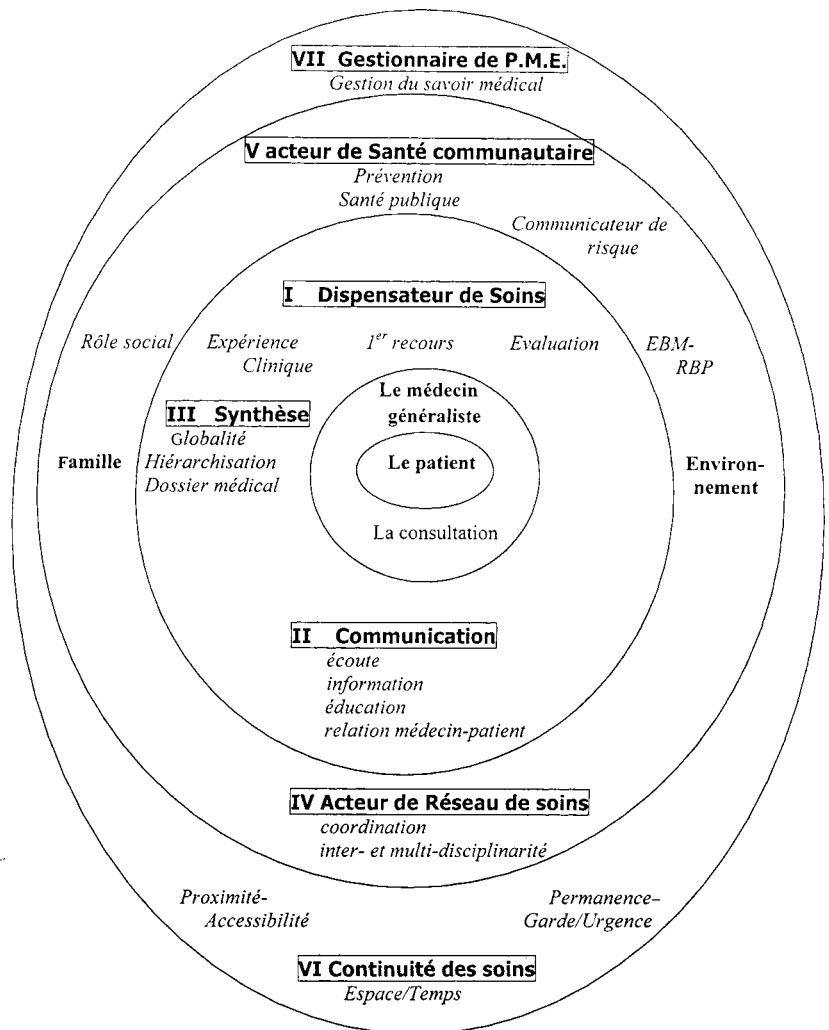
Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Isabelle Dossogne, cabinet de la ministre Maréchal, Françoise Martin, médecin généraliste, Caroline Nannan, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Marie-Anne Neve, Office de la naissance et de l'enfance, Dominique Pestiaux, école de santé publique de l'université catholique de Louvain, Evelyne Rademecker, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Jacques Verstraeten, Enr't'aide des travailleuses.

Il y a peu les centres universitaires de médecine générale de l'Université catholique de Louvain et de l'Université libre de Bruxelles ont sollicité le forum des associations de médecins généralistes pour « définir le rôle du médecin généraliste ». Ce travail a débouché sur un document : *La fonction du médecin généraliste pour le troisième millénaire¹*, où tout ce que doit faire le médecin généraliste est décrit en sept « piliers » (voir schéma). On y distingue trois fonctions essentielles : dispenser des soins, communiquer, faire la synthèse ; des fonctions sont nou-

velles : le travail en réseau, l'approche santé communautaire ; et deux fonctions de type logistique qui prennent de plus en plus de place : l'organisation de la continuité des soins et ce que l'on qualifie de gestion d'une petite et moyenne entreprise, terme qui recouvre la gestion de l'activité médicale, des connaissances, de l'activité économique, du statut d'indépendant, et du temps...

Quelques participants au forum se sont attardés au paragraphe de conclusion de ce travail. On peut y lire, parlant du médecin généraliste :



En bref : les 7 piliers de la fonction du médecin généraliste

« Pour gérer cette activité professionnelle, il faut :

1. une excellente gestion du temps pour cumuler ces différentes fonctions ;
2. une excellente santé, un bon moral, une vocation à toute épreuve, une famille compréhensive.

Pour acquérir et maintenir une expérience suffisante, il faut une patientèle assurant minimum quinze à vingt contacts par jour à laquelle le généraliste consacre entre 12 et 14 heures par jour. »

« Santé, moral, famille, vocation à toute épreuve... » s'effraie un des participants : où est la place de la vulnérabilité ? Où est celle de ceux qui ne voient pas quinze patients par jour ? « Travailler 12 à 14 h par jour... c'est le *burn out* assuré » renchérit un autre. L'auto-proclamation du médecin généraliste autour du patient l'enferme dans un piège.

Les connaissances se complexifient à tel point que parfois les médecins les fuient. En faisant, par exemple, des mini-spécialisations qui dénaturent le rôle de base du généraliste. C'est une réponse au découragement, à la multiplicité des tâches, elle permet de se sentir valorisé, un peu différent... Idéalement la mini-spécialisation doit être additive (acquérir des compétences utilisées en plus dans sa pratique de base) et non restrictive (ne plus utiliser que ces compétences spécifiques en abandonnant la médecine de base). Ce phénomène ne concerne pas que les médecins et existe tant dans les pratiques solo qu'en maison médicale. Mission impossible ? La portée de ce texte doit être remise en perspective. Il porte une revendication : comment faire tout ce qui est contenu dans ces missions avec le prix des consultations à l'acte tel qu'il est... Il faut financer autre chose que les actes : la fonction de synthèse, la gestion de l'entre-

prise... Quand on a travaillé 12 à 14 heures par jour cinq jours par semaine, on n'est plus performant. La définition est trop ambitieuse pour un homme ou une femme seul(e). En fait, ce texte ne définit pas la fonction du médecin généraliste, mais la mission des soins de santé primaires.

Il semble contient en filigrane un appel au travail de groupe. Quarante-vingt pour cent des généralistes travaillent en solo. Bien que l'idée soit encore neuve, le travail en réseau est indis-pensable pour répondre à la complexité d'aujourd'hui.

L'avenir est dans la médecine de groupe

Ce texte nous dit en effet que si « tout cela » est fait, le patient sera bien

soigné, même si certaines tâches sont déléguées.

La fonction du généraliste, en solo ou non, n'est pas obligatoirement prépondérante. A Cuba, le diagnostic est posé collégialement par le médecin, l'infirmier et le « psy » ensemble. Dans les centres de planning familial et de conseil conjugal, ce sont les « psy » et les conseillers qui occupent la place prépondérante. Il faut reconnaître un rôle plus important aux autres soignants et définir la fonction de chacun, y compris des secrétaires et des accueillant(e)s.

Cela nous ramène au travail en équipe, inter ou transdisciplinaire. La question des fonctions peut alors se reformuler en ces termes : que reste-t-il d'irréductible dans la fonction de chacun ?



C'est de là où l'on est que l'on décrit la réalité.

Dans le même ordre d'idées, il faut définir les compétences de la première et de la deuxième ligne. On évacue vite vers les gardes et les urgences des hôpitaux qui sont surchargés et moins disponibles.

Pour le patient, intervient Monique Van Dormael, l'important est que ce soit cohérent, efficace, non morcelé, de bonne qualité technique. Pour lui, peu importe qui fait quoi. Le généraliste solo a été un bon modèle, très utile. Il ne faut pas le remplacer, mais il est impossible pour le généraliste seul de remplir toutes les fonctions.

Jean-Pierre Yernaux fait un parallèle avec le débat qui agite l'enseignement. Le savoir devient complexe, les demandes augmentent, il plane une impression de devoir tout accumuler. La vision doit changer : il ne faut pas seulement ajouter des tâches, mais en envisager le partage !

Réaliser seul les soins de santé de base (globaux, intégrés, accessibles, continus) est impossible. Grâce à une bonne complémentarité, on peut répartir les fonctions en équipe.

La fonction de la première ligne est la fonction de synthèse. Elle ne peut se faire qu'en équipe. C'est une richesse d'avoir le regard de l'autre, des collègues sur son propre travail, d'échanger la parole et de partager les outils. Pour le médecin travaillant en solo, les remises en question sont difficiles, il n'a pas le regard des autres, il y a un risque de dérive de sa pratique. Les médecins solos retrouvent un peu de la richesse du groupe dans les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) où ils se rassemblent périodiquement entre pairs pour discuter de leur pratique. Mais les Groupes locaux d'évaluation

médicale sont des rencontres ponctuelles, tandis qu'en maison médicale les échanges sont quotidiens.

L'alternative est le travail en réseau. Les participants reconnaissent une grande valeur à cette solution, mais préfèrent (qui l'eut cru ?) le travail en maison médicale parce qu'on y dispose de plus de temps de parole, de partage, d'échange. Le lieu est commun, le temps est commun, les outils sont communs. Lors de la coordination, on se rend compte du rôle de chacun. Et surtout, il y a un projet commun.

Divergences sur le rôle central du médecin

Se référant au texte déjà cité sur les fonctions du généraliste, Monique Van Dormael propose d'arriver à un document définissant les fonctions qui tiennent compte des patients et des autres intervenants. Des infirmiers, des kinésithérapeutes peuvent intervenir dans la fonction de synthèse, dans la communication. Mais si on veut développer une première ligne forte, les généralistes ont un rôle très important à jouer : la force des soins de santé primaires est qu'ils font la synthèse, car la première ligne est polyvalente. Exceptionnellement un spécialiste pourra faire la synthèse, s'il est plus proche du patient.

Il est fondamental que le généraliste appuie les soins de santé primaires par rapport aux hôpitaux qui veulent grignoter leur champ d'action. Les généralistes doivent s'associer avec les autres soignants de première ligne pour la défendre.

Marc Hombergen conteste le rôle central du généraliste au sein de la première ligne : c'est en fonction du patient que la fonction de synthèse est gérée par l'un ou l'autre intervenant. Des acteurs absents ici ont un rôle

important à jouer, le pharmacien par exemple. Du point de vue administratif, les généralistes ont un rôle central, ce sont eux qui font les certificats et les prescriptions. Les infirmiers sont dans la case « collectif » bien plus que les médecins. Quand on dit que le médecin est le seul à connaître l'histoire du patient, on parle de l'histoire médicale. Mais ce sont les infirmiers qui connaissent le mieux l'histoire tout court, ils la vivent au quotidien. L'infirmière ou le kinésithérapeute qui voit le patient plus souvent que le médecin et le connaît mieux devrait remplir la fonction de synthèse. Béatrice de Coene renforce ce rejet du médico-centrisme : la santé n'est pas que l'absence de maladie, c'est aussi le bien être médical, psychique et social.

Dans les centres de santé mentale, c'est le « psy » qui occupe le lieu central. Le rôle du médecin est d'un ordre différent. L'endroit où la demande s'exprime compte pour savoir qui fait la synthèse. Un système en tension peut arriver au plus près de la demande du patient. L'histoire du patient n'est pas une donnée objective. Il est le seul détenteur de cette histoire.

Le reproche est fait que tout est centré sur le médecin généraliste, qui n'entend pas les paramédicaux, alors que c'est le patient qui est central... Peut-on résoudre cette tension (le faut-il ?) en parlant d'accompagnant référent : accompagnant car le médecin n'a pas le pouvoir, référent parce qu'il dispose d'un certain nombre de connaissances.

Ce débat met en lumière l'importance de l'égalité entre travailleurs en maison médicale (car il s'agissait ici non d'une question de pouvoir mais de répartition des rôles) : ce genre de dynamique n'aurait pu être mise en

branle dans une organisation où existent des liens de subordination.

Le trivial et l'affectif

Tout au long du débat, les participants se sont dits interpellés par la fréquente trivialité du travail de première ligne et aussi par les dimensions affectives de ce qui s'y joue. Nous rassemblons ici brièvement ces interventions.

Les soignants sont confrontés à la trivialité, à toutes les choses en apparence anodines ou plates, aux non-dits aussi, qui n'entrent pas dans les classifications. En donnant une place importante à la parole, on s'aperçoit qu'il faut prendre ces trivialités en compte et travailler afin de les intégrer dans la pratique. Il faut convaincre les médecins qu'ils doivent les entendre. Les hyper-spécialistes passent à côté de ces petites choses : « oh cette petite fracture du crâne... oh ! Ce rhume terrible... Que cache t-il de psy ? ? ». Immanquablement, cette attitude a des conséquences dans la pratique. Monique Van Dormael déplore que les trivialités n'aient pas encore trouvé de place légitime.

La dimension affective est également un élément fondamental qu'on doit inclure dans le champ de la pratique et dans sa définition. C'est l'axe du sujet dans le tableau (voir page 65). Il faut un lieu où la parole peut s'exprimer, où est possible une prise en charge des personnes. Cela correspond à un besoin.

Un intervenant s'en inquiète : le généraliste est la personne chez qui on peut déverser sa souffrance. Pourquoi toute cette souffrance sur moi toute seule ? Cela m'effraie, il n'y a pas de solution à tout.

Le besoin existe, de plus en plus pressant, renforce Jean-Pierre

Yernaux : il y a actuellement un besoin de tout déverser (à la télévision par exemple...). C'est un mouvement de société, cela devient un droit. Mais il n'y a pas encore d'outils pour gérer la réception du vécu. Il faut une organisation de l'émotionnel. Une dynamique entre plusieurs professionnels permet les échanges et le partage afin que cela ne se transforme pas en souffrance personnelle. Il ne peut y avoir un déversement sans objet. A part les groupes Balint, aucun autre moyen organisé ne semble être mis à la disposition des soignants.

Le travail en équipe offre néanmoins la possibilité de gérer les difficultés de manière directe en en parlant avec ses collaborateurs.

André Crismer propose une autre lecture de ce travail dans l'affectif : il faut pouvoir prendre cette souffrance en compte, en rendre compte, en témoigner. C'est un acte politique. ●

(1) La fonction du médecin généraliste pour le troisième millénaire *peut être obtenue au Forum des associations de médecins généralistes, au 071/33.11.55 ou/et fag@skynet.be.*

Vous pouvez également consulter le numéro 11 de Santé conjugulée (paru en janvier 2000) qui consacre son cahier à la définition de la première ligne de soins.

Histoire de la création de la première maison médicale de Belgique



Sur la photo : l'équipe de base.

A gauche, Bernard, médecin généraliste et grand syndicaliste.

Au centre, Élise, infirmière, 25 ans, célibataire, militante au M.L.F.

A droite, Marguerite, assistante sociale, 37 ans, mère de trois enfants, secrétaire des Femmes prévoyantes socialistes de Seraing. Ensemble, ils ont révolutionné la médecine.

Que sont-ils devenus ?

Atelier écriture

Forum 6

La santé au risque de la médicalisation des problèmes sociaux

Natacha Carrion, médecin généraliste au centre de santé intégrée de Bautista Van Schowen.

Depuis toujours, la détresse humaine a trouvé des lieux où se déposer : prêtres, famille proche, sages de la communauté, guérisseurs ou médecins. Dans nos sociétés industrialisées, beaucoup de ces lieux ont disparu ou sont en voie de disparition et les détreesses de tous types s'adressent au système de santé et en particulier à son échelon le plus proche.

La « détresse sociale », tout comme la détresse psychologique, s'exprime de plus en plus souvent lors de nos consultations médicales. Cette détresse sociale, cette « souffrance liée à des problèmes d'intégration, partielle ou totale, dans la vie sociale » (exclusion, marginalisation), on peut faire l'hypothèse qu'elle trouve son origine dans l'organisation structurelle de la société.

Petite histoire

Dans un petit village d'un pays lointain, les enfants de paysans mouraient de diarrhées et de bronchites à répétition, de déshydratation, malgré les bons soins des parents et médecins. L'eau potable n'existait que pour les grands propriétaires terriens ou ceux qui disposaient de maisons solides. L'accès au petit hôpital était difficile, seuls les gens possédant un moyen de transport capable d'affronter les mauvais chemins y arrivaient.

Malgré ces difficultés, ou peut-être grâce à elles, les habitants du village et des alentours s'organisèrent pour demander aux médecins des soins de proximité. Des consultations furent organisées dans l'école la plus proche, les vaccinations des enfants vivant très loin furent réalisées, des actions pour désinfecter l'eau se mirent en route avec succès.

Mais les paysans ne s'arrêtèrent pas à ces réussites. Ils demandèrent aux médecins de les accompagner dans leur lutte pour le paiement de leur salaire, pour la distribution équitable des fruits de leur travail, pour avoir une maison solide et des écoles.

Ils avaient compris que leur situation sociale (analphabétisme, misère, chômage, maladie) n'était pas leur destinée inéluctable, ni un châtiment divin, ni une façon d'atteindre le ciel plus tard, mais qu'il était possible de changer les raisons de cette situation.

Aidés par une volonté de changement de la part des décideurs politiques et par un mouvement social qui traversa toutes les couches de la population, ils ont, pendant quelques années, fait réalité du rêve d'être sujets et acteurs de leur destin. Ce rêve fut violemment interrompu par la force des armes, par ceux qui, se sentant lésés par cette société qui devenait plus juste, et habitués à décider seuls dans leur unique intérêt, n'ont pas pu accepter le nouveau mode de fonctionnement social.

Malgré cela, ce moment de rêve sert aujourd'hui aux générations plus jeunes à sentir que c'est possible de devenir sujet et acteur de son destin social.



Quelques exemples de situations fréquentes rencontrées en consultations (la liste n'est pas exhaustive) :

- Le chômage, l'insécurité de l'emploi, la précarité de certains statuts de travailleurs, le stress produit par les conditions du travail (cadences, pauses ...);
- Les frustrations produites par une société où les biens de consommation semblent à la portée de tous, mais demeurent inaccessibles pour beaucoup par insuffisance de moyens financiers ou ne deviennent accessibles qu'au prix d'un endettement croissant dû à une consommation au-delà des moyens disponibles ou à une perte inattendue de revenus;
- Les conflits familiaux et leurs conséquences pour adultes et enfants dans un contexte de disparition de la grande famille;
- La solitude de couches importantes de la population, surtout, mais pas exclusivement, d'âge avancé;
- Les assuétudes de toutes sortes, la toxicomanie, conséquence fréquente et expression de désarroi, mais aussi cause parfois de cette détresse.

Exprimés comme tels ou transformés en symptômes médicaux - et donc « médicalisables » : fatigue, nervosité, insomnie, pertes de mémoire, angoisse, tristesse, mais aussi ulcères, mal de dos, infarctus -, ces problèmes sont de plus en plus le lot quotidien de nos consultations médicales ou la cause du recours à nos structures. Nous sommes confrontés à une demande de prise en charge, d'écoute, et de solution.

- Sommes-nous formés, préparés, capables de faire face valablement à

cette demande, à son décodage quand elle prend la forme des symptômes médicaux ? Et qu'en faire ?

- Cet « adressage » est-il généralisé ou les maisons médicales en sont-elles une cible privilégiée, de par leurs zones d'implantation, et de par leur sensibilité particulière à ces problèmes ?
- Y a-t-il des circonstances (ou une volonté politique) qui provoquent cet état de fait, et quel rôle peut-on vouloir nous faire jouer ?
- Comment élaborer et mettre en pratique le rôle que nous voulons jouer ?
- Suffit-il d'améliorer l'accessibilité du système de soins ou la prise en charge des problèmes sociaux par des personnes compétentes, ou devons-nous nous attaquer aux fondements de l'organisation sociale productrice de cette détresse ?
- Comment rendre aux patients la possibilité d'utiliser leurs propres ressources dans la prise en main de leur destin social et devenir ainsi les acteurs de leur propre changement ? ●

Un risque de quoi ?

Monique Boulad, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise

Dans notre société, la détresse sociale est souvent traduite en termes de maladie physique et adressée au monde médical. Mais est-ce un risque comme le laisse sous-entendre le titre de cet atelier ? Un risque de quoi ? En quoi cela est-il dangereux ?

Socialiser le médical

La réponse va dépendre de la façon dont nous, les soignants, socialisons le médical, de la manière dont nous rendons le médical aux personnes et à la société.

Comment restituons-nous au social ce qui est passé par le médical ?

