



Pour une culture (politique) des soins de santé primaires

.....

Les soins de santé primaires souffrent d'un déficit culturel tant au niveau du public qu'à l'intérieur du secteur de la santé, ce qui se marque notamment par la difficulté à développer une formation et une recherche spécifique. Ils pâtissent également d'un manque de visibilité et de reconnaissance au niveau politique. Des solutions à ces problèmes se mettent en place, mais il faudra encore du temps et de la volonté pour que les soins de santé primaires soient soutenus à leur juste importance.

.....

parvient à mieux contrôler la douleur, il n'en va pas de même avec la souffrance, avec tout ce qu'elle véhicule de moral, d'existential. Le généraliste, c'est celui qui maintient la souffrance au milieu de la cité, qui maintient cette question dans la cité, dans la famille, parmi les proches. C'est un gêneur, il contrevient au désir subconscient de la société de cacher la souffrance derrière des murs, comme naguère on enfermait la folie. Si on se bat pour la médecine générale, pour maintenir des malades chroniques près des leurs dans la cité, pour accompagner le patient en fin de vie à la maison, on n'est pas dans l'idéologie et dans la culture dominantes.

Paul Galand,
député Ecolo.
Interrogé par
Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune,
coordinateur de
rédaction.

Il y a donc une dimension culturelle, qui ne se laisse pas réduire à une opposition simpliste entre par exemple médecine triomphante et médecine pauvre. Le progrès scientifique a été plus rapide que le progrès philosophique et culturel, à la limite il devient en porte à faux avec lui-même. On prend des risques quand on fait des progrès en sciences et en santé sans faire simultanément un travail d'évolution culturelle, de renforcement philosophique, d'humanisation. Une idéologie de la croissance pour la croissance, n'est pas une idéologie porteuse, c'est une course folle en avant, sans but au-delà d'elle-même. Il faut une réflexion collective sur l'idéologie de la croissance, car livrée à elle-même elle aboutit à des effets contraires à ce qu'elle promet.

Un retard culturel

○ *Santé conjugquée : En tant que médecin et député Ecolo, vous êtes fortement impliqué dans les questions de politique de santé. Quelle est votre lecture du « désamour » pour les soins de santé primaires ?*

● **Paul Galand :** La médecine a plusieurs visages. De façon un peu réductrice, il y a d'un côté une médecine « triomphante », brillante et pleine de réussites. Elle profite à la fois du progrès scientifique et de l'idéologie de la croissance, du « toujours plus ». De l'autre, il y a une médecine qui est proche des gens et qui, elle, continue à affronter l'échec devant la mort et la souffrance. Une souffrance qui ne se confond pas avec la douleur : si la médecine

Formation et recherche en soins de santé primaires, les parents pauvres

○ *La critique écologique d'un progrès non réfléchi trouve ici un terrain d'application tout à fait pertinent. Mais le manque de vision cohérente du champ de la santé suffit-il à expliquer la dévalorisation des soins de santé primaires ?*

● Il y a bien sûr d'autres éléments, notamment en termes de santé publique. Dès « le début », la formation médicale est conçue selon

Mots clés : soins de santé primaires, politique de santé, formation, recherche en soins de santé primaires.

une approche dominante qui est le résultat d'une quasi fusion entre faculté de médecine et hôpital universitaire. La première ligne de soins a un champ d'action spécifique qui n'est absolument pas celui de la médecine hospitalo-universitaire, spécificité que la formation de base a oublié allègrement depuis longtemps. Dénoncer cela ne signifie pas critiquer l'hôpital universitaire, qui a sa place, mais il ne doit pas être la référence de la faculté de médecine qui déborde de ce cadre étroit et a pour mission de former à chaque ligne de soins. On pourrait imaginer, et ici je propose des idées « à casser » pour faire avancer la réflexion, que tout le monde fasse un stage en médecine générale, un en « prévention », un en hôpital universitaire, un en hôpital général, et passe quelques heures dans le bureau d'un médecin conseil, pour vivre ce que c'est. Il y a des ambiances et des vécus différents, le patient ne se présente pas de la même façon à la consultation d'un médecin généraliste, en radiologie à l'hôpital, ou chez le médecin conseil.

