

La réinvention de la médecine générale

C'était en 1975. Bernard Vercruysse commençait sa carrière de médecin généraliste. Dans l'ambiance encore chaude de l'après 1968, un groupe de jeunes professionnels se réunissait au quartier Nord pour réfléchir à la santé. Séduit, Bernard Vercruysse s'est installé dans le quartier, bientôt rejoint par un deuxième médecin. Une kinésithérapeute puis une infirmière sont venues travailler dans le même local: la Maison médicale du Nord était née. Elle existe toujours en 2003, sise rue des Palais à Schaerbeek, au cœur d'un quartier pauvre, « colonisé » par des familles immigrées. Depuis les maisons médicales ont été reconnues, institutionnalisées, subsidiées comme des avant-postes des soins de première ligne. Bien des thèmes qui sont aujourd'hui novateurs dans le discours de la santé publique ont été portés par les maisons médicales depuis trente ans: le travail en collectif, l'interdisciplinarité, l'implication des usagers, le suivi thérapeutique, la contextualisation des soins. Les maisons médicales restent minoritaires. Mais elles veulent poursuivre une réflexion de fond sur l'acte thérapeutique et le fonctionnement de la médecine. Bernard Vercruysse nous explique cette spécificité d'une pratique encore et toujours « alternative ».

ENTRETIEN AVEC BERNARD VERCROYSSSE

AU-DELÀ DU SCHÉMA LINÉAIRE CLASSIQUE

La Revue nouvelle: Dès l'origine, les maisons médicales sont fondées sur une vision différente de la prise en charge des problèmes de santé. Sur quel point s'affirme, aujourd'hui, dans la pratique, cette différence ?

Bernard Vercruysse: La médecine est de plus en plus écartelée entre deux pôles. Un pôle pointu qui prend en charge de façon de plus en plus performante un symptôme, une pathologie, un épisode de maladie et qui, de façon

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

un peu caricaturale, suit le schéma suivant : il y a un patient ; il formule une plainte confuse ; le médecin la clarifie et la réduit à des faits objectifs ; il en déduit l'existence d'une maladie qu'il guérit. Cette séquence typique, sur laquelle s'articule surtout l'édifice institutionnel de la médecine, peut être trompeuse. À côté de cette médecine « technique », il existe aussi un pôle plus holistique, qui veut appréhender la souffrance dans sa globalité, son environnement, ses implications psychosociales, et, à l'extrême, se mobiliser contre les conditions environnementales et socioéconomiques qui génèrent ou aggravent ces pathologies. Entre ces deux pôles, chacun se situe. Les maisons médicales, de par leur travail en équipe, permettent d'avoir une réflexion journalière sur les différentes facettes de la maladie, et facilite un travail de prise en charge plus globale des patients.

R. N. : Que faites-vous de la plainte du patient ?

B. V. : Pour moi, une plainte est rarement simple, elle ne se réduit pas à des faits objectifs, somatiques, physiologiques, et la guérison n'est pas l'unique issue. On prend le temps de la travailler sérieusement. Il ne faut pas chercher à comprendre trop vite une plainte. On s'en aperçoit bien ici, dans le quartier Nord, dès qu'on travaille avec des populations étrangères. Je me souviens de l'une de mes premières patientes. Elle était turque. Elle me dit qu'elle a mal de tête, mal aux genoux, mal au ventre, et qu'elle a besoin d'un certificat car elle n'est pas allée travailler. Je l'examine, je ne constate rien de particulier et ne sais trop que faire. La patiente suivante me raconte la même histoire, me fait la même demande ; je commence à m'énerver... et je me rends alors compte que cette patiente ne travaille pas, et n'a donc pas besoin du certificat qu'elle me demande... Cela posait, bien sûr, question sur ce que représente cette plainte. Quelle est la demande réelle sous-jacente ? Pour ces patientes, à cette époque, perdues dans une structure médicale moderne, soumises à des impératifs légaux et de marché du travail, il était impensable de dire, simplement, « je souffre » ou « je suis malade ». Il fallait demander un « certificat d'incapacité », même pour un employeur inexistant, il fallait arguer d'un mal aux genoux, même pour dire tout autre chose. Les patients nous parlent souvent la langue qu'ils pensent que nous avons envie d'entendre. Nous aussi, d'ailleurs. Avoir un patient, comprendre une plainte, c'est essayer de les intégrer dans une forme de vie, c'est comprendre aussi le rôle qu'on y joue en tant que médecin.

