



Changer le monde avec les Mutualités chrétiennes et les généralistes

.....

Le paysage de la santé change lentement mais radicalement. La Mutualité chrétienne prend acte de cette évolution et invite les généralistes à s'y impliquer.

.....

○ *Santé conjuguee : La valeur des soins de santé primaires est reconnue, notamment en termes d'efficience. Comment expliquer que la Belgique ne les développe pas davantage ?*

● Nous avons de superbes études sur la santé des Belges, et aussi sur les déterminants sociaux de la santé : logement, emploi, environnement, éducation, enseignement, mais nous n'avons jamais eu un véritable débat sur la santé publique, c'est-à-dire sur la santé dans tous ses aspects et pas uniquement sur les soins de santé. Nous fonctionnons selon une logique marchande, finalisée par la vente de produits et services dans les soins de santé, l'équipement, l'agroalimentaire ou les médicaments. La marchandisation universelle conduit à des attitudes consuméristes qui sont dépen-sières et inefficaces dans les soins de santé.

Il est difficile de faire prendre conscience de cela. Si le public et les décideurs étaient conscients que les services collectifs, le logement, l'enseignement, la cohésion sociale sont essentiels pour la santé, la première ligne, qui est en contact avec les problèmes sociaux, serait plus reconnue et valorisée.

La première ligne a conscience que la détresse sociale rend malade. Ces aspects sociaux et l'approche de santé publique sont peu présents dans le curriculum de formation des universités et le médecin généraliste acquiert cette formation sur le tas, souvent de manière isolée. Elle sait aussi que les soins de santé suppléent mais

ne résolvent pas les problèmes à la source. Il y a mieux à faire qu'injecter de l'argent dans les soins : il faut investir dans moins d'exclusion, dans plus d'emplois, dans l'amélioration des conditions de travail.

Dans ce contexte, est-ce qu'on investit peu ou beaucoup en soins de première ligne ? La première ligne ne se réduit pas qu'aux honoraires des médecins généralistes, c'est aussi le maintien des patients à domicile, les soins infirmiers, la kinésithérapie, les services d'aide pour le maintien à domicile, les aidants naturels. Globalement, les soins de santé représentent en Belgique 9,5 % du produit national brut. Nous nous situons au-dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE. On ne peut donc pas parler de sous-investissement mais l'analyse de la répartition des dépenses montre que la part réservée au secteur des médicaments est nettement plus élevée que dans d'autres pays. On pourrait réallouer une partie de ce budget pour valoriser les actes intellectuels défavorisés par rapport aux actes techniques.

On observe aussi une évolution de la pratique, la médecine solo est en diminution. Les médecins généralistes travaillent de plus en plus ensemble, participent à des cercles de qualité. Ils aspirent à une vie plus équilibrée entre travail, famille et loisir. C'est une bonne chose, un médecin détendu est un médecin plus disponible. La féminisation de la profession a également des conséquences en termes de disponibilité.

Le changement des habitudes de travail et de disponibilité des médecins généralistes nécessitera aussi un changement des habitudes et attentes des patients. Le nombre des visites à domicile a déjà diminué et ce mouvement va certainement se prolonger. Il faudra également avoir une autre approche de la première ligne. Par ailleurs, avec les nouvelles pratiques de groupe, demain, on n'aura plus 9000 médecins généralistes actifs mais peut-être 3000 pratiques de groupes dans lesquels les médecins ne feront pas seulement du curatif, mais seront aussi animateurs, acteurs de prévention et auront une plus grande capacité d'outils informatiques. Cette tendance est mise en valeur par les der-

Entretien avec
Jean Hermesse,
secrétaire national,
Christian Léonard,
économiste,
Yves Van Houte,
médecin directeur.

Propos recueillis par
Isabelle Heymans et
Pierre Drielsma,
médecins, membres de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales.

Mots clefs : mutualités, soins de santé primaires, médicaments, solidarité.

nières mesures d'encouragement des pratiques de groupe. Par le renforcement des capacités administratives, les médecins généralistes pourront être déchargés de ces tâches administratives¹.

● Un autre obstacle est la Belgique institutionnelle, coupée en morceaux, par exemple les associations de santé intégrées sont subsidiées par la Région wallonne, mais leur fond d'impulsion est au fédéral. Autre exemple, les Services intégrés de soins à domicile (SISD), qui va les payer ? Il n'y a aucune coordination entre niveaux de pouvoir, sans parler des différences Nord-Sud.

D'autre part, la place que prend l'hôpital dans le système de soins est très importante. Le gros marché se trouve là, très bien relayé. Prenons l'exemple d'un nouveau médicament accessible seulement en milieu spécialisé, l'*herceptine* : le coût est énorme mais on a trouvé les 30.000.000 d'euros, malheureusement au détriment d'autres actions socio-sanitaires moins spectaculaires mais plus efficaces. Idem pour les PET-scan. Actuellement, c'est l'offre qui régule la dépense, on paie très cher pour un effet modéré, on concentre les ressources dans des centres spécialisés, pour un jeu spectaculaire qui déforce la première ligne. Quelle médecine voulons-nous ? Le débat devrait avoir lieu.