Il en va de même pour la recherche en médecine de première ligne, qui devrait aussi être très pointue mais n'est actuellement pas assez développée. La recherche en prévention reste le parent pauvre dans les choix budgétaires.

Les politiques doivent se confronter à ce problème puisque c'est à eux que revient de veiller à la subsidiarité adéquate des facultés.

○ *L'aspect hospitalo-universitaire serait hypertrophié, aux dépens des autres aspects des soins de santé ?*

● Je ne dis pas que l'hôpital est hypertrophié, mais que la faculté de médecine est trop à l'étroit dans sa référence à l'hôpital universitaire. Elle doit enrichir sa perception « globale ». Ainsi, on sent bien que les Centres universitaires de médecine générale (CUMG) ne sont encore trop souvent qu'un appendice que l'on a accolé à la faculté ! Ils ne sont pas vraiment un pivot de la faculté et cela ne va pas : tout le monde dans la faculté devrait être porteur de la médecine générale comme tout le monde l'est de la médecine spécialisée, quelle que soit l'orientation qu'on va prendre.

Clés pour une implication politique

○ *Comment la politique pourrait-elle redresser la situation ?*

● Peu de gens venant de la médecine générale assument un mandat politique. Certains viennent de la coopération. Les relais dans le milieu parlementaire sont peu établis de façon régulière et plurielle. Les relations entre les syndicats comme le Groupement belge des omnipraticiens (GBO) et les parlementaires commencent seulement à s'organiser. Je parle du pouvoir législatif, pas de l'exécutif. Pourtant, c'est le pouvoir législatif qui pense la politique à moyen terme et vote les budgets.

Un groupe de médecin a pu établir de bons relais, ce sont les maisons médicales. Elles ont obtenu beaucoup par rapport à d'autres mais c'est insuffisant parce que limité au créneau maisons médicales. Il faudrait généraliser leur expérience, la partager avec les associations locales de médecins généralistes. Les maisons médicales ont fait comprendre aux politiques que le travail en solo est dépassé, mais l'alternative ce n'est pas seulement la maison médicale, c'est aussi l'association locale ou d'autres formes. Chacun a à s'insérer à sa façon dans un réseau qui est plus large que lui, et, ensemble, ils doivent organiser leurs relais vis-à-vis du pouvoir législatif.

Il est important que chaque niveau d'organisation de médecins généralistes situe bien où est son niveau d'intervention le plus adéquat : le GBO pour négocier au niveau de l'assurance maladie invalidité et du statut professionnel, les associations locales au niveau du pouvoir communal ou régional pour ce qui concerne l'organisation locale de soins, le travail avec les CPAS, le réseau d'hôpitaux régionaux, les Services intégrés de soins à domicile (SISD).

Il importe aussi de se faire entendre dans les lieux adéquats où tous les partis démocratiques sont présents, pour ne pas tomber dans les jeux partisans : il y a des choses que les partis démocratiques



cratiques peuvent défendre ensemble parce qu'il y a un intérêt général, un bien commun. Faire de petites étapes ensemble permet souvent de plus grandes avancées. Prenons l'exemple du budget de la Commission communautaire française pour la santé mentale en Région Bruxelloise. Le budget de ce secteur est proportionnellement plus élevé à Bruxelles qu'en Wallonie, parce qu'un noyau de parlementaires francophones de tous les partis démocratiques, majorité et opposition, à l'écoute des gens de terrain, a défendu l'option ambulatoire.

○ *Cela signifie-t-il que si les soins de santé primaires sont peu développés c'est en partie en raison de leur manque de visibilité publique, de communication politique ?*

● Le non-marchand tend à se référer au pouvoir subsidiant, à l'exécutif, en oubliant un tiers, c'est-à-dire le législatif. Réciproquement, le législatif lui aussi aurait pu penser à s'investir davantage. C'est difficile parce que le travail du généraliste, par exemple toute son activité de prévention, n'est pas théorisé, ni même connu, ni a fortiori, suffisamment reconnu.

