

Santé conjuguée



septembre 2016
numéro 76

Périodique de la Fédération des
maisons médicales et des
collectifs de santé francophones
Prix au numéro : 10 euros

POLITIQUE / Les projets pilotes fédéraux
« maladies chroniques » /

RÉSONANCE / Clinique du lien /

LU POUR VOUS / Musulmans et non musulmans /

SOCIÉTÉ / Réforme des pensions :
ne pas oublier la solidarité /

DOSSIER

Couverture sanitaire universelle en Belgique

RUBRIQUES

Politique

4

Les projets pilotes fédéraux « maladies chroniques »

Hélène Dispas, médecin généraliste et permanente politique à la Fédération des maisons médicales

Résonance

8

Clinique du lien

Juliette Leconte, psychologue clinicienne à France Terre d'Asile

Lu pour vous

11

Musulmans et non musulmans

*André Crismer, médecin généraliste au centre de santé Bautista
Van Schowen*

Société

13

Réforme des pensions : ne pas oublier la solidarité

Jean Van der Vennet, sociologue

DOSSIER

16

La couverture sanitaire universelle, définition et origine

Gaëlle Chapiro et France Defrenne, chargées de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales

20

Derrière la couverture sanitaire universelle :
une idéologie cachée ?

Christian Legrève, responsable du programme Education permanente à la Fédération des maisons médicales

23

Santé globale et couverture sanitaire universelle :
même bateau, même dérive ?

Gaëlle Chapiro, chargée de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales

30

Repenser le financement du système de santé

France Defrenne, chargée de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales

37

Lecture critique des accords de gouvernement :
un équilibre délicat

Christian Legrève, responsable du programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales

40

L'impact des traités internationaux sur notre système de
santé : l'exemple de l'Accord économique et commercial
général

Etienne Lebeau, expert de la Centrale nationale des employés sur les affaires européennes

Couverture sanitaire universelle en Belgique

43

Intérêts et limites des mécanismes pour tisser la couverture sanitaire universelle en Belgique

Hubert Jamart et Pierre Drielsma, médecins généralistes, permanents politiques à la Fédération des maisons médicales

50

Des soignants en nombre suffisant et bien dans leur peau

*Hélène Dispas, médecin généraliste et permanente politique de la Fédération des maisons médicales.
Interview réalisée par Marinette Mormont, journaliste à Alter Echo*

55

Évaporer la première ligne ? Gare à l'effet de serres !

Pierre Drielsma, médecin généraliste, permanent politique à la Fédération des maisons médicales

59

« Communauté » et solidarités de proximité : prétexte, emplâtre ou levier ?

Gaëlle Chapiro, chargée de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales

65

Accessibilité, qualité et expertise des usagers

Le point de vue de la Ligue des usagers des services de santé

*Micky Fierens, directrice de la Ligue des usagers des services de santé.
Interview réalisée par Marinette Mormont, journaliste à Alter Echo.*

68

Étendre la couverture universelle et la solidarité

Le point de vue des Mutualités chrétiennes

*Jean Hermesse, secrétaire général de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes.
Interview réalisée par Marinette Mormont, journaliste à Alter Echo.*

72

Dépasser les facteurs d'exclusion du soin

De la rue au cabinet médical

Pierre Ryckmans, médecin généraliste à Infirmiers de rue

75

Migration et précarité : une couverture mitée ?

Pistes de travail en maisons médicales

Stefania Marsella, assistante sociale à la maison médicale Calendula, attachée de projets pour le programme psychosocial de la Fédération des maisons médicales

78

La part du colibri :

Quelques réflexions sur l'accessibilité des soins et maisons médicales

Marianne Prévost, sociologue, coordinatrice de Santé conjugulée

82

Conclusion



La couverture sanitaire universelle, qu'est-ce que c'est, juste un concept ? Et pourquoi lui consacrer un dossier aujourd'hui ?

Le contexte sociopolitique belge francophone est celui d'un changement de régime. Les gouvernements européens, dont le belge, exploitent les conséquences des crises financière et économique pour instaurer un régime structurel d'austérité, d'insécurité sociale et de recul systématique des acquis sociaux.