Comment organiser l'aller-retour entre le social et le médical pour éviter que la médicalisation de la plainte ne l'étouffe complètement ?

Socialiser le médical... Sommes-nous capables de faire en sorte que l'irruption du médical dans la vie d'une personne et dans la société soit l'occasion de produire de l'humain ? Il y a production d'humanité lorsqu'il y a création de sens et création de lien à propos et à partir d'un événement. Nous pouvons faire en sorte que la maladie et l'arsenal technique et thérapeutique qui l'accompagne deviennent expérience humaine au lieu d'écraser la personne. Parallèlement, au lieu de limiter la maladie à un problème individuel, nous pouvons en faire un problème collectif autour duquel se construisent la responsabilité et la solidarité. La médicalisation, au lieu d'isoler le patient peut au contraire renforcer le tissu social.

Si les soignants parviennent à ce que la maladie soit l'occasion à partir et autour de laquelle la personne et la société peuvent construire ou reconstruire un projet, la médicalisation du social n'est à mon avis pas dangereuse. Elle devient un des modes possibles pour une société de se

prendre en charge. Elle devient le lieu d'une dynamique sociale.

La maladie est une rupture

Chacun a une représentation de lui-même en bonne santé et se projette dans le futur sans tenir compte de la survenue éventuelle de la maladie. Et puis un jour, il se découvre malade. Le diagnostic vient brutalement casser l'image que l'on a de soi-même. C'est sans doute en cela que réside la différence entre vieillesse et maladie. Elles s'accompagnent toutes deux de perte de potentialités physiques mais alors que le vieillissement a du sens et que nous nous y préparons, la maladie vient briser notre projet et nous confronte à l'absurdité. La maladie modifie l'entourage de l'individu et sa place dans la société. Les soignants, l'hôpital, les techniques médicales font irruption - parfois massivement - dans la vie quotidienne.

Le rôle des soignants est bien sûr de donner au malade des soins de qualité. Mais ne leur incombe-t-il pas aussi de rétablir une continuité entre l'avant et l'après maladie ? N'ont-ils pas à intéresser la société au sort réservé au malade ?

La maladie s'accompagne d'une perte d'autonomie. L'autonomie est un concept central dans le discours des maisons médicales : un des objectifs de nos équipes pluridisciplinaires est de rendre le patient plus autonome. Mais qu'entendons-nous par-là ? L'autonomie peut être assimilée à l'indépendance d'une personne, à sa capacité de décider et d'accomplir le plus de choses possibles par elle-même. Elle se mesure par le degré de performance. Un individu sera d'autant plus autonome qu'il a plus de compétences, plus de connaissances, plus de force.

Le travail du soignant

Le travail du soignant est d'aider le patient à récupérer le plus de compétences possibles. Cette façon de socialiser le médical rend notre intervention efficace mais si nous nous limitons à cela, nous risquons de nous lancer dans la poursuite effrénée d'un idéal très contraignant : on n'est jamais assez performant et assez autonome. Nous pouvons enrichir notre manière d'autonomiser les patients en envisageant l'autonomie comme la capacité de la personne de se situer et de rendre sien ce qui lui arrive à chaque étape de sa vie. Rendre de l'autonomie à un malade consiste à l'aider à faire la synthèse entre ce qu'il a, ce qui est possible, ce qu'il veut et ce qu'il est prêt à mettre en œuvre pour l'obtenir. La façon dont les soignants socialisent le médical a beaucoup d'implications sur la place qui sera laissée à la personne dans son expérience de la maladie.

Le savoir médical est un savoir d'expert. Il s'intéresse à quelques éléments seulement du mal être. Il fait de ces quelques symptômes pertinents une entité bien construite, une maladie, qui correspond aux normes et aux critères de la médecine. A partir de là, il est possible de soigner le patient et d'évaluer le traitement. Mais cette démarche d'objectivation indispensable à l'efficacité de la médecine risque si nous n'y prenons pas garde d'occuper tout le champ. L'expert parle du malade, parle à la place du malade. Il en parle en des termes techniques propres au savoir d'expert qui ne laissent aucune place au malade et à son expérience. Le mal-être qui rentre dans le monde médical y est englouti sans ré-appropriation possible par la personne et par la société. Comment faisons-nous pour laisser une place à la parole du patient ? Y parvenons-nous ?

Les soignants de première ligne occupent une place stratégique tant dans le processus de médicalisation du social que dans celui de socialisation du médical. Ils se situent à l'endroit où d'une part le malaise se construit en maladie et où d'autre part le diagnostic et la technique médicale doivent être intégrés à la vie ambulatoire, à l'environnement du malade.

Schématiquement, nos interventions oscillent entre deux pôles. D'un côté, nous implantons l'ordre médical par l'éducation sanitaire, par la diffusion des connaissances médicales, par la prévention, par la modification des comportements (ne pas fumer, manger plus sainement...). Tous ces aspects sont évidemment essentiels à notre pratique. Ils augmentent l'accessibilité et l'efficacité des services que nous offrons. Ils nous permettent d'optimiser notre action et d'en mesurer la qualité.

D'autre part, nous faisons de la maladie une expérience humaine à travers laquelle l'individu, son entourage et la société peuvent se construire. Nous tentons de faire exister le malade en tant que personne au milieu de l'infrastructure médicale.

D'un « art de faire de l'humain » à un savoir transmissible

Sommes-nous formés pour assumer cette part de notre activité ? Formés ou pas, de toute façon, nous faisons ce travail. Mais nous ne le parlons pas. Nous n'avons pas de mots pour en parler. Tout au plus, l'évoquons-nous sur le mode anecdotique, sur le mode du témoignage et du récit. Mais nous ne disposons pas des concepts nécessaires pour transformer cet « art de faire de l'humain » en un savoir transmissible. Nous sommes incapables de dire - et par conséquent de

réfléchir - comment nous socialisons la maladie.

Comment faisons-nous exister au quotidien le médical dans le social ? Par quels moyens impliquons-nous (ou n'impliquons-nous pas) dans sa maladie le patient en tant qu'individu, en tant que membre d'un groupe et en tant que membre d'une société ?

Concrètement que pouvons-nous tirer de tout cela ?

Il serait intéressant de décrire notre rôle de travailleurs de première ligne à partir de notre pratique réelle. Comment rendre compte de notre activité dans son ensemble ? Comment ne pas la limiter à la partie « scientifique » et à la pratique de *l'évidence based medicine* ? Définir nos centres de santé sur les seules bases de la gamme de soins offerts et de leur efficacité objective, ne correspond pas à la réalité. Cela laisse dans l'ombre une grande part de notre activité. La non-reconnaissance de ce travail a pour conséquence qu'il est impossible d'en évaluer la qualité et d'organiser une formation adéquate.

A partir de cette description, nous pourrions revoir les critères utilisés par les pouvoirs publics pour nous évaluer. Les critères actuels (mises à part les normes administratives !) gardent toute leur pertinence mais il faudrait trouver aussi des critères permettant de quantifier ce qui rend possible la survenue d'une relation de qualité.

Actuellement, je ne crois pas que nous soyons capables de déterminer des critères de ce type mais nous pourrions demander aux pouvoirs publics de nous donner les moyens de les élaborer.

Reste la question de l'engagement politique des maisons médicales. Historiquement, celles-ci sont nées dans la mouvance de la contestation

et de la lutte des classes. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Ces catégories nous permettent-elles ou nous empêchent-elles d'analyser correctement les tensions sociales actuelles ? Sommes-nous assez conscients et assez impliqués dans les problématiques écologiques ? ●

Rapporteur :

Isabelle Dechamps, accueillante à la maison médicale le Gué.

Animateur :

Coralie Ladavid, accueillante à la maison médicale le Gué.

Intervenants :

Monique Boulad, médecin généraliste, présidente du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales et **Pierre Gillet**, professeur en santé publique, université de Liège.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Agnès Claes, Cultures et santé, **Catherine Davister**, service de santé au travail et d'éducation Apes-ULg, **Anne Duchaine**, cabinet du ministre **Gosuin**, **Sophie Lecoite**, **Thomas Lemaigre**, Agence Alter, **Sophie Neuforge**, Contrat de sécurité.

De plus en plus, la plupart des demandes que nous adressent les patients révèlent bien plus qu'un symptôme... Quelles en sont les origines ? Quelles réponses sont données ? Quelles stratégies pour ne pas confondre plainte et détresse sociale ? L'objectif de cet atelier est de dégager des pistes concrètes par rapport à cette problématique.

Quelle réponse donne-t-on à la demande des patients ?

Pierre Gillet introduit le forum en posant la question : quelle réponse donne-t-on à la demande des patients ? Il propose de nourrir notre réflexion à l'aide de son étude réalisée sur ce sujet auprès de trois maisons médicales.

Il nous livre quelques constats sur la demande (les constats autour de l'offre n'ont pas été abordés faute de temps) :

- **mauvais adressage** des demandes : il y a souvent confusion entre service de soins et services sociaux, c'est-à-dire une certaine inadéquation entre le problème posé par un patient et le service auquel il s'adresse.
- **dys-consommation** : la consommation est mal ajustée par rapport à la plainte réelle, le patient s'adresse à la mauvaise porte. Quelques aspects de cette dysconsommation :
 - les consultations inappropriées dans les services d'urgence : on constate d'ailleurs que celles-ci diminuent s'il y a présence d'une maison médicale à proximité du service d'urgence ;
 - la crédibilité élevée du « bio-technique » auprès des couches sociales défavorisées ;
 - l'offre de visites à domicile augmente la consommation.

Il y aussi des « contre-exemples » :

- les soins dentaires sont plus demandés dans les couches sociales plus aisées ;
- le dépistage du cancer du sein couvre 31 % de la population en moyenne, mais seulement 7 % des populations défavorisées.

- la **maladie-malaise** : dans quelques années, 75 % des problèmes de santé seront d'ordre psychiatrique. Aujourd'hui, les patients en détresse sociale viennent avec une plainte physique à laquelle ils s'accrochent fermement.

- la maladie objectivable ou **maladie-pathologie** : on sait depuis différentes études (Whitehall par exemple) que les couches sociales défavorisées ou les professions « inférieures » dans la hiérarchie présentent une plus mauvaise santé : vieillissement plus rapide, davantage de maladies réelles, facteurs de risques plus élevés, etc. On a remarqué une même fragilité sociale face à la tuberculose en 1921 et face au cancer et à l'infarctus en 1981.

Il y aurait une influence directe entre le stress social et les systèmes de défense. Le problème viendrait de la difficulté de décharger, d'éliminer ce stress. On constate ainsi une difficulté plus grande pour les commis que pour les cadres, de décharger ce stress quotidien au retour à la maison (sans tenir compte des sources de stress possibles à la maison).

Deux dimensions indissociables

La discussion s'entame sur les réponses à donner au constat d'inégalité devant la santé.

Est-ce une question de « modèle » ? Au Japon, l'espérance de vie est plus élevée que chez nous. Pourquoi ? Est-ce un modèle à suivre ? Vivre plus

longtemps, d'accord, mais il faut aussi vivre mieux : est-ce vraiment le cas au Japon ? Cette espérance de vie plus élevée est aussi liée à une structure de travail différente : réunion « qualité » entre collègue de travail (sans les chefs), etc.

Est-ce une question de physiologie ? Lier problème « social » et problème d'adrénaline ou faiblesse du système immunitaire risque de déboucher sur la prescription de médicaments appropriés...

Il faut se méfier des simplifications trop rapides. La question fondamentale n'est-elle pas : pourquoi (plutôt que comment) notre société génère-t-elle ces inégalités face à la santé ? Et comment réagir, est-ce à nous de répondre, faut-il référer à d'autres partenaires potentiels ?

En tant que soignants en maison médicale, on a le sentiment d'avoir en face de nous des personnes qui n'existent plus, qui n'ont pas l'impression d'avoir une place (problématique de la place à occuper et de la place à imaginer pour soi, de la perception de la place qu'on occupe dans l'existence, ...).

Avec ces patients, s'installe une relation à deux dimensions : d'une part la relation individuelle immédiate pour les accompagner, pour leur donner une première réponse à court terme et d'autre part une relation plus globale qui tiendrait compte des causes, tenants et aboutissants du motif premier de la consultation.

En fait la dimension du

sujet et la dimension sociale sont mêlées.

Du côté du sujet, on évoque la notion de projet et de maîtrise de ce projet (les « psy » disent : donner du sens à...). Les patients n'ont pas l'impression de pouvoir influencer leur destin. Leurs préoccupations sont immédiates : pour faire simple, il s'agit de trouver à manger pour le lendemain.

Un patient qui demandait des certificats d'une semaine à répétition obtint, en accord avec son médecin, un certificat de plusieurs mois. L'idée était de mettre à profit cette période pour se battre au sein de son entreprise afin d'améliorer les conditions de travail (cadences, etc.). Aujourd'hui, il a réussi son « projet » et n'est plus malade !

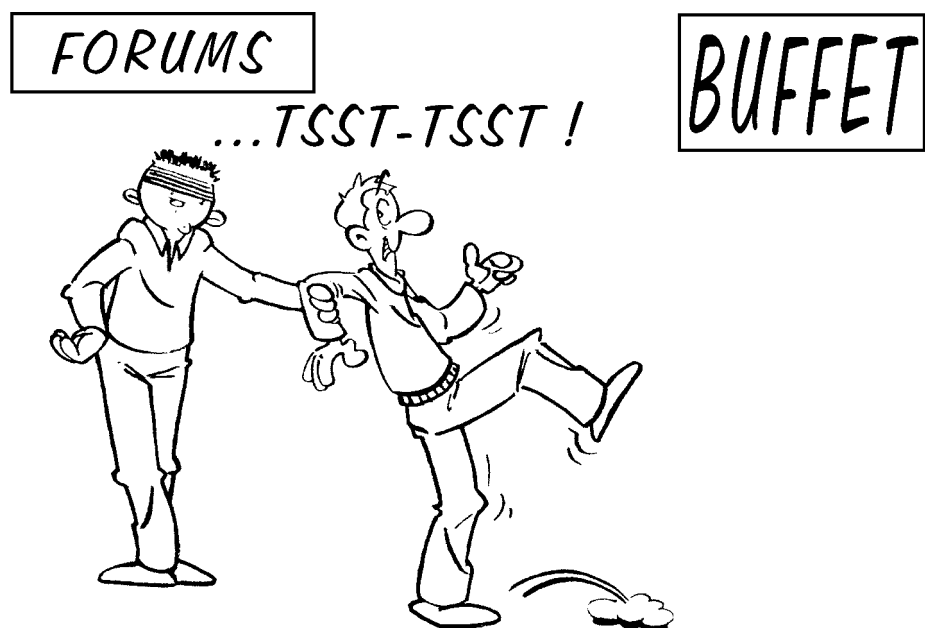
Du côté du social, on se rend à l'évidence : le travail n'est plus aujourd'hui une valeur socialement utile, ni un facteur d'intégration : comment trouver d'autres facteurs d'intégration ?

Comment le soignant peut-il aborder ces deux dimensions ?

Le patient vient dans le cabinet médical avec sa plainte : le médecin doit reconnaître ce symptôme comme étant influencé par le social et travailler cela avec le patient. Même s'il n'est pas toujours simple de réagir face à la démission des patients qui ne se battent pas devant la maladie (« Ce sont mes nerfs... »), qui ne cherchent pas à savoir ce qui se cache derrière les symptômes...

Mais en même temps, il faut rechercher des solutions, des réponses adaptées en collaboration avec d'autres associations, dans une dynamique de « réseau ». Nous devons nous servir de nos pratiques de terrain comme observatoire et dénoncer les constats autour de situations individuelles susceptibles de devenir des enjeux collectifs.

Dans le cadre de notre réflexion entre santé et social, il semble y avoir unanimité pour renforcer cette



dynamique de réseau : par réseau, on entend tout le travail de « complémentarité » avec les autres associations du milieu « socio-culturel » local : centre culturel (par exemple via l'article 27), Aide en milieu ouvert (AMO), école de quartier, école de devoir, CPAS, restaurant social, maisons d'accueil, centre d'insertion ou de formation, Lire et Écrire, associations d'éducation permanente, etc. (Distinction à faire entre le réseau paramédical et le réseau socioculturel).

Néanmoins la question reste posée : les maisons médicales sont-elles là pour donner l'impulsion qui lancera le patient dans son processus de reprise en main de sa vie, de reprise de confiance en lui ou sont-elles là pour l'accompagner tout au long de son processus ? Ébauche de réponse, elles pourraient jouer un rôle d'exemple en terme de démonstration d'un modèle autour d'un projet collectif, un projet d'équipe.

Socialiser le médical

L'exposé de Monique Boulad (présenté dans l'article précédent) relança le débat... Si l'offre de soins augmente, il est normal que les plaintes, qui trouvent leur origine dans un contexte social défavorable, se traduisent davantage en termes médicaux. Le problème serait donc comment rendre ce « médical » au « social », comment produire de « l'humain » c'est-à-dire « du lien », « du sens » (la maladie est rupture de sens), comment éviter que le discours d'expert vienne occulter le discours du patient sans possibilité de « resocialisation du médical »...

Il doit y avoir un va et vient entre le social et le médical. Si on veut que les patients se réapproprient leur maladie, on doit accepter que notre vision du problème ne soit pas la seule

possible. L'équipe multidisciplinaire facilite l'approche multiple des problèmes de nos patients.

Le débat dégage une vision commune : il y a une dialectique entre le travail de resocialisation du médical réalisé au niveau individuel et la nécessité de faire changer les choses au niveau collectif (sociétal). D'où l'intérêt d'un travail de réseau pour augmenter les capacités des gens à réagir.

Mais ne faut-il pas poser les questions en amont également. Comment agir avant (prévention sur le plan collectif) pour éviter de devoir agir après (curatif sur le plan individuel). Si on n'analyse pas la société qui engendre injustices et inéquités, on continuera éternellement à jouer les pompiers de service, à régler les urgences et les maladies-malaises... Nous ne pouvons nous satisfaire d'une évaluation de notre seule efficacité thérapeutique.

En conclusion

En plus du travail de soins et d'expertise médicale, les maisons médicales font aujourd'hui un long travail de resocialisation, de reconstruction de lien social et de sens.

Elles réalisent ce travail grâce à l'aspect pluridisciplinaire de leurs équipes et grâce à un précieux partenariat avec des institutions paramédicales ou des associations socioculturelles et/ou de réinsertion avec qui elles collaborent en parfaite complémentarité et dans un esprit de réseau.

Elles revendiquent

- une reconnaissance de cette nouvelle approche des patients ;
- des moyens pour l'évaluer ;
- des moyens supplémentaires pour la développer. ●

Que sont-ils devenus ?

Ah, vous avez retrouvé cette photo là... C'est si loin, tout ça...

A l'époque, j'avais encore beaucoup de cheveux.

Ma femme m'a quitté peu avant mon éviction du conseil d'administration de la Fédé.

Il faut dire qu'à ce moment là, il existait déjà 263 maisons médicales en Wallonie, c'était éprouvant.

Il fallait sans arrêt aller discuter avec les jeunes, leur ré-expliquer notre projet de départ,

leur rappeler nos objectifs initiaux. J'étais de plus en plus nerveux.

Les jeunes ont commencé à vouloir me faire taire.

Ils n'étaient plus du tout d'accord avec nous... Je devenais irritable, je me sentais traqué...

C'est vrai, je n'aurais probablement pas dû séquestrer les derniers membres du conseil d'administration de la Fédé... Je ne voulais pas les tuer, mais juste leur faire comprendre qu'ils se trompaient...

Je les comprends mais en même temps c'est un peu leur faute aussi...

Ils devaient quand même bien savoir que je ne pourrais supporter que les maisons médicales soient cotées en bourse.

Marguerite ? Elle fit une dépression à l'aube de la seconde année, juste avant l'automne.

Élise était entrée dans la profession par idéal.

C'était une infirmière compétente, appréciée par les patients pour ses qualités humaines, appréciée par ses collègues pour ses idées contestataires et progressistes.

Au sein de l'équipe, elle supportait mal l'autorité de Bernard, homme et médecin.

Elle remettait en question les relations hiérarchiques, médecin-malade, médecin-infirmière.

Pour défendre ses principes, elle continua à militer au MLF.

Elle entraîna dans sa révolte Marguerite et elles créèrent ensemble la première association de patients de Belgique.

Bernard supporta difficilement la remise en question, et il partit rapidement pour créer une deuxième maison médicale, à 150 mètres de la première.