R. N. : Il y a quand même l'infarctus, la grippe, l'indigestion : ils nécessitent des soins objectifs et techniques précis, éventuellement urgents.

B. V. : Oui, il ne faut pas passer à côté, bien sûr. Il faut être prêt à les soigner avec les meilleurs moyens techniques disponibles. Ce type de situation est, au fond, assez facile à résoudre, mais ne représente qu'une petite partie des problèmes rencontrés. Même les plaintes somatiques importantes sont imprégnées de tout un imaginaire. Ce que, par exemple, dit le patient sur les causes de son mal est parfois fort important pour son cheminement vers la guérison. Et dans un grand pourcentage de cas, même avec toute notre technique sophistiquée, nous ne guérissons pas les gens, ni de leur maladie ni de leur plainte. On les accompagne dans un processus de maladie dans

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

un processus de plainte, dans un processus de vie. De temps en temps, il y a un épisode qu'on guérit, et on s'en félicite bien sûr. Comme médecin, il est peut-être plus important de s'investir dans un processus d'accompagnement. Nous suivons la détérioration d'un état physique ou mental.

R. N.: Vous avez le sentiment que le modèle dominant de la médecine n'a toujours pas intégré cette complexité?

B. V.: Finalement, au début de notre existence de maison médicale, notre pratique était moins différente de la pratique hospitalière qu'elle ne l'est aujourd'hui. Il y avait alors plus de globalité de la médecine dans les hôpitaux. Depuis lors, talonné par des problèmes de rentabilité, avec une croissance exponentielle des moyens techniques, l'hôpital s'est plutôt axé sur la technologie, avec la nécessité de résultats rapides et objectifs. Les prouesses réalisées sont impressionnantes. La « guérison du malade » risque, dans cette optique, d'être réduite à la disparition des symptômes. On ne se demande pas si le patient va globalement mieux, on se contente de constater qu'il est guéri de son symptôme. Le processus d'hyperspécialisation médicale renforce ce développement. Les spécialistes, de plus en plus pointus, ont parfois du mal à appréhender la globalité. Comme généraliste, mon métier diverge de plus en plus de cette médecine spécialisée, cultivée en hôpital, enseignée dans les Facultés.

R. N.: Mais une partie du discours médical connaît aujourd'hui certaines inflexions. Il est peut-être un peu caricatural de le présenter comme un discours entièrement soumis à la raison instrumentale.

B. V.: Il y a eu deux épisodes de ruptures dans ce développement. La première rupture est venue avec le sida, au milieu des années quatre-vingt. Tout d'un coup, la médecine hospitalière s'est trouvée confrontée à une maladie contre laquelle elle ne savait rien faire, incurable. Elle a donc posé la question de l'accompagnement. Je me souviens d'une réunion de formation dans ces années-là. Nous avons invité une spécialiste du sida, qui nous expliquait que le problème du sida ouvrait une nouvelle dimension: il fallait vraiment écouter les gens, les accompagner, et non les guérir. Elle voulait nous expliquer comment faire! Mais nous, en médecine générale et dans les maisons médicales, nous avons placé cette pratique au cœur de l'acte médical depuis toujours! Tout d'un coup, la médecine classique venait de découvrir que la mort, la maladie et le handicap étaient inévitables dans la condition humaine. Cela a duré trois ou quatre ans, et puis les trithérapies sont apparues. Ce discours a quasiment disparu. Le sida a, si j'ose dire, été banalisé: il est devenu une maladie que l'on soigne. La deuxième émergence fut le mouvement des soins palliatifs, dans les années nonante. Dans ce contexte, la médecine universitaire spécialisée a dû imaginer un discours pour soigner des gens sans les guérir. Cela était révolutionnaire. On a redécouvert le généraliste. D'ailleurs, beaucoup de généralistes sont devenus responsables d'équipes de soins palliatifs.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE COMME SPÉCIALITÉ

R. N.: On a le sentiment que, pour vous, le syntagme de « médecine générale » reçoit une dignité nouvelle. Un peu comme si la médecine de base (de première ligne) devenait la grande médecine, qui finalement doit dépasser les médecines spécialisées. Un peu comme si la notion de « général » désignait un savoir plus complexe, plus sophistiqué et plus englobant que les savoirs pointus cultivés par la technoscience. En outre, vous intégrez non seulement le rapport subjectif à la maladie, mais aussi les aspects collectifs, culturels, communautaires. Cette redéfinition de la médecine générale, très riche, caractérise-t-elle le mouvement des maisons médicales à vos yeux?

