

Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique.

Christophe Vanroelen & Tom Smeets (auteurs),
Prof. Dr. Fred. Louckx (promoteur), Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van de
Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel.

Commandée par le Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique, le Service de sociologie médicale de la Vrije Universiteit Brussel a mis sur pied une étude sur les nouveaux groupes vulnérables en matière de soins de santé, en Belgique. La question centrale peut être ainsi posée : quels sont les facteurs qui déterminent l'apparition de problèmes financiers dans l'accessibilité aux soins de santé? Plutôt que de dresser un simple inventaire des catégories vulnérables, le but était d'emblée de faire apparaître les dénominateurs communs à toutes les catégories défavorisées pour arriver à élucider les causes sous-jacentes aux problèmes financiers d'accessibilité. Le résultat est un aperçu exhaustif des points sensibles susceptibles d'apparaître lors des contacts avec la santé publique. Des propositions politiques concrètes et applicables dans l'immédiat ont été avancées, sur base des informations recueillies dans cette l'étude qui permet donc un ancrage direct dans la politique de santé publique.

Développer une analyse macrosociologique approfondie exige de replacer le problème d'accessibilité financière aux soins de santé dans un contexte plus large et d'apporter une réponse aux questions suivantes : Quel est le rôle des grandes évolutions de société ? Quels sont les changements de politique fondamentaux dans la structure de l'Etat providence et de la sécurité sociale (dont l'assurance maladie) imputables à ces évolutions ? Quelles sont les mesures politiques concrètes en matière de santé publique qui ont amélioré ou compliqué l'accessibilité financière des plus vulnérables ? La complexité du problème apparaît dans l'approche méthodologique de cette étude. C'est par le biais de différentes techniques de recherche que l'on obtient les résultats concernant les nouveaux groupes vulnérables.

Les conclusions finales sont basées sur les analyses de l'Enquête belge sur la santé de 1997, sur une étude approfondie de la littérature scientifique belge et étrangère et sur une analyse des mesures politiques concernant l'accessibilité aux soins de santé. Mais ces conclusions reposent surtout sur un étude empirique auprès de 45 experts du secteur de la santé publique (mutuelles, groupes d'intérêts, monde académique, mais également hommes et femmes de terrain) ainsi que cinq personnes 'autorisées de par leur vécu ' .

Microanalyse : un aperçu des points sensibles concrets.

Il semblait approprié de structurer les points sensibles apparus lors de l'étude de la littérature scientifique et de la recherche empirique. Nous avons donc dégagé six grandes catégories "de points sensibles qui freinent l'accessibilité aux soins de santé pour les groupes socialement vulnérables".

- 1. Des problèmes de statut liés à l'assurance maladie*
- 2. Une situation matérielle précaire*
- 3. Des problèmes liés au fonctionnement des institutions*
- 4. Des besoins médicaux élevés*
- 5. L'absence de soutien non-professionnel*
- 6. Un niveau de connaissance et de résistance morale réduit*

La présence d'un seul de ces points sensibles suffit à créer des problèmes d'accessibilité, les besoins médicaux (élevés) en sont même une condition nécessaire. Les plus vulnérables combinent cependant différents points sensibles ce qui rend chaque situation unique. On voit néanmoins apparaître les mêmes points sensibles dans différents groupes à problèmes mais

dans des combinaisons différentes. C'est ce qui freine la catégorisation de ces personnes. Un exemple à titre de précision :

On ne parlera pas automatiquement de difficulté financière d'accessibilité aux soins de santé en cas de maladie chronique. Il arrive que des malades chroniques traversent leur période de maladie sans trop de problèmes financiers (ils ont, par exemple, un avoir personnel, peuvent compter sur l'aide de la famille, disposent d'une assurance complémentaire). Le malade chronique ne deviendra vulnérable que quand il verra diminuer son revenu à cause de son inaptitude au travail ou encore quand son affection nécessitera un traitement non encore remboursable par l'assurance maladie.

Problèmes de statut dans l'assurance maladie.