Dans *Le Soir* du 19 septembre 2013¹, dans une carte blanche rédigée par le Réseau belge de lutte contre la pauvreté et Oxfam, on peut lire : « D'ici 2018 au Royaume-Uni, 1,1 million d'emplois disparaîtront dans le secteur public. La Grèce, la Lettonie, le Portugal et la Roumanie ont diminué le budget de la sécurité sociale de plus de 5%. L'an dernier, pour la première fois depuis des dizaines d'années, le budget de la santé a diminué en Europe, tout comme les salaires réels, et le chômage a atteint son taux le plus haut depuis 10 ans. Près d'un ménage actif sur dix vit dans la pauvreté ».

La Belgique n'est pas en reste. En matière de sécurité sociale, la 6^{ème} réforme de l'Etat avec ses transferts de compétences vers les entités fédérées, et la réduction des solidarités qui en découle, fonde un modèle à plusieurs vitesses en matière de santé. Modèle qui renforce les problèmes de santé car il touchera probablement à l'accès aux soins (mécanismes et niveaux de remboursement) en dégradant les conditions socio-économiques et environnementales qui détermine la santé. L'ajustement budgétaire pour cette année prévoit des économies drastiques en matière de soins de santé. Quel est le sens de ces choix politiques dans un environnement marqué par plus de pauvreté, plus d'inégalités et donc plus de maladies ?

1. « Austérité : L'Europe s'enfoncé dans la pauvreté », *Le Soir*, 2013.

Couverture sanitaire universelle en Belgique

Il nous semble essentiel d'assurer aux populations les plus vulnérables en particulier, dans et hors système, d'être en meilleure santé sans s'appauvrir. Pas seulement de donner la possibilité aux citoyens d'aller voir un médecin mais aussi de pouvoir assumer financièrement les traitements proposés (médicaments, autres actes médicaux). Sans oublier le développement et l'accès des personnes à des programmes de prévention et de promotion de la santé.

Le concept de couverture sanitaire universelle pourrait-il nous aider à tendre vers la santé pour tous, que la Déclaration d'Alma Ata rêvait à l'« horizon 2000 » maintenant derrière nous ? N'y-a-t-il pas contradiction dans le chef des gouvernements à brandir simultanément l'étendard de la couverture sanitaire universelle (voir l'article page 37) et celui de l'austérité ? Cette dernière induit à la fois une réduction des moyens alloués à la politique de soins de santé et une augmentation des besoins, par ses effets néfastes sur la santé physique et psychique des citoyens. En effet, dans ce contexte de détricotage de la sécurité sociale et d'augmentation des pressions sociétales sur les individus, depuis quelques années, les soignants ont pu constater l'augmentation en nombre, en gravité et en complexité des difficultés psychosociales dans la population. Et cette aggravation est telle qu'elle constitue, aujourd'hui, un frein à l'accès effectif aux soins, y compris dans nos maisons médicales.

Alors pourquoi revenir aujourd'hui avec le concept de couverture sanitaire universelle qui n'est pourtant pas neuf (voir l'article page 16) ?

Au cours des dernières années, le mouvement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle (*universal health coverage*) a pris de l'ampleur. En témoigne l'appel lancé en décembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations-Unies, qui exhorte les gouvernements à « intensifier rapidement et considérablement leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables ». Mai 2014, le Groupe de la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé annoncent la création d'un

« cadre commun » pour « suivre les progrès accomplis vers la couverture universelle » aux deux échelons national et mondial. Pour l'Organisation mondiale de la santé, la couverture universelle est un élément clef de la lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités sociales.

Dans cette étude, nous commencerons, dans les quatre premiers articles par clarifier le concept de couverture sanitaire universelle, éclairer ses ambiguïtés et ses enjeux politiques.

Nous nous centrerons ensuite sur l'accès aux services de santé en Belgique dans la perspective de la couverture sanitaire universelle. Enjeux, écueils, contradictions, outils et pistes seront abordés à partir de différents aspects et points de vue, sans chercher l'exhaustivité. Nous regarderons aussi d'un peu plus près la contribution des maisons médicales en matière d'accessibilité.

Ce parcours sera ponctué de spots sur ce qui existe ailleurs dans le monde en matière de chemin vers la couverture sanitaire universelle pour soutenir un regard critique sur ce qui se passe chez nous.

Du plus conceptuel au plus pratique, nous espérons ainsi ouvrir et soutenir la voie (des voies !) vers plus d'équité et de solidarité, valeurs fondamentales du mouvement des maisons médicales.