B. V.: Oui, je crois que chez beaucoup de généralistes et en maisons médicales est présent ce concept de santé intégrée. Il y a des différences entre les maisons médicales concernant leur mode d'organisation ou de financement. Elles participent cependant toutes d'une approche de la santé la plus globale possible. L'accent est mis sur la réflexion. Quels sont les présupposés inquestionnés de ma pratique? Comment intégrer toutes les données et toutes les variables de la situation, y compris les variables les plus incongrues (à première vue)?

R. N.: Mais la « maison médicale » qui est faite de cabinets de généralistes et de spécialistes...

B. V.: ... n'est pas une maison médicale! Dans une maison médicale, en principe, il n'y a pas de spécialistes. De temps en temps, il y a peut-être un gynécologue, un psychiatre ou un pédiatre. Mais la maison médicale doit rester un centre de premier recours qui essaie d'entendre toutes les plaintes, de toutes les personnes à tous les moments, et d'y répondre en tenant compte du plus grand nombre de variables.

UN TRAVAIL EN COLLECTIF

R. N.: Un autre point sur lequel les maisons médicales sont en rupture par rapport au schéma classique, c'est le caractère collectif du travail du thérapeute.

B. V.: Je ferais une distinction entre deux formes de travail en collectif. La première, c'est la prise en charge collective. Pendant de nombreuses années, dans notre maison médicale, quoique nous constituions une équipe, nous ne cherchions pas systématiquement à suivre ensemble nos patients. Le patient que je voyais comme généraliste, je ne le pouvais vraiment pas à prendre rendez-vous avec l'assistante sociale ou l'infirmière de la Maison. Il construisait son propre circuit. Avec le temps, nous avons pensé qu'il était peut-être plus efficace de laisser un peu moins de liberté aux gens et de leur proposer une équipe plus structurée. Et donc, on s'est engagé de manière plus systématique dans la prise en charge coordonnée. La seconde forme de travail collectif, c'est la réflexion commune, la discussion et la confrontation.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

R. N.: Cela signifie-t-il que vous partagez vos informations de médecin avec un ensemble de collègues dans des discussions de type interdisciplinaire?

B. V.: Oui, une fois par semaine minimum. Une réflexion et un recul sur une pratique s'obtiennent plus difficilement dans la solitude d'un cabinet. En collectif, c'est beaucoup plus aisé et plus intéressant. On peut avoir des prises en charge communes qui ne s'accompagnent d'aucune réflexion commune, et alors on perd l'essentiel. En revanche, même quand je travaille seul avec un patient, je suis nourri, soutenu, éveillé, par les discussions précises que j'ai eues avec mes collègues à propos de la personne que j'aborde, ou sur les situations apparentées.

L'IMPLICATION DES USAGERS

R. N.: La participation des usagers est très à la mode aujourd'hui, pour de bonnes et pour de mauvaises raisons. Chez vous, y a-t-il un mode systématique de représentation des usagers, via un « conseil des malades » interne?

B. V.: Non. Nous avons déjà beaucoup réfléchi au problème, évidemment. Il nous a semblé que l'asymétrie du rapport médecin-malade rendait impossible une égalité de parole pensée sur le modèle des citoyens libres, égaux, adultes et... bien portants! Même si l'on se veut très ouvert, il y a quand même un plaignant et quelqu'un qui prend la plainte, quelqu'un dans un état de faiblesse s'adresse à quelqu'un dans un état de force. Il y a dépendance. Les expériences pratiques ont confirmé cette approche théorique: on a fait des réunions de patients. À ces réunions, ce sont souvent les gens qui en ont le moins besoin qui viennent.