Pour cette catégorie, il s'agit des problèmes liés au manque ou à la précarité de statut au sein de l'assurance maladie. Elle comprend les gens qui n'ont tout simplement pas d'assurance maladie ou ceux qui ne sont assurés que partiellement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Les "sans papiers" se trouvent, sans conteste, dans la plus grande précarité. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles qu'ils peuvent faire appel au remboursement des frais médicaux dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Dans la plupart des cas, ils sont tributaires de la réglementation exceptionnelle à savoir le remboursement des frais médicaux tel que stipulé dans le cadre de l'arrêté royal "pour l'assistance médicale d'urgence aux personnes sans statut de séjour légal". Le fonctionnement de cet AR laisse cependant fort à désirer. Il y a un manque total de sécurité juridique quant à la possibilité de remboursement de soins médicaux pour des personnes sans statut de séjour légal. Il en résulte que l'on assiste à un comportement dilatoire ou de renoncement et que les problèmes financiers causés par les frais médicaux sont élevés.

Hormis les personnes qui n'ont de toute façon aucun droit dans le cadre de la sécurité sociale obligatoire, il y a également celles qui, pour des raisons diverses, sont exclues de l'assurance maladie et ce, en dépit du fait qu'elles y aient droit, en principe. Il s'agit, en premier lieu, de personnes qui, par négligence ou par manque de moyens, n'ont pas payé leurs cotisations ou qui n'ont pas rempli leurs obligations administratives. Les sans abri, les toxicomanes et les forains en sont des exemples.

On peut, enfin, y ajouter ceux qui ne bénéficient pas de la couverture totale dans le cadre de l'assurance maladie. L'indépendant qui n'a pas souscrit d'assurance facultative pour les risques mineurs en est l'exemple classique. Nombre d'observateurs préconisent, dès lors, l'intégration du régime d'assurance maladie des indépendants dans le régime général. L'absence d'assurance hospitalisation est de plus en plus souvent considérée comme un point sensible. Compte tenu de l'augmentation croissante des frais non remboursables par l'assurance maladie obligatoire en cas d'hospitalisation, certaines personnes sans assurance hospitalisation se retrouvent parfois devoir s'acquitter de fortes sommes.

Une situation matérielle désavantagée.

Cette catégorie traite des points sensibles qui sont la conséquence d'un manque de moyens financiers ou d'une situation matérielle précaire. Les personnes qui doivent vivre d'un revenu de remplacement sont particulièrement touchées. Bon nombre de personnes qui tombent (gravement) malade sont aussi confrontées à des frais médicaux accrus mais également à une perte de revenus qui découle d'une incapacité de travail. Diverses études font état du fait que les allocations pour incapacité et invalidité ne couvrent que les besoins essentiels. Ces allocations sont insuffisantes pour couvrir, en outre, des frais médicaux importants. Il en va de

même pour les autres revenus de substitution tels les allocations de chômage, les pensions ou du revenu garanti minimum. On plaide non seulement pour des mesures de réévaluation des revenus de substitution par rapport aux salaires, mais également pour une peréquation par rapport au niveau de vie. Afin de réduire les dépenses des personnes qui ont à porter de lourdes charges médicales, un nombre d'aides financières spécifiques ont été créées (le forfait pour l'aide d'une tierce personne, le forfait de soins, le forfait d'incontinence, et autres interventions dans le cadre de l'assurance maladie). Nos experts nous signalent que ces aides financières ne sont souvent qu'une goutte dans la mare. Ils indiquent aussi que, compte tenu des faibles revenus de substitution, ces aides financières sont souvent indûment utilisées comme complément au revenu de substitution afin de pourvoir aux besoins primaires.

Mais des personnes autres que celles qui vivent d'un revenu de remplacement sont susceptibles de se retrouver dans une position vulnérable dans le système des soins de santé. Ainsi en est-il des personnes qui se retrouvent en position de vulnérabilité parce que, disposant d'un revenu tout juste suffisant pour couvrir les besoins journaliers, elles vivent dans une situation " budgétaire marginale " : elles n'ont pas de bas de laine, aucun avoir personnel, leur revenu leur permet à peine de joindre les deux bouts ou est grevé de nombreuses échéances à payer. Un tel contexte ne permet pas de faire face à des frais médicaux inattendus ou force ces personnes dans la précarité.

Il apparaît également que la précarité financière peut être la conséquence de l'inadéquation des possibilités d'embauche pour les catégories vulnérables. Il est urgent de penser à des initiatives complémentaires en la matière, non seulement pour les malades et les moins valides mais aussi pour les autres catégories vulnérables (les personnes à scolarité réduite, certaines catégories d'allochtones, par exemple).

Problèmes dus au fonctionnement des institutions.