*France Defrenne,
chargée de projets
pour le programme Education permanente,
Fédération des maisons médicales.*

La couverture sanitaire universelle, définition et origine

Gaëlle Chapoix et France Defrenne, chargées de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales.

Couverture universelle, couverture santé universelle, couverture sanitaire universelle, couverture maladie universelle... Diverses terminologies circulent pour parler de ce concept que nous cherchons à cerner. Certains semblent manquer de précision, comme le premier ; d'autres paraissent trop restrictifs, comme le dernier qui se centre sur la maladie plutôt que sur la santé.

Nous garderons ici le terme de couverture sanitaire universelle, même si, à travers ce dossier, d'autres expressions seront parfois utilisées.

Regardons maintenant ce que l'on met derrière ces mots et d'où vient le concept.

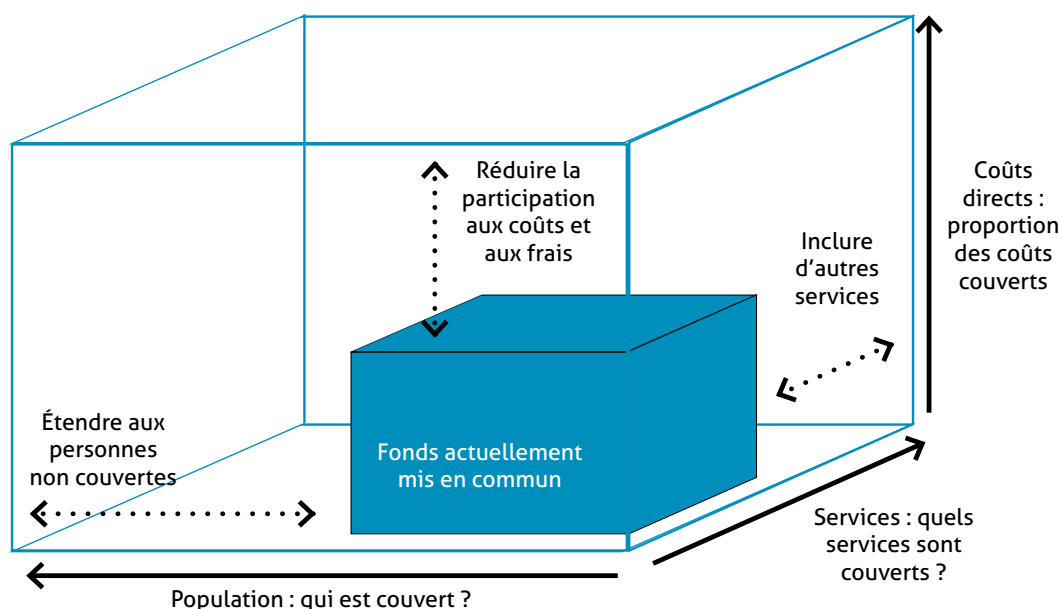
Et si on commençait par un dessin ?

Cette couverture qui nous occupe est représentée par un cube. Trois dimensions qui correspondent chacune à un des termes de son nom. Michel Roland¹ nous l'a décrite de droite à gauche.

« Universelle ». La première dimension, la population couverte. Elle doit être la plus large possible, bref, concerner tout le monde.

« Sanitaire ». La deuxième dimension, un accès à tous les services de santé, de qualité équivalente pour tous, et exercés par des professionnels compétents. Par services de santé, on entend aussi bien les services préventifs, curatifs, de réadaptation, de promotion de la santé, ainsi que l'accès aux médicaments, aux technologies dont chacun a besoin. « Ce qui nécessite de légiférer sur les différentes

1. Michel Roland, président de Médecins du monde, interviewé par *Santé conjugulée* en 2016.



professions pour voir ce qu'est un soin. Un soin doit être reconnu et validé scientifiquement. » Même en chirurgie par exemple, cela implique de différencier des soins de confort de ceux qui sont nécessaires (par exemple une plastie pour raison esthétique ou une reconstruction mammaire suite à une ablation).

« Couverture ». La troisième dimension indique la proportion des coûts couverts. Pour assurer l'accessibilité financière à tous, elle doit donc être la plus étendue possible. Notamment en veillant au fait que « les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils permettent d'éviter les paiements directs importants au moment de la prestation et comportent une méthode de prépaiement des cotisations pour les soins et services de santé, ainsi qu'un mécanisme de répartition des risques sur l'ensemble de la population afin d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement des personnes ayant nécessité des soins » précise la résolution des Nations-Unies sur la couverture sanitaire universelle (2012). Tiers-payant obligatoire, diminution du ticket modérateur, voire suppression de ce dernier en première ligne, autant de manières d'élargir progressivement l'accessibilité aux soins de base en Belgique (voir l'article page 43). Nous y reviendrons, de même que sur l'importance d'organiser la solidarité sur une large échelle pour répartir les risques (voir l'article page 30).

