



# Conclusions

Certains nous diront que si on regarde le passé, l'organisation des soins de santé primaires et leur place dans le système belge sont en progrès : des réformes se mettent en place, petit à petit, les mentalités évoluent, il y a moins d'« oubliés ». C'est vrai. Mais nous ne sommes pas encore satisfaits. Et nous sommes impatients : il est urgent d'améliorer l'offre de service pour une amélioration de la santé (globale) de la population. Alors pourquoi cela n'avance-t-on pas plus vite ? Pour explorer les freins au développement des soins de santé primaires, nous avons voulu demander leur avis à de multiples acteurs et auteurs. L'ensemble constitue un fameux brainstorming des différents points de vue, d'où ressortent quelques thématiques.

---

## Les soins de santé primaires, ce n'est pas que la médecine générale !

Force est de constater que même si plusieurs évoquent les autres professions des soins de santé primaires, chez la plupart de nos interlocuteurs, le débat dérive systématiquement vers un discours ne considérant que le médecin généraliste, versus le médecin spécialiste et l'hôpital. Sans parler de tous les déterminants autres que les soins, qui sont rappelés par quelques-uns, mais sans que personne ne semble considérer qu'ils puissent être pris en compte dans une réflexion globale sur les soins (services ?) de santé primaires.

Pourtant, le maillage des services de premier niveau pour améliorer et soutenir la santé (au sens globalisant du terme) des communautés et des individus ne se passera pas d'une meilleure coopération entre les différents acteurs. Les rôles des différents professionnels et associations doivent être mieux articulés et coordonnés, à condition que ce soit dans un réel souci de complémentarité et de subsidiarité. Cela est vrai au sein du secteur de la santé, mais aussi avec d'autres secteurs déterminants du bien-être : du social, de l'environnement, culturel, etc. Cela apportera une plus-value pour les usagers, mais aussi pour les travailleurs.

Mais coordination et pluridisciplinarité rencontrent de nombreuses difficultés, dont

l'éclatement institutionnel des compétences santé n'est pas la moindre, excluant de facto une politique de santé intégrée (soins, prévention, revalidation, promotion de la santé).

---

## Les soins de santé primaires ne sont pas « tendance »

C'est dans l'air du temps : les critères de qualité des soins aux yeux de la plupart sont devenus le coût et le niveau de technicité. La technologie et l'hyper-spécialisation, poussées en avant par la publicité, ont le haut du pavé. Les soins primaires ont choisi d'autres critères, moins populaires. Interpellant : les usagers plébiscitent pourtant les soins de santé primaires pour la qualité relationnelle, l'aspect qui probablement fait le plus défaut dans le système hypertechnicisé. Mais ils reconnaissent moins facilement une compétence ou « expertise » suffisante à leur médecin généraliste. Il est évoqué que les soins de santé primaires sont plus fréquentés par les populations plus défavorisées (et donc moins par les classes moyennes et élevées). Tout comme les maisons médicales ont une réputation de faire de la « médecine sociale », non en sens globalisant et interdisciplinaire du terme, mais plutôt comme de la médecine « produit blanc ».

Les politiques n'échappent pas à la culture ambiante concernant la meilleure façon d'être soigné et de soigner. Ils considèrent trop souvent les soins primaires uniquement pour leur contribution à réduire les coûts d'une médecine spécialisée trop en expansion. Ce problème règne partout, au Nord comme au Sud : malgré les voix des acteurs qui soutiennent et démontrent que les soins de santé primaires bien organisés ont une réelle plus-value, les financeurs et décideurs n'arrivent pas à « croire » aux soins de santé primaires globaux, continus, présents, pour un service de qualité et efficient aux populations. Les organismes nationaux et internationaux ont encore souvent tendance à privilégier donc les programmes verticaux, la technologie, l'« expertise » venant d'ailleurs que du terrain.

La médecine générale elle-même déprime. Elle a du mal à revendiquer sa valeur, son expertise spécifique, elle a tendance à se définir « par

*Isabelle Heymans et Jacques Morel pour la cellule politique de la Fédération des maisons médicales.*

défaut ». Elle est reléguée au bas de l'échelle des soins, considérée comme le choix « par défaut » des médecins qui n'ont pas pu accéder à une spécialité. Elle se paupérise, trouve difficilement à se renouveler, entre dans une crise de plus en plus grave.

### De l'influence macro-économique et consumériste

Ceci n'est pas sans lien avec l'idéologie dominante, consumériste, individualiste et privatisante, imprégnée de capitalisme néolibéral, qui envahit le monde entier comme une maladie qui ne trouverait pas de traitement.