Les autres médecins de la région avaient fini par se liguier contre nous car nous discréditions, disaient-ils, la bonne médecine.

Moi-même, voyant mes enfants grandir,

je me suis rendu compte que je ne leur offrais pas un milieu de vie sain, un entourage épanouissant, des amis de leur niveau, un niveau de vie auquel ils pouvaient prétendre compte tenu de ma profession de médecin et du statut qu'il pouvait me conférer.

Alors, sous la pression des amis et de la famille,

j'ai accepté de travailler pour cette grosse société pharmaceutique et c'est ainsi que je suis parvenu à avoir tout ce que vous voyez autour de vous.

Vous savez, lorsque l'on a 25, 30 ans, que l'on a connu mai'68, on croit qu'on va pouvoir refaire le monde. La création de la première maison médicale, et de la Fédération des maisons médicales, quelques années plus tard, était pour moi un moyen de participer au changement de la société.

Mais les priorités peuvent changer au fil du temps.

A 40 ans, les premières rides, à 43 ans, une diminution des performances physiques, mais également la nécessité de devoir faire face à des dépenses plus importantes...

Je pense que la vie est jalonnée de diverses étapes.

Les maisons médicales, le militantisme, font partie de ma jeunesse.

C'était un beau projet, bien qu'avec le recul, je pense qu'il est utopiste.

Rêver d'une société plus égalitaire est dérisoire. J'ai donné beaucoup.

Il est temps maintenant de penser un peu à moi et à mon confort.

Atelier écriture

Forum 7

La santé au risque de la privatisation de l'assurance-maladie

Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé Plurielle

Les questions du libre marché et de la privatisation progressive de toutes les activités des sociétés se sont introduites dans le domaine des soins de santé. La privatisation des soins est présentée non seulement comme inéluctable mais peut-être nécessaire et bénéfique.

Ce problème doit être abordé sous ses différents aspects pour arriver à une cohérence globale au travers d'analyses idéologiques (mais qui sont les nôtres et pour lesquelles nous nous engageons), mais également scientifiques et objectives, et qui prouvent que la pensée peut ne pas être unique :

- La santé des populations n'est pas que la somme de la santé des individus qui les composent. Des facteurs collectifs émergent qui relèvent du politique, de l'économique, du social, du culturel... la santé n'est pas que somatique.
- Les soins de santé n'interviennent que pour une part relativement faible dans l'état de santé des individus et des populations, sauf dans les (rares) cas de déterminisme uni-factoriel (génétique par exemple. L'environnement socio-économique et biologique est probablement le principal facteur causal.
- Les soins de santé, en tant qu'activités de production sociale, se rattachent plus aux services qu'aux marchandises, comme les activités culturelles, de bien-être ou d'intervention sociale, d'éducation...

Il est impératif alors d'opposer à une évolution décrite comme irréversible les fondements d'une alternative

basée sur les acquis et les résultats du système de sécurité sociale actuellement en vigueur mais en passe d'être démantelé. Seul un pouvoir central et démocratique peut effectivement, sur une base de solidarité prenant en compte les différences de position socio-économique, financer et organiser un système de soins qui assure l'équité et l'accessibilité de tous.

Le modèle ultime de privatisation des soins est un marché concurrentiel ouvert à une échelle mondiale et qui est en voie d'évaluation par exemple en Amérique du Sud : de grandes compagnies américaines (du Nord !) d'assurances privées achètent des paquets de soins au meilleur vendeur, c'est-à-dire à des médecins regroupés en cliniques, dans le cadre de contrats exclusifs basés sur le risque actuariel des individus et des populations-objets des soins et qui sont financièrement assurables.

Ce *managed care* est détracté par tous en Belgique sous cette forme brutale, mais est promu de moins en moins insidieusement, par les assurances privées qui y voient une nouvelle source de profit basé sur la circulation d'argent, mais aussi par les mutuelles qui se posent en alternative aux assurances en justifiant de la sorte une survie que d'aucuns mettent en question au vu des progrès télématiques qui permettent de diminuer l'intermédiaire humain, et enfin par certains syndicats médicaux qui verraient de la sorte le « dialogue médico-mutuelliste » remplacer définitivement la politique de santé.

Une solution intermédiaire consiste à laisser à l'État le soin d'organiser

l'accès pour tous à un minimum de soins de base, peu rentables par ailleurs, et de laisser au privé la dispensation de soins complémentaires, rentables, et accessibles seulement à ceux qui peuvent les financer. Cette position est beaucoup plus répandue, alors qu'elle correspond manifestement à la manière douce de s'engager puis de progresser sur le chemin de la privatisation totale : c'est le discours unique et totalitaire de tous les lieux de pouvoir, des États, de l'Europe, de l'Organisation de coopération et de développement économique, du Fond monétaire international, de la Banque mondiale, et même de l'Organisation mondiale de la santé qui a introduit récemment comme critère de qualité des systèmes de santé le partenariat du public et du privé. ●

Rapporteur :

Florence Paligot, secrétaire à la maison médicale de Barvaux.

Animateur :

Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé Plurielle.

Intervenants :

Bernard De Baecker, secrétaire générale, Union nationale des mutualités socialistes, Edouard Descampes, secrétaire générale, Alliance nationale des mutualités chrétiennes et Marc Zamichiei, secrétaire général, Mutualités de France.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Mme Loiseau, Dentisterie sociale, Anita Naples, Solidarité santé, Mme Rombaut, Dentisterie sociale, Fortuné Van Hut, Solidarité santé.

Dans le système belge (modèle Bismarck), l'Etat prélève une partie du revenu du travailleur pour les soins de santé. Ce système, qui permet d'assurer une solidarité entre tous, représente bien entendu un coup dur pour les sociétés privées.

Dans l'avenir, les risques de privatisation nous conduiraient à considérer les soins non plus comme un bien solidaire mais comme une marchandise où, par exemple seul le bénéficiaire en bonne santé pourra s'assurer ou bien recevra une prime...

En France, la sécurité obligatoire couvre 75 % des dépenses médicales ; les 25 % restant sont couverts soit par les assurances complémentaires soit par les ménages eux-mêmes. L'assurance complémentaire est un marché concurrentiel. Le risque principal est la banalisation assurantielle.

Monsieur Marc Zamichiei, des Mutuelles de France, nous explique que le décret européen vient de gagner la France (où mutuelle = assurance complémentaire) ; que les mutuelles ont obtenu de pouvoir assurer tout le monde et donc de distinguer les « personnes » du « commerce ». Sa conclusion serait que l'Etat joue un rôle dans ce secteur, mais seul il n'est pas garant d'un système solidaire. Il faut éviter à la fois l'étatisation excessive et la privatisation.

Chez nous, monsieur Descampe, responsable à la Mutualité chrétienne, explique que « Solimut », l'assurance hospitalisation solidaire de sa mutuelle, est en procès avec certaines assurances complémentaires. Il pense que le système de régularisation des soins de santé par l'Etat doit se faire en concertation.

Monsieur De Backer, de la Mutualité socialiste pense que le financement insuffisant des soins de santé ainsi que le fatalisme conduisent à la privatisation.

Devons-nous privatiser comme les autres pays sans tenir compte du social ? Le débat ne laisse planer aucun doute sur notre réponse : non, nous devons résister. Mais la question est : allons-nous y arriver ? Le modèle européen est inscrit dans la culture sociale mais pas forcément inébranlable sous la pression des forces mondiales ! Nous pensons qu'il faut garder « l'Etat » avec des assurances complémentaires.

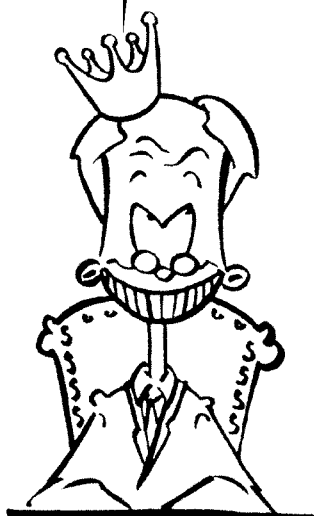
Jadis les mutuelles étaient gratuites, et tout était remboursé ; maintenant les mutuelles sont payantes, tout n'est plus remboursé. Les mutuelles ne sont plus militantes mais essayent pourtant de garder un certain esprit avec des services de bénévoles qui fonctionnent pour la mutuelle. Ces bénévoles sont aux services des gens.

La situation se détériore. Dans une maison médicale, des patients ont créé une structure de solidarité où ils prêtent sans intérêt de l'argent (pour tout ce qui concerne le médical) à leurs bénéficiaires. La solidarité existe encore. On se rend compte que les patients sont solidaires pour une assurance et ne veulent plus l'être pour une autre. Le bénévolat est un apport de la collectivité pour aider l'état.

Ce que nous souhaitons pour l'avenir est une discussion entre les dispensateurs (experts), les patients (utilisateurs) et les payeurs (mutuelles) pour être entendus au niveau des décideurs (élu par le peuple). ●

HAA , BIEN SUR : DEPUIS QUE J'AI
PRIVATISE LES SOINS DE SANTE ,
LA MORTALITE A AUGMENTE !

PAR CONTRE , L'OPPOSITION
AU REGIME EST EN NETTE
REGRESSION !!



Note

Les idées exposées dans ce débat et leur développement ne correspondent pas forcément aux analyses et aux positions de la Fédération des maisons médicales. Pour une vision plus complète sur la question de la privatisation, nous vous invitons à (re)lire notre cahier consacré à la sécurité sociale (*Santé conjugulée* n° 5, juillet 1998), et notamment les articles :

- J. Van Pe et A. Hoffman (Fédération des maisons médicales), *Le changement dans la solidarité*, p. 28-31.
- P. Drielsma, (Fédération des maisons médicales), *La sécurité sociale en danger, un prétexte pour ne rien faire*, p. 32-33.
- P. Cools, (mutualité socialiste), *La responsabilisation financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives*, p. 41-45.
- J. Degré (mutualité socialiste), *Les perspectives du système de soins de santé pour le XXI^{ème} siècle*, p. 46-49.
- A. Hoffman (médecin généraliste), *Privé, défense d'entrer*, p. 52-55.

... ainsi que

- P. Ansay (philosophe) et A. Goldsmith (licencié en sciences politiques), « Dictionnaire des solidarités », *Santé conjugulée* n° 10, octobre 1999, p. 12-16.
- M. Roland (médecin généraliste), « Le financement des soins de santé en question », *Santé conjugulée* n° 11, janvier 2000, p. 4-8.

conclusion

*Insérez votre badge ici, sous la flèche verte.
Choisissez et poussez sur le bouton :*

*Ordonnances
Certificat d'interruption de travail
Certificat de handicap
Certificat pour ne pas aller voter
Certificat de guérison
Certificat présence indispensable auprès de son enfant
Certificat de garantie
Certificat de belge.*

Je pousse sur ordonnances :

*Calmant
Somnifère
Excitant
Amaigrissant
Performance sexuelle
Anti constipant.*

*Je prends somnifère.
Ensuite, je reviens au menu.*

Je pousse sur certificat interruption de travail :

*1 jour
1 semaine
1 mois
6 mois.*

Un mois, plus trois boîtes de somnifères, ça fera l'affaire !

Atelier écriture

Forum 8

Santé et environnement : du constat à l'action

Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale l'Aster

Quotidiennement, les travailleurs des services de santé de première ligne peuvent mesurer combien l'environnement intérieur (à l'intérieur des bâtiments) comme extérieur est souvent lié aux conditions socio-économiques des personnes qui y vivent et a une grande influence sur l'état psychique de celles-ci. En effet, étant un service proche de la population, nous avons l'occasion de nous rendre à domicile et de constater les conditions de vie de personnes qui nous interpellent à ce propos : « Docteur, j'ai mal à la tête, vous pensez que c'est dû à une perte de gaz ? ». En même temps, nous observons l'augmentation des maladies occasionnées par la pollution (asthme, allergies...).

L'environnement pouvant regrouper de multiples facettes, nous illustrerons la problématique par deux phénomènes dont ont découlé des actions collectives. Il s'agit de l'expérience de Mellery et de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure (CRIPI).

Mellery possède au sein de sa commune un centre d'enfouissement technique (décharge) qui dégage des substances génotoxiques pouvant provoquer une modification de l'ADN (mais ces effets sont encore controversés suivant les études). Fin des années 80, des médecins de Mellery ont dénoncé ces nuisances environnementales qu'ils considèrent comme responsables de problèmes de santé chez leurs patients. Un suivi médical réel a été demandé mais n'a jamais été vraiment mis en place (conflit de compétence entre la Région wallonne et la Communauté française). Suite à des plaintes et à des constatations de terrain, des médecins ont lancé une action collective de dénonciation pour répondre à un problème de santé publique et

d'environnement. Mais quelle réponse ont-ils obtenue ? Sont-ils bien formés sur ce sujet ? Quels outils possèdent-ils ?

Chaque individu passe plus de 80 % de son temps à l'intérieur des bâtiments. La pollution intérieure constitue un aspect majeur des nuisances de l'environnement sur la santé. Ces nuisances sont liées entre autres à un renouvellement d'air des locaux de plus en plus faible et à des changements de comportement qui entraînent l'accumulation de polluants (biologiques et chimiques) en provenance de sources extérieures et intérieures. La Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure apporte un complément de diagnostic médical en relation avec des problèmes de santé liés aux pollutions intérieures de l'habitat. Cet outil vise à l'identification et à la quantification des sources de pollution présentes à l'intérieur du logement. Ce diagnostic s'accompagne de conseils aux habitants pour réduire voire éliminer la ou les nuisance(s). La Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure permettra à plus long terme de préparer une stratégie d'actions préventives (conseils, comportements, traitements, ...). L'accès à la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure se fait à la demande d'un professionnel de santé suite à la constitution d'un dossier médical. Les résultats de l'enquête sont utilisés à un usage médical et remis à la fois au médecin et au conseiller éco-social qui, au vu des résultats d'analyse, préparera un « schéma » d'actions pour la remédiation du problème.

Dans le cas où ces mesures nécessitent des investissements qui ne peuvent être supportés par l'habitant ou pour lesquels sont prévues des aides publiques, le conseiller éco-social informe l'habitant des possibilités existantes et de la localisation des

services susceptibles de lui venir en aide.

En cas de pollution très grave impliquant des décisions immédiates, le conseiller prendra contact lui-même avec les autorités compétentes (commune, CPAS).

Les travailleurs des maisons médicales récoltent quantité de plaintes, de questions, de constats pour lesquels ils possèdent très peu d'outils. Comment faire en sorte que cette réalité ne devienne pas une fatalité ? Quels outils, quels relais instaurer ?

Les maisons médicales répondent en partie à la question grâce à l'intégration du volet psychologique, social et communautaire au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Par exemple, si l'infirmière reçoit une série de plaintes de la part d'une famille quant à son environnement intérieur ou extérieur, elle pourra proposer les services d'une assistante sociale et/ou d'un psychothérapeute : la première fera valoir le droit à des conditions de vie décentes et le second travaillera à l'appropriation ou ré-appropriation d'une confiance en soi, nécessaire pour entamer des démarches...

Certaines démarches peuvent même déboucher sur des actions de revendications collectives (exemple : collectif de droit au logement pour tous).

A côté de cela, ne serait-ce pas utile de posséder des outils simples (comme un détecteur de CO₂) pour pouvoir répondre d'une façon rapide et efficace aux réalités quotidiennes.

Nous possédons un « trésor de guerre » d'informations, de questions, de constats. Comment l'utiliser pour faire bouger les choses ? ●

Rapporteur :

Marie-Louise Fiset, infirmière à la maison médicale la Glaise.

Animatrice :

Véronique Duparc, médecin généraliste à la maison médicale des Marolles.

Intervenants :

Catherine Bouland, Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement, John Pauluis, médecin généraliste, commission environnement de la Société scientifique de médecine générale et Patricia Thiebaut, membre de la Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Carole Grandjean, présidente du Mouvement contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie, Delphine Louterman, Entr'aide des travailleuses, Fanny Renaux, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, Karine Timmermans, Philomène Umuhire, école d'infirmières de l'université libre de Bruxelles, la Ligue des droits de l'homme.

Le récit des différentes expériences en santé-environnement, ainsi que la discussion qui s'en suivit nous amènent à poser différents constats, nous donnent des pistes déjà mises en expérience et nous laissent entrevoir des projets de plus grande envergure pour que les travailleurs de santé de première ligne soient davantage attentifs aux problèmes de santé liés à l'environnement, au niveau des individus, d'un quartier, jusqu'à une interpellation sociétale.

Constater

La pollution interfère sur notre santé, cette constatation s'impose à nous.

Nous rencontrons dans notre pratique de plus en plus de maladies allergiques, neurologiques, endocriniennes, des problèmes de fertilité.

Une étude montre qu'en améliorant la qualité de l'air à l'intérieur des maisons et au travail, on constate une diminution des maladies virales, de l'incidence de l'asthme, du *sick building syndrome*, une augmentation des performances au travail avec en corollaire de cette étude la preuve que le coût de la prévention est récupérable.

La pollution se retrouve dans nos différents cadres de vie : habitat, milieu professionnel, ville, dans notre alimentation...

Les toxiques se retrouvent dans les eaux, l'air, les sols, et s'accumulent à des endroits précis, comme les décharges. S'ajoutent à cela les nuisances liées aux bruits.

Les conditions climatiques influencent les pollutions, et surtout leur concentration.

Les synergies des différentes pollutions sont des phénomènes actuellement mal connus.

Tel qu'il existe une biodiversité, nous pouvons parler d'une diversité de pollution, et toute expertise en ce sens doit donc être multisectorielle.

Savoir, anticiper

Les intervenants de santé, même s'ils sont sensibilisés aux problèmes de santé liés à l'environnement, n'ont pas de connaissances concrètes des problèmes rencontrés avec une pollution précise et encore moins des synergies entre les polluants et de leurs effets cumulatifs sur la santé.

Le monde médical scientifique et/ou académique ne communique pas de discours cohérent sur le sujet. Ses sources d'information sont parfois uniquement, comme pour la population, la presse, la télévision. Une enquête de la Fédération des maisons médicales nous a pourtant montré que les travailleurs de santé, notamment les médecins, sous-estiment la place que leur donnent les patients au niveau préventif.

Il n'existe pas dans notre pays de véritable politique en matière de santé-environnement. Même au niveau local, il n'y a pas de politique active de prévention, le bourgmestre est uniquement responsable du niveau répressif (expulsion si insalubrité de l'habitat par exemple).

La gestion des matières relatives à la santé liées aux problèmes d'environnement est cloisonnée entre les ministères, multiples, relatifs à l'environnement et ceux, également nombreux, du secteur de la santé : la santé, la prévention, les affaires sociales...

Les textes de recommandations, les textes de loi, les directives européennes et le plan de développement durable, sont en retard d'application en Belgique.

Si dans le plan fédéral du développement durable le lien est clairement établi entre l'environnement et la santé, ce lien est mal souligné dans des textes plus anciens comme le décret wallon en matière d'étude d'incidence ou l'article 23 de la Constitution belge.

Les politiques sont réticents à informer car ils ont peur d'affoler la population. Pourtant, quand la population ne reçoit pas de réponse, elle développe une anxiété, alimentée par les rumeurs, parfois trop grande par rapport au risque réel.

Le monde politique attend des certitudes. On cherche encore des marqueurs alors qu'il existe de nombreux indicateurs. De plus, même en identifiant les polluants, on ne sait rien de l'impact santé de leur mélanges pendant de longues exposition à basse concentration pendant les différents stades de la vie (foetus, première enfance, vieillesse...).

Il se trouve toujours un expert pour déstabiliser le discours créer une querelle d'expert ; les résultats dépendent en effet de l'analyse sélectionnée, des paramètres choisis dans l'étude, de la diffusion permise...

En santé-environnement, il faut travailler avec des incertitudes et se rallier au principe de précaution. Nous devons aussi anticiper pour éviter d'encore plus grands retards.

Nous devons aussi anticiper pour éviter d'encore plus grands retards :

- Un retard chimique : les CFC mettent vingt-cinq ans pour arriver en haute atmosphère et certains cent cinquante ans pour être détruits ;
- Un retard biologique : les effets sont tardifs, comme dans le cas du mésothéliome provoqué par l'exposition à l'amiante. Les marqueurs d'exposition sont différents des marqueurs d'effets ;
- Un retard sociétal : il y a le temps nécessaire à l'Académie de médecine pour se prononcer auquel il faut ajouter un temps de latence supplémentaire pour passer à l'action (politique).