« Dans la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé, « la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ».

Dans une perspective de sociologie de l'action publique, la couverture sanitaire universelle se définit alors comme un référentiel de politique publique, un référentiel d'objectif. » ^[D, p129]

Comme on peut le lire dans la définition ci-dessus avec des termes tels que « qualité suffisante » ou même « difficultés financières », nous pouvons entrevoir d'emblée des zones de flou laissant la place à l'interprétation. Flou qui s'ajoute à l'absence de cadre quant aux moyens à mettre en œuvre, puisque la couverture sanitaire universelle fixe uniquement des objectifs, sans baliser le chemin. Elle proposerait ainsi une base conceptuelle plutôt orientée sur le financement que sur les mécanismes de prestations ou la nature de systèmes de santé^[F].

« Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé.

La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. »

Source :

http://www.who.int/topics/health_systems/fr/

De la santé internationale à la santé globale

On parle de la couverture sanitaire universelle dans les instances internationales un peu comme d'une nouveauté en santé publique, et cela depuis plus de dix ans, et plus particulièrement depuis la publication du rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé dans le monde de 2010. Elle est même présentée « comme un nouvel outil de lutte contre la pauvreté »². Certains analystes la verraient même comme « la troisième grande transition dans le domaine de la santé »^[F p4]. Mais d'où émerge-t-elle et dans quel contexte ?

« La santé publique s'est progressivement internationalisée au cours du XX^{ème} siècle grâce à la création de conférences sanitaires internationales, puis d'offices spécialisés en santé, et enfin, de façon plus institutionnalisée, via la création de l'Organisation mondiale de la santé en 1948. Une nouvelle discipline, appelée santé internationale ou « santé et développement », a vu le jour et s'est d'abord intéressée aux problèmes de santé spécifiques aux pays du Sud. » ^[D, p132]

Le concept de couverture universelle trouve ainsi son origine dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1948) qui proclame que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain [...] », et que « les gouvernements ont la responsabilité de la

2. Selon la résolution « Santé globale et politique étrangère » adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 6 décembre 2012 ^[F p 131].

santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ». En concordance avec la Déclaration universelle des Droits de l'homme (article 25.1) selon laquelle toute « personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

La médecine coloniale (dans le sud) et l'hospitalocentrisme dominant alors jusqu'à leur remise en question et l'émergence d'alternatives (telles que les centres de planning familial et les maisons médicales)³.

Dans ce même mouvement, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) souligne « la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde ». Elle est suivie quelques années plus tard de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986) qui consiste à développer les facteurs favorables à la santé globale et met l'accent sur les politiques publiques.

Mais cette vision entraîne clairement des choix politiques qui ne sont pas bien vus par tout le monde. Comme le dit Margaret Chan directrice de l'OMS^[A], « l'approche des soins de santé primaires a presque immédiatement été mal comprise : on y a vu une attaque radicale contre l'ordre médical établi, on l'a qualifiée d'utopie, on l'a accusée de mettre uniquement l'accent sur les soins au premier niveau [...] et [de proposer] une solution au rabais pour les pays en développement ». Ainsi, selon le président de la Banque mondiale, après « Alma Ata, de nombreuses organisations, dont la Banque mondiale, ont jugé que cette démarche globale était trop coûteuse et mal ciblée. La communauté internationale a alors privilégié des campagnes et des initiatives centrées sur un objectif précis tel que l'augmentation de la vaccination des enfants et le traitement de certaines des maladies infectieuses les plus meurtrières auxquelles est exposée la population mondiale, souvent avec des résultats très positifs, comme l'a montré le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme »^[B]. Des

critiques à lire à la lumière du contexte d'expansion du néolibéralisme des années '80 !