Cette catégorie se décompose en points sensibles qui ont trait au fonctionnement de l'assurance maladie, les prestataires de soins et les CPAS.

Au sein de l'assurance maladie, un des facteurs clé semble bien être la complexité des procédures et de l'administration. Le dispositif mis en place pour les catégories vulnérables, pour être réel, n'est cependant accessible qu'à ceux qui ont le plus de résistance morale, à savoir ceux qui savent ce à quoi ils ont droit en matière d'allocations, d'aides financières et de statuts spéciaux. Une proposition empreinte de pragmatisme vise la création, au niveau communal, d'un guichet central de la santé. Ce guichet, d'accès convivial, devra regrouper tous les dispositifs quels que soient les niveaux de compétence et accompagner les personnes dans les contacts avec les prestataires de soins, avec l'assurance maladie.

Une accessibilité facile est également freinée par la coopération souvent fastidieuse entre les prestataires. Les diverses institutions, voire les services d'une seule et même institution ne se communiquent par exemple pas certaines informations. De plus, les personnes socialement vulnérables ne comprennent pas toujours la langue des prestataires de soins.

Le fonctionnement des CPAS dans l'octroi d'aide financière pour couvrir des frais médicaux ou des cotisations est fort critiqué. La réglementation pour l'obtention d'aide financière pour frais médicaux semble trop complexe et manque d'uniformité. Il y a, en outre, des problèmes de coopération entre les différents CPAS. Nos informateurs soulignent, par ailleurs, que les soins sont de moins bonne qualité quand il s'agit de personnes tributaires d'aide financière émanant d'un CPAS. Il faut souligner également que, pour les CPAS, il y a incompatibilité entre un avoir personnel et l'octroi d'une aide financière. Certains (les personnes âgées qui possèdent une habitation, par exemple) craignent donc de demander de l'aide au CPAS. Il reste à mentionner la politique de répartition : les demandeurs d'asile, dont la procédure de

reconnaissance est en cours, se voient ainsi affectés à un CPAS différent de celui de la commune où ils résident. Ils n'ont donc, de fait, pas accès, aux soins de santé.

Des besoins médicaux élevés.

Une première constatation importante réside dans le fait que les frais médicaux ne se limitent pas aux dépenses qui font partie de l'ensemble des prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Bon nombre de malades et de handicapés doivent aussi faire face à des frais élevés pour des prestations non remboursables. Il convient d'opérer une distinction entre les prestations purement médicales et les prestations non médicales. Dans la catégorie des prestations médicales, on considère que les problèmes les plus importants sont liés aux dépenses occasionnés par les médicaments de la catégorie D, les frais supplémentaires d'hospitalisation et les frais de traitement pour les affections rares qui ne sont pas repris dans la nomenclature de l'assurance maladie. Dans la catégorie des frais non médicaux (non-remboursables), on considère que les problèmes sont surtout liés aux frais occasionnés par un état de dépendance (par exemple les frais de transport approprié, d'aide ménagère, d'aide pour les soins corporels), par le matériel de soins (par exemple les pansements, le matériel d'incontinence, la nourriture sous perfusion) et par le matériel paramédical (les lunettes, les prothèses, les appareils orthopédiques, par exemple). L'aide financière -dont il a été question plus haut - est absolument insuffisante pour compenser le coût réel des dépenses occasionnées par ces frais.

Le calcul du remboursement des frais médicaux fait apparaître deux situations de vulnérabilité accrue qui peuvent conduire à des problèmes financiers d'accès. D'une part, l'apparition brusque de frais médicaux élevés - après un accident de la route ou le diagnostic d'un cancer, par exemple - et, d'autre part, l'accumulation prolongée de frais médicaux. Les familles où vivent plusieurs personnes nécessitant des soins importants ou les personnes très âgées se trouvent être particulièrement vulnérables.