Quand on a fait signer par tous les partis démocratiques la résolution organisant le dépistage systématique par mammotest, on voyait bien que pour mobiliser les femmes, les acteurs privilégiés étaient le généraliste et le gynécologue. Qui a-t-on le plus entendu? Le point de vue des radiologues. Et dans *Le journal du médecin*, et même au Parlement, on parle de clinique du sein, pas assez des femmes ! L'actualité est dominée par un débat entre radiologues, sénologues et gens de santé publique. Mais question actuelle est : comment amener 30% de femmes en plus au mammotest ? Si on avait interrogé les généralistes sur leur expérience, ils auraient indiqué comment les femmes reçoivent les messages de prévention, suggéré les meilleurs moyens de les toucher... Il aurait fallu qu'à la faculté de médecine, des généralistes, des sociologues de la santé, des anthropologues se demandent ensemble comment tester la communication.

Mais tout ceci évolue, non sans combat, et on

voit de plus en plus de commissions inviter des généralistes parce que des gens du législatif s'en sont préoccupés, d'eux-mêmes ou poussés par les généralistes. C'est maintenant une préoccupation que les généralistes soient non seulement appelés en consultation et écoutés, par exemple lors d'auditions parlementaires, mais aussi représentés, par exemple au conseil d'administration de BRUMAMMO ou au cabinet d'un ministre (même si actuellement ce n'est le cas que dans un seul cabinet). Il y a dix ans, cela n'arrivait pas ! Mais ce « démarrage » arrive fort tard, au moment où la situation est devenue très grave et continue à s'aggraver pendant que les éléments positifs se mettent en place. Les effets bénéfiques ne vont pas se faire sentir tout de suite. Et avant que la tendance ne s'inverse, il faut continuer l'effort pendant des années.

Autre exemple de déficit en soins de santé primaires, l'école sans tabac. Il faut sans cesse taper sur le clou pour rappeler qu'il y a la méde-



cine scolaire et rappeler que la médecine scolaire doit servir aussi à faire le lien avec le médecin traitant. L'enchaînement positif, c'est que lors des examens de médecine scolaire, le médecin s'enquiert de savoir si le jeune fume, s'il a vraiment un problème de tabagisme, conseille de contacter le médecin famille et dans les semaines suivantes, lui ou l'infirmière recontacte le jeune pour savoir s'il a vu son médecin traitant et, si nécessaire, contacte ce dernier. C'est comme cela que le médecin scolaire va retrouver plus de crédibilité.

Les décrets sont souvent bien faits mais les arrêtés d'application laissent souvent à désirer. La loi donne le cadre, la philosophie, mais quand on veut faire, par exemple, de la bonne récolte de données, il faut pas se fier aux cabinets ou à l'administration, il faut confier ça aux médecins et à des instances de santé publique compétentes et ayant une expertise du terrain. Les facultés de médecine auraient du déjà étudier tout ça plus à fond.

○ *Il y a beaucoup de forces d'inertie ?*

● Comme dans toute activité humaine, mais on se bat pour que les coordinations de généralistes aient des subsides, pour que celui qui se dévoue pour représenter ses collègues et négocie avec le pouvoir ait les moyens de remplir cette mission. L'appui logistique à la représentation et à la concertation est très important, y compris au niveau des soins primaires, ce qu'on oublie trop souvent. Par exemple en Région bruxelloise, on a 20.000 euros pour la coordination des médecins généralistes et 958.000 euros pour la coordination hospitalière. C'est mieux qu'avant, quand il n'y avait rien pour les généralistes... mais quel déséquilibre, qui n'est pas là par hasard !

Il faut sensibiliser les partis car lorsqu'un ministre de la Santé est nommé, il n'a pas le réflexe de prendre un médecin de famille expérimenté dans son cabinet. C'est comme cela que pour le tabac, on parle des pneumologues et pas de la personne qui voit le plus de gens, le généraliste. Il faut donner des moyens aux Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) et aux généralistes, il faut gagner ça culturellement car au niveau de l'opinion publique, sans s'en rendre compte, on dévalorise sans cesse le géné-

raliste. D'autant que de leur côté, les médecins généralistes ne perçoivent peut-être pas encore assez l'importance de leur expertise acquise dans le contact humain et combien cette expertise est essentielle pour bien ajuster les politiques de santé aux différents niveaux de pouvoir. ●