Ensuite, à la fin des années '90, dans un contexte de mondialisation, les enjeux de santé se formulent autrement. Face à l'uniformisation des profils épidémiologiques des pays riches et pauvres et aux défis sanitaires importants qui dépassent les frontières, une nouvelle dynamique émerge sous l'impulsion des Etats-Unis. Se combinent enjeux sanitaires de protection du territoire, notamment par rapport au SIDA, et enjeux financiers par le développement des « marchés de la santé », notamment pour les firmes pharmaceutiques. On passe ainsi du paradigme de « santé internationale », tourné surtout vers les pays du sud et concentré sur certaines maladies, à celui de « santé globale » qui concerne le monde entier et propose des solutions intégrées incluant la prévention et les soins et des collaborations internationales multidisciplinaires^[C].

Emergence de la couverture sanitaire universelle

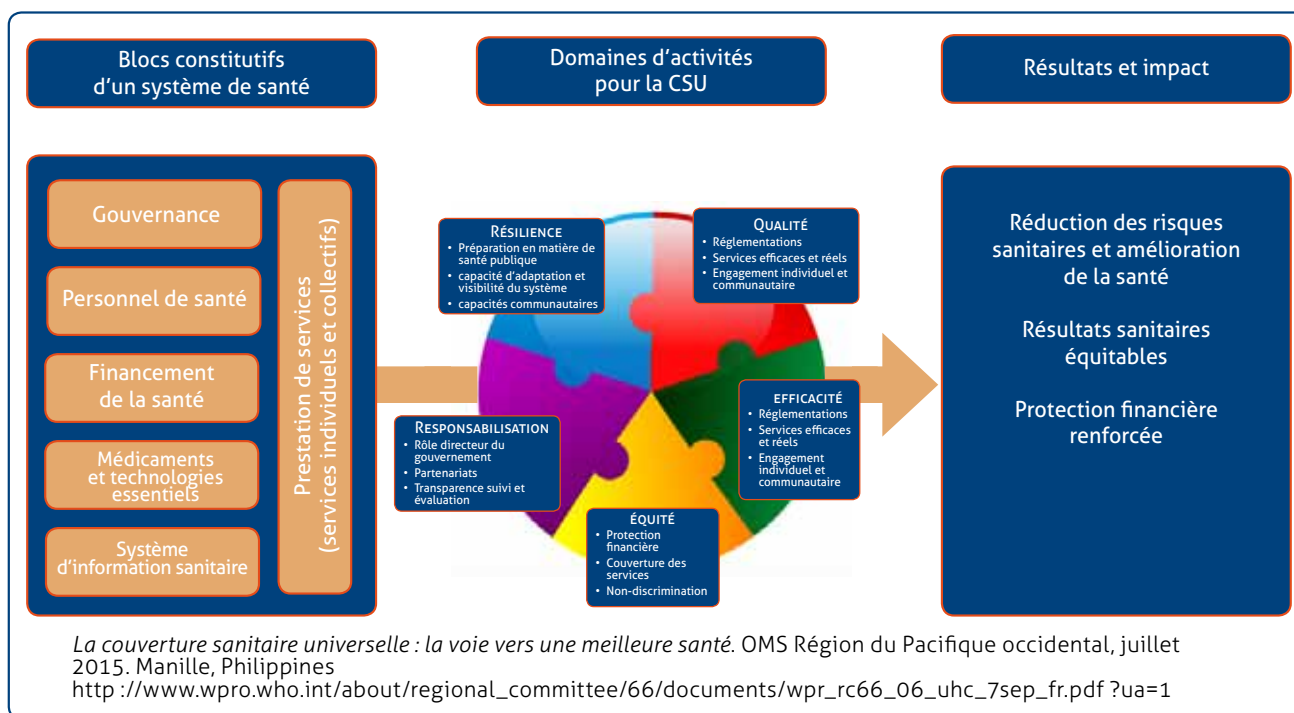
C'est dans ce contexte de globalisation qu'émerge la couverture sanitaire universelle. Selon Benoît Mathivet (Organisation mondiale de la santé)⁴, avec elle, on dépasse en effet l'approche antérieure par programmes verticaux (ceux dédiés à une seule maladie ou un type d'action comme la vaccination) pour aller vers un objectif commun qui favorise une approche horizontale intégrée pour atteindre l'objectif de renforcement du système de santé dans son ensemble. Ce qui rejoint les fondements des soins de santé primaires d'Alma Ata.