Nous constatons souvent une double démission, d'une part les médecins et les autres travailleurs de la santé ne cherchent pas l'information, d'autre part l'Etat ne la donne pas (peu d'avis

officiel) ; ou parfois, l'information reste bloquée dans un ministère.

Les travailleurs sur le terrain ne savent pas où déposer l'information qu'ils récoltent. Des expertises et des études d'incidence sont faites et on ne sait parfois pas à qui les communiquer et qu'en faire.

Le citoyen a pourtant droit à une information, il doit être prévenu de tout risque.

Communiquer et gérer

En regard de ces différents constats, nous proposons de créer un espace de communication santé-environnement, souhaité d'ailleurs par le Gouvernement dans des textes de loi. Cette cellule de base serait permanente, de structure transversale, un espace pour un consensus et une stratégie de gestion des problèmes, pour aller du constat à l'action. Elle serait suffisamment proche géographiquement de la population, tel le niveau communal.

Comme tout processus de santé communautaire, la gestion des problèmes de santé liés à l'environnement sera globale. Des niches traitant chaque problème isolément seraient inefficaces à long terme.

La première mission de cette structure de gestion des problèmes de santé liés à l'environnement sera d'identifier les partenaires.

La mobilisation de ces différents acteurs pourrait s'imaginer tel une procédure de plan d'urgence.

Au départ, le fonctionnement doit se réfléchir sans budget complémentaire, inclus dans la pratique quotidienne. Nous le voyons comme une initiative autonome privée, chapeauté par un pouvoir communal.

Qui seraient les partenaires de ce réseau santé-environnement ?

- La population concernée se trouve naturellement associée. Par exemple,

un groupe d'habitant d'un quartier ayant rencontré un même problème.

- Les travailleurs de santé de première ligne sont des interlocuteurs reconnus au niveau santé ; certains travaillent déjà en transdisciplinarité dans un réseau. Une maison médicale, une association de plusieurs maisons médicales ou une autre structure pluridisciplinaire sont des observatoires de proximité ; de telles structures peuvent plus facilement jouer le rôle de catalyseur pour mettre en place ce projet communautaire.

- Les avis d'experts différents : toxicologues, allergologues, biologistes, acarologues, chimistes, sociologues, environnementalistes... apporteraient des éclairages différents et une vision pointue dans leur spécialité.

- Les médecins généralistes, en tant qu'experts de santé non spécialisés dans un domaine particulier, assureraient la synthèse et la transmission d'une « traduction » accessible à tous.

- Les assistants sociaux sont aussi des partenaires naturels, souvent déjà inclus dans les réseaux santé.

- Des sociologues, des experts de la communication... soigneraient le volet communication, essentiel dans ce domaine.

- Les pouvoirs communaux devraient nommer un interlocuteur... Dans certaines communes, il existe un éco-conseiller. Celui-ci est un relais intéressant, il est un généraliste au niveau environnement et est formé à la communication.

- ...

Nous savons que mettre des gens ensemble est une démarche qui prend du temps. Mais un projet porté par un groupe, impliquant toutes les personnes concernées, a davantage de chances d'aboutir.

Les différentes expériences locales auront intérêt à coordonner leurs actions et surtout leurs informations.

La Fédération des maisons médicales pourrait dans un premier temps assurer cette coordination globale. Le but est de faire circuler les informations des cellules de base vers un organe centralisateur, et finalement vers les responsables politiques.

Des missions larges

Les autres missions de l'espace de communication santé-environnement sont multiples, de la récolte des données jusqu'à l'interpellation politique.

- Les travailleurs de première ligne auront besoin d'information et de formation.

Il faudrait toucher les médecins dans les Groupes locaux d'évaluation médicale, les dodécagroupes, les maisons médicales, à l'université, ... pour qu'ils possèdent les connaissances nécessaires au diagnostic (les toxiques, les doses seuils, les synergies...);

- La récolte des données peut être réalisée à l'aide de différents outils. Nous pourrions concevoir des items relatifs aux problèmes de santé liés à l'environnement intégrés dans le dossier médical global, informatisé ou non. Le médecin y serait attentif dès son anamnèse.

Un tronc d'items communs serait choisi, en collaboration avec des associations comme la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure, pour permettre une gestion identique (commun dénominateur) avec la possibilité d'intégrer d'autres items suivant les disparités locales.

Par la voie des médecins vigies des questions environnementales pourraient aussi être repérées.

- L'approche préventive doit être diverse et aborder le cadre de vie au sens large. L'espace de communication santé-environnement pourrait mener des campagnes sur des problèmes globaux, comme l'humidité dans les logements.

- L'analyse du risque et l'évaluation de l'urgence se fera en équipe avec l'éclairage des différents experts et en gardant comme principes : la gestion de l'incertitude dans la précaution et la volonté de dégager un consensus. Le traitement des données récoltées facilitera le diagnostic. Les hypothèses devront faire l'objet de validation régulière.

Il existe une gradation dans les risques. Les partenaires devront donc choisir des priorités. Nous pourrions établir des *guidelines*.

L'espace de communication santé-environnement assurerait ainsi un rôle de détecteur, de sentinelle.

Faire circuler l'information

- L'élaboration de stratégies de communication du risque sera une mission essentielle de l'espace communication santé-environnement, des messages puissants exercent une pression efficace sur la faculté de mobilisation.

- * L'information se créera en partenariat. Elle sera obligatoirement cohérente et unanime (consensuelle). Nous devons tous travailler avec des certitudes et des doutes (doutes et certitudes doivent être communiqués)

Qui sera l'auteur de l'information à communiquer, la cellule de base santé-environnement, la coordination des cellules, une instance politique ?

- * Le centre diffusera une communication structurée du risque vers les acteurs de proximité, dont la population, dans le but de fixer l'information. Pour avoir suffisamment de poids, la communication du risque sera collégiale et adaptée au public : population, travailleurs de première ligne, médecins, décideurs politiques.

Si la situation est urgente, il devra être possible d'activer le réseau en

quelques jours, voir en quelques heures (comme un plan catastrophe). Les médecins de famille ont un devoir de communication envers leurs patients. Ils pourraient être amenés à prouver qu'ils ont donné l'information. Les patients pourraient se retourner juridiquement contre eux pour non-communication du risque, y compris des doutes et des incertitudes.

- * Les résistances seront à travailler à tous les niveaux, du local au général.

Nous devons faire comprendre à tous, même les persuader, que les problèmes de santé décelés sont prioritaires. Il faut à tout prix éviter les querelles d'experts.

- * Une démarche systématisée, un lobbying est indispensable pour faire remonter des messages vers les décideurs politiques et jouer le rôle de lanceur d'alerte, de « dénonciateur » du risque.

Pour motiver le système politique, il faut construire une argumentation et valider les informations. Les aspects économiques sont importants. Il faut démontrer que la prévention et une solution rapide des problèmes détectés, en plus de rencontrer le bien-être collectif, provoquent des économies. Prenons comme exemple, la prévention de l'asthme chez l'enfant, pour laquelle on a déjà prouvé l'intérêt économique.

C'est donc un véritable modèle de communication qu'il faudra construire.

- Les citoyens devront trouver dans les cellules santé-environnement un soutien, un relais local. Par exemple, des documents d'aide au diagnostic et de droits juridiques, ce qui fournirait au citoyen un moyen de pression vis-à-vis d'un propriétaire.

- La coordination des cellules santé-environnement pourrait demander l'application des législations existan-

tes dans le plan de développement durable, dans les directives européennes...

Nous pourrions proposer des mesures obligatoires, déjà en vigueur dans certains pays européens : le contrôle technique des cheminées, l'interdiction de l'emploi du formaldéhyde, des informations pour le consommateur (étiquette sur matériaux de construction)...

Il serait sans nul doute opportun d'avoir un ministre de la Santé et de l'Environnement à chaque niveau de pouvoir (régional et communautaire également).

Toute la réflexion sur les problèmes de santé liés à l'environnement est récente dans les maisons médicales. Il reste de nombreuses questions à envisager. Notons-en deux :

- Comment atteindre tous les professionnels concernés : les praticiens solo, les travailleurs médicaux-sociaux, ONE... ?

- Comment intégrer la prise en compte des problèmes de santé liés à l'environnement dans notre pratique quotidienne ?

Dimension éthique

Il nous est apparu comme une nécessité absolue que nos prises de position soient traversées par une réflexion éthique permanente.

Supprimer les moisissures paraît évident, agir au niveau hygiène, pauvreté est déjà plus délicat. Si maintenant les conséquences des politiques prônées sont l'expulsion ou raser un quartier, la cellule santé-environnement doit être capable de faire pression.

Que faire des fausses solutions, comme un autocollant sur des chauffe-eau signalant le danger de l'employer ? Combien de temps peut-on attendre, en exerçant quelles surveillances ? Jusqu'où sommes-nous concernés ? Jusqu'où intervenir ?

En conclusion

Les problèmes de santé liés à l'environnement devront faire partie des préoccupations des acteurs de santé de première ligne.

Cette prise en compte n'est possible qu'en partenariat dans un processus de santé communautaire. Nous avons un devoir d'information vis-à-vis de la population. Notre discours devra être cohérent et collégial, soutenu par une stratégie de communication et traversé par une réflexion éthique. ●

Dans l'objectif général d'expérimenter concrètement avec un ensemble varié d'acteurs de terrain un dispositif de coordination du continuum « détection – traitement – prévention » du saturnisme infantile, l'asbl CRIDIS (Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales) financé par le Fonds Houtman a mis en œuvre une recherche-action sur plusieurs fronts parallèles :

- celui de l'investigation des différents secteurs concernés par la problématique du saturnisme infantile (santé, logement, aide et action sociale, environnement, etc.) ;
- celui de l'inventaire des différentes législations qui – par leur présence ou leur absence d'éléments pertinents dans leurs contenus – concourent à l'entretien ou à l'éradication du saturnisme infantile ;
- celui de la mobilisation d'acteurs de terrain.

Depuis 1998, l'Institut bruxellois de gestion de l'environnement a entamé une collaboration avec la Fédération des maisons médicales pour « faire des ponts » entre le domaine de l'environnement et santé. Cette démarche aboutit à une connaissance globale. Une des étapes est d'objectiver l'impact des nuisances environnementales sur la santé, et d'en informer les professionnels de la santé et de l'environnement.

L'Institut bruxellois de gestion de l'environnement a fait appel à la Fédération des maisons médicales pour deux raisons. La première est de prendre contact avec les médecins généralistes. Ils sont avec les infirmières et kinésithérapeutes les seuls acteurs de santé à aller au domicile, et donc ont une approche globale (bio-psycho-socio-culturelle et logement), continue (il voit le patient sur un long terme) et intégrée (curative, préventive, de réhabilitation et de promotion de la santé). La seconde est d'entrer au sein des maisons médicales parce qu'elles sont particulièrement sensibles aux aspects de prévention en matière de santé et peuvent assurer un rôle d'observatoire de la santé en première ligne.

Les différents axes de travail dans le cadre de notre convention sont : des dossiers scientifiques à partir des pathologies, un forum qui a eu lieu en février 2000, l'organisation de réunions régulières avec des intervenants concernés et une collaboration avec le projet d'ambulance verte (Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure, CRIPI) : cet outil permet d'analyser les facteurs de pollution au niveau de l'habitat.

réflexions

Suite aux réactions suscitées par l'interview du D^r Bernard, j'ai choisi de publier mon analyse dans « Gaël ».

Mon choix se justifie par la large diffusion de cette revue et parce qu'il n'est pas une maison médicale où je me suis rendu qui ne disposait dans sa salle d'attente de plusieurs exemplaires de cette revue.

Il me semble que la réaction massive des maisons médicales révèle deux choses.

D'une part, une forme d'utopisme mobilisateur. Les jeunes surtout ont encore ce souhait de changer la société.

D'autre part, l'on note dans plusieurs réactions une aspiration à une vie plus facile et plus aisée (moins de réunions, un salaire plus élevé, des vacances plus fréquentes).

Comment, me direz-vous, pourrait-il en être autrement dans une société où l'argent domine et où la dérive maîtresse est : « tout, tout de suite ».

Face à ce constat, je pense que c'est à vous tous, vous lecteurs de Gaël et peut-être patients potentiels des maisons médicales, de soutenir les travailleurs dans leur projet et de veiller à ce que cette petite flamme qui les anime ne s'éteigne pas.

Mobilisez-vous. Soyez créatifs et nous pourrons alors espérer un monde meilleur. J'ai confiance en vous.

En conclusion, je voudrais rappeler à tous l'enseignement transmis par le célèbre philosophe trop tôt décédé Claude François qui, dans l'un de ses célèbres essais, tentait de nous faire comprendre à quel point la motivation peut être cyclique.

Ne disait-il pas en effet : « Ca s'en va et ça revient » ?

A la lumière de cet enseignement, les lecteurs comprendront probablement qu'il n'y a pas lieu de polémiquer plus avant.

En effet, la motivation du D^r Bernard pour le projet maisons médicales s'en est allée et ne reviendra probablement jamais en lui.

Nous constatons cependant qu'elle renaît (qu'elle revient comme disait le philosophe en question) dans l'esprit de personnes dynamiques, réfléchies et sérieuses.

Ces « maisons médicales », créées en Belgique dans le grand courant contestataire de mai '68, paraissent battre de l'aile et se chercher une nouvelle identité. Le D^r Bernard fait figure de dissident.

Et manifestement, la dissidence est mal tolérée.

Le groupe social fait corps ; se rassemble et signifie au D^r Bernard sa désapprobation, en défendant, sous couvert de renouvellement, l'idéologie ancienne.

Peut-on y voir un retour aux valeurs traditionnelles et familiales dans une Europe où la réussite individuelle est encore tellement valorisée ?

Pour définir le concept maison médicale, il est important de nous replonger dans le contexte socioculturel de l'époque de leur création.

En ce temps-là, quelques marginaux tentèrent de revaloriser la médecine de première ligne en la conceptualisant selon un modèle politico-social proche du communisme et cela en réaction contre le modèle dominant à l'époque de la toute puissante médecine de pointe capitalisante.

Les pionniers avaient pour valeurs fondatrices l'autogestion, l'égalité salariale et la transdisciplinarité, concepts hérités des luttes sociales de mai '68.

Atelier écriture

Forum 9

Le mouvement des maisons médicales et les formes renouvelées de mobilisation sociale

Ghislaine de Smet, membre du Collectif Solidarité contre l'exclusion et Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise.

Les limites des soins de santé

Une étude récente de l'Institut national de la statistique et des études économiques¹ démontre que la mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif du même âge, et celle des chômeuses, deux fois. Ces chiffres choc nous amènent à réfléchir et à réexaminer plus modestement l'impact que nous pouvons avoir, comme soignants, face à des problèmes qui dépassent largement le secteur des soins de santé. Les inégalités en matière de santé ne sont qu'une des facettes des inégalités socio-économiques.

Que peuvent les soins de santé face à ces situations ? Une prise en charge intégrée des problèmes de ces patients, comme celle qui est mise en œuvre dans les maisons médicales, peut apporter une aide individuelle de

qualité. Mais les soins de santé ne peuvent effacer les inégalités sociales qui ont des conséquences directes et indirectes sur l'état de santé. Malgré les cinq cents milliards de BEF qui sont consacrés aux soins de santé (soit un tiers de l'ensemble de la sécurité sociale), ils n'agissent que sur les conséquences des problèmes, très peu sur les causes.

Transversalité !

Lutter contre les inégalités en matière de santé, d'une façon collective, passe par des mesures sociales, politiques, économiques, pour assurer une meilleure répartition de richesses, assurer plus d'autonomie à tous.

Les moyens à mettre en œuvre

Les intervenants du secteur des soins de santé, et les maisons médicales en particulier, sont aux premières loges pour observer les conséquences des inégalités sociales. Tous ressentent, à un moment où à un autre, un découragement face à leur impuissance à changer le cours des choses.

Plutôt que de se décourager devant cet impact limité, il y a urgence à faire le lien avec différents groupes qui peuvent peser sur les choix politiques. Des relations transversales entre les intervenants de santé, les

associations qui agissent sur le terrain social, les syndicats, les partis politiques, pourraient dynamiser les réflexions, et permettre d'élaborer d'autres propositions².

De nombreux acteurs gagneraient à mettre leurs expériences, leurs priorités, leurs analyses en commun. Car les différents combats que mène le monde associatif sont trop cloisonnés, alors que des réformes dans un secteur peuvent avoir des répercussions sur plusieurs autres. Le combat syndical par rapport à l'accès à l'emploi pourrait s'enrichir de l'analyse des soignants sur les conséquences du chômage, par exemple. De même, les enseignants qui demandent des réformes dans les écoles devraient aussi avoir des liens avec les « vigies » que nous sommes.

Jeter des ponts, faire circuler la réflexion et les informations, permettra de donner plus de pertinence et plus de puissance à nos actions, chacun dans notre secteur.

Pour ce faire, nul besoin d'engagements supplémentaires : il convient plutôt de saisir des occasions de prendre langue avec d'autres acteurs de l'associatif voire du monde politique sur des thèmes d'intérêt commun, en échangeant des textes, en organisant des débats, en les invitant dans nos réunions d'équipe lorsque l'on aborde un sujet de fond ou que l'on prépare une action de promotion de la santé... ●

(1) Revue trimestrielle Économie et Statistique, INSEE, n°334, 2000/4.

(2) Luc Carton, « Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui », Santé Conjuguée n°15, janvier 2001, pp.3-11.



Rapporteur :

Nicky Soultatos, accueillante à la maison médicale la Passerelle.

Animatrice :

Murielle Truillet, médecin généraliste à la maison médicale la Passerelle.

Intervenants :

Marc Abramowicz, psychothérapeute, fondateur de « Aimer à l'ULB » et Ghislaine De Smet, médecin généraliste, Collectif Solidarité contre l'exclusion.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

Nathalie Brard, Solidarité santé, Véronique Gailly, attachée de Groupe parlementaire, Claude Parmentier, Bernadette Taeymans, revue Éducation Santé.

Quelles sont les valeurs, les enjeux qui sous-tendent la militance en maison médicale ?

Les maisons médicales agissent souvent seules dans leur quartier, comment récupérer cette richesse de terrain ?

Quels sont les freins qui empêchent que ce vécu social et politique remonte vers les instances de pouvoir ?

Voici les questions qui ont traversé le forum. Celui-ci a été nourri par les pratiques de mobilisation sociale de nos intervenants.

Historique d'une expérience de mobilisation sociale

● Le Collectif Solidarité contre l'exclusion

Membre du Collectif, Ghislaine De Smet a une pratique d'équipe de médecins généralistes. Elle retrace son expérience de terrain. Sa manière de travailler implique une activité en réseau et une bonne coordination sociale avec les autres services. Les valeurs qui sous-tendent son travail sont conditionnées par une politique intégrée de l'approche de la personne. Sa militance et son engagement sont très présents au niveau de son activité. Sa pratique médicale nourrit sa militance.

La genèse du Collectif Solidarité contre l'exclusion remonte au début des années '90. Il y a eu un large mouvement de contestation qui a débuté par la grève des enseignants, ensuite la grève des infirmières, suivie par celle des travailleurs sociaux. De là sont nées des rencontres inter-sectorielles avec un discours sur le

non-marchand, une réelle volonté d'unir les mouvements contestataires pour faire aboutir les revendications. Cette action doit impérativement être relayée par le politique et le syndical qui doivent s'approprier les idées venant de la base. Les associations au niveau local devraient se rencontrer au sein des coordinations sociales avec des valeurs communes qui se dégagent. Ces synergies demandent un investissement important en moyens et en temps.

En terme de mobilisation, le privé est motivé par le profit financier. Il y a une forte énergie : se développer, être puissant, le pouvoir de l'argent... Dans les milieux militants, c'est le profit humain qui mobilise. Nous restons au niveau micro. Dans cet échange d'humanité, il y a une jouissance.

● Stratégie de la transversalité

Travailler en transversalité implique que l'on jette des ponts entre des travailleurs, des secteurs différents, au-delà d'institutions qui n'ont pas l'habitude de s'associer autour d'un projet commun. C'est sur cette base que s'est créé le Collectif Solidarité contre l'exclusion.

Au niveau local, il est important de s'associer avec des organismes sur base de valeurs identiques à celles que l'on veut défendre. Cela donne une consistance sur le terrain.

