

De l'efficacité avant toute chose

Interview de **Jean-Marc Laasman**, directeur du service d'études de l'Union nationale des mutualités socialistes, **Michel Boutsen**, médecin attaché à ce même service, et **Thierry Poucet**, rédacteur en chef du périodique Renouer

Interview par **Isabelle Heymans**, médecin, membre de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales.

○ Actuellement, les chercheurs en santé publique, les économistes, les politiques, même des organismes comme l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), plaident en faveur d'un renforcement des soins de santé primaires.

Si tout le monde a l'air d'être d'accord, pourquoi les soins de santé primaires ne se développent-ils pas plus vite, ou plus fort ? (Même si on reconnaît qu'il y a eu des avancées). Que percevez-vous comme freins à un développement des soins de santé primaires, et surtout de votre point de vue de mutualités, quelle est votre place, votre opinion par rapport à cette question ?

● (Jean-Marc Laasman) : Depuis une dizaine d'années, les mutualités, en particulier les mutualités socialistes, ont soutenu nombre d'initiatives en direction de la première ligne. Une longue bataille a permis d'instituer le Dossier médical global et donc de reconnaître le rôle central du médecin généraliste dans la gestion des données du patient et de le financer.

Ensuite, du côté financier, il y a eu toutes les revalorisations d'honoraires.

Enfin, c'est tout récent, l'arrêté royal sur l'échelonnement vient d'être adopté, difficilement, par le comité de l'assurance. Les mutualités socialistes et chrétiennes ont voté pour, les mutualités libres ont voté contre, et sur le banc des prestataires de soins, on a vu un clivage, entre d'une part les représentants de la médecine générale (pour), et de l'autre, l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) et le banc hospitalier (contre).

La médecine libérale, et une partie du corps médical, voient assez mal les systèmes d'incitants tels que l'échelonnement, même la proposition actuelle qui est tout à fait soft. Elle consiste à réduire le ticket modérateur sur la première consultation chez le spécialiste lorsque le patient est référé par un généraliste. Ce n'est donc pas du tout un échelonnement pur et dur, ce n'est pas obligatoire, il s'agit simplement de ne pas pénaliser le patient qui va d'abord voir son généraliste par rapport à celui qui va directement chez le spécialiste. Même ce système soft connaît beaucoup d'opposition de la part d'une partie du corps médical.

L'efficacité, boîte noire et pomme de discorde

□ (Michel Boutsen) : Si on revalorise l'acte, ceux qui prennent le temps pour une consultation sont pénalisés. Les systèmes de financement à la capitation, comme le Dossier médical global, permettent de rééquilibrer quelque peu les choses.

Le problème c'est que le volet efficacité qui intéresse les mutualités, c'est-à-dire la qualité au moindre coût, on ne peut pas le mesurer parce qu'on n'a pas d'indicateur de qualité. Le système à la capitation permet de mieux contrôler les coûts, mais la qualité reste une boîte noire, on doit faire confiance. Les soins ne sont pas mauvais en Belgique comparés à la moyenne européenne. Mais on n'a pas de vision de la qualité. Il faudrait aussi pouvoir développer les indicateurs non médicaux, intégrant la prise en charge sociale, ce qui pourrait justifier une meilleure valorisation financière.

● On a calculé la valeur de ce que prescrit le médecin généraliste en médicaments : cela représente deux à trois fois ses honoraires. En médecine, on travaille dans un objectif budgétaire, les ressources étant limitées. On a envisagé de responsabiliser les médecins et de lier la qualité à un financement. Le corps médical a estimé que conditionner un financement à une pratique revenait à s'immiscer dans une pratique individuelle, et qu'une revalorisation individuelle liée à la qualité des soins était contraire à l'éthique. Finalement, la médecine a mis en place une sorte d'incitant collectif : on a conditionné l'indexation des honoraires au trend de croissance de la prescription d'antibiotiques et d'antihypertenseurs. Le résultat a été un conflit, l'ABSyM a demandé aux médecins de se déconventionner.

