

Soins de santé primaires : ensemble, on est plus fort !

Jean-Marie
Léonard,
secrétaire fédéral
du Syndicat des
employés,
techniciens et
cadres (SETCa).

.....

Au travers des mutations du paysage des soins de santé et des contradictions inhérentes à la position syndicale, la boussole qui guide le SETCa est aimantée par le droit du Citoyen à la Santé et les moyens de traduire ce droit dans les faits.

.....

Mettre le patient au centre du système de soins ou mieux au centre de la politique de santé, est un principe fondamental pour le SETCa. Dans ce but, oeuvrer au développement d'une politique de santé, à la fois au niveau préventif et curatif, c'est aussi notre choix. Et pour ce faire, travailler en équipe pluridisciplinaire sur base du dossier du patient est le moyen indispensable pour développer un objectif global de santé. Enfin, nous pensons qu'il faut privilégier un financement « au forfait ».

Un soutien de longue date aux soins de santé primaires

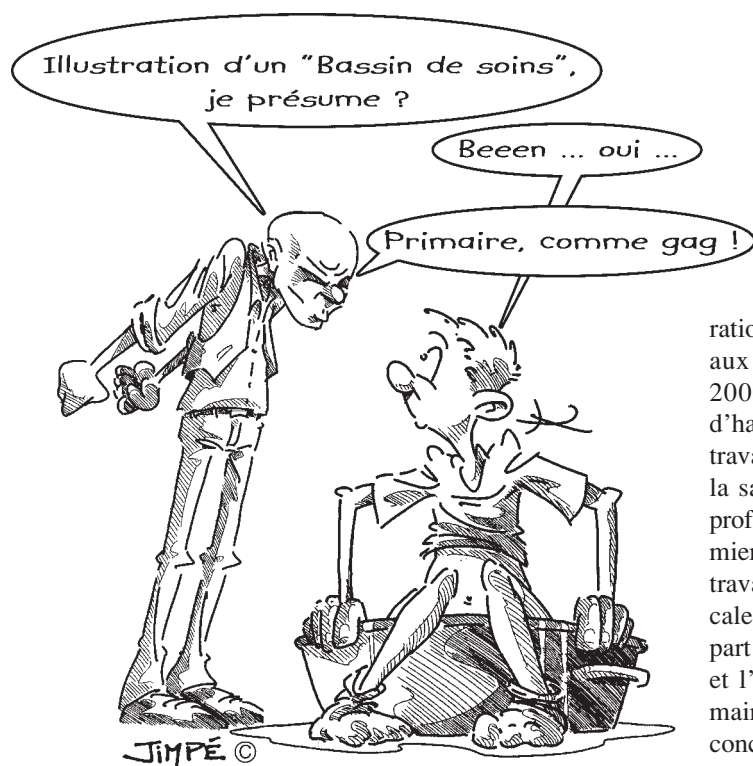
Au-delà des principes, le SETCa s'est investi ces dernières trente années dans diverses initiatives comme le soutien en 1979 à ceux qui contestaient concrètement le bien fondé de la grève des médecins et comme la participation aux travaux du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM). En 1981, dans *Le bulletin* des travailleurs de la santé, la secré-

taire nationale écrivait que « les travailleurs de la santé du SETCa, ont, au-delà de préoccupations sectorielles plus immédiates, la capacité de réfléchir à des questions aussi fondamentales que le droit du Citoyen à la Santé et les moyens de traduire ce droit dans les faits ». C'est un extrait de l'éditorial introductif à la présentation d'un livre blanc élaboré, notamment, avec la participation de médecins affiliés au SETCa. Il mettait en exergue la place essentielle des soins primaires dans la politique de santé. C'est l'époque également où naissaient les maisons médicales grâce à des médecins et des infirmières qui faisaient ainsi un choix « militant » - il faut le souligner - dans un environnement essentiellement hostile à une certaine conception de la médecine et donc en opposition à une médecine libérale et individualiste financée à « l'acte ».

En même temps toutefois, et malgré la tentative de développer une politique de santé alternative, on voyait se renforcer une médecine hospitalière de deuxième ligne en concurrence entre le public et le privé et entre des structures très « pilarisées ». A la fois, on construisait ou rénovait à grand frais des hôpitaux offrant une hôtellerie soucieuse de ses « étoiles » et à la fois on investissait dans les nouvelles technologies extrêmement coûteuses, notamment en radiologie et en analyses biologiques. On le faisait de manière anarchique sans programmation. Les coûts exponentiels que cela a engendrés et la crise de la fin des années 80 ont obligé à revoir les systèmes qui s'étaient mis en place pour en arriver à ce jour à penser « bassins de soins » après avoir élaboré des systèmes de financement davantage conçus forfaitairement. A ma connaissance, les « bassins de soins » n'intègrent pas les soins primaires. Entre-temps, l'importance du médicament a pris l'ampleur que l'on sait avec les succès et les limites thérapeutiques que l'on connaît, engendrant les débats actuels sur le caractère commercial de cette expansion.