De nombreux observateurs considèrent l'introduction de la facture maximale pour les soins de santé comme un jalon positif susceptible de favoriser l'accessibilité financière. Il est toutefois difficile de parler d'un système qui garantirait l'accès universel aux soins de santé pour tous - et donc également pour les gens en situation de vulnérabilité. La facture maximale pour les soins de santé ne fonctionne que rétroactivement. Il faut donc souvent attendre un an, voire deux pour les personnes disposant d'un revenu plus élevé, pour obtenir l'intervention. Les participants sont nombreux à souligner que les mesures qui visent à améliorer l'accessibilité doivent intervenir au moment des frais et pas ultérieurement. Un système dans lequel le niveau du revenu serait pris en compte pour le calcul du prix des traitements médicaux semble offrir une meilleure garantie d'accessibilité aux soins de santé et permettrait d'intervenir au moment où les frais se présentent. Dans ce contexte, des propositions précieuses ont été formulées afin d'étendre le régime préférentiel et de parvenir ainsi à un système graduel dans lequel le prix des soins de santé serait calculé en fonction du revenu, assorti d'un nombre d'autres facteurs liés au statut social et à l'état de santé.

L'absence de soutien non-professionnel.

La mesure de l'aide apportée par la famille, les amis, les voisins aux personnes vulnérables est très importante.

Il peut s'agir d'une aide apportée aux personnes qui ont des problèmes de dépendance (soins informels). L'aide de la famille et des connaissances permet d'éviter une aide professionnelle onéreuse. De l'avis des participants à cette étude, si cette aide vient à manquer, les personnes

nécessitant des soins, les handicapés, les vieillards, se retrouvent dans une catégorie à risque quant à l'accessibilité financière aux soins de santé.

Il a été démontré, par ailleurs, que l'intervention financière pour une maladie ou un handicap, sous la forme d'un revenu de substitution et/ou d'une aide financière s'est avérée insuffisante pour couvrir les frais supplémentaires. Beaucoup de familles de malades ou de handicapés doivent puiser dans leurs réserves mais sont obligées également de faire appel à la "solidarité familiale ". Cette possibilité faisant défaut, le risque de se retrouver dans une situation d'accessibilité financière difficile s'accroît. A cet égard, il va de soi que la vulnérabilité des personnes seules ou de celles qui n'ont pas de famille sera plus élevée et particulièrement celle des femmes et des vieillards.

Niveau de connaissance et de résistance morale réduit.

Ce point sensible est indirectement lié à la complexité des soins de santé et de l'assurance maladie, décrite ci-dessus. Plus la complexité augmente, plus les personnes disposant de connaissance ou de résistance morale restreintes auront des problèmes à obtenir ce à quoi elles ont droit ou à recevoir le traitement approprié au prix approprié. Il y a indéniablement un rapport entre les soins de santé et l'assurance maladie, d'une part, et le "niveau de connaissance" et de "résistance morale" d'autre part.

Le facteur "connaissance" aura aussi une incidence sur les priorités d'un individu ou d'un ménage en matière de dépenses. Celui qui ne "connaît" pas n'aura pas le souci prioritaire de souscrire une assurance facultative, de se faire soigner préventivement ou encore d'intervenir rapidement quand les problèmes de santé surviennent. A plus long terme, ces "choix " pourront, à leur tour, mener à des seuils d'accessibilité financière plus élevés au moment où les soins de santé seront devenus inéluctables

Macroanalyse : le contexte social.

Les développements concernant l'accessibilité aux soins de santé ne peuvent être considérés en dehors des grands changements structuraux de la société occidentale. Ces grands changements socio-économiques ont influencé la politique sociale et celle des soins de santé en Belgique.

On peut dire, succinctement, que l'effort des autorités occidentales s'est surtout porté sur la maîtrise des budgets de l'Etat et sur la sauvegarde de la compétitivité internationale, avec des mesures d'austérité en matière de politique sociale pour conséquence. Dans l'assurance maladie, ces mesures (accroissement linéaire des tickets modérateurs, en 1994, majoration des frais d'hospitalisation ou responsabilisation du patient, par exemple) ont indubitablement conduit à une accessibilité financière plus difficile aux soins de santé.

D'autre part, certaines mesures, spécifiquement catégorielles, ont été prises afin de prémunir les moins favorisés des conséquences. Ces développements ont toutefois débouché sur un affaiblissement du caractère universel et complet de l'assurance maladie, en Belgique, avec des mesures de correction pour les catégories socialement vulnérables et disposant d'un revenu moindre. En d'autres termes, la partie remboursable du prix des frais médicaux est de moins en moins équitablement répartie et dépend, toujours davantage, de la catégorie à laquelle on appartient ou dont on est exclu, sur la base de critères très précis. On glisse donc vers un système plus catégoriel et, par définition, moins équitable.