A ce moment, nous avons proposé de lier une partie de l'accréditation à la démonstration d'un engagement dans une pratique qualitative et rationnelle. En effet, l'accréditation, ce n'est pas uniquement la qualité des soins, mais aussi l'économie des soins. Cela paraissait assez logique que le prestataire qui s'engage dans une évaluation de la qualité et de la rationalité de sa pratique, de manière volontaire, reçoive un surplus par rapport à l'accréditation classique. Je pense qu'on est le seul pays à financer l'ac-

Mots clés : politique de santé, mutuelle, soins de santé primaires.



créditation sur base des fonds publics. Nous plaçons pour une augmentation de son budget, qui est déjà conséquent, à partir du moment où on donne plus de contenu à cette accréditation. Ce qu'on demande c'est de modifier la manière dont on attribue cet honoraire, en tout cas une partie de cet honoraire d'accréditation, en fonction de l'engagement du prestataire dans une évaluation qualitative de sa pratique.

□ Les mutuelles sont responsables de l'utilisation des deniers publics. Nous devrions dès lors avoir des garanties fournies par les médecins comme quoi ils travaillent bien, sans devoir contrôler nous-mêmes. Nous n'avons pas ces garanties. C'est indéniable qu'on prescrit trop d'antibiotiques, mais nous avons essuyé un refus de responsabilisation. Chaque fois qu'on entre dans cette discussion, on est en échec. Il faut en sortir. On devrait pouvoir valoriser ceux qui donnent des garanties de qualité dans des domaines onéreux (antibiotiques, antihypertenseurs, statines) par une accréditation plus substantielle. Mais je comprends que l'aspect contrôle soit énervant pour les médecins.

● Une partie du corps médical invoque l'éthique. Mais quand on finance de manière collective les soins de santé, c'est aussi éthique de s'interroger sur la manière dont les ressources sont allouées, pour que les gens continuent à avoir accès aux soins de santé...

○ *Il y a parfois un problème de signification derrière le mot qualité. Quand vous parlez de qualité vous parlez d'efficacité. Nous considérons que l'efficacité est un critère de qualité important, puisqu'on a affaire à des deniers publics. Mais les médecins, lorsqu'ils parlent de qualité, élargissent le champ et considèrent aussi d'autres critères de qualité que l'efficacité. Dans certains cas, ils peuvent même être en contradiction avec des soucis d'économie. Le problème de l'éthique est aussi lié à cela : un risque de conflit d'intérêt entre leur intérêt à ne pas prescrire, et l'intérêt du patient qui pourrait être contraire. C'est le problème d'une revalorisation individuelle liée à un critère uniquement économique.*

◆ (Thierry poucet) : Deux remarques pour ajouter encore un peu de nuances au tableau. Primo, parmi les médecins a priori méfiants

envers l'économie de la santé, on invoque souvent l'éthique et les conflits d'intérêt dès que les incitants risquent d'amener à réfréner l'interventionnisme professionnel. Mais on se dresse beaucoup moins spontanément ou violemment contre les incitants qui risquent de doper cet interventionnisme. Tel le paiement à l'acte qui, si l'on y songe bien, est à ce point banalisé qu'on finit oublier qu'il incarne en soi une sorte de conflit d'intérêt constant. Seconde remarque : s'il est vrai que les mutualités attachent beaucoup d'importance à la notion d'efficacité, entre autres pour faire contrepoids à cette allergie sélective et assez partielle de certains prestataires libéraux, il serait vraiment caricatural d'en déduire qu'elles ne rêvent que d'économies (au sens d'une réduction absolue des dépenses). Un de leurs principaux chevaux de bataille est traditionnellement le renforcement de l'égalité dans l'accès aux soins requis. Dans beaucoup de domaines où les publics précarisés manquent de soins, parfois à leur insu, ou y renoncent, malgré eux et en toute lucidité, elles dénoncent ces mécanismes sociaux dégradants et font pression pour que l'on investisse davantage dans la couverture de leurs besoins. Ce qui peut même constituer sur le long terme une forme d'efficacité (songeons aux impacts positifs à vie de l'accessibilité aux soins dentaires précoces !).

● Ce n'est pas aux mutualités de dire aux médecins ce qu'est un critère de qualité. C'est aux médecins à mettre cela au point. Nous nous occupons effectivement d'efficacité. Il y a possibilité de responsabiliser sur une base individuelle à partir du moment où on parle de deux traitements médicamenteux de valeur thérapeutique identique. Là on peut travailler sur une rationalité purement économique. La qualité, c'est plus complexe et difficile, et là c'est aux médecins de mettre au point des recommandations de bonne pratique et des indicateurs. Je rappelle que c'est la tâche du Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ) qui depuis sa création n'a pas sorti beaucoup de recommandations.