R. N.: Ce sont ceux qui sont bien portants qui viennent!

B. V.: Exactement. En revanche, nous essayons de développer d'autres pratiques d'implication des usagers. Par exemple, nous rencontrons aujourd'hui un problème, celui des personnes âgées qui entrent très progressivement dans une situation de dépendance. En dehors d'un incident critique (fracture, opération...), ce vieillissement est peu perceptible, d'autant que le médecin vieillit avec son malade... Souvent, quand la dépendance devient trop grande, il est trop tard pour que la personne âgée puisse encore accepter une aide, et c'est le placement ou l'hospitalisation en urgence. Il aurait mieux valu intervenir plus tôt. Pourquoi ne l'a-t-on pas fait? Il faudrait détecter à temps la fragilisation du patient. Pour cela, nous avons décidé d'évaluer régulièrement les personnes âgées, d'établir un indice psycho-médico-social au sens le plus large, de manière à repérer les personnes qui seraient éventuellement en danger de déstabilisation.

R. N.: Que faites-vous quand un patient a un « mauvais score »?

B. V.: Nous n'avons pas de solution systématique. On peut proposer l'intervention d'aidants professionnels: infirmiers, kiné, assistant social, aide familiale alors que le besoin n'est pas encore criant; on peut proposer des aménagements du logement, voire un déménagement ou un placement, dans une période où la personne âgée maîtrise encore son destin et est libre

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

de ses choix. Pour deux catégories de patients, nous sommes souvent sans solutions, les « vieux » qui ont un aidant principal, (famille, voisin, conjoint) qui passe son temps à se plaindre de la lourdeur de la tâche, mais sabote toute structure d'aide qui, en fin de compte, fait perdre à l'aidant sa raison d'être (et de se plaindre). Et puis certains vieux immigrés: les structures d'aide à domicile (repas, aide familiale, infirmier) ne correspondent pas vraiment à leur demande. Ils ne supportent pas cette intrusion, culturellement si éloignée de leurs habitudes. Et leur famille, quand elle existe, ne le supporte pas mieux! Cela est vécu comme un déshonneur pour la famille car cela signifie qu'ils s'occupent mal de leurs vieux parents. Nous avons donc décidé de demander aux vieux Turcs et Marocains comment ils vivent leur vieillesse en Belgique. De les faire parler sur ce qu'ils désirent. Pour une fois, nous nous ne nous adressons pas à des femmes, mais plutôt à des hommes. Nous avons réuni sept ou huit personnes âgées d'origine turque avec un soignant parlant leur langue, et sept ou huit personnes d'origine marocaine. Nous avons été très touchés et troublés par leur reconnaissance. Ils nous ont dit qu'ils n'auraient jamais imaginé qu'on leur demande leur avis sur leur vieillesse! Au niveau des solutions, je ne sais pas si l'on va trouver quelque chose... Mais cela nous renforce dans notre idée que nous ne serons jamais trop à l'écoute de nos patients.

LE FINANCEMENT AU FORFAIT

R. N.: Il y a deux modes de paiement de la médecine générale en Belgique. Ou bien le patient paie le médecin, reçoit une attestation et se fait rembourser d'une partie de ce montant par la mutuelle. Cette procédure concerne 97 % des médecins généralistes en Belgique. Ou bien, la maison médicale signe un contrat avec le patient. Sur cette base, la mutuelle paie tous les mois un montant pour chaque patient inscrit dans la Maison. Cette somme est calculée en fonction de ce qui est annuellement remboursé pour les patients « équivalents » dans l'ensemble de la Belgique.

B. V.: Oui, nous avons adopté ce système de forfait depuis trois ans à la Maison médicale du Nord, après avoir fonctionné sur la base du financement à l'acte pendant vingt ans. Nous avons choisi le forfait « médecin, kinésithérapeute, infirmier » (alors qu'on aurait pu réserver le dispositif au médecin). Cette généralisation du dispositif nous semblait cohérente avec notre pratique du collectif et notre visée de globalisation des soins. Les mutuelles nous versent donc tous les mois des montants pour assumer la fonction médecin, la fonction kiné, la fonction infirmière. Nous ne sommes plus payés à l'acte mais au nombre de personnes inscrites chez nous. Il n'y a donc plus de transaction financière directe entre le patient et nous, même dans le cas des visites à domicile. Le patient paie bien sûr en payant ses lois sociales, mais il ne paie plus rien en consultation.