Tous ceux qui ont besoin d'une plus grande protection n'appartiennent pas d'office aux catégories politiquement préétablies: un nombre de personnes vulnérables en sont exclues. Les participants expriment leur inquiétude face à cette évolution.

La marchandisation des soins de santé.

Les participants à l'étude sont également préoccupés par l'influence croissante du marché et de l'initiative privée dans le secteur des soins de santé et dans l'assurance maladie. Il serait cependant malhonnête de nier la permanence de l'initiative privée dans les soins de santé (les mutuelles, les professions libérales, les institutions de soins privées). Force est quand même de constater l'émergence de nouveaux développements. La marchandisation montante doit être considérée dans le cadre plus large des mutations socio-économiques décrites plus haut. Il est donc à craindre que cette évolution ne favorise, à terme, le déclin des soins de santé, basés sur la solidarité.

On assiste, d'une part, à la marchandisation des soins de santé. En effet, sous l'influence de l'industrie, notamment, le secteur de la santé est caractérisé par une complexité technique croissante et une nouveauté irrépressible provoquant une importante hausse des prix. Ce sont surtout les industries pharmaceutique et médico-technique qui activent la spirale de hausse des prix. L'influence de l'industrie médico-technique est la plus sensible dans le secteur hospitalier. De nombreuses nouveautés techniques y sont introduites, en chirurgie, notamment. L'assurance maladie obligatoire a du mal à les inclure rapidement dans la nomenclature. Il arrive donc que le coût de certaines de ces nouveautés techniques soit complètement à charge du patient. Le secteur des médicaments est un autre point sensible. Pour la période écoulée, on a assisté à une forte hausse du prix des médicaments. Le prix de vente d'un médicament est beaucoup plus élevé que son prix de revient.

Cette hausse des prix exerce une forte pression sur le budget de l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des frais assuré est mité. Ces trous sont autant de niches intéressantes pour les sociétés d'assurance commerciales qui offrent des assurances complémentaires et facultatives. Mais le marché commercial de l'assurance est régi par des règles de fonctionnement fort différentes. Pour assurer la rentabilité, on y applique une sélection basée sur le risque. Les catégories à risque doivent s'acquitter d'une redevance plus élevée ou n'ont tout simplement pas droit à une assurance, bien que, compte tenu de leur vulnérabilité, ce soient elles qui en aient le plus besoin. Le secteur hospitalier est, dans cet optique, un exemple édifiant: les frais personnels peuvent être très importants (certains frais additionnels ne sont pas à charge de l'assurance obligatoire). Pour ces frais justement, on propose des assurances complémentaires et facultatives. Néanmoins, le groupe à risque d'hospitalisation le plus important, à savoir celui des malades chroniques, est exclu car ces personnes ne peuvent souvent pas souscrire une assurance.

Points sensibles dans le fonctionnement des soins de santé et de l'assurance maladie.

Outre les conséquences liées aux développements importants dans les secteurs de la santé, il faut relever que d'autres points sensibles peuvent causer des problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé. Certaines de ces causes sont liées aux tendances décrites plus haut.

En ce qui concerne le fonctionnement des soins de santé, de nombreux participants se plaignent de la complexité dans l'organisation des soins de santé. Les réformes de l'Etat et la pilarisation aidant, la politique de la santé est fragmentée sur différents niveaux de compétence. Autre problème: les patients qui n'ont pas voix au chapitre et qui, de ce fait, participent rarement à l'élaboration de la politique. Le peu de cas qui est fait des soins de première ligne et des soins préventifs ainsi que le rôle de la médecine prestataire sont considérés comme autant de menaces pour un système d'accessibilité universel à la santé. La politique en matière de médicaments est, elle aussi, visée. Il apparaît que dans les mesures récentes tendant à limiter l'intervention de l'assurance maladie pour le remboursement des

médicaments, la responsabilisation du patient est trop importante. Il se pourrait bien qu'il ait à en payer le prix. De nombreux répondants affirment que l'assurance maladie ne dispose pas de moyens suffisants pour assurer une accessibilité à tous. Il faut ajouter que les options organisationnelles des soins et de l'assurance santé ne sont pas toujours judicieuses. Cette étude débouche justement sur des recommandations précieuses à cet égard. Nous y reviendrons. L'inégalité des sexes dans le secteur de la santé est également relevée par nos participants. Les prestataires de soins ne sont, en général, pas assez conscients des différences entre hommes et femmes. Ceci aura des conséquences pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patientes. Les femmes allochtones sont particulièrement concernées. Par ailleurs, au sein même de la sécurité sociale, on assiste à des discriminations manifestes entre hommes et femmes, dues sans doute au manque de sensibilisation à ce problème.