De l'indignation émotionnelle à l'association

Marc Abramowicz, psychologue de formation, a fait une conférence sur l'histoire du militantisme. Au sein de

son équipe « Aimer à l'ULB », il a enquêté sur :

- pourquoi travaille-t-on à « Aimer à l'ULB » ;
- pourquoi est-on militant ?

Ce qui était commun à tous les travailleurs, c'est que tous les parents avaient vécu la guerre et en avaient souffert. Et du fait d'avoir préparé ce colloque, nourri par une réflexion collective, l'équipe s'est ressoudée fortement avec une mobilisation importante : l'équipe avait échangé sur quelque chose d'émotionnel.

Certains faits ou événements peuvent être mobilisateurs et sont portés par des individus, des associations qui se rassemblent autour d'un objectif commun. Mais en général, les mouvements de base n'arrivent pas à faire remonter leurs revendications à un niveau supérieur. S'ils ne se structurent pas, ils ne seront pas pris en considération.

Très souvent, les instances décisionnelles ne tiennent pas compte de notre expertise. Nous en sommes responsables parce que nous n'avons pas pu exploiter notre savoir. Sur une base émotionnelle, des associations peuvent se mobiliser pour mener un combat.

« Aimer à l'ULB » a été confronté aux conséquences assez néfastes des mesures prises par le pouvoir politique suite à l'affaire Dutroux qui a eu un impact important sur la population : remise en cause du secret professionnel en cas de suspicion d'abus sexuel, remise en cause des acquis en matière sexuelle depuis trente ans.

Le fait de créer un mouvement et de s'associer avec les centres de santé mentale, également concernés par ces mesures, a stoppé le décret. Dans cette synergie, une part du travail consistait à conscientiser les politiques. Il est

nécessaire d'entretenir les liens pour pouvoir se mobiliser en cas de nouveau combat à mener.

Militantisme et/ou citoyenneté

Une partie du débat a porté sur les définitions des mots militantisme et citoyenneté et sur les images que ces deux concepts véhiculent. Certains préfèrent utiliser le terme citoyenneté à celui de militance, trop connoté politiquement. D'autres pensent qu'il s'agit de la même chose.

Ce que l'on peut retenir, c'est qu'en fonction de la place où nous nous situons, de l'intérêt que nous avons pour la chose politique, de la génération à laquelle nous appartenons (avant ou après 68), les notions de citoyenneté et de militantisme revêtent des interprétations différentes : que ce soit dans les maisons médicales, à la Ligue des droits de l'homme ou au Mouvement contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie, ces associations sont traversées par les mêmes débats. L'action doit-elle être conditionnée par une approche militante ou par une approche citoyenne ?

Notre attention a été attirée par de nouvelles formes de mobilisation sociale émergente qui suivent l'évolution technologique et qui n'ont pas de visibilité : des formes de mobilisation qui utilisent internet et qui sont à prendre en considération.

Voici quelques représentations véhiculées par les deux concepts :

Militantisme

- Idéologie de mai 68 où le militantisme était basé sur la culpabilité.
- Le militantisme est une forme de prévention : c'est mettre une dimension politique à l'acte que

nous posons.

- Dans certaines maisons médicales, il y a un jugement moralisateur : être militant, c'est bien, ne pas l'être est mal vu.
- Côté militant = côté missionnaire. Le militant est vécu comme quelqu'un de fanatique qui manifeste avec des slogans.
- Il ne faut pas confondre tout le militantisme avec celui d'extrême gauche.
- Les militants de 68 ont eu envie de révolutionner la société.

Citoyenneté

- Les jeunes veulent s'intégrer dans les équipes pour changer les choses de manière plus citoyenne, ils ont peur de la politique.
- Dans la position citoyenne, nous échangeons plutôt dans un climat consensuel.
- Le mouvement blanc est bien un mouvement citoyen qui manifestait avec des bannières.
- Les jeunes veulent réformer la société dans les mouvements citoyens. C'est un pôle associatif où nous nous focalisons sur un problème de société : la pauvreté, la santé... C'est l'objet qui sert d'échange, c'est la pensée individuelle de l'associatif qui n'a pas une force suffisante pour se faire entendre.

Les quatre chemins plus un

Les caractéristiques d'« aimer à l'ULB », selon Marc Abramowicz, sont :

- Tous les professionnels sont militants.
- Il n'y a toujours pas de règlement d'ordre intérieur.
- C'est un organisme autogéré.
- Tous les travailleurs sont à temps partiel, c'est une volonté pour nourrir le militantisme.

En partant du constat que toute une

série d'associations travaillent de manière identique avec des valeurs communes, que peut-on mettre en place pour arriver à une unité d'action entre ces associations ? Sur base de ce qu'a dit Luc Carton, comment s'associer entre planning familial et maison médicale et porter des projets ensemble ?

Il est nécessaire de repartir du texte de Luc Carton : « Les quatre chemins plus un » (in « Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui », *Santé conjugulée* n°15, janvier 2001, p. 3-11).

1. Penser le travail ou le renouveau du syndicalisme : sortir de notre niche pour rencontrer et débattre des conditions de travail avec les travailleurs de même secteur.
2. Libérer le pouvoir d'usage : les usagers doivent se réapproprier un certain pouvoir et l'assumer.
3. Contester la marchandisation.
4. Transformer la culture : comment faire passer le message culturel de notre savoir-faire.
5. Développer la société en réseau du côté des résistants, résister en permanence pour maintenir des valeurs qui font lien et créer un syndicat de la vie quotidienne.

Toujours selon Luc Carton, il existe une divergence entre les tenants de l'égalité et les tenants de la liberté concernant l'évolution de la société. Il faut dépasser ce débat pour arriver à une nouvelle valeur : l'égalité-liberté.

En maison médicale, il y a un combat basé sur l'égalité : médecine pour tous. En planning familial, il y a un combat basé sur la liberté : liberté sexuelle, liberté de disposer de son corps, liberté d'avorter...

Si les plannings familiaux s'approprieraient plus les combats pour l'égalité et si les maisons médicales s'appro-

priaient plus les combats pour la liberté, ces deux associations pourraient se rencontrer.

Pistes pour lancer la mobilisation sociale

1. Partir d'expériences concrètes : la base vit sur un mode émotionnel, une indignation.
2. Rapprocher des organismes du milieu associatif autour d'une problématique commune qui les anime.
3. Disposer de temps pour se rencontrer et introduire une demande de subsides pour la mise sur pied d'un réseau de concertation sociale à un niveau local pour une prise en charge plus efficiente des problèmes.
4. Tenter d'inverser le processus politique actuel : les associations de base reçoivent des directives qu'elles appliquent. Alors que notre volonté est contraire : faire remonter l'expérience de la base, le trésor de guerre des savoirs sociaux (cf. Luc Carton) et les modéliser.
5. Utiliser tous les niveaux de pouvoir et trouver des relais dans le monde politique et syndical qui vont s'approprier nos revendications et qui vont les porter à maturité.

Ce qui sous-tend que le mouvement des maisons médicales soient reconnu comme un interlocuteur à part entière, à chaque étape de la négociation.

Parallèlement à cette mobilisation, il est demandé à la Fédération des maisons médicales de faire écho de toutes les expériences de mobilisation sociale et de développer un outil de communication adéquat : internet. Il est aussi proposé d'organiser plus régulièrement des communiqués de presse pour nous faire connaître et

parler de notre travail. Enfin, l'échange de publications entre différentes associations doit permettre le croisement des savoirs pour mieux comprendre l'autre. ●

Portrait



Tiens, c'est drôle, je l'ai déjà vue cette dame... C'était où encore ?

*Un visage doux et rond. Des petits sillons creusés par les rides.
Un regard chargé de tendresse, rempli de songes, de mensonges, de souvenirs, de bonnes choses...*

Elle est bien et se sent bien.

Dans la rondeur et la douceur, elle attend de passer chez son petit docteur qui bien sûr, n'est pas à l'heure.

Madame Judith, tu sais bien, la patiente de Pierre. C'est fou, j'en reviens pas...

Je viens de la voir dans la salle d'attente.

Elle était clean ! Avec un pull propre et des boucles d'oreille.

Quand tu vois comme y faisait dégueulasse chez elle ! Et bien, elle est guérie !

Ses jambes sont complètement cicatrisées – plus un seul ulcère.

Quand on pense qu'on y est allé tous les jours pendant trois ans de suite.

Il a fallu qu'elle trouve un homme pour accepter de se faire opérer.

C'est fou, quand même, comme on est utile parfois !

Atelier écriture

Forum 10

Perspectives futures pour les pratiques

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général à la Fédération des maisons médicales

Perspectives futures... pour autant que la médecine générale existe toujours ! N'oublions pas que les tenants d'une médecine générale résiduaire et du « tout à l'hôpital » représentent une tendance moins marginale qu'il n'y paraît !

Ceci étant, on perçoit depuis longtemps la nécessaire redéfinition, non seulement par défaut mais de façon positive et prospective, des contenus de la pratique en matière de soins de santé de proximité. Ce travail semble mis en chantier de façon significative au sein des groupes professionnels de la première ligne (Société scientifique de médecine générale, Forum, Coordination infirmières, Fédération des maisons médicales par exemple).

Cette redéfinition d'une pratique professionnelle, pour être prospective et s'éviter d'être d'emblée marginalisée, se doit d'intégrer les développements technologiques et sociaux des prochaines années.

Or, une double révolution est en cours. Les progrès de l'électronique et de l'informatique entraînent une révolution de la communication qui modifie les conditions de travail, mais aussi celles de l'éducation et des formations, les rythmes de vie, les rapports aux autres ...

L'autre, trop négligée, est la révolution de la longévité qui remet en cause le déroulement de la vie de chacun et pose des questions sociales et économiques.

On peut envisager le profil futur des pratiques de première ligne autour de trois axes :

1. la spécificité de l'offre de service et son articulation avec l'ensemble du système de santé : plus de globalité via plus d'intégration des soins et de la prévention, plus de valorisation des dimensions sociales et psychologiques.

2. les développements et nouveautés technologiques.

3. les tensions entre les caractères publics et privés du service à la fois en termes d'assurance et d'accès au système et en termes de statut des professionnels.

Les avancées technologiques porteront surtout sur les outils de la communication et les capacités de diagnostic et de surveillance : informatisation des dossiers, des courriers, échanges de données...

Parmi les nouvelles technologies médicales, on listera de façon non exhaustive : le développement de l'imagerie, de la chirurgie minimale, de la biologie moléculaire, les techniques de suppléance comme les greffes de moelle, implants de cellules génétiquement modifiées, prothèses, dialyses, stimulateurs, les capacités de prévention des maladies héréditaires, les nouveaux médicaments et vaccins...

Le télé-diagnostic et télé-traitement, l'auto-diagnostic et l'auto-traitement via des prothèses bioniques mettront la technicité en proximité avec les lieux de séjour et renforceront les capacités de surveillance consultative.

L'informatisation des banques de données et des sources documentaires, l'assistance à la prescription, à la gestion administrative devraient faciliter le rôle d'agent de santé publique des professionnels de première ligne (échéanciers, utilisations de standards, assurance de qualité).

Va-t-on vers la poursuite de toujours plus de spécialisation dans le secteur spécialisé, ou vers une approche plus globale et de plus en plus intégrée qui spécifie davantage les soins de proximité ? L'importance et la capacité de gérer un pool d'information fort en extrahospitalier est un enjeu stratégique d'avenir qui pourra être étouffé par les initiatives de

développement d'un secteur « généraliste » intra-hospitalier.

Le renforcement des liens avec les politiques sociales est de nature à accentuer la spécification des soins de proximité. Le renforcement de la capacité de communication est de même nature : capacité relationnelle dans la relation duelle, capacité communicationnelle dans un processus d'éducation à la santé, capacité d'initiative en prévention, en santé publique, capacité d'*advocacy* publique.

Les pratiques d'association seront sans doute plus nombreuses ; on peut prévoir une tendance à la médecine de groupe mono-disciplinaire. A moins que de plus en plus de soins ambulatoires soient initiés à partir de l'hôpital...

L'hôpital sera sans doute lui-même encore plus médicalisé : scission hôpital et hostellerie (*one day clinic*, soins intensifs et nursing, séjours courts en rapport avec le développement des techniques chirurgicales micro-cutanées).

Besoins pour l'ambulatoire de se techniciser ? De s'équiper ? Pour ne pas être assimilé à une forme de dispensaire ou d'aide à domicile (question d'hiatus « acceptable ») ?

Les modes d'organisation des pratiques devront permettre d'intégrer ces dimensions et les structures d'équipes se verront sans doute requalifiées de ce fait.

Sur un autre plan, la tendance à la féminisation des professions de santé signifiera aussi la fin d'une image de professionnel « taillable et corvéable » dont les plus jeunes ont dès à présent décidé de se prémunir.

Il restera à développer ces nouvelles capacités technologiques au service de missions renouvelées et non comme une finalité propre. ●

Rapporteur :

Didier Van Laethem, médecin généraliste à la maison médicale la Brèche.

Animateur :

Luc Lenel, gestionnaire de la maison médicale le Botanique.

Intervenants :

Patricia Beaufays, infirmière, Fédération des associations de soins à domicile, Geneviève Bruwier, médecin généraliste, Forum des associations de médecins généralistes et Jean-Luc Gallais, médecin généraliste, Société française de médecine générale.

Personnes extérieures à la Fédération des maisons médicales inscrites au forum :

D. Blondeel, Fédération des centrales de soins à domicile, Anne Gillet, Groupement belge des omni-praticiens, Colette Lejeune, Fédération des centrales de soins à domicile, M. Lovant, Parti social chrétien.

A quoi ressembleront les soins de santé dans les décennies à venir, quelles tendances peut-on déjà pressentir sur base de ce qui se dessine aujourd'hui ? Quelles devront être les atouts des praticiens de demain ? C'est bien autour de ces questions que se sont réunis les participants de ce dixième forum avec leurs deux orateurs.

Nouvelles technologies : communication et information

L'intervention du D^r Gallais se centrera surtout sur la problématique des nouvelles technologies et leur répercussion en matière de communication et de gestion de l'information.

En particulier, ces nouvelles technologies permettent déjà aujourd'hui une explosion quantitative du volume des informations médicales circulantes. Ceci soulève au moins trois remarques.

L'information est davantage délocalisée, voire diluée. Qui va gérer et qui gardera la responsabilité de son utilisation, autrement dit, de ce que l'on en fera et de comment on le fera ?

Le savoir est dès à présent davantage partagé, entre les professionnels et les patients (il suffit de penser au nombre de sites médicaux sur le web). Comment les premiers vont-ils se situer, ou apprendre à le faire, par rapport aux connaissances accrues des seconds ?

Compte-tenu de cette dilution des informations entre les intervenants médicaux, la nécessité d'une plus grande standardisation, ou protocolisation des manières de travailler, se fait déjà sentir. Il s'agit de rien de moins que du défi de faire travailler ensemble de gens qui parfois ne se connaissent pas.

La question du pouvoir et de la responsabilité reviendra souvent dans cette intervention : pouvoir et responsabilité de celui qui possède l'information, de celui qui l'utilise, de celui qui y a accès.

Enfin, dira encore le D^r Gallais, l'avenir sous le règne des nouvelles technologies sera certainement marqué par des modifications de frontières et donc de relations, entre les soignants d'abord, entre soignant et soigné ensuite. Avec pour exemple marquant l'évolution de la demande stigmatisée des patients au cours du dernier siècle : « Sauvez-moi ! » devenu « Soignez-moi ! » puis « Expliquez-moi ! ». Depuis peu c'est « Aidez-moi ! » mais cela devient de plus en plus « Expliquez-vous ! »...

Des approches conceptuelles différentes

Madame Beaufays, depuis sa fenêtre avec vue sur les soins à domicile, nous entretiendra elle aussi des modifications futures de nos pratiques. Elle remarque que l'évolution ne sera pas tant marquée par une intensification de la technicité des actes dispensés que par une approche conceptuelle différente qui vise à permettre le maintien à domicile de personnes de plus en plus dépendantes. Ceci nécessite une prise en charge plus globale et donc davantage pluridisciplinaire, pour tenir compte des aspects physiques, psychologiques, sociaux, environnementaux, familiaux, etc., de la personne dépendante. Le bénéfice de progrès technologiques se faisant surtout attendre du côté des adaptations de l'environnement des patients à leur situation. Malheureusement, le financement actuel ne tient pas (encore) compte des besoins réels de ce travail pluridisciplinaire.

Le risque des avancées technologiques de demain pourrait bien être celui d'une déshumanisation croissante des soins. N'oublions pas



qu'elles doivent toujours être au service des soins et non leur maître. Enfin, un autre défi de notre futur sera certainement d'améliorer la continuité des soins, dans la durée d'une part, entre l'hôpital et le domicile d'autre part. C'est ici que l'on peut deviner la nécessité de nouveaux outils tels que les permanences téléphoniques soins à domicile et la télé-vigilance, l'utilisation d'un dossier médical global, ou les résidences-service plus nombreuses ; nécessité aussi d'une formation adaptée à cette évolution pour les soignants. La question en couleur de fond restera encore et toujours le financement indispensable.

Travail pluridisciplinaire et utilisation raisonnée des technologies

Le temps d'échange entre les participants, médecins, kinésithérapeutes, assistants sociaux ou podologues prendra au début des allures de tortillard serpentant d'une vallée à l'autre, abordant de nombreux aspects de l'évolution de nos pratiques sans

jamais vraiment établir de camp de base qui aurait permis de partir à l'assaut de l'un ou l'autre sommet. A l'heure de la sieste et avec les idées de quelques nouveaux-venus intéressés par la question, le dialogue désertera finalement les flancs de coteaux pour s'engager plus avant vers de nouvelles perspectives.

L'un des sommets à conquérir semble bien être celui de la gestion, du *management* de la demande

du patient qui va s'amplifiant, particulièrement dans les pratiques avec meilleure accessibilité financière, telle que le forfait. La solution passe peut-être par une formation axée à la fois sur l'identification de la difficulté présentée par le patient, et sur une meilleure connaissance de la fonction respective des autres soignants possibles. De nouveaux métiers sont sans doute à inventer pour s'adapter à cette évolution de la demande, qui n'est peut-être pas tant une surconsommation qu'une surmédicalisation.

Ceci nous amène bien sûr à quelques considérations : le travail multidisciplinaire sera incontournable ; les difficultés et les freins sont bien réels quand il s'agit de déléguer le patient et son problème à un autre soignant, et tiennent entre autre à la persistance d'une stratification sociale des différentes professions ; l'importance de la communication sera encore accrue mais aussi ses difficultés que l'existence de nouveaux outils ne suffit pas toujours à résoudre. En corollaire, la nécessité d'un financement adéquat est à nouveau

soulignée.

D'un autre côté, les nouveaux outils technologiques à notre disposition posent sans conteste des difficultés d'ordre éthique pour lesquels une réflexion ne semble guère présente jusqu'ici.

Ces deux thèmes, de la formation et de la communication seront constamment dans le paysage des échanges de ce forum. Peu à peu vont se dégager deux sentiers qui semblent conduire dans la bonne direction pour nos pratiques de demain.

L'un d'eux se dirige vers la nécessité d'un travail pluridisciplinaire. Il passe absolument par une formation à la pluridisciplinarité qui doit être présente dès le cursus de base des études et réalisée déjà de manière pluridisciplinaire au sein même des écoles ou des facultés. Plus loin, il se prolongera aussi par une formation continuée centrée sur ce thème. Enfin il devra être entretenu par le politique qui pourra lui donner l'impulsion nécessaire, par exemple par un financement attractif.

L'autre chemin prend la direction de l'utilisation raisonnée des nouveaux outils technologiques à notre disposition. Avant d'y être trop engagé, il semble urgent qu'une réflexion existe à ce sujet. Quelle est la pertinence et le bien-fondé de ces outils, que l'on considère parfois trop vite et à priori valables ou utiles ? Quels sont les enjeux posés par ce que nous apporte le développement technologique en matière de communication, d'accès au savoir ou de possibilités thérapeutiques ?