Soulignons en passant que, parallèlement, se sont développés des services de soins infirmiers à domicile qui tentent encore aujourd'hui de dépasser une pratique basée sur la succession

Mots clefs : politique de santé, soins de santé primaires, syndicalisme.



ration de la qualité du service aux usagers. Les accords de 2000 ont eu la particularité d'harmoniser ces conditions de travail entre tous les secteurs de la santé et donc également au profit des services de soins infirmiers à domicile ainsi qu'aux travailleurs des maisons médicales. Cela contribue quelque part à faire reconnaître la place et l'importance des soins primaires. La structuration de la concertation dans ces secteurs est aussi de nature à impliquer davantage les organisations syndicales.

d'actes infirmiers au profit d'une approche pluridisciplinaire et globale visant une approche du patient dans ses besoins autant sociaux que de santé. La première Centrale de soins à domicile est née à Bruxelles à l'initiative de travailleurs qui avaient perdu leur emploi suite à la faillite de l'Institut Edith Cavell. Cette démarche était accompagnée du permanent régional du SETCa, un des auteurs par ailleurs du livre blanc évoqué plus haut et qui joignait ainsi l'action à la théorie. Ce n'était pas un hasard.

Sur le terrain des entreprises, les organisations syndicales, grâce aux Comités de sécurité et d'hygiène, devenus Comités de protection et de prévention, ont agi davantage en terme d'analyse et de suppression des risques sur le lieu de travail tout en garantissant une meilleure prise en charge des conséquences des accidents de travail et des maladies professionnelles. Cette évolution intéressante s'est faite en dehors de toute intégration à une politique de santé, contrairement à ce qui se fait dans d'autres pays.

Les dernières revendications des travailleurs de la santé et les actions qu'ils ont dû mener ces dernières années ont été empreintes d'un souci de qualité et de refus de la commercialisation (cfr. l'engagement anti Bolkenstein). S'il s'agissait d'une amélioration de la qualité des conditions de travail, celles-ci contribuent de facto, nous en sommes convaincus, à l'amélioration

Ce bref rappel historique me paraissait utile pour montrer l'implication syndicale dans une politique de santé progressiste.

Des difficultés de prendre place dans le débat de la politique de santé

Mais les enjeux restent de taille. Comme centrales syndicales dans les soins de santé, leur implantation reste essentiellement le fait des hôpitaux et des maisons de repos et maison de soins. Comme organisations syndicales interprofessionnelles en charge notamment de la participation à la gestion globale de la sécurité sociale¹, celles-ci ont beaucoup de difficultés à sortir d'un rôle de gestionnaire purement budgétaire au profit d'une réelle possibilité et/ou volonté d'influer une politique de santé qui donne place au développement des soins primaires.

Par ailleurs, des centrales syndicales sont également présentes et agissent dans des secteurs indirectement impliqués dans la santé. Il s'agit particulièrement du secteur de l'industrie pharmaceutique dont l'impact est prépondérant, comme chacun le sait. Mais l'impact de l'appareillage en nouvelles technologies n'est pas négligeable non plus dans le secteur

(1) suite à la loi Moureaux qui les a évacuées de la participation à la décision dans les secteurs de l'INAMI.

hospitalier. Il faut reconnaître qu'il y a là un conflit d'intérêt entre politique de santé et politique d'emploi. Ce conflit d'intérêt est inéluctable. Le problème réside davantage dans l'incapacité ou dans la « non volonté » d'amener le débat sur cette question.

Une autre difficulté existe. Les médecins – généralistes en l'occurrence – se sont organisés syndicalement de manière « corporatiste » et en dehors des organisations syndicales traditionnelles. Cela n'a pas toujours été le cas. C'est un fait et non un jugement de valeur. Mais aujourd'hui, ce sont deux mondes qui s'ignorent et qui ne peuvent donc s'entendre sur certains choix qui pourraient être communs en terme de politique de santé. Quand, dans la presse syndicale, on développe une information sur les soins de santé, c'est essentiellement sur la question du financement ou des conditions d'accessibilité et épisodiquement seulement sur la politique de santé et donc sur l'importance des soins primaires et des maisons médicales en particulier.

Exprimer ce type de constats, c'est dire un certain regret mais, en même temps, c'est évoquer quelques pistes pour favoriser une perspective de changements. ●