□ C'est parce qu'on fonctionne sur un principe de consensus, qu'il y a beaucoup de partenaires, et que chez les médecins, le syndical se mêle aux problèmes de qualité. La qualité devrait être définie par les médecins. Ce n'est

pas notre rôle de définir les critères de qualité, ni de les contrôler. Il y a un problème éthique : le financeur ne devrait pas pouvoir dire au travailleur comment il doit travailler. Mais on ne peut pas nous reprocher de vouloir l'efficience alors qu'elle est légitime.

Le problème des génériques est clairement un problème d'efficience : quand deux molécules sont identiques, c'est la moins chère qu'il faut prescrire. Je peux comprendre les réticences épidermiques de certains médecins face au contrôle. Ils peuvent aussi avoir des refus de la part de patients qui veulent « le meilleur pour ma santé ». Nous on ne voit pas les arguments qui justifieraient de ne pas prescrire un générique.

◆ Ca peut aussi être une modestie de dire qu'on se pique d'efficience. Cela mériterait en tout cas d'être entendu intelligemment et pacifiquement par les soignants comme une volonté d'admettre qu'on doit se limiter à cela, qu'on n'est pas en position de se mêler de qualité pure.

Sortir des blocages du passé

◆ Pendant des années, à la grande époque des leaders médicaux plus ou moins auto-proclamés et appréciant le pouvoir, il y avait une fracture entre l'intérêt de la société et le rôle syndical comme le concevaient ces leaders, attachés à la défense sans concession des intérêts de la profession. Sous Wynen, il n'y avait jamais de projet émanant des leaders médicaux, il n'y avait que du rejet et des coups de gueule. En face, les autres essayaient de gérer le système et c'était le clash. La *pax medica*, c'était sauver les meubles, mais avec des pitreries, des compromis au pire sens du terme, c'est-à-dire de la stagnation rafistolée. J'ai l'impression qu'on sort de cela. Le cabinet Demotte prend des mesures pour renforcer l'accessibilité et rationaliser, le KCE (*Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg* - Centre fédéral d'expertise des soins de santé) apporte de l'eau au moulin, comme l'Agence intermutuelliste, ce sont des choses qui vont dans le bon sens.

Il n'empêche que c'est avec l'héritage de ce passé qu'on négocie, prudemment, à très très petits pas... Ces dernières années, les petits pas vont dans le sens d'une certaine rationalité. On

dirait que les politiques deviennent un peu plus éclairés, tiennent compte d'une série de contraintes des médecins et mettent aussi de l'eau dans leur vin à l'occasion, non plus par crainte mais par souci de tenir compte des réalités. Et les médecins, certes avec leurs importants clivages, campent de leur côté un peu moins sur leur superbe, où ils rejetaient toute velléité d'organisation du système par principe.

On sort d'un embourbement qui a duré de 1964 au milieu des années 1990.

Les mutualités aussi ont évolué. Avant, elles géraient le système, puis il y a eu des grands scandales dans les années 80. Maintenant, elles sont éprises de scientificité, pas en se prétendant plus scientifiques que les médecins pour ce qui est de l'art de guérir, mais pour gérer le système de manière rigoureuse. Cela suppose d'étudier ce qu'on fait. Quand on demande de la qualité aux autres, il faut prouver qu'on essaie soi-même d'être nuancés et rigoureux. Là on a progressé par rapport aux mutualités de jadis qui étaient un peu « pachydermes »...

Le pire, et c'est pour cela que l'on peut encore ressentir parfois les relents de la tradition historique, c'est quand les volontés de réforme ou d'adaptation, plutôt que d'être affinées voire redessinées avec des arguments solides et rigoureux, sont battues en brèche par certains lobbies sur la scène publique à coups d'arguments du plus bas niveau, qui ravalent la responsabilité politique au rang d'une fonction de gardiennage des prés carrés.