R. N.: Quels sont les avantages et les inconvénients du système?

B.V.: Il y a un effet de responsabilisation: nous sommes plus liés à un patient. On est aussi beaucoup plus à l'aise pour faire revenir un patient plus souvent, ou pour le voir un court moment.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

R. N.: Pourquoi est-ce plus facile?

B. V.: Imaginez une situation très quotidienne, comme celle d'un enfant malade. Supposez que je ne suis pas très sûr de mon pronostic. Il est préférable alors de ne pas donner d'antibiotiques et de le faire revenir deux jours après. Cette deuxième consultation peut ne durer que trois minutes, pour constater qu'il va bien. Ce genre de comportement, il m'est difficile de l'avoir dans un dispositif de paiement à l'acte. Pourquoi? D'abord, je me dis que les patients vont penser que je fais cela pour gagner de l'argent. Cela représente un premier obstacle psychologique. Ensuite, s'il revient deux jours après, je me trouve devant un dilemme. Soit, je le vois durant deux minutes et je n'ose pas me faire payer: c'est incorrect car il s'agit quand même d'une consultation, d'une obligation de présence de ma part, d'un rendez-vous bloqué dans l'agenda. Soit, je me fais payer et j'organise une petite mise en scène pour mériter mon argent. Le forfait facilite donc un soin continu, flexible, adapté. Sur le plan de la gestion et de la planification en général, ce système de financement présente des avantages: même si elles restent égales et ne s'accroissent pas en fonction du travail, les rentrées financières de la Maison médicale sont fixes. Cela nous permet de planifier les dépenses.

R. N.: Il y a aussi des inconvénients?

B. V.: Le système a une trop grande rigidité. Si l'accès est manifestement facilité pour le patient inscrit, il l'est moins pour des patients de passage ou de nouveaux patients, d'autant plus que, chez nous par exemple, nous ne désirons plus en inscrire de nouveaux. Par ailleurs le forfait touche à la relation thérapeutique. Il faut prendre en compte la portée symbolique du paiement, qui signifie la clôture d'une transaction. Pour le patient, payer à chaque fois, c'est dire: « Je ne vous dois plus rien. » Quand ils ne me paient pas, il est parfois difficile de leur ôter de la tête l'idée qu'ils me doivent quelque chose. D'un autre côté, le patient se sentant un peu adhérent à un projet commun, et ne pouvant plus se « dédouaner » par un paiement, est souvent plus responsable dans ses demandes. Depuis notre passage au forfait par exemple, les visites à domicile dites « de confort », sont devenues moins nombreuses... bien que gratuites.

R. N.: Le système a ses détracteurs...

B. V.: Il est très mal vu par beaucoup de mes confrères. Il leur apparaît véhiculer la notion de gratuité pour le patient. Ce n'est pas vrai, puisque le patient paie sa cotisation Inami (assurance maladie-invalidité) comme tout le monde. Mais les apparences vont dans ce sens. Si l'on envisage la médecine comme un service public, cela ne me dérange guère. De plus, le dispositif offre un outil de contrôle aux organismes payeurs: ils savent qui s'occupe de qui, et disposent donc d'une information nouvelle et d'un outil possible d'évaluation. Le milieu médical vit souvent cela comme un danger contre la pratique libérale. Enfin, le fait d'être directement payé par les mutuelles et non par le patient est vécu comme une perte de pouvoir et d'autonomie intolérable pour nombre de médecins.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES QUARTIERS DÉFAVORISÉS

R. N.: On parle beaucoup de l'appauvrissement des généralistes. Le système au forfait permet peut-être de rencontrer ce problème dans les quartiers défavorisés.

B. V.: Oui et non. Tout dépend du niveau de l'acte et du forfait. Actuellement gagner sa vie en travaillant au tarif conventionné en médecine générale, en prenant le temps nécessaire à une médecine de qualité, sans chercher à multiplier les actes et en gardant une qualité de vie correcte (heures de travail, vie familiale, repos), ce n'est plus possible! Il faut travailler soit de trop nombreuses heures, soit demander un tarif plus élevé à tous où à certains de nos patients, ce qui est peu éthique dans nos milieux. J'ai entendu un responsable de syndicat médical confirmer que le tarif conventionné ne reflète pas la valeur de nos actes. Son niveau correspond plutôt au prix que les médecins acceptent de demander pour permettre l'accès aux soins pour les plus démunis.