Nous nous proposons de répercuter ces deux sentiers en terme de revendications. Nul doute que, s'ils devaient être empruntés, ils pourraient nous aider à franchir l'un ou l'autre col enneigé qui nous séparent encore de nos pratiques futures. ●

<i>Accessibilité</i>	<i>Barricade</i>
<i>Accueil</i>	<i>Un coordinateur en fuite</i>
<i>Centre de santé</i>	<i>Un idéal</i>
<i>Collectif pluridisciplinaire</i>	<i>Deux accueillantes éplorées</i>
<i>Convivialité</i>	<i>Berbères du Rif</i>
<i>Démarche citoyenne</i>	<i>Médicaments périmés</i>
<i>Démocratie</i>	<i>Kurdes yésidis</i>
<i>Développement</i>	<i>Patients sur le pas de la porte</i>
<i>Écoute</i>	<i>Rapports de réunion</i>
<i>Engagement politique</i>	<i>Photographie d'ouverture</i>
<i>Équipe pluridisciplinaire</i>	<i>Tracts de prévention</i>
<i>Espace de rencontre</i>	<i>Dessins d'enfants</i>
<i>Inter-culture</i>	<i>Un espoir</i>
<i>Lieu de travail</i>	<i>Quatre spéculums non stériles</i>
<i>Participation des patients</i>	<i>Un ficus desséché</i>
<i>Porte ouverte</i>	<i>Grand sentiment de tristesse</i>
<i>Projet de quartier</i>	<i>Un patient endormi sur sa chaise</i>
<i>Projet médico-social</i>	<i>Un livre intitulé autour de la plainte</i>
<i>Réflexion</i>	<i>Un projet</i>
<i>Remue méninges</i>	<i>De l'humour</i>
<i>Soin de première ligne</i>	<i>Une toise</i>
<i>Transdisciplinarité</i>	<i>3892 personnes</i>

Atelier écriture

Tables rondes

Des perspectives et des conflits...

Luc Carton, philosophe et permanent fédéral d'Ecolo, animera cette table ronde. Laissons-lui la parole au moment où il en présente les acteurs.

L'affiche

Une table ronde, c'est une scénographie, une pièce de théâtre et donc... elle commence dans la salle. C'est là qu'on trouve Fred Paccaud, qui a dressé un cadre prospectif de notre problématique¹. Évidemment, il devrait se trouver à la table ronde mais... il n'y a pas assez de place : il est dans la salle, il est d'une certaine façon un référentiel important dans la réflexion de ces deux jours.

Revenons donc à notre scénographie.

Voici Henri De Ridder, qui représente le ministre Vandenbroucke. Dans la scénographie, il est le plus loin de notre sujet, en ce sens que son ministre est responsable des affaires sociales, il est le garant politique de la sécurité sociale. Et c'est bien dans le cadre de la sécurité sociale que se déploie notre sujet, avec tout au bout la question du pouvoir fédéral.

Juste à côté de lui, il y a Herman Van Loon, conseiller de la ministre Aelvoet, elle aussi au niveau fédéral. Elle s'occupe de santé publique mais aussi d'environnement et de consommation, ce qui permet de faire des liens, une fois n'est pas coutume, entre les soins de santé et la santé produite ou détruite socialement.

« Descendons » au niveau régional. Voici le ministre Gosuin, représenté par son conseiller Marc Renson : là on est au niveau de la partie francophone de la Région bruxelloise (la Cocof). Sa voisine Brigitte Baland représente le ministre Detienne au niveau de la Région wallonne. Ces instances se partagent notamment des compétences sur l'organisation des structures de soins.

On se rapproche ensuite du sujet de ces deux jours et de ces vingt ans avec la ministre

Maréchal « habillée » en Jacques Morel : c'est le secteur gigantesque de la santé communautaire et en particulier de l'éducation et de la promotion de la santé.

Enfin Michel Roland est le contrepoint de la table ronde puisqu'il représente la Fédération des maisons médicales, dont il est issu, alors qu'il travaille à l'INAMI.

Au fur et à mesure que l'on parcourt la table ronde, on se rapproche de la santé, en l'occurrence de moi, ici comme philosophe. Comme vous le voyez, je symbolise la santé resplendissante et donc je suis le contrepoint des contrepoints.

Vous voyez la dynamique que l'on a tenté d'imprimer à la table ronde. Les problèmes « très sérieux » sont là-bas (la sécurité sociale) et ici (la philosophie), entre les deux ce n'est « évidemment pas sérieux » : entre la sécurité sociale et la philosophie, il y a évidemment les soins de santé.

Les trois coups

Après avoir introduit notre sujet, je céderai la parole aux politiques en leur posant une question toute simple : avez-vous des perspectives et des projets par rapport à l'hypothèse, à la clé de lecture, aux choix politiques que propose - que recherche plus exactement - la Fédération des maisons médicales ?

Ensuite un deuxième tour sera organisé : il ne suffit pas d'avoir des projets, encore faut-il voir quels en sont les conflits et les contraintes, les obstacles et les adversaires. Nous explorerons ces conflits de manière à ce que le tenancier de l'action collective et des recherches d'alliance autour de la Fédération des maisons médicales puisse tirer de l'eau claire de tout ça.

Alors de quoi s'agit-il ? Vous avez écouté M. Lebrun hier soir². Je ne connaissais pas M. Lebrun, mais depuis lors Jacques Morel m'a prêté *De la maladie médicale*. Je suggère à ceux qui ne l'ont pas lu de se plonger vivement

(1) Voir l'exposé de Fred Paccaud en page 21.

(2) Voir l'exposé de Jean-Pierre Lebrun en page 11.

dedans ! Que dit-il ? Une chose extraordinairement forte : la médecine est devenue techno-science et le sujet n'y a pas sa place. Il nous avertit - et c'est sa conclusion avec la métaphore d'Auschwitz - que rien n'arrête spontanément l'évolution d'un système soumis à la seule logique de l'efficacité technique, surtout si efficacité technique se combine avec rendement. Il y a des pans entiers du système de soins de santé et de la médecine qui peuvent devenir, et qui ailleurs le deviennent, des lieux privilégiés de recomposition et de ré-accumulation du capitalisme.

Nous sommes dans ce contexte dessiné par M. Lebrun. Adossé à un des plus beaux systèmes de sécurité sociale au monde, le système de soins de santé dont nous héritons est remarquable d'efficacité technique dans l'approche de la maladie et remarquable, quoiqu'insuffisamment, d'efficacité sociale. Les critiques dans lesquelles nous allons nous engager ne doivent pas nous faire oublier cette qualité des fonctions collectives et de la solidarité que la sécurité sociale permet de déployer. On sait cependant que ce gigantesque système de solidarité et d'organisation des fonctions collectives privilégie une économie de l'offre « sur » et « contre » une anthropologie de la demande, il privilégie les soins plutôt que la santé. On sait aussi que ce système est en proie à une segmentation sociale, technique et professionnelle extrêmement élevée.

Depuis les années 80-90, les politiques d'austérité budgétaire (conduites d'abord par les libéraux conservateurs puis par les libéraux sociaux et les sociaux libéraux) et les impératifs des finances publiques ont conduit ce système à d'extrêmes contraintes dont, pour le dire ainsi, la variable d'ajustement est fondamentalement les travailleurs - je devrais dire les travailleuses - du système de soins de santé, et davantage les non-médecins que les médecins.

L'autre variable d'ajustement, ce sont les usagers eux-mêmes. Nos systèmes de soins de santé, en particulier hospitaliers, sont mobilisés sans cesse par un stress à la fois économique et financier et donc en définitif social et psychologique, et c'est là que l'on s'approche du seuil de votre recherche de compétences. Ces

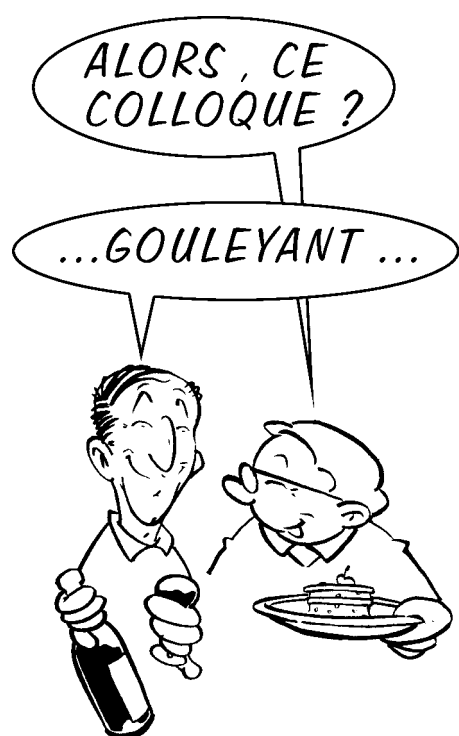
vingt dernières années sont marquées par une crise du mode de développement, c'est-à-dire de l'articulation des différentes dimensions de la réalité économique, sociale et culturelle, mais aussi par une crise de la représentation démocratique et donc de notre capacité comme citoyen, comme travailleur, comme usager, de nous représenter le monde.

Ce qui débarque dans les maisons médicales depuis vingt ans, dans les demandes qui font irruption là (d'autant que nombre de maisons médicales se situent à proximité du « front social »), ce qui se trame dans la demande de soins déborde et excède manifestement la demande de soins et pourrait être qualifiée, mais le propos serait un peu dangereux, de demande de sens, d'orientation, peut-être de demande de parole, de conflit (j'aime l'idée que ça puisse être interprété comme une demande de conflit, tant il est difficile dans notre société de faire conflit).

Peut-être votre recherche tricote-t-elle les choses comme ceci : les soins de santé ne peuvent pas trouver leur référentiel autre part que dans l'inconnu de la santé ou dans la pratique anthropologique de la maladie et cela ne relève pas des soins de santé. Cela relève par exemple de la souffrance au travail, de la souffrance urbaine, de la peur de l'autre, toutes sortes d'affaires qui débarquent dans vos cabinets en recherche d'intégration, qui y débarquent sous forme de plus en plus erratique et de plus en plus folle. Le point de départ de la réflexion sur les soins de santé, c'est évidemment les soins de la société et c'est ce qui fait lisière entre ce que ne sont pas les politiques de la santé et ce que sont toutes les autres politiques publiques. La notion de santé communautaire, c'est faire lien avec un ensemble d'usages sociaux et de professionnels sur : y a-t-il moyen de travailler ensemble la production du bien-être, du dialogue et peut-être la production des conflits.

Un peu plus « haut » que ce champ des compétences (ou des incompétences) de la santé communautaire dévolu à Nicole Maréchal, on entre dans la santé de proximité, dans ce qu'on appelle la première ligne chez les ministres Detienne et Gosuin. Dans ce lieu des compétences intermédiaires que sont les

compétences régionales, ils sont bien malheureux, coincés entre l'exigence que je viens d'assigner à la ministre Nicole Maréchal et l'exigence que je renverrai dans quelques instants au représentant de la ministre Aelvoet. Il me semble que, dans vos dix forums, vous avez travaillé ceci : y a-t-il moyen de « dé-nicher » les maisons médicales ? Avec leurs vingt ans d'expérience, elles ont conquis une niche. Cette niche est à ce point bien conquise qu'elle est presque normalisée, jalouée et bientôt, disait une phrase d'un atelier d'écriture, cotée en bourse. On sent le piège dans cette niche, piège que vous questionniez déjà il y a dix ans³ et encore plus aujourd'hui.



Le piège, c'est comment se dé-nicher sans donner de leçons : comment extrapoler non pas une idéologie mais cette expérience des maisons médicales ? Comment l'extrapoler politiquement, c'est-à-dire vers les ministres Aelvoet et Vandenbroucke ? Le premier échelon peut-il être suffisamment sérieux pour provoquer un basculement significatif du second vers le premier ? Peut-il être suffisamment sérieux pour ne pas être l'alibi social et culturel du système techno-scientifique de soins de santé mais pour être au contraire

un lieu fondamental de recombinaison de l'ensemble des politiques de santé ? Le problème n'est pas d'instrumenter, de refinancer et de caresser les maisons médicales mais de comprendre ce qu'elles nous apprennent sur la souffrance hospitalière, sur la souffrance sociale, sur le mal-développement ? Voilà donc la question du positionnement dans le système, la question finale.

Et donc la première question que je poserai aux politiques est, chacun à leur niveau de compétence : quels sont vos projets et perspectives par rapport à ce que nous enseigne la recherche des maisons médicales ?

Premier acte : où il est question de perspectives et de l'apport des maisons médicales



Jacques Morel, représentant la ministre Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé en Communauté française

Depuis la régionalisation de 1993, la Communauté française n'a plus de compétences structurelles par rapport aux maisons médicales. Mais elle conserve des compétences en matière de prévention et promotion de la santé, ce qui résonne fort avec ce qui est discuté ici. Les textes législatifs et les réglementations de la Communauté française (décret de 1997), notamment en matière de promotion de la santé, donnent une définition globale et holistique de la santé, avec notamment la conception d'un travail sur les déterminants de la santé qui rejoint la perspective des maisons médicales dans leur compréhension large de la santé. A côté de ce travail sur les déterminants, une série de compétences de la Communauté française se déclinent sur un mode plus traditionnel de prévention des maladies.

Travailler sur les déterminants implique un travail de type intersectoriel et la participation d'un certain nombre de disciplines et d'acteurs de la vie sociale. Parmi les plus actifs en matière de développement de projets de type santé communautaire dans les programmes financés par la Communauté française figurent les

(3) Luc Carton fait référence au Colloque : De la santé de la gestion à la santé qu'a organisé la Fédération des maisons médicales en juin 1992.

maisons médicales. Ceci dit, la Communauté s'est aussi donnée comme mission de développer des activités par rapport à d'autres types d'acteurs, notamment l'acteur politique et l'acteur que j'appellerais le citoyen-usager.

Dans le champ de l'acteur politique, se met en place un réseau de mandataires au niveau communal, à travers lequel un certain nombre d'activités de promotion de la santé et de développement de politique locale en matière de santé s'installent.

Au niveau de l'acteur citoyen, une plate-forme se constitue pour expérimenter des modes de participation à travers une série de conseils, d'avis ou de lieux d'interface entre population et professionnels. On sait bien que si la participation est une intention et une méthode de travail importante dans le cadre du développement du programme de promotion de la santé, sa réalisation n'est pas simple comme on a pu s'en rendre compte dans les discussions d'aujourd'hui.



Brigitte Baland, représentant le ministre Detienne, ministre des Affaires sociales et de la Santé du Gouvernement wallon

Nous sommes compétents pour les maisons médicales, les centres de coordinations et de soins à domicile, les services d'aides familiales, les services de santé mentale, les centres de planning familial, les secteurs toxicomanies mais aussi les structures alternatives d'hébergement pour les personnes âgées.

La perspective politique essentielle de notre travail en matière de santé est de remettre le patient au centre de nos préoccupations et donc de défendre le patient et pas nécessairement les institutions.

Nous nous sommes rendu compte, par exemple, qu'il y avait parfois trois plannings familiaux subsidiés dans une même rue, avec pas nécessairement une activité énorme qui expliquerait cette concentration, mais plutôt à cause de conflits idéologiques. Là, nous nous sommes situés comme rassembleur en demandant que, plutôt que de se stimuler par la concurrence, on joue en terme de spécificité, de complémentarité et de collaboration.

Notre manière de subsidier a toujours été dans ce sens : mettez-vous ensemble, définissez vos spécificités, essayez d'avoir des terrains où vous êtes complémentaires ou des terrains communs. Le but est d'éviter la multiplication des chapelles, ce qui coûte cher au système de santé dont les moyens sont limités. Dans la même perspective, nous avons collaboré avec la ministre Magda Aelvoet pour le renforcement de la première ligne : pour améliorer le rapport de force entre les systèmes hospitalier et ambulatoire, il est important d'être « contaminant culturellement », d'inoculer la nécessité de se mettre ensemble pour tous les acteurs de la première ligne. Cette contamination progresse mais n'est pas encore suffisante et, dans ce cadre, nous travaillons avec la ministre Magda Aelvoet pour voir comment appliquer en Région wallonne le projet fédéral de structuration de la première ligne.



Marc Renson, représentant le ministre Gosuin, ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, chargé de l'Environnement et de la Politique de l'Eau, de la Conservation de la Nature et de la Propreté Publique et du Commerce extérieur

La Région bruxelloise a ses spécificités. En ce qui concerne la redéfinition d'un secteur ambulatoire, un travail est en route qui va vraisemblablement être élargi à l'ambulatoire de l'aide aux personnes, (qui à Bruxelles n'est pas de la compétence du ministre Gosuin mais du ministre Hutchinson), de manière à revoir un ensemble de législations sectorielles qui fonctionnent de façon cloisonnée. Il s'agit d'un travail global qui devra à la fois réfléchir sur un cadre d'arrêtés et dans lesquels les maisons médicales auront vraiment un rôle auprès des autres services. Elles ont une longueur d'avance dans la pratique de l'interdisciplinarité, une autre approche plus centrée sur la globalité de leurs patients qui sera très utile pour faire avancer la réflexion dans l'ensemble des secteurs.

Le but n'est évidemment pas, pour paraphraser notre cher philosophe, de « faire rentrer les maisons médicales à la niche » mais néanmoins de leur en trouver une dans le dispositif

bruxellois, puisqu'il n'y a pas à ce jour d'arrêtés d'application du décret de la Communauté française - ce qui ne nous empêche pas de les subsidier pour la fonction accueil. Parallèlement, le projet de ville-santé sera mis en œuvre par l'ensemble des quatre entités bruxelloises : la Commission communautaire française, la Région, la Commission communautaire commune et la Vlaamse gemeenschap commisie. Cette démarche vise à reclasser les patients utilisateurs dans les préoccupations tant des politiques que des actions des services subsidiés. Enfin, le débat sur la première ligne est ouvert...



Luc Carton

Je vais maintenant demander aux représentants des ministres Aelvoet et à Vandembroucke de répondre à leur niveau mais aussi au niveau fédéré, parce que dans cet étrange pays où on s'est évertué à créer un fédéralisme de déconstruction, (c'est un peu notre problème historique : il faut enlever des trucs et les mettre le plus loin possible), maintenant que c'est presque fini, le problème est d'avoir un fédéralisme de construction, problème posé ici par la dynamique de la tribune dans le sens où tout ce qui s'y dit trouve sa condition de faisabilité grandeur nature plus haut, donc chez la ministre Aelvoet.



Herman Van Loon, représentant la ministre Magda Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement.

Dès le début, notre ministre souhaitait renforcer la première ligne, ce qui rentre dans ce que vous avez appelé « dénicher » les maisons médicales, c'est-à-dire stimuler le travail en groupe et intégrer le social. Jusqu'à présent, le prestataire des soins n'est connu qu'au niveau de sa pratique individuelle : chacun a sa compétence et l'organisation du travail n'est pas prise en compte au niveau fédéral.

Notre ministre veut une loi sur la première ligne pour définir avec les prestataires de terrain les

différents modèles de prise en charge de la santé des personnes, au sens large et pas étroitement médical. D'où les projets qui voient le jour. Nous sommes en train de finaliser un protocole avec les différentes communautés et régions : huit ministres sont responsables de la santé en Belgique, nous ne pouvons réussir qu'à condition d'être en concertation avec les différents niveaux de pouvoir et avec les prestataires du terrain. Donc les négociations prennent du temps.

Un projet concret va apparaître : reconnaître, agréer les cercles des médecins généralistes. Situation minimale pour rencontrer les prestataires, pour qu'eux même puissent participer à cette mise en place des différentes structures d'organisation pratique pour la prise en charge de la première ligne. Nous voulons renforcer l'approche holistique du patient au lieu de l'approche technocratique. Pour les infirmières, les kinésithérapeutes, pour tous les prestataires de première ligne, parce qu'elle est multidisciplinaire.



Luc Carton

Les questions qui ont été évoquées non seulement se suivent mais maintenant se cumulent chez le ministre Vandembroucke. Chez lui, outre ses responsabilités propres, comment assume-t-on tout ce qui précède ?

Je serai ensuite heureux de connaître l'avis de la Fédération sur le sérieux des procédures qui permettent le basculement de la deuxième ligne sur la première, y compris en termes financiers.



Ri De Ridder, représentant le ministre Vandembroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions.

J'ai l'impression que vous posez la question : est-ce qu'il y a quelque part dans vos politiques une pratique qui a un sens philosophique ? Notre système de sécurité sociale est un acquis remarquable, dans lequel s'est développé un système de soins de santé qui est un système d'offres et qui semble répondre à des besoins. Est-ce qu'il y a adéquation entre ce qui est offert

et ce que la population ressent comme un besoin, voilà ce que la politique doit gérer, avec les difficultés énormes des contraintes budgétaires et politiques.