On ne peut plus se permettre ces attitudes, parce qu'il y a une situation internationale qui porte la volonté de casser le système de protection sociale. Chez les médecins aussi il y a conscience de ce danger, c'est peut-être pour cela qu'ils sont plus souples sur certains dossiers. Ils scieraient la branche sur laquelle ils sont assis s'ils devaient gérer le système avec l'entente directe sur les honoraires comme c'était le cas avant guerre : les gens qui savent payer paient plus, et ceux qui ne savent pas payer ne paient pas ou très peu (mais sont secourus quand même).

□ L'efficience, c'est aussi le souci de nos affiliés. Par exemple, on assiste à une envolée des prix des implants, avec des variations de prix pouvant aller de un à quatre ou cinq. Les mutualités ont donc négocié le prix avec les hôpitaux, les prestataires de soins et parfois les firmes.



Là on est dans notre fonction : il y a un rapport de force entre les firmes, les médecins et les patients, nous intervenons pour défendre le patient qui est le plus faible. Mais pas pour définir les garanties de qualité qui sont à fournir par la profession et par les universités, nous n'avons pas à jouer aux pseudo-scientifiques.

C'est vrai que le KCE, malheureusement, fait le travail qui devrait être fait par les universités, de façon autonome par rapport au lobby pharmaceutique.

- La mise en place du centre d'expertise était nécessaire, et chaque fois qu'il sort une étude, il y a du remous, comme dernièrement avec le PSA !

- Ce n'est pas normal qu'il ait fallu mettre en place un KCE pour mobiliser un savoir qui aurait dû être donné par les universités.

- L'approche de l'efficience n'est pas assez enseignée dans les universités.

- Je peux comprendre l'irritation des médecins, nous avons la faiblesse de croire qu'ils peuvent contrôler, lutter contre la demande du patient ou la pression des firmes. Là il faut reconnaître que nous avons tendance à leur demander beaucoup...

- ◆ Il faudrait accepter d'identifier, par dossier, nos adversaires et nos alliés communs. Le soignant, réellement soucieux de bien faire, est quand même enrôlé culturellement dans une vision magnanime par rapport à l'industrie et critique par rapport à ceux qui parlent d'efficience, venant d'un bord plus administratif ou plus politique. Là il y a du chemin à faire.

Le travail avec les usagers

- *L'attitude des patients, attirés par les spécialistes et les soins prestigieux, influence aussi le travail des généralistes. Les campagnes faites vers le public, comme pour les antibiotiques ou les génériques ont un impact, induisent un changement dans les demandes des patients. Quel rôle jouez-vous dans la responsabilisation des usagers quant à l'utilisation du système de santé, et quant à l'importance de la*

première ligne et des soins de santé primaires dans la prise en charge des individus ?

- L'information des usagers est une mission essentielle des mutualités. La plupart font déjà pas mal de choses. Et on voudrait aller plus loin. Mais paradoxalement, certains estiment que ce n'est pas notre rôle.

Un exemple récent ? Nous avons proposé que les mutualités puissent disposer d'outils d'informations des affiliés et des prestataires de soins sur une base individuelle. Qu'on puisse utiliser nos données, et notamment les données de prescription des médicaments, pour informer individuellement les patients, mais aussi leurs médecins traitant sur les conséquences financières de la prescription. Un arrêté royal en ce sens a été proposé par le ministre Demotte. En comité de l'assurance, nous avons été les seuls à voter pour cet arrêté royal. Evidemment, cela devrait se faire de manière prudente, après accord de la commission vie privée, avec l'accord du patient aussi. Le banc médical a estimé que ce n'était pas le rôle des mutualités, qu'elles s'immiscent dans la relation médecin-patient. Ce rôle qui pour nous a l'air évident n'est pas du tout clair dans l'esprit des partenaires de l'assurance maladie. Et même certaines mutualités trouvent qu'on ne doit pas aller aussi loin aujourd'hui.

- *Concernant les soins de santé primaires vous avez déjà fait des sensibilisations pour encourager les usagers à aller chez le médecin traitant, à demander un Dossier médical global, etc. ?*

- ◆ Avec *Renouer*, on a envoyé des affiches en ce sens pour les salles d'attente. Des affiches neutres, sans notre logo, parce qu'on ne voulait pas que le médecin ait l'impression de faire de la publicité pour une mutuelle.