Si on ajoute la complexité psychosociale des problèmes rencontrés, allongeant d'autant le temps de consultation, le fait que plusieurs patients ne peuvent même pas payer la consultation (à facturer en « tiers payant »... cela prend du temps et fait le plus souvent perdre le ticket modérateur), le coût de la vie dans les grandes villes et les conditions souvent difficiles des quartiers défavorisés, la médecine générale ne peut plus, ici, faire vivre son médecin. Et certains confrères, travaillant en milieu plus nanti, s'insurgent contre tout subventionnement de structure travaillant dans ces quartiers. A leurs yeux, un subventionnement spécial est une concurrence déloyale. Alors, on n'a plus de solution et il faut donc sortir du système du paiement à l'acte. Le système du forfait (accessible à tout médecin, même travaillant en solo) peut représenter une aide: il assure une rentrée fixe, ne dépendant pas de l'état des finances du patient.

R. N.: Il faudrait refinancer la santé publique dans ces quartiers?

B. V.: Oui, mais sans en faire une panacée; et cela devrait concerner tous les généralistes s'impliquant dans ce type de quartiers. Cela dit, on peut parfois se demander si une partie de l'argent mis aujourd'hui dans les structures de soins était placé dans des politiques de lutte contre le chômage, dans des politiques de développement de l'enseignement, des infrastructures, des logements, on n'aurait pas un bénéfice plus grand au niveau de la santé. La santé publique ne dépend pas uniquement du financement des thérapeutes et de leurs machines, mais de la qualité de la vie d'une population.

LE DÉVELOPPEMENT DES MAISONS MÉDICALES

R. N.: Même peu reconnu par l'establishment médical, même minoritaire, le courant des maisons médicales est bien vivant. Peut-on dire qu'il progresse dans l'esprit du public?

B. V.: En tout cas, nous vivons une augmentation quantitative du secteur. Si nous prenons les statistiques de l'Inami, nous constatons qu'il y avait en Belgique vingt-sept maisons médicales fonctionnant au forfait en 1998. Il y en a cinquante-et-une en 2002. Nous comptons cinquante-quatre-mille patients au forfait en 1998, cent-deux-mille en 2002. Il faut ajouter à ce chiffre les maisons médicales qui travaillent à l'acte, ce qui représente la moitié des maisons médicales de Bruxelles et de Wallonie.

R. N.: Du côté de l'offre médicale, avez-vous l'impression que les maisons médicales attirent encore de jeunes praticiens? N'arrive-t-on pas au bout de la génération des pères fondateurs, qui n'a pas ou a peu de relève?

B. V.: Je pense que l'on se trouve à un tournant. Les situations sont diverses. Il y a une série de vieilles maisons médicales avec de vieux dinosaures qui ont créé le mouvement et la Fédération. Je ne sais pas très bien comment cela va se passer dans cinq ou dix ans, quand les vieux médecins partiront. Il y a beaucoup de jeunes qui veulent travailler en équipe, dans une structure conviviale qui les aide dans leur réflexion et qui ont créé bon nombre de nouvelles maisons et s'intègrent dans les plus anciennes. Je pense que l'avenir de la médecine générale se trouve dans les pratiques d'équipes, qui permettent un travail plus convivial et partagé, tout en donnant des conditions de vie et de confort plus agréables.

R. N.: N'y a-t-il pas une étiquette « gauchiste » qui colle à la peau des maisons médicales et entrave leur recrutement?

B. V.: Oui, la médecine libérale les a diabolisées. Lisez les journaux du monde généraliste, vous constaterez la persistance de cette imagerie. On nous entoure d'une aura de collectivisme vraiment épouvantable. D'un autre côté, il est vrai que cette imagerie s'appuie sur un fond de réalité historique, qui remonte au début du mouvement. Mais la pluralité des opinions a toujours été respectée. Le projet « maisons médicales » évoluera dans le temps et sera porté par une nouvelle génération qui orientera la politique et la réflexion en fonction de ses préoccupations et de l'évolution de la société. Je pense que beaucoup de jeunes médecins qui désirent s'investir dans un projet de santé communautaire sans pour cela vouloir faire la révolution collectiviste trouveront une place dans les maisons médicales. Voudront-ils un engagement politique aussi marqué que leurs aînés? Ce n'est pas à nous à le déterminer.

Bernard Vercauysse

Propos recueillis par Jean De Munck.