Le développement des systèmes de santé au sein des cadres de la sécurité sociale représente un enjeu essentiel en terme de projet de société solidaire ; ce qui effectivement est largement à contre courant du raz de marée néolibéral. Parmi tant, deux conséquences graves : l'instrumentalisation et le détournement de la solidarité collective pour apporter des moyens complémentaires à un privé lucratif (actionnarial débridé), générateur de produits de consommation liés aux « soins », et une pression croissante en

faveur d'une privatisation, même des secteurs du social et de la santé. Dans cette conjoncture, des soins primaires ne seront mis en oeuvre, s'ils le sont, que par une volonté de contrôle des coûts, en privilégiant la ligne de soins la moins chère.

Nous voulons souligner que la production de santé n'est pas lucrative dans une logique consumériste et individualiste et qu'une tentative de la rendre lucrative malgré tout se ferait au détriment d'une accessibilité pour tous. De plus, il s'agit de parler de santé, et de sortir de la logique du médicament ou de la machine pour tout, pour revenir à une définition positive de la santé, par opposition à « la maladie qui s'ignore ». C'est pourquoi la prise en charge de la santé doit rester dans le champ public.

### Intérêt individuel et conscience collective : une conciliation qui n'est pas simple

Monique Vandormael l'avait déjà montré il y a pas mal de temps, la littérature en parle encore, et les difficultés de dialogue entre généralistes et mutualités le montrent bien : ce n'est pas facile de concilier l'intérêt singulier, du prestataire, face à un patient, singulier lui-aussi, et l'intérêt de la collectivité. Il faut dire que dans le système et la société dans laquelle on fonctionne actuellement, rien n'est fait pour entraîner les citoyens, qu'ils soient prestataires ou usagers, dans une démarche de responsabilité par rapport à la collectivité : citons la croissance d'une culture individualiste des citoyens (soignants ou usagers), qui s'inscrivent de plus en plus difficilement dans une logique de solidarité collective, ou un mode de financement à la prestation qui donne la priorité à la demande de l'individu. Même bien intentionné, le prestataire se trouve parfois au cœur d'un conflit d'intérêts qui peut le mettre mal à l'aise. Et ce même quand il sait et admet que l'intérêt de l'individu, chez nous, passera inévitablement à un moment donné par l'intérêt de la collectivité. Il semble pourtant que l'acceptation de cette prise en compte par les prestataires de première ligne devienne une condition pour leur soutien par les décideurs ou partenaires. Il faut peut-être rappeler que le revenu des prestataires,





même « indépendants » et libéraux, repose énormément sur la sécurité sociale.

---

## Un secteur en pleine mutation

Pluridisciplinarité voire inter- ou transdisciplinarité, travail collectif, nécessité de considérer l'intérêt collectif, auto-évaluation, efficacité, Evidence-based-medicine-kiné-soins infirmiers, informatisation, transmission d'informations, mission d'observatoire de la santé, responsabilisation et augmentation du contrôle de l'état, médicalisation des problèmes sociaux, détresse croissante et plurifactorielle de la population, vieillissement, va et vient entre prépondérance de la médecine spécialisée et retour de la technologie à domicile, droits reconnus des patients, augmentation et complexification du travail administratif, etc. etc. Autant de facteurs à intégrer par les travailleurs des soins primaires qui, il faut l'admettre, n'y sont absolument pas préparés. Comment gérer une mutation qui ne les attend pas et se poursuit, avec ou sans eux ? Certaines professions ont tenté ces dernières années de redéfinir leur fonction, mais sans articulation transversale ni mise en perspective dans le cadre d'un projet politique global de santé. De plus, ni l'organisation du système, ni le système législatif, ni le découpage des compétences de santé entre différents niveaux de pouvoir, ne s'adaptent pour permettre l'intégration de ces données nouvelles.

---

## Une nécessaire interpellation de la formation

Le message véhiculé dans les universités se concentre sur un mode de travail individualiste, hiérarchisé, et hospitalocentrique, exclusivement basé sur le colloque singulier et la maladie, particulièrement somatique. Quand on dit hiérarchique, c'est entre médecins spécialistes et généralistes, entre hôpital et ambulatoire, et entre médecins et professions dites « paramédicales ». Il y aurait également long à dire sur la formation continuée, qui se poursuit sur le même mode hiérarchisé et monodisciplinaire. Si les départements et centres académiques de

médecine générale tentent d'apporter une autre conception du travail des acteurs de la santé, il y a encore beaucoup de chemin à faire pour redonner à la première ligne sa vraie valeur dans les (dis)cours universitaires. Une coordination et une concertation de qualité sur le terrain passeront obligatoirement par une formation qui mettra ensemble sur les bancs les différents futurs professionnels, et ce pour parler de santé au moins autant que de maladie.