Mais surtout il y a un travail d'éducation permanente, qui n'est pas reconnu. En particulier via les associations, comme les Femmes prévoyantes socialistes, qui font énormément de formations pour les femmes, par exemple à la gestion d'un carnet de santé. Il y a eu plein de programmes où on formait des groupes des volontaires au dialogue avec les prestataires. Nous avons travaillé sur un carnet version patient. Quand on a commencé à parler de génériques, le premier guide qu'on a produit a été

testé dans des groupes des gens concernés, des pensionnés, des milieux très populaires. L'association *Espace Santé* à Liège a été pionnière dans ce domaine et continue toujours. Le feedback a servi à remanier les éditions ultérieures. L'éducation permanente est un travail fondamental qui n'est guère valorisé, ce n'est pas de l'information d'actualité fracassante, c'est de l'information de base où on rend service aux gens. On a même fait auprès de jeunes un recueil de témoignages sur ce qu'ils aiment ou n'aiment pas quand ils sont en contact avec des soignants de tous genres, que ce soit la médecine scolaire, le dentiste, le généraliste. De tout cela est sorti une charte, mais avec les paroles des mêmes. Une demande importante était par exemple de ne pas être en slip dans un couloir ou une salle d'attente ! Cette charte a été envoyée à toutes les institutions de soins concernées, pour attirer leur attention. On a aussi produit un carnet de santé adapté aux enfants de primaire. C'est un travail de fond qui cherche à planter des graines dans la tête des gens côté consommateur.

□ Mais ce qu'on a comme moyens, ce sont des timbres et du papier, ce qui est peu par rapport à des objectifs de modification de comportement. Pousser les gens à moins consommer, alors que d'un autre côté, ils sont inondés de stimulations à consommer... nous n'avons pas beaucoup de moyens à opposer. Il faut rappeler que notre mission est de veiller à l'efficience et de rembourser les soins. L'argent sert d'abord à rembourser, donc on doit prendre un peu sur le côté tout ce qui est budget pour éduquer et modifier les comportements. On peut se demander qui doit faire cela. Je plaide plutôt pour un partenariat, pour sortir d'une logique de confrontation et arriver à une certaine qualité.

Les divisions du banc médical

● Un frein au développement de la médecine générale est aussi à mon avis la division au sein du syndicat majoritaire parmi la médecine générale. Le Cartel est un syndicat actuellement éclaté, puisque le SVH a fait sécession.

Il y a aussi un fort clivage Nord-Sud, dans les soins de santé de manière générale, mais particulièrement en médecine générale. Par exemple, le Dossier médical global perçoit plus fort

au Nord qu'au Sud. Y a-t-il une manière différente de travailler au Nord et au Sud ?

□ Il y a aussi la pléthore qui porte préjudice aux médecins généralistes. Les gens essaient de tirer leur plan, de tirer leur épingle du jeu. Le meilleur moyen de détricoter un mouvement, c'est d'organiser la pléthore.

○ *A la médecine, même si depuis deux élections, les généralistes votent en masse pour un syndicat, c'est l'autre syndicat qui fait la pluie et le beau temps, y compris pour des questions qui touchent exclusivement à la médecine générale. C'est énervant : même si tous les acteurs sont d'accord, sauf l'ABSyM, cela ne passe pas. Quid d'une réforme de la médecine qui permette à la médecine générale de s'autodéterminer effectivement ?*

● On a donné plus de poids aux généralistes de la médecine pour les questions qui concernent la médecine générale et inversement pour la médecine spécialisée. Un arrêté a été pris dans ce sens.

□ Dans la question, il y a implicitement une demande d'arbitrage. Je ne suis pas sûr que ce soit la bonne solution que l'arbitrage vienne de l'extérieur à la profession. Cela veut dire que dans la profession, les généralistes ne parviennent pas s'entendre avec les spécialistes, est-ce aux mutuelles ou aux pouvoirs politiques de régler cela ?

Comment peut-on à la fois être gestionnaires d'hôpitaux et défendre les soins de santé primaires ?