● Pour changer le monde, il faut développer une vision alternative du monde. Le développement de la médecine de groupe constitue une alternative mais elle doit aller au bout de sa logique. La médecine de première ligne peut participer à la lutte contre un modèle d'hyper-consumérisme dans lequel le système médical est progressivement devenu un rouage économique. Le médecin généraliste peut donc s'opposer à cette logique, il doit aussi s'en donner les moyens, son rôle ne se limite pas à la prescription de médicaments ou d'actes techniques, il doit également prendre conscience de ses limites et de celle du système de santé. Il peut mener un combat formidable pour replacer l'essentiel dans la vie des gens, modifier les perceptions des patients sur les loisirs, sur les liens sociaux et affectifs, sur la santé... Il peut participer à la sortie du productivisme, tenir un discours sur la normalité, sur ce qui est normal

en termes de santé et ainsi éviter la médicalisation de problèmes ou phénomènes humains et sociaux ; le médecin généraliste a indiscutablement un rôle de conscientisation du patient à jouer afin de l'impliquer plus dans le maintien de sa santé, sans pour autant l'enfoncer dans un processus de responsabilisation qui a plutôt tendance à renforcer les inégalités sociales de santé.

Une première ligne qui doit se mobiliser !

○ *Responsabiliser le médecin généraliste ?*

● Les mutualités ont permis une revalorisation de la première ligne, et des soins infirmiers à domicile. Ce sont des réformes concrètes, il fallait faire des choix entre beaucoup de demandes, en commission nationale médico-mutualiste et nous avons veillé à ce que les marges ne soient pas absorbées par la seule deuxième ligne.

○ *Mais on observe une chute des contacts, en particulier de la visite à domicile ?*

● Oui, mais le médecin généraliste n'est plus obligé de faire tant d'actes pour garder une rémunération convenable. Les visites à domicile vont probablement continuer à baisser, mais en même temps la disponibilité des MG devient problématique. Le problème des gardes est réel.

○ *Nombre de dossiers avancent lentement dans les dédales de la commission technique médicale, structure dévouée aux intérêts des médecins spécialistes : passeport diabète, spirométrie, taping de la cheville...*

● Il faut aussi que les médecins généralistes se mobilisent, notamment pour les médicaments moins chers. Les mutualités chrétiennes ont réalisé une étude qui montre que nombre de médecins généralistes prescrivent sans aucun souci du prix des médicaments et ce sans explication logique. Pourtant les lieux de perfectionnement existent : Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM), Cercles, profils de prescription disponibles. De même, une étude sur 2000 maisons de repos montre de

(1) Ndlr : cette évolution lèverait une caractéristique négative de la situation actuelle des soins de santé primaires souvent décrite comme obstacle : leur fragmentation.



grands écarts de prescription, d'où viennent les différences ? Ce n'est pas dans l'organisation de la maison de repos pour personnes âgées mais chez le médecin généraliste.

● Pour les mutualités chrétiennes, les soins à domicile sont une priorité qui s'est concrétisée par le lancement et le développement de la Croix jaune et blanche, devenue Aide et soins à domicile (ASD). Ces services ont connu des moments difficiles, nous les avons soutenus et poussés à la collaboration avec les aides familiales. Ensuite avec *Vitatel* (bio-télé-vigilance) qui compte plus de 7000 abonnés, et les prêts et ventes de matériel, *Solival*. A l'avenir, l'hôpital sera de moins en moins un lieu de résidence, et de plus en plus un plateau technique. Le séjour à l'hôpital peut aussi, parce que source d'infection multi-résistantes, comporter un risque. Les soins à domicile sont donc appelés encore à se développer entre autres grâce à la télémédecine, permettant la mise en oeuvre de soins spécialisés à domicile. L'organisation pratique des soins à domicile évoluera aussi, par exemple via des trajets de soins où le médecin généraliste devra être impliqué en tant qu'organisateur de soins et service.

○ *Pourquoi s'impliquer tant dans les hôpitaux ?*

● L'hôpital doit rester accessible. Les hôpitaux associatifs chrétiens sont des institutions à but social, une réponse aux dérives marchandes. Par cet engagement et investissement social, nous maintenons un réseau d'institutions de soins avec un objectif social et accessible à tous. A l'inverse, la privatisation (l'introduction d'institutions à but lucratif) pourrait avoir des effets dramatiques sur l'accès aux soins que ce soit dans la première ou la deuxième ligne.

Par ailleurs, nous constatons que les médecins généralistes sont choyés par les hôpitaux. Ceux-ci offrent une plus grande circulation de l'information et la transmission électronique. L'hôpital se rend compte qu'il ne peut plus travailler sans la collaboration des médecins généralistes. Cela peut aller très loin comme le montre l'analyse du rapport Rutsaert sur la garde structurée avec les hôpitaux, pas pour amener les patients à l'hôpital, mais pour organiser les soins. Peut-être est-il plus efficace



de disposer d'une permanence de première ligne, proche de l'hôpital qui renvoie le patient chez lui et son médecin traitant s'il n'y a rien de grave.

○ *Quelle est la place des médecins généralistes en marge des Aides et soins à domicile / Centrale de services à domicile ?*

● En Flandre, la Communauté flamande investit mais du côté francophone, l'argent est moins utilisé. Les coordinations sont peu nombreuses. Il faudrait que les généralistes s'impliquent plus. L'organisation du système offre des possibilités aux soins de première ligne, elle offre des soutiens financiers...

○ *Et les trajets de soins ?*

● On y a beaucoup travaillé dans le groupe de travail présidé par Philippe Vandermeeren mais l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) a démolie le projet en plénière, ce qui n'était pas tout à fait inattendu. C'est décourageant car c'est un modèle d'avenir, il faut réaliser le partage des soins. La médicomut devra remettre une proposition...

○ *Devant les blocages réalisés par les médecins spécialistes dans l'avancement des dossiers de médecine générale ne pourrait-on pas modifier les mécanismes : actuellement les médecins généralistes disposent d'un droit de veto mais pas d'un droit de veto.*

● Les alliés de la réforme sont les médecins spécialistes, faut-il changer les règles du jeu de la médicomut ? Il s'agit d'une mesure « à double tranchant », quand une mesure n'est pas portée par les partenaires, il existe un risque d'enlèvement et d'installation aléatoire des réformes.