Faut-il ajouter que le financement insuffisant, particulièrement de la formation continuée, laisse une grande place à l'influence inacceptable et sans mesure, de l'industrie pharmaceutique.

---

## Un manque de politique globale et une crise d'alternatives

Actuellement, parmi nombre de politiques comme parmi les scientifiques la question reste ouverte : s'ils conviennent qu'il faut renforcer les soins de santé primaires, quelles stratégies employer ? Comment les organiser ? Quelle réforme apportera réellement du mieux ?

Cela a été dit (et pas par nous), il n'y a jamais eu en Belgique de véritable débat sur la santé publique. Pas non plus sur l'organisation globale d'un système de santé, plus largement que le système de soins, considérant la santé dans tous ses aspects et ses déterminants. Cette absence de politique et de système conduit à des choix par défaut qui n'ont fait que renforcer l'existant hospitalo-centré.

Ce manque d'une alternative forte au système actuel touche apparemment de nombreux acteurs progressistes importants de la concertation belge. De craintes d'effets inattendus des réformes, en attentes d'une solution miracle, tous avancent « à petits pas » dans le meilleur des cas, et piétinent malheureusement encore trop souvent.

Cette difficulté n'épargne pas les professionnels eux-mêmes. S'ils semblent relativement unis pour dire qu'ils ne sont plus d'accord avec la façon dont le système les traite, les syndicats corporatistes sont divisés soit par des divergences de valeurs fondatrices, soit par des choix stratégiques différents pour atteindre un objectif éventuellement commun. Outre les deux organisations de généralistes qui ont écrit dans nos pages, d'autres lobbies existent dans le paysage,

qu'ils soient syndicaux, ou auto-proclamés, qui défendent des positions tout à fait différentes. Cet éclatement de la représentation des généralistes face à une représentation spécialiste forte, est contre-productive : elle offre aux pouvoirs publics et aux interlocuteurs l'opportunité de choix parcellaires (ou d'absences de choix), et permet que rien ne se décide.

---

### **La place des citoyens/usagers/patients dans tout ça ?**

On doit bien constater que le système actuel laisse encore beaucoup trop peu de place au patient. Il s'agit de laisser plus de place à leur parole. De quelles idées sera-t-elle porteuse ? En tant qu'utilisateurs, les citoyens ont beaucoup de choses à dire sur la qualité des services qui leur sont proposés. En tant qu'utilisateurs et citoyens, ils peuvent aussi avoir une responsabilité par la manière dont ils se servent et utilisent le système. Comme les travailleurs, ils ont à apprendre, accepter et intégrer certains changements. Ce qui n'est pas nécessairement plus facile pour eux.

En tant que groupes de pression, ils peuvent et vont constituer un lobby incontournable à prendre en compte dans les volontés de réformes. Certains craignent l'instrumentalisation de ces groupes par les firmes privées, avec la facilité de surfer sur la vague de la souffrance et de la culture dominante décrite ci-dessus. Mais peut-être ceci est-il aussi une conséquence du peu de place (et de moyens) qu'on leur laisse pour s'organiser, réfléchir, et s'exprimer. Les maisons médicales ont parfois les plus ardents défenseurs de leur mode de travail, parmi leurs utilisateurs.

Les syndicats interprofessionnels rassemblent surtout des travailleurs, de secteurs concernés ou non. Ils représentent à la fois l'intérêt des travailleurs, et l'intérêt de la population en tant que bénéficiaire de la sécurité sociale. On n'oubliera pas qu'ils sont aussi co-gestionnaires de la sécurité sociale et l'assurance maladie-invalidité. Ils ont parfois des difficultés à marier les deux intérêts, lorsqu'ils divergent, mais ils ont déjà montré leur capacité à avancer dans ce sens.

Et puis il y a les mutuelles, qui partagent ce copilotage de l'assurance maladie et qui ont été

et restent les « inspireurs » de nombreux cabinets de la santé et des affaires sociales.

Leur forte liaison avec le mouvement social ne les met à l'abri de dérives assurantielles commerciales ou bureaucratiques. Elles ont le rôle d'informer leurs affiliés et de représenter leurs intérêts, de rechercher un système qui tienne compte d'eux. Elles tentent aussi de continuer à jouer leur rôle d'éducation permanente. Peut-être devraient-elles être plus investies par les usagers en renforçant leur mécanisme de démocratie participative et en valorisant les principes d'une société solidaire. Aujourd'hui, elles ont tendance, et le contexte l'explique, à rassembler leurs forces sur le maintien d'un équilibre budgétaire de plus en plus précaire.

---

### **L'importance du dialogue entre tous les acteurs**

Une vraie réforme du système ne se fera pas sans une véritable volonté des politiques. Même si pour sa réussite, il faut tenir compte de tous les acteurs concernés, que ce soient les professionnels (et leurs leaders), les partenaires de la concertation, les citoyens. Les politiques peuvent être positivement poussés et soutenus par les mutuelles et les syndicats interprofessionnels, dont les plus importants semblent à priori favorables.

Mais pour que tout cela s'articule, le dialogue vrai et constructif entre acteurs n'est pas encore suffisant. Trop souvent, nous nous rendons compte à quel point chacun des groupes (généralistes spécialistes, autres professions, mutualistes, syndicalistes, politiques du législatif ou de l'exécutif, citoyens de groupes divers, etc.) ne connaît pas les réalités et les préoccupations des autres, et se cantonne dans une position de méfiance a priori qui n'aide pas à avancer. Beaucoup se trouveraient probablement plus de points communs s'ils pouvaient mieux partager.

---

### **Et puis il y a ceux qui sont tout à fait contre**

Ceux qui n'accordent aucun crédit aux soins de santé primaires. Ceux qui refusent toute



réforme et prônent le maintien d'un non-système qui renforce les modalités actuelles et le « tout à l'hôpital ». Ceux qui pensent qu'une réforme n'est pas nécessaire, que le système actuel fonctionne bien. Cela fait partie de démocratie, il faut entendre leurs raisons, en tenir compte, espérer qu'ils puissent changer d'avis, avancer avec ou malgré eux. C'est une raison de plus pour resserrer les rangs entre ceux qui veulent progresser.

voire d'une politique structurée de soins de santé primaires : Italie, Hollande, UK, Espagne, Portugal, etc.

En Belgique, même si les maisons médicales continuent à réfléchir et à s'adapter, à revendiquer qu'une autre façon de rendre service à la population est possible, leur expérience doit pouvoir s'inscrire dans une volonté politique de construction d'un système global, qui donne toute sa place aux soins de santé primaires, et surtout, qui se préoccupe de la santé de la population et de tous ses déterminants. ●

## Une alternative ?

Les maisons médicales proposent un mode d'organisation des soins santé primaires très proche de ce qui est considéré comme une alternative intéressante dans de nombreuses sources de littérature (citons par exemple un groupe de recherche canadien qui se base sur l'observation de modèles d'organisation existants dans différents pays (voir JM Jalhay), ou le rapport « European Primary Care »<sup>1</sup> réalisé par le Conseil de la santé néerlandais, sur base d'une importante revue de littérature. En témoigne probablement aussi l'emballement de la création spontanée de pratiques de ce type, particulièrement depuis une quinzaine d'années.

Cette alternative est probablement à affiner, selon les expériences connues et évaluées dans d'autres pays, selon les expériences vécues sur le terrain, selon certaines contraintes géographiques (par exemple milieu rural versus milieu urbain) ou selon les évolutions de la société (notamment le vieillissement des populations, mais aussi l'évolution des exigences des décideurs et autres acteurs). Mais elle reste une base de travail intéressante pour répondre à de nombreux défis. Les maisons médicales devront accepter de continuer à être des laboratoires, pour tester et surtout évaluer des modes de travail, dans un objectif d'amélioration de la qualité du service de santé à la population.

A vrai dire, la Belgique est sans doute un des rares pays d'Europe occidentale avec la France à avoir maintenu un système aussi flottant, non régulé, non échelonné. Avec des nuances, la plupart des pays ont opté pour la mise en place de modes d'organisations du secteur primaire,

(1)  
Gezondheidsraad  
(Health Council  
of the  
Netherlands).  
European  
Primary care.  
The Hague :  
Health Council of  
the Netherlands,  
2004, publication  
n° 2004/20E,  
120p. <http://www.healthcouncil.nl/pdf.php?ID=1119&p=1> (08/07/2005).