L'état social actif a une philosophie de participation et d'intrusion de chacun dans la société. On peut évidemment réduire cette notion de participation à la participation dans le marché du travail, chacun son travail, chacun son argent. Mais la participation dans le sens démocratique va au-delà. On critique la sécurité sociale avec la notion de pièges d'inactivité, on dit que la sécurité sociale inactive les gens, mais on pourrait dire que les soins de santé sont aussi un type d'inactivation démocratique ! Prenons l'exemple du vieillissement de la population : la réponse des soins de santé est une réponse désactivante, le vieillissement veut dire la dépendance, et donc, autour de ces dépendances, créons les services et les besoins, créons l'offre qui doit répondre à des besoins créés. Il y a là un point d'accrochage pour changer les mentalités : on essaye, dans la philosophie de l'état social actif, de reformuler une politique des soins autour du vieillissement en revisitant cette notion de dépendance et en l'orientant vers les capacités de participer à la société, c'est-à-dire en visant des soins qui tendent au maximum à renforcer la possibilité de participer à la société. Et cela est une autre mission des soins de santé, notamment du premier échelon, puisque c'est à ce niveau de grande proximité des citoyens que l'on peut reformuler une offre qui réponde vraiment à des besoins.

Cela exige que l'on change les pratiques, que l'on travaille d'une autre façon, en cherchant à aider la personne pour lui donner toutes les chances et les appuis nécessaires afin qu'elle ne soit pas exclue, rendue inactive, considérée comme dépendante. C'est dans ce cadre qu'il y a une opportunité pour le premier échelon, c'est dans ce cadre là en tout cas que notre ministre considère ce type de protocole comme une opportunité dans laquelle les maisons médicales sont dans leur niche et doivent y rester, c'est une position stratégique afin d'affecter notre système de soins de santé avec des nouvelles idées de soins participatifs, dans un projet de société participative, voilà la réponse philosophique à partir de notre pratique...

●●●

Luc Carton

Ce que je trouve intéressant dans ce qui vient d'être dit, y compris dans la dernière intervention, c'est le rappel de cette évidence troublante : en Belgique, le système de soins de santé est massivement libéral mais dans une structure où les flux financiers sont quasi totalement socialisés. C'est un des systèmes les plus étranges à l'échelle des comparaisons internationales, assez performant d'ailleurs, en raison de cette combinaison de très fine et très forte régulation publique et de très puissante libéralisation. Cela étant, on peut craindre pour l'avenir et je serai heureux d'entendre la Fédération des maisons médicales, par la voix de Michel Roland, pas dans la position du justicier qui dit « les politiques ont parlé 4 sur 10, 7 sur 10 » mais dans la position du responsable, parce que, dans la langue de bois de la table ronde, on dit qu'il y a rencontre, dialogue, interdisciplinarité à tous niveaux, ça finit par ressembler à une soupe ! Or vous savez que vos pratiques d'interdisciplinarité sont extraordinairement difficiles, grosses de conflits potentiels extrêmement profonds, de jeux de rôles sociaux qui ne sont pas du tout clarifiés, et c'est donc ici que les coopérations peuvent être énoncées en matière de responsabilité, plutôt que par le politique...

●●●

Michel Roland, pour la Fédération des maisons médicales

Parlons des trois niveaux d'échelonnement. Si on verticalise l'approche des soins, il risque d'y avoir des recouvrements et des trous. On voudrait plutôt des systèmes horizontaux qui s'empilent et ne permettent ni redondance ni manque. On essaye d'organiser la première ligne de façon horizontale et transversale. Mais il existe des soins pour SIDA, pour patients âgés, des soins palliatifs, des soins pour tuberculeux, des soins pour ceci pour cela, et quand on est à la fois cardiaque et insuffisant pulmonaire, on se demande dans quel(s) programme(s) de soins rentrer et il reste toujours une facture à payer.

Sur les modes de financement adéquats, un des grands chevaux de bataille de la Fédération des maisons médicales, en vingt ans on a avancé.

Sur la question d'un système d'information adéquat, ce qui veut dire qu'il y a quelqu'un qui doit gérer l'information, on est en plein dedans : dossier médical global pour tout le monde en 2002, on y est ! Cela reconnaît une titularisation, cela signifie accepter une fonction de synthèse, accepter de prendre en charge les patients un par un, mais aussi de façon collective, accepter que le patient se reconnaisse dans un soignant mais aussi dans une équipe de soignants, et cela conduit à la participation de la population, c'est l'aspect communautaire.

Alors est-ce qu'on a tout gagné ? Je ne pense pas : si on avait raison il y a vingt ans et qu'on pense la même chose aujourd'hui, alors on a tort aujourd'hui. Il faut continuer à interpellier. Il y a quelques années, on a parlé d'un plan global. L'enveloppe sociale est globale : en gros

six cents milliards de soins de santé et mille cinq cents milliards de sécurité sociale. Le plan global veut dire que si on retire d'un côté on peut mettre de l'autre, mais si on met de l'autre côté, il faut retirer du premier. Au-delà des facteurs somatiques et biologiques, il y a certainement du génétique mais aussi du psychosocial, de l'économique, etc. Faut-il faire plus de résonances magnétiques ou augmenter les allocations de chômage ? Puisque la sécurité sociale comprend les soins de santé mais aussi le reste, une des revendications que nous pourrions avoir c'est de faire des balances basées sur des preuves en sachant que tout est dans l'interrelation. Deux axes* c'est évidemment l'idéal et ça permet de modéliser, de scénariser les choses et d'avancer mais il est évident qu'ici nous sommes devant une infinité d'axes, devant une complexité du réseau et c'est ça le défi que nous devons affronter, c'est là que nous devons relancer un débat pour vingt ans...



Luc Carton



Voilà le premier tour de notre théâtre de fin d'après-midi. Jusqu'à présent, tout le monde a été poli et relativement gentil et j'espère que ça va continuer ainsi parce que le problème n'est pas d'arriver à des disputes mais au contraire de localiser les conflits. J'aimerais tout de même que, pour la dernière partie, vous fassiez l'effort de pointer les conflits : nous quittons la première scène où on dressait les décors et l'horizon « arc-en-ciel » pour une autre scène, celle dont Fred Paccaud nous a dessinés une approche contextuelle pas spécialement rassurante, même si le modèle belge se situe sans doute dans le coin gauche en haut de son schéma, même si quasiment tous les acteurs du système socio-politique belge y jouent, à part les assurances

** Michel Roland fait référence aux deux axes décrits dans l'exposé de Fred Paccaud, page 21, comme le fera Luc Carton dans l'intervention suivante.*

commerciales. A l'horizon, à l'échelle du monde et des rapports de mondialisation, à l'échelle des prochaines négociations de l'Organisation mondiale du commerce sur les services, il n'est pas sûr du tout que nous soyons capables (au niveau de l'intégration européenne) de maintenir les fonctions collectives en l'état ! Donc fini de rire, dans le deuxième tour de table je vous demande expressément - et autrement je vous ferai taire - d'identifier les conflits, ce sur quoi il va falloir se battre, et se battre contre qui. Il faut localiser les adversaires - je sais que ce n'est pas simple dans notre société, mais je continue de croire qu'il y en a - dessiner les combats de l'avenir et, par rapport à ces combats, évoquer des acteurs et les alliances. Ma question obsessionnelle, depuis que j'ai le bonheur de fréquenter les maisons médicales, est effectivement comment dénicher et comment renouer des alliances. Dans la préhistoire des maisons médicales, cette alliance se faisait entre individus, syndicalistes, médecins etc. Comment sortir de la niche, au sens d'extrapoler avec d'autres acteurs la politique de civilisation ? On commence, au plus profond du marais social, par la santé communautaire et on terminera tout en haut de la sécurité sociale dans vingt minutes.

Acte II : où il est question de conflits et d'alliances

● ● ●

Jacques Morel (Communauté française)

On a déjà évoqué, sans avoir pointé le doigt dessus, qu'il y a des facteurs « freinateurs » par rapport aux ambitions de développer par exemple de l'intersectorialité, de la promotion de la santé et de la globalité. Quand il y a huit ministres de la santé et une telle segmentation des compétences santé, on se heurte à une difficulté structurelle et institutionnelle évidente, surtout si, au-delà des difficultés de partage de compétences santé, on veut rencontrer de l'intersectorialité, c'est-à-dire confronter des compétences santé à des compétences en matière de champ social, de champ de l'emploi ou de l'enseignement.

Sur le plan du fond et des moyens, il est clair que le choix politique n'est pas en faveur de la prévention : quand on compare les cinq cents millions destinés à la promotion de la santé aux cinq cents milliards dévolus au curatif, on joue dans un bac à sable d'un côté et dans un théâtre un peu plus vaste de l'autre... Si on veut vraiment une politique de prévention, si la promotion de la santé va au-delà d'un programme inscrit dans une déclaration, il y a des négociations à ouvrir avec les gestionnaires des budgets alloués aux soins de santé et ceux qui gèrent le champ de la prévention. Il paraîtrait logique de valoriser le fait de développer des programmes de prévention avec une certaine efficacité, et qu'il y ait là un retour à partir du budget des soins de santé. Petite comparaison avec le forfait : travailler correctement au forfait a permis d'obtenir une plus-value en matière de financement à partir des économies induites ; si la prévention induit des économies en matière de soins générés ou potentiellement évités, on pourrait imaginer des transferts de budgets en ce sens.

Au niveau de la Communauté française, on est en train de mettre en place un système de conférences locales de santé et de conférences communautaires de santé, de manière à poser le problème de la participation pas seulement en termes positifs mais en termes de champ de négociations, de concertation entre les acteurs, au niveau local et au plus près de la population, et de faire remonter cela au niveau communautaire (au sens Communauté française). Cela amènerait à poser les problèmes d'une façon plus intersectorielle, et permettrait au champ de la santé d'interpeller par exemple les compétences des ministres de l'Enseignement ou de la culture ou des Affaires sociales. Cette dynamique que l'on essaye de mettre en place n'empêche pas de poser la question sur un plan plus structurel et plus institutionnel.

● ● ●

Brigitte Baland (Région wallonne)

Je pense aussi que la première difficulté, c'est la dispersion des compétences. Notamment dans le domaine de la santé, il faut parler de la complexité de dissocier prévention et curatif. Par exemple, dans la santé mentale, quand

commence le préventif, quand est-on exclusivement dans le curatif ? Ce sont des matières intriquées et donc diviser l'action préventive, compétence de la Communauté française, et l'action curative, dévolue au quotidien au ministre Detienne, cela se révèle vraiment très compliqué. J'ignore quelles solutions proposer au niveau institutionnel, mais c'est un frein à nos activités.

La multiplicité des acteurs, séquelle d'une société pilarisée, est un autre frein : je pense aux centres de coordination et de services à domicile qui se multiplient dans une même zone. Ce n'est pas seulement lié à la pilarisisation, car elle pourrait être complémentaire, mais à un certain immobilisme, à une difficulté de se considérer en mouvement, de se dire que demain est nécessairement différent d'aujourd'hui et qu'il faudra faire des choix.

Ce sont pour moi les difficultés essentielles, et, comme écologistes, nous nous situons là où les hommes et les femmes se ressemblent c'est-à-dire dans le bien-être ou dans la souffrance. Les partenaires, ceux auprès desquels il faut se remettre à l'écoute quand il y a une décision à prendre, ce sont les gens de terrain : les patients, les prestataires de soins et de services. L'autre partenaire, c'est la ligne verte politique écologiste. Nous avons heureusement Magda Aelvoet (Agalev), Nicole Maréchal (Ecolo), M. Nissen à la Communauté germanophone (Ecolo) et Thierry Detienne (Ecolo) : bien qu'incomplète, la ligne verte santé permet parfois de débloquer certains dossier.

● ● ●

Marc Renson (Région bruxelloise)

J'ai le sentiment personnel que les oppositions, dont on a parlé en terme d'institutions ou de fractions politiques, nous traversent aussi et que sur certains points nous pouvons être des acteurs dynamiques et sur d'autres des acteurs freinateurs comme disait Jacques Morel. On a parlé des oppositions entre curatif et préventif qui ne sont pas toujours faciles à vivre ni pour les associations ni pour les personnes. Je crois aussi que nous serons, à la fois comme citoyens et comme acteurs dans les différentes politiques intersectorielles, des partenaires pas toujours

d'accord. Il est évident que, par exemple dans un travail comme le plan régional de développement qui s'élabore à Bruxelles, trouver une place pour la globalité des politiques qui concernent les personnes, que ce soit dans l'enseignement, la formation, le bien-être ou les soins de santé, demande de confronter des points de vue, de poser des choix et de veiller à avoir les moyens de ces choix. Donc ce sont des débats (on vit dans une société pluraliste) et il faut sans doute des gens aux avant-postes qui sont les aiguillons, les scrutateurs d'une politique, qui rappellent qu'à certains endroits on n'atteint pas les objectifs déclarés. C'est comme ça qu'on continuera à avancer, je suis d'une nature optimiste, mais je ne néglige pas les obstacles internes et externes qui se posent sur le chemin.

● ● ●

Luc Carton

Passons chez les Fédéraux. Je rappelle ma demande avec obstination : je voudrais que vous dessiniez les conflits et les combats à mener, qu'on puisse identifier la place des acteurs. Il me semble par exemple que les industries pharmaceutiques sont des acteurs : les firmes souvent multinationales ne sont pas des acteurs simples avec qui négocier, le procès qu'ils ont intenté et piraté en Afrique du sud est un témoignage de leur puissance de nuire. Je rappelle aussi qu'il existe des syndicats de médecins et que tous ne sont pas angéliques ni ne partagent la conception de la santé qui a été ici évoquée. Je pense que les mutualités ont été et restent des acteurs historiques fondamentaux. A leur sujet, on pourrait légitimement s'interroger sur leur capacité à exprimer la citoyenneté potentiellement ou théoriquement coalisée dans une mutualité. Est ce bien comme citoyen que nous nous affilions à une mutualité ? C'est une question que le Centre de recherche information socio-politiques (CRISP) s'est posée il y a une vingtaine d'années. Je vous rappelle aussi les cris et hurlements des syndicats de travailleuses de ce secteur, ces derniers jours dans la rue (et ce avec obstination depuis vingt ans). Je vous rappelle enfin que les travailleurs sans emploi absorbent des doses de médicaments qui dépassent l'imagination et certainement la raison.

Je voudrais qu'à la fin de ce tour de table, on essaye d'identifier le jeu dans lequel il va valoir travailler ensemble dans les vingt prochaines années et pendant lesquelles il faudra faire des alliances difficiles si on veut faire une politique de civilisation à propos de la santé et une politique qui honore la suite des politiques sociales-démocrates dont nous sommes les héritiers, fiers mais insatisfaits.



Herman Van Loon (*Magda Aelvoet*)

Sans entrer dans le débat de la position des firmes pharmaceutiques par exemple, il me semble que pour mettre en place une première ligne partenaire dans tous les soins de santé, il y a cinq grands axes de débat ou de conflit.

Je commence par les prestataires eux-mêmes. Si le modèle des maisons médicales est le meilleur, pourquoi ne pas le défendre ? Le débat sera : quel modèle de pratiques est adapté et nécessaire ? Monodisciplinaire selon la tradition ou pluridisciplinaire ? Salarié ou non salarié comme les infirmières ? Pratiques de groupe ou solo, mono ou pluridisciplinaire ? Dans la panoplie de ces différentes typologies de pratiques, nous devons identifier les activités de chacun et leur place dans la structuration de la première ligne. Cela peut conduire à de grands débats et à des conflits pour réaliser la cohérence nécessaire pour devenir un partenaire dans l'ensemble de soins de santé.

La multidisciplinarité et la subsidiarité : nous savons que les prestations de soins de santé sont verticalisées, les infirmières et les médecins ont leur terrain, identifié par arrêté royal et on ne peut pas toucher au terrain de l'autre... malgré le grand flou du travail sur le terrain. Il y a la multidisciplinarité d'une part, et d'autre part les tâches faites par l'infirmière et le médecin, ne peuvent pas être faites par d'autres professions, et sont parfois en cascade avec différentes professions. Ce débat est un élément important. Quelle est l'équilibre ? Quelle sera la multidisciplinarité ? Comment réaliser une meilleure prise en charge du patient ?

Modèle de polarisation à un, deux ou trois

échelons ou approche autour du patient qui le conduit dans son historique et son trajet de santé à travers les murs, à travers les institutions ? Va-t-on se concentrer autour du patient et l'accompagner à travers toutes les offres actuelles ou faire une polarisation. Choisir où va aller l'argent...

Comment organiser la participation entre prestataire et patient ? Les patients ne sont conscients des implications en finances ou en personnel dans les processus de décision. Si j'ose le dire de façon provocante, est-il normal que la politique de santé se fasse entre gens de la medico-mut ? Quel est l'enjeu pour les prestataires et les patients ?

Est-ce que cela doit continuer dans les cénacles ou être transparent ? Avec la participation de tous les prestataires ? L'organisation de cette participation sera aussi un débat important dans l'avenir.

Est-ce que tous les acteurs, prestataires, sont d'accord de se mettre dans une position vulnérable, de se mettre ensemble non pas pour sauvegarder les acquis mais peut-être pour construire quelque chose ensemble ?

Voilà cinq axes fort importants pour créer un premier échelon solide, prêt à prendre ses responsabilités... avec les moyens pour les réaliser.



Ri de Ridder (*Frank Vandenbroeck*)

Il y a des conflits fondamentaux dans la société. Il y a entre santé et système de soins un conflit qui n'est pas vécu comme un conflit mais devrait l'être. On en parle beaucoup mais on ne questionne pas réellement la place des soins dans le système santé. Chacun sait que les investissements en prévention ne suffisent pas et que l'on gaspille pour remédier et pas pour prévenir. Mais le problème est que la question « veut-on vraiment prévenir » ne se pose pas en terme de conflit.

Autre conflit problématique, c'est le conflit individu-société. J'ai l'impression que l'individualisme est maintenant du côté gagnant et avec perte des notions du sociétal, ce qui se

répercute sur la sécurité sociale. Même notre ministre laisse une ouverture aux pensions complémentaires, donc à une façon individuelle de se garantir une pension, réservée aux actifs. Il y a des changements dans la société et les conflits commencent autour des choix que l'on doit faire pour répondre à ces changements. Où sont les alliés et adversaires ? Ce n'est pas aussi clair qu'avant.

Pour les maisons médicales, les alliés naturels sont les syndicats, les mutuelles, le mouvement social... ce n'est plus si clair. Partout il y a des forces conservatrices et d'autres qui veulent le changement. Prenons l'exemple de la qualité, concept autour duquel se rassemblent des gens qui prônent le changement. La Fédération des maisons médicales prône ce concept de qualité comme outil pour changer les pratiques et les notions de soins autour d'un projet communautaire. Mais là aussi il y a des conflits étonnants autour de la qualité : on voit les mutualités et les forces traditionnelles des médecins se rapprocher de l'autorité publique. Est-on en train de vivre un débat autour de la privatisation socialisée des choix qui doivent être faits dans la société ? C'est difficile de donner une réponse claire sur « comment répondre politiquement »

On est dans une ère de changement où partout on recherche de nouveaux alliés, cela bouge et quand cela bouge, cela donne des opportunités. Actuellement, la réussite sourit aux deux fédérations de maisons médicales : si on regarde leurs représentations auprès des cabinets politiques par rapport à leurs forces réelles, on peut parler de colonisation de la politique par les maisons médicales.

Il y a encore un autre défi, c'est le choix entre la gestion économique des systèmes de soins de santé, qui prévaut toujours, et la gestion réellement sociale. Comment va se dérouler le débat suite à la manifestation du 20 mai autour des choix politiques à faire sur les prestations sociales ?

On entre dans un conflit profond autour des choix à faire à l'intérieur d'une économie « dure » qui progresse - voyez les réformes fiscales, la bourse - où il faudra choisir la santé ou les soins de santé ou les indemnités.

● ● ●

Luc Carton

En effet, après avoir programmé une réforme fiscale de cent trente quatre milliards par an et après avoir soulagé les dépenses patronales de cent cinquante et un milliards par an, on est évidemment face à des choix douloureux : se soigner ou survivre, survivre ou travailler, travailler ou s'aimer. On est assez loin d'une politique de civilisation. Mais donc cela montre qu'il y a des combats à faire.