Quelques alternatives intéressantes.

Il est difficile d'offrir un aperçu succinct des propositions formulées dans cette étude. Nous nous limiterons à quelques idées particulièrement intéressantes. Davantage de moyens financiers pour la santé, voilà le plaidoyer le plus répandu. De l'avis de la plupart des participants, imaginer une meilleure accessibilité financière à la santé, sans moyens financiers additionnels, relève de la fiction. La question qui s'impose, dès lors, est de savoir d'où proviendront ces moyens ? Un réaménagement des priorités dans le budget de l'Etat peut indéniablement déboucher sur des pistes intéressantes mais il faut raison garder en la matière. Continuer sur la voie du financement réalisé essentiellement par les contributions provenant des revenus du travail n'offre pas de vraies solutions. Certains participants affirment néanmoins que la diminution des charges salariales limite intrinsèquement la marge de manoeuvre financière de la sécurité sociale et trouvent qu'il faut donc agir avec doigté en la matière. D'autres plaident pour une solidarité accrue; il faut, en d'autres termes, demander des efforts supplémentaires aux salaires les plus élevés. Du point de vue du financement, on s'exprime unanimement en faveur d'un financement issu de sources financières alternatives et, notamment, l'apport de moyens fiscaux généraux. On pense ici à une taxation plus importante des revenus autres que ceux du travail (capital, spéculation, bénéfices, impôts "écologiques") pour créer un espace d'investissement additionnel, notamment dans le secteur de la santé.

Il serait peu prévoyant, en matière de santé, de ne mettre l'accent que sur l'accroissement des moyens financiers. Etendre les moyens financiers doit être lié à un débat de fond. Quels soins de santé souhaiter à long terme? Si l'on veut maintenir des soins de santé universellement accessibles et basés sur la solidarité, il faudra des réformes fondamentales. Il conviendra, en premier lieu, de s'attaquer au niveau des prix et à une réorientation vers la prévention et la médecine de première ligne. Pour ce qui est du niveau des prix, il faudra se pencher très sérieusement sur le système actuel de médecine prestataire. Beaucoup de participants pensent qu'elle est la cause du prix élevé des soins. De plus, il est clair que le remboursement "à la prestation" débouche sur une utilisation peu efficace des soins de santé. Cette médecine prestataire empêche des mesures de gestion nécessaires, telles que des campagnes de sensibilisation, des incitants au développement de services de première ligne, une médecine plus préventive, etc. On sait que de telles mesures auraient une influence directe sur le revenu des prestataires.

Une attention accrue pour et des réformes importantes dans les services de première ligne peuvent modifier intrinsèquement la donne en faisant d'une pierre deux coups: abaisser le seuil d'accessibilité financière pour les catégories les plus vulnérables et réduire les dépenses de l'assurance maladie. Mais il faudra quelques interventions pour y arriver. Les soins de santé devront être axés justement sur les services de premières ligne. Il faudra impérativement passer par cet axe pour accéder aux autres échelons, à savoir à l'échelon des spécialistes

(niveau 2) et celui des soins intra muros (niveau 3). Une telle conception centralise la position du médecin généraliste. C'est lui qui connaît le mieux la situation du patient. Dans ce système intégré, le généraliste n'est pas seul. Il travaillera dans le cadre élargi qui englobera le paramédical (diététiciens, kinésithérapeutes, ...) ainsi que la médecine préventive. En outre, et cela vaut surtout pour les catégories vulnérables, il est important que les services de première ligne ne se limitent pas à la sphère médicale. Il faut qu'il y ait un accompagnement social actif pour les personnes présentant des problèmes de santé (importants). Pour que cela soit rendu possible, il faudra passer de l'idée du cabinet de solopraticien à celle de "centres de santé de première ligne" dans lesquels on offrirait l'aide décrite ci-dessus, de manière intégrée. Le système de médecine forfaitaire et les maisons médicales peuvent ici servir de modèle. Dans un tel système, cependant, la médecine prestataire ne trouvera plus sa place. Dans quelle mesure les prestataires y sont-ils disposés? Toute la question est là. Il n'empêche que, tôt ou tard, il faudra en discuter.