○ *Comment peut-on à la fois être gestionnaires d'hôpitaux et défendre les soins de santé primaires ? Il y a un conflit d'intérêt financier. Comment jongler avec ces deux choses là ? Que se passerait-il s'il y avait une politique très volontariste, qui ramènerait des budgets de la deuxième ligne vers la première ligne ?*

● Les mutuelles gestionnaires d'hôpitaux, c'est historique, comme nos rapports avec les soins infirmiers ou le monde des pharmacies



coopératives. Les mutualités ont développé ces infrastructures pour répondre à une demande de soins, à caractère social bien souvent.

Il n'y a pas ici de clivage entre première ou deuxième ligne et cela n'interfère pas sur notre manière de voir l'organisation de la politique de soins de santé globalement.

◆ Il faut voir pour quelle raison sociale ont été créés ces hôpitaux. Il y avait jadis un déficit d'accès à la médecine spécialisée, qui n'était pas aussi omniprésente et omnipotente qu'elle l'est aujourd'hui. Au sortir de la deuxième Guerre mondiale, lors de l'universalisation du système d'assurance maladie en Belgique, on se rend compte que dans les bassins industriels touchés par les maladies pulmonaires, la silicose, etc. il y a une difficulté d'accès aux infrastructures pour les gens les plus modestes. Donc la priorité de l'époque a été d'avoir ses propres institutions. Après on peut voir du clientélisme là-dedans, comme dans les piliers ou les clubs sportifs. Mais au départ c'était un investissement social et de santé publique.

Comme 20-30 ans plus tard, créer des centrales de service à domicile a paru être un combat utile, non seulement pour trouver du boulot pour les gens de Cavell licenciés en bloc, mais aussi pour offrir ce type de service à la population, avec tous les « auxiliaires » qui permettent, si possible, d'éviter ou de raccourcir des hospitalisations.

Avant de travailler dans une mutualité, j'ai réalisé un courrier du *CRISP* avec un autre auteur sur ce secteur. C'était fin des années 80, on avait évalué à l'époque que 7% des lits d'hôpitaux étaient aux mains des mutuelles, donc c'était une nette minorité dans l'ensemble.

Jean Hallet, à l'époque où il dirigeait les mutualités chrétiennes, disait : il nous faut un brochet parmi les carpes. Entendez : il faut qu'on ait aussi l'une ou l'autre institution de soins pour savoir comment cela fonctionne et se gère, que cela soit un observatoire. Alors en négociation, on est plus fort quand on comprend les mécanismes. Je pense qu'il embellissait un peu le tableau en limitant cette motivation à cela, mais il y avait du vrai là-dedans aussi. Par ailleurs, les choses évoluent, mais toujours avec un effet retard. Quand la structure n'incarne plus la priorité sociale ou de santé publique, il faut parfois longtemps avant de passer à autre chose.

Dans ce courrier du *CRISP*, ce qu'on reprochait davantage aux mutualités, ce n'était pas d'avoir des institutions, mais de ne pas en avoir fait des pôles d'excellence d'innovation, d'exemplarité en matière d'évaluation des soins, d'humanisation des services, d'efficacité, voire d'organisation de la coopération harmonieuse avec le premier échelon. On y gérait les hôpitaux comme les autres. Sans audace particulière. C'était lié à une idéologie forte dans la gauche du passé : la croyance que l'important pour la santé de la population était essentiellement l'accès financier, et pas du tout le système ou comment il doit articuler ses éléments entre eux. Pour la qualité des soins, on faisait confiance, on se disait, avec a foi du charbonnier, que le médecin sait.

● Il n'y a plus beaucoup de ces hôpitaux, et l'accès y reste le point essentiel. Les médecins qui viennent y travailler savent qu'ils seront limités en termes de suppléments d'honoraires.

○ *La dernière question concerne les pratiques de groupe de première ligne que sont les maisons médicales. Vous avez créé des hôpitaux, puis des centrales de service à domicile aux moments où cela paraissait utile. Ne devriez-vous pas soutenir aujourd'hui un modèle de soins de santé primaires qui est défendu dans la littérature internationale ?*

● C'est important que la médecine générale se structure dans sa pratique, parce que c'est là sa faiblesse par rapport à la médecine spécialisée. La pratique de groupe quelle que soit sa forme, en réseau par exemple, doit être soutenue. C'est aussi ce que vise le fond d'impulsion qui doit être mis en place par le ministre Demotte et la médicomut.

□ Nous sommes convaincus que c'est une bonne solution. Le problème c'est qu'on n'a pas d'arguments par rapport aux autres partenaires, qui pourraient dire dès lors qu'on finance sur base d'un pari, d'une profession de foi. Le meilleur exemple, c'est l'analyse de la prescription d'antihypertenseurs et d'antibiotiques. Dans les maisons médicales, on prescrit plus d'antibiotiques que dans les populations générales à l'acte mais moins d'antihypertenseurs. On peut analyser cela positivement : les patients en maison médicale sont plus malades et donc on prescrit plus d'antibiotiques ; et on prescrit

moins d'antihypertenseurs, parce qu'il n'y a pas besoin d'en prescrire plus. Mais on pourrait conclure à l'inverse que vous ne donnez pas d'antihypertenseur aux gens qui en ont besoin, et que vous donnez trop d'antibiotiques.

On n'a pas beaucoup d'arguments pour soutenir davantage les maisons médicales. Nous ne voulons pas entrer dans un conflit capitation/acte ou généraliste/spécialiste.

○ *Les deux particularités des maisons médicales par rapport aux pratiques de groupe soutenues par le ministre Demotte, ce sont le souci d'accessibilité aux soins, que vous partagez, et la pluridisciplinarité : les soins de santé primaires ne sont pas exclusivement de la médecine générale mais font partie d'un partenariat entre divers acteurs. Cet aspect pluridisciplinaire est totalement atypique. La question est de savoir qui est derrière nous si on lance la discussion sur la pratique pluridisciplinaire qui serait un plus par rapport à une pratique mono-disciplinaire.*

◆ Pour instaurer le forfait à l'INAMI, une dynamique s'est installée. A cette époque-là on pouvait reprocher aux mutualités de ménager le syndicat dominant. Pourtant elles ont soutenu ce projet, et ses développements tels que les compensations pour les populations particulières.

Maintenant, « être derrière vous », ça veut dire quoi ? Être derrière les maisons médicales existantes, ou être derrière l'essaimage, la multiplication, le soutien privilégié, à la limite, à des gens qui font partie des généralistes classiques, solistes, mais qui voudraient bien se lancer dans un groupe ? Ce n'est pas tout à fait la même chose. La Fédération, c'est normal, a ses propres revendications et voudrait consolider les moyens de ses propres équipes, mais il n'est pas sûr que le label du soutien mutualiste soit un atout dans le paysage médical.

S'il y a encore des caps délicats à franchir, si les maisons médicales sont encore des laboratoires, j'imagine que la tendance serait de les

appuyer comme on l'a fait dans le passé.

On a organisé une table ronde parue dans *Renouer* il y a quelques années avec des médecins généralistes de toutes générations et régions, et on leur a demandé comment ils voyaient la médecine générale depuis leurs débuts et pour l'avenir. Ceux de l'âge médian disaient : « si c'était à refaire, on se mettrait en équipe ». Et ce n'était pas par idéologie.

Même en maison médicale, il y a des différences de sensibilité, avec ceux qui veulent y fonctionner pour la convivialité, pour les assurances professionnelles en termes d'échanges, pour les interactions, et pour le confort de travail : ce n'est plus la foi militante qui tient lieu de vie.

□ Il faut distinguer les pratiques de groupe pour diminuer ou partager les coûts et le travail en groupe avec un projet, comme les maisons médicales. On pourrait très bien travailler en partenariat avec des gens décidés à jouer la carte maison médicale, forfait et pluridisciplinarité, avec un maximum de qualité.

○ *La justification peut être politique. Tout comme lors de l'ouverture d'hôpitaux à l'époque, la justification peut être une volonté d'accessibilité aux soins, il peut y avoir le fait de défendre un mode d'organisation. Il y a des signes que la pratique de groupe apporte des plus, notamment en termes de qualité. Et les maisons médicales ont déjà montré qu'elles peuvent être des laboratoires. On peut choisir d'investir dans un nouveau projet, avec la volonté de l'évaluer.*

□ On peut investir dans un système qui s'auto-évaluerait et serait capable d'apporter des arguments d'efficace.

Il y a un besoin d'évaluation et pas un besoin de contrôle, on voudrait être sûr que ce qu'on finance sont des soins de qualité et efficaces. ●