Passons la parole à l'acteur vulnérable (cf. plus haut) qui a réussi : la Fédération des maisons médicales est manifestement un acteur vulnérable c'est-à-dire riche de sa vulnérabilité. Comme tout être humain et comme tout être collectif, c'est parce qu'il est vulnérable qu'il est riche.

● ● ●

Michel Roland (Fédération des maisons médicales)

On peut voir quatre pôles dans le champ de la santé : la population, les payeurs (mutuelles, organismes assureurs), les décideurs, les dispensateurs.

Il y a aussi des lobbies qui ne sont pas des acteurs officiels, on sait pas trop s'ils sont payeurs ou décideurs, c'est selon, mais qui sont très puissants. J'en vois deux : les hôpitaux et l'industrie pharmaceutique. Avec ces six pôles on peut dessiner le champs de la santé.

Voyons qui ont été nos alliés dans une perspective historique :

1. les patients ont toujours été du côté des maisons médicales. Leur adhésion au système le prouve, le nombre de maisons médicales augmente, aucune n'a fermé, la réussite dans la population est certaine.
2. les mutuelles nous ont suivies dans des perspectives d'abord financières, de qualité ensuite, et nous ont appuyées dans nos revendications pour des modes de financement alternatif.
3. les décideurs, dans le sens parlementaire, la démocratie telle qu'on l'imagine. Peut-être

que les mutuelles sont la démocratie citoyenne. Il reste les dispensateurs, on ne peut pas dire que c'étaient nos meilleurs alliés, mais les choses peuvent changer !

Comment intervenir au niveau stratégique ?

On est pluralistes durs, engagés idéologiques. Nos alliances, est-ce qu'il faut être dedans ou dehors ? Je pense que le débat n'est pas bien posé en termes de dehors et dedans. Nous sommes aussi dans certaines représentations, dans certains cabinets, mais la décision n'appartient pas qu'à la démocratie représentative, elle est aussi du côté de la médico-mut qui fait une politique par addition de réformes essentiellement financières. Probablement faut-il garder la coexistence de ces deux choses. Dedans ou dehors, cela veut dire que s'il fallait être dedans, on a réussi. Mais dehors, il faut rester des aiguillons, des consciences, des gens qui pensent, pas par ambition mais pour amener du matériau et peut-être pour avoir raison ou tort, vingt ans avant, mais en tout cas toujours en décalage.

Dernière chose : je ne suis pas sûr que des termes comme « centré sur le patient » auxquels j'adhère à 100 % ne sont pas aussi une façon d'exorciser les choix !

On a démontré que le travail en groupe est un critère de qualité des soins, on l'a prouvé au travers d'analyses économiques et quantitatives d'indicateurs de santé. Il faut donc promouvoir un modèle auquel on croit et décourager le modèle auquel on ne croit pas : le politique, la médico-mut, les décideurs devraient favoriser la technique de groupe et la première ligne et dévaloriser la pratique solo. Pas défavoriser la deuxième et troisième ligne car elles sont nécessaires mais accepter réellement les transferts de moyens. On ne peut pas tout le temps favoriser tout le monde. Ce sont des conflits que nous sommes prêts à porter et en tout cas à argumenter, peut-être en tant qu'experts pour amener à une décision éclairée des politiques.

●●●

Luc Carton

On les remercie d'autant plus qu'ils font un métier dangereux : ils doivent notamment

empêcher la Belgique de signer le truc de l'Organisation mondiale du commerce qui autoriserait les acteurs trans-nationaux, chaînes d'hôpitaux, compagnies d'assurance, à avoir un libre accès au secteur des soins de santé...

C'est pour la santé communautaire que j'ai des inquiétudes. En effet, quand on est dans les mains d'un spécialiste, on tient un discours à rebours : au fond il n'est que spécialiste. Par contre, quand on a à faire à un dispositif panoptique (comme dirait Michel Foucault), un dispositif qui voit tout, même si ce dispositif est habité par un souci de prévention, on se souvient que l'institution totalitaire n'est pas seulement gérée ou construite du côté de la techno-science. Elle peut aussi se construire comme un cauchemar. Et c'est là que les questions de démocratisation deviennent essentielles, peut-être plus délicates qu'ailleurs. Quand on va voter pour le fédéral, je crois qu'on est dans un rapport de citoyenneté et de démocratie relativement clair. Par contre, je trouve (et Xavier Mabille dit cela très souvent) que l'échelon le moins démocratique dans la société, c'est la commune : on est à l'ombre du « baron » et souvent transformé en clientèle. Donc penser la démocratie à l'échelle de la proximité est ce qu'il y a de plus exigeant. Et je ne suis pas sûr que cela puisse se faire à l'échelle de la patientèle, quelle que soit la richesse de vos expériences. Je me demande s'il n'y a pas des planches de salut plus simples mais peut-être plus exigeantes, comme d'explorer la figure du citoyen universel notamment au plan local par rapport aux politiques publiques et aux institutions.

Rideau ?

Mais enfin c'est un débat que vous avez déjà eu et que vous prolongerez...

Il y aurait encore bien des choses à dire en somme, mais l'heure est venue pour le président de tirer les conclusions de ces deux journées... ●

Conclusions et perspectives

Au terme de ces deux jours riches d'apports divers, de débats et de rencontres, je tenterai de vous présenter une conclusion nourrie des réflexions des différents forums et axée autour des trois dimensions que j'évoquais dans mon introduction et qui croisent l'essentiel de nos préoccupations, à savoir : primo le lien entre la santé, la solidarité et la citoyenneté, secundo les déterminants ou facteurs de la santé et la santé de proximité et tertio l'articulation entre la politique de la santé, un système échelonné et la redéfinition des contenus pour les pratiques de première ligne.

Santé, solidarité et citoyenneté

Au niveau des individus et bénéficiaires de nos services tout d'abord, nous réaffirmons l'importance de la participation des usagers et donc de l'existence de comités les représentant, et ce dans un triple but. Tout d'abord comme lieu d'expression et de parole entre usagers, patients, ensuite comme lieu de réciprocité et d'échange avec les soignants pour améliorer la communication et la compréhension entre eux et enfin comme lieu de médiation. Nous avons bien conscience qu'il n'y a de la part des usagers aucune volonté de contrôle mais plutôt souhait de partenariat. Il est évident que les différentes associations d'usagers et autres comités de patients existant s'enrichiraient de pouvoir échanger sur leurs réalités réciproques. Ceci pourrait être significativement favorisé par une coordination sous l'égide de la jeune Ligue des usagers des services de santé qui s'est précisément donné cette mission. La Fédération des maisons médicales lui redit sa disponibilité pour y travailler de concert et s'engage par ailleurs à jouer un rôle actif et catalyseur en vue de la création de nouveaux comités de patients dans les maisons médicales qui n'ont pas encore la chance d'en avoir un !

Au niveau des populations et des quartiers ensuite, il apparaît très clairement l'importance d'actions concertées de santé communautaire qui impliquent l'ensemble des acteurs de terrain concernés dont le rôle de témoins privilégiés est irremplaçable mais aussi les habitants concernés dont il faut revaloriser le pouvoir d'usage cher à Luc Carton, à savoir la connais-

sance et l'analyse qu'ils peuvent eux-mêmes avoir de leur situation et des solutions possibles. Une telle approche peut redonner du sens au travail individuel développé isolément par chacun des acteurs de terrain d'une part, et permettre aux populations de se réapproprier leur propre histoire en passant du rôle de consommateur passif à celui d'acteur créatif d'autre part. On retrouve ici la démarche de l'éducation permanente que la Fédération des maisons médicales a fait sienne en tant qu'héritière du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (cf. introduction). C'est aussi de la sorte qu'ensemble professionnels et population pourront interpeller de manière suffisamment forte et crédible les pouvoirs politiques concernés.

A un niveau plus large encore et enfin, nous confirmons notre ferme volonté de voir se maintenir une mixité dynamisante entre d'une part un Etat prenant clairement ses responsabilités pour définir une politique de santé déterminée sur base de valeurs d'équité et de solidarité et d'autre part un modèle de concertation sociale qui favorise la triangulation entre le monde politique, les professionnels et les citoyens et qui organise concrètement l'accessibilité au sein du système de santé.

Dans ce cadre, la couverture de protection sociale ne peut selon nous que rester basée sur la solidarité et non sur le risque actuarien comme tentent de le développer les assurances privées dont l'objectif n'est autre que le profit. Au vu d'initiatives récentes dans le domaine des assurances complémentaires développées par les mutuelles, nous craignons qu'une telle dérive ne se produise insidieusement et souhaitons que ces mutuelles se donnent elles-mêmes des garde-fous en la matière, notamment en renforçant la participation de leurs membres au sein de leurs instances décisionnelles et en améliorant leur fonctionnement démocratique. Il faudra aussi se reposer ici la question de la pertinence pour les mutuelles de continuer à cumuler un rôle de dispensateur de soins et de gestionnaire du système de financement de ce secteur.

Nous devons très certainement continuer ces réflexions avec les mutuelles elles-mêmes et les syndicats interprofessionnels qui restent tous deux pour nous des partenaires privilégiés attentifs à des valeurs communes.

*Patrick Jadouille,
médecin
généraliste à la
maison médicale
la Glaise,
président de la
Fédération des
maisons
médicales et des
collectifs de santé
francophones.*

Facteurs de santé et santé de proximité

Les acteurs de première ligne qui se sont exprimés au sein des forums de discussion insistent sur l'importance sociale cruciale de leur travail en terme d'aide à la reconstruction du lien social et donc de reconstruction du sens, mais aussi en tant qu'observateurs privilégiés appelés à jouer un rôle de concertation et de transmission d'informations entre les populations, les pouvoirs locaux et les experts. Les problématiques de santé liées à l'environnement en sont une bonne illustration puisque plusieurs expériences de ces dernières années montrent combien les professionnels de la santé de première ligne peuvent y jouer un rôle majeur pour recueillir des données utiles, pour analyser le plus objectivement possible les risques en synthétisant l'information disponible et en gérant l'incertitude, et enfin pour mettre en place des stratégies de communication cohérentes et efficaces.

Pour optimiser ce type de travail dont l'importance sociétale est patente, il est nécessaire que :

- les pouvoirs publics le reconnaissent et financent à sa juste mesure le temps libéré sur les activités habituelles des professionnels concernés ;
- les rôles et compétences des différents professionnels et de la population et leurs articulations soient réfléchis puis définis en terme de complémentarité ;
- ce travail puisse se structurer dans la durée et la continuité de manière à permettre l'instauration de relations de confiance entre les différents acteurs (dont on assiste malheureusement parfois à une infernale tournante au sein de certains organismes publics) ;
- des compétences nouvelles se développent (animateurs ou agents de santé communautaire par exemple) sans toutefois déresponsabiliser les acteurs non spécialisés dont l'apport spécifique doit être conservé.

La Fédération des maisons médicales a depuis longtemps insisté sur la nécessaire prise en compte des facteurs non médicaux de la bonne

ou de la mauvaise santé et continuera dès lors à promouvoir et soutenir ce type de démarche, notamment via sa participation à Santé, Communauté, Participation ou par son travail commun avec l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement ou encore par la valorisation de ses échanges avec les autres membres du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire.

Politique de la santé, système échelonné et redéfinition des contenus pour les pratiques de première ligne

Les avis semblent unanimes quant à la nécessité et en même temps l'opportunité politique actuelle de mieux structurer la première ligne de soins en misant sur la complémentarité des compétences spécifiques de chacun des groupes professionnels concernés. Mais ceci ne pourra se réaliser qu'avec leur collaboration active et moyennant une attitude positive qui puisse faire fi des corporatismes habituels et donc de la défense des intérêts structurels pour oser une attitude de plus grande vulnérabilité mais aussi de plus grande ouverture constructive.

Cette restructuration de la première ligne, pour être efficiente, devra se faire dans toute son épaisseur, c'est-à-dire en prenant en compte tous les acteurs concernés et en s'interrogeant sur la pertinence de l'existence actuelle en son sein de structures verticales non généralistes. L'intégration progressive de leurs missions, d'ailleurs déjà en bonne partie reprises par les soignants de première ligne, au sein d'unités locales de santé pluridisciplinaires serait une façon de valoriser les compétences utiles des personnes qui y travaillent en simplifiant le paysage institutionnel de cette première ligne.

D'autres conditions devront pouvoir être rencontrées pour qu'un tel processus ait quelques chances d'aboutir :

- financement correct du temps exigé par la fonction de synthèse, le travail de concertation en équipe ou en réseau, la prévention et la promotion de la santé... ;
- formation de base et continuée au travail pluridisciplinaire ;

- intégration de nouveaux outils de travail dans le domaine de la communication et de l'informatisation en parallèle d'un travail de réflexion, notamment éthique, sur les limites de leur utilisation.

Car c'est finalement cette même réflexion éthique qui devra sous-tendre toute réforme de l'organisation des soins de santé de proximité que je vous et nous souhaite de construire ensemble, tout au moins si nous voulons préserver dans notre travail cette valeur si précieuse qu'est la convivialité, elle-même garante de l'humanité du système, garde-fou à une logique bureaucratique et fonctionnaire inhérente à l'évolution extrême de n'importe quel système d'organisation des soins de santé, qu'il soit purement étatique ou strictement privé. ●

*Tout en haut de la colline, se dresse une petite mesure blanchie à la chaux.
Un pin parasol la protège des rayons du soleil
qui peuvent parfois être durs à l'heure de la sieste.
Sur la pelouse ombragée, les patients attendent leur tour
en sirotant une limonade glacée.
Le plus souvent, ils se répartissent en petits groupes
qui se prolongent parfois jusqu'à l'apparition des étoiles.
Des bancs ont été installés sur la terrasse, face au couchant.
Le spectacle du soleil plongeant dans la mer
clôture chaque journée pour les travailleurs et leurs visiteurs.*

*

*Mer agitée sur fond de pleine lune
Vaches folles et loups miséreux
Tentative de forfait.*

Atelier écriture

Vingt ans	page 1
<i>Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise et président de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones</i>	
Processus pour un congrès	page 7
<i>Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise et président de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, Coralie Ladavid, assistante sociale à la maison médicale le Gué, Carl Havelange, historien, Jöelle Van pé, directrice administrative de la Fédération des maisons médicales</i>	
Intervention du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire	page 10
<i>Marc Schoene, médecin généraliste, Institut Renaudot, Paris, et Veronica Casado, médecin généraliste, Espagne, membres du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire</i>	
De la modernité et des maisons médicales	page 11
<i>Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste</i>	
Essai de bilan	page 17
<i>Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée Bautista van Schowen</i>	
Évolution future des services de santé : analyse de quelques tendances plausibles	page 21
<i>Fred Paccaud, médecin de santé publique, Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, Suisse</i>	
En guise de sommaire. Introduction à dix forums	page 28
<i>Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale l'Aster</i>	
Forum 1 : Organisation de la première ligne	page 33
<i>Présentation : Patrick Jadouille, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise</i>	
<i>Rapporteur : Myriam Provost, médecin généraliste à la maison médicale du Nord</i>	
<i>Animateur : Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée Bautista Van Schowen</i>	
<i>Intervenants : Yves Delforges, médecin généraliste, Forum des associations de médecins généralistes et Jan De Maeseneer, médecin généraliste, professeur à la Rijksuniversiteit van Gent</i>	
Forum 2 : Santé communautaire : rôle des professionnels de santé	page 41
<i>Présentation : Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales</i>	
<i>Rapporteur : Isabelle Maréchal, kinésithérapeute à la maison médicale Santé Plurielle</i>	
<i>Animateur : Martine Bantuelle, présidente de Santé, Communauté, Participation asbl</i>	
<i>Intervenants : Omar Brix, Mutuelles de France et Thierry Lahaye, service santé de la Commission communautaire française</i>	
Forum 3 : Place et participation des usagers	page 51
<i>Présentation : Coralie Ladavid, assistante sociale à la maison médicale le Gué</i>	
<i>Rapporteur : Geneviève Gyselinx, kinésithérapeute à la maison médicale Santé Plurielle</i>	
<i>Animateur : Yves Gosselain, chargé de mission à la Fédération des maisons médicales</i>	
<i>Intervenants : Jacques Bolaers, membre du comité Impatient, maison médicale la Passerelle, Faustina Da Giau, membre de la coopérative des patients, maison médicale Bautista Van Schowen, Micky Fierens, membre de la Ligue des usagers des services de santé et du Forum Santé à Barvaux, Michèle Gilkinet, députée et Céline Houtain, infirmière, licenciée en éducation à la santé</i>	
Forum 4: Réforme des systèmes de santé en Europe	page 58
<i>Présentation : Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales</i>	
<i>Rapporteur : Luc Burquel, médecin généraliste à la maison médicale le Cadran</i>	
<i>Animateur : Marc Schoene, médecin généraliste, Institut Renaudot, France</i>	
<i>Intervenants : Stef Bruggeman, Vereniging van wijkgezondheidscentra, Veronica Casado, présidente du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, Espagne et Victor Ramos, médecin généraliste, ministère de la Santé, Portugal</i>	

- Forum 5 : Redéfinitions des fonctions en soins de santé de proximité** page 65
Présentation : Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée Bautista Van Schowen
Rapporteur : Chantal Dumortier, médecin généraliste à la maison médicale de Tournai
Animateur : Marc Hombergen, gestionnaire de la maison médicale Essegheem
Intervenants : Arlette Germay, médecin généraliste, Forum des associations de médecins généralistes, Monique Van Dormael, docteur en sociologie, Institut tropical d'Anvers et Jean-pierre Yernaux, psychomotricien.
- Forum 6 : La santé au risque de la médicalisation des problèmes sociaux** page 74
Présentation : Natacha Carrion, médecin généraliste au centre de santé intégrée de Bautista Van Schowen
Rapporteur : Isabelle Dechamps, accueillante à la maison médicale le Gué
Animateur : Coralie Ladavid, accueillante à la maison médicale le Gué
Intervenants : Monique Boulad, médecin généraliste, présidente du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales et Pierre Gillet, professeur en santé publique, université de Liège
- Forum 7 : La santé au risque de la privatisation de l'assurance-maladie** page 82
Présentation : Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle
Rapporteur : Florence Paligot, secrétaire à la maison médicale de Barvaux
Animateur : Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé Plurielle
Intervenants : Bernard De Baecker, secrétaire générale, Union nationale des mutualités socialistes, Edouard Descampes, secrétaire générale, Alliance nationale des mutualités chrétiennes et Marc Zamichiei, secrétaire général, Mutualités de France
- Forum 8 : Santé et environnement : du constat à l'action** page 86
Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale l'Aster
Rapporteur : Marie-louise Fisette, infirmière à la maison médicale la Glaise
Animatrice : Véronique Duparc, médecin généraliste à la maison médicale des Marolles
Intervenants : Catherine Bouland, Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement, John Pauluis, médecin généraliste, commission environnement de la Société scientifique de médecine générale et Patricia Thiebaut, membre de la Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales
- Forum 9 : Le mouvement des maisons médicales et les formes renouvelées de mobilisation sociale** page 92
Ghislaine De Smet, membre du Collectif Solidarité contre l'exclusion et Patrick Jadoulle, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise.
Rapporteur : Nicky Soultatos, accueillante à la maison médicale la Passerelle.
Animatrice : Murielle Truillet, médecin généraliste à la maison médicale la Passerelle.
Intervenants : Marc Abramowicz, psychothérapeute, fondateur de « Aimer à l'ULB » et Ghislaine De Smet, médecin généraliste, Collectif Solidarité contre l'exclusion.
- Forum 10 : Perspectives futures pour les pratiques** page 97
Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général à la Fédération des maisons médicales.
Rapporteur : Didier Van Laethem, médecin généraliste à la maison médicale la Brèche.
Animateur : Luc Lenel, gestionnaire de la maison médicale le Botanique.
Intervenants : Patricia Beaufays, infirmière, Fédération des associations de soins à domicile, Geneviève Bruwier, médecin généraliste, Forum des associations de médecins généralistes et Jean-Luc Gallais, médecin généraliste, Société française de médecine générale.
- Tables rondes** page 101
Luc Carton, philosophe et permanent fédéral d'Ecolo, animateur,
Brigitte Baland, représentant le ministre Detienne, ministre des Affaires sociales et de la Santé,
Ri De Ridder, représentant le ministre Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions,
Jacques Morel, représentant la ministre Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé,
Michel Roland, pour la Fédération des maisons médicales et
Herman Van Loon, représentant la ministre Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'environnement
- Conclusions et perspectives** page 113
Patrick Jadoulle, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise.