

ETAT DES LIEUX

En relation étroite avec les soignants internes à l'hôpital, ceux qui pratiquent la médecine ambulatoire doivent faire l'objet d'une grande considération. Ce sont eux qui pour la grande majorité des cas et au quotidien accueillent et offrent les premiers soins aux malades qu'ils visitent ou qui se présentent à leur cabinet. Bien souvent on ignore les conditions d'exercice de ces praticiens exposés ainsi que la réalité des frais qu'ils sont tenus d'engager. En voici donc un aperçu qui tient compte du fait que les français sont très attachés au système libéral du choix de leur médecin et de l'accès aux soins tel qu'il est vécu.

Problèmes actuels en médecine de ville

1- En ville les médecins ont à faire face à des pathologies de plus en plus lourdes qu'il leur est difficile de prendre en charge faute de temps. Les progrès de la médecine requièrent de leur part plus de temps pour leur propre formation professionnelle.

2- Certaines pathologies demandent des soins infirmiers pluri hebdomadaires, voire quotidiens pendant des mois. Par ailleurs, le maintien des malades à domicile suppose la mise en place de tout un réseau d'infirmières, d'aides soignants et de kinésithérapeutes, d'assistantes sociales. Il existe peu d'organismes qui prennent en charge ces patients avec leur propre personnel. C'est le plus souvent au médecin traitant de trouver le personnel paramédical. Au point que certains médecins ne veulent plus prendre de nouveaux patients. Des départs à la retraite ne sont plus remplacés. Tout ceci conduit à des hospitalisations beaucoup plus onéreuses. Il faut repenser la coordination entre médecine de ville et hôpitaux.

3- La répartition des médecins et du personnel de santé est très inégale sur l'ensemble du territoire (forte présence médicale et hospitalière, en quantité et en qualité, dans les grands centres urbains ou dans les régions à plus fort pouvoir d'achat; faible présence en zones rurales, périurbaines ou dans les régions en déclin économique). Il existe pourtant en France plus qu'ailleurs une proximité de spécialistes en ville ; mais ceux-ci sont aussi très inégalement répartis.

4- Dans les quartiers défavorisés, la formation des personnels de santé aux approches des réalités de pauvreté et d'exclusion est à développer – dès le démarrage des cursus de formation. En effet, il ne s'agit pas seulement de se reposer sur une Permanence Spécialisée (PASS) mais aussi, dans leurs propres pratiques, de permettre aux médecins, aux infirmiers, de mieux comprendre les situations des patients les plus en difficulté.

De plus en plus les médecins sont confrontés à des problèmes d'insécurité, travaillant souvent seuls et finissant tard. Ils sont parfois exposés à l'agressivité en des quartiers difficiles, aux toxicomanes, aux malades psychiatriques. Il est alors bien compréhensible que personne ne choisisse ces quartiers s'ils ne sont assortis d'indicateurs de violence et de précarité se traduisant par une protection à inventer et une rémunération proportionnée à la difficulté d'exercice selon ces zones.

ORIENTATIONS

Les professionnels de santé doivent s'impliquer dans l'évaluation des soins qu'ils délivrent. Tous n'ont pas la même pertinence : élaboration des recommandations de bonne pratique, de l'utilité des biens et services financés par la collectivité, mais aussi acceptation des formations continues qui leur sont proposées.

Par ailleurs le soutien des professionnels de santé est nécessaire pour la régulation nécessaire des dépenses afin qu'elles résultent d'un discernement médical et pas seulement comptable ? Cette régulation ne pourra se faire qu'à condition qu'ils acceptent d'y participer tout en veillant à ce qu'elle n'entraîne pas de préjudice financier pour eux. Mais il est certain que l'appel à leur propre responsabilité est requis pour que vive l'assurance-maladie.

Elle commence par des questions aussi fondamentales que celle de savoir comment nous voulons vieillir ? L'espérance de vie augmente. Il importe de se préparer à ce quatrième âge et de créer les structures adaptées en nombre suffisant.

Il convient de développer des emplois pour une présence à domicile d'un personnel nouveau et paramédical (aides

ménagères, gardes malades, livreurs de repas à domicile...). Le lien social avec cette population si souvent isolée peut être fissé grâce à des bénévoles comme c'est le cas pour les visiteurs d'hôpitaux. Cela permettrait d'introduire aussi une notion de gratuité et de don qui signifie le type de société que nous souhaitons. Ceci éviterait que le quatrième âge soit marchandisé, comme le sont les enfants et que des assurances privées proposent des systèmes d'épargne qui accentuent ce risque de dérive.

L'industrie pharmaceutique

En matière de dépenses quatre directions pourraient être explorées :

- 1.** Le conditionnement des médicaments pourrait être adapté à la stricte prescription médicale ; en particulier pour les maladies aiguës qui ne nécessitent que quelques jours de traitement. Pour les antibiotiques par exemple, instaurer des conditionnements qui correspondent exactement au nombre de jours de traitement.
- 2.** Le libellé de la Notice du médicament qui est destinée au malade, pourrait être améliorée et participer à l'éducation des patients en favorisant la prévention.
- 3.** A propos des médicaments génériques, tous les grands laboratoires ont déjà leur propre laboratoire de génériques. Si l'on voulait faire plus, on pourrait assouplir la règle qui stipule que le médicament ne tombe dans le domaine public que 20 à 25 ans après sa première commercialisation. Des partenariats Privé/Public pourraient alors être envisagés pour soutenir cette mesure. Au moins pour réduire ce laps de temps pour certaines maladies graves ou endémiques comme le cancer, le sida dont les traitements sont très coûteux.
- 4.** Participer à la formation des médecins et des patients sur les axes de prévention sous forme de mécénat. ■