La résolution des Nations-Unies souligne que « la santé est un élément essentiel du développement international ». La couverture sanitaire universelle est d'ailleurs inscrite dans les Objectifs de développement durable adoptés par les Etats membres de l'Organisation des Nations-Unies en septembre 2015, dans le but d'achever la tâche commencée avec les Objectifs du millénaire pour le développement. Ici aussi l'approche est globale et non plus centrée sur les pays « en développement ».

Cette résolution réaffirme aussi le rôle de chef de file de l'Organisation mondiale de la santé dans l'appui accordé aux pays pour relever les défis posés par la mise en place de la couverture sanitaire universelle. La santé est une question intersectorielle de politique générale qui figure au premier plan des préoccupations

3. Lire au sujet du contexte d'émergence des maisons médicales : « Au fil du temps » par Olivier Mariage, *Santé conjugulée* n°66, 2013. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Au-fil-du-temps.html>

4. Spécialiste en politique de financement de la santé au siège de l'Organisation mondiale de la santé, interviewé par *Santé conjugulée* en 2016.



de la communauté internationale, en tant que condition préalable mais aussi que résultat ou indicateur des trois dimensions du développement durable. La résolution appelle les États membres à adopter une démarche multisectorielle et à traiter la santé en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques, afin de réduire les inégalités dans ce domaine et de favoriser le développement durable.

Selon Benoît Mathivet, « derrière les objectifs de la couverture sanitaire universelle, il y a surtout l'idée d'une responsabilisation des gouvernements et de dire que, même un Etat qui est dans une situation de forte tension budgétaire, dont les moyens sont faibles et la capacité d'action limitée peut agir sur certains leviers », leviers que l'OMS s'attache à mettre en évidence. L'engagement des Etats serait d'ailleurs la clé de la marche vers la couverture sanitaire universelle et vers le changement.

L'Assemblée générale des Nations-Unies « considère également que la mise en place efficace et financièrement viable de la couverture sanitaire universelle repose sur un système de santé solide et adapté qui comprend des services complets de soins de santé primaires couvrant une zone géographique étendue, notamment les zones éloignées et rurales, qui accorde une attention particulière aux populations les plus défavorisées, et qui est doté d'un personnel suffisant, bien formé et motivé ainsi que des ressources nécessaires pour mettre en œuvre de vastes mesures de santé publique et une protection sanitaire et assurer la prise en compte des déterminants de la santé grâce à des politiques intersectorielles, notamment l'instruction élémentaire des populations en matière de santé »^[E].

Un beau programme ?



Références

A. Chan Margaret, directrice générale de l'OMS. *Retour à Alma Ata*. 15 septembre 2008.

En ligne : <http://www.who.int/dg/20080915/fr/>

B. Jim Yong Kim, président du Groupe de la Banque mondiale. *Conférence sur la couverture santé universelle pour la nouvelle ère du développement : vers la mise en place de systèmes de santé résilients*. Tokyo (Japon), 16 décembre 2015

En ligne : <http://www.banquemondiales.org/fr/news/speech/2015/12/16/uniting-behind-universal-health-coverage>

C. Maurel Chloé. « Quelle « santé globale » pour demain ? L'enjeu de la couverture sanitaire universelle », *L'Humanité*, 5 Septembre 2014.

En ligne : <http://www.humanite.fr/quelle-sante-globale-pour-demain-550951>

D. Nauleau Margot *et al.*, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde* 2013/3 (n°215), p. 129-148.

En ligne : https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RTM_215_0129

E. Organisation des Nations-Unies, Assemblée générale. *Santé mondiale et politique étrangère*. Soixante-septième session. Point 123 de l'ordre du jour. 6 décembre 2012.

En ligne : <http://www.un.org>

F. Sengupta Amit. *Couverture sanitaire universelle : Par-delà la rhétorique*. Occasional paper n°20 – novembre 2013. Municipal Services Projets.

En ligne : <http://municipalservicesproject.org>

Derrière la couverture sanitaire universelle : une idéologie cachée ?

Christian Legrève nous invite ici à oser porter un regard critique sur ce qui nous semble constituer des évidences de bon sens. Parce qu'un train peut parfois en cacher un autre.

Christian Legrève,
responsable du programme
Éducation permanente à
la Fédération des maisons
médicales.

Dans mon expérience personnelle, le point de départ de la réflexion que je voudrais développer ici, c'est l'intervention dans un colloque que nous organisons de Marie-José Del Volgo, une collègue française¹. De manière délibérément provocatrice, elle introduisait son intervention en questionnant le fondement de toute notre conception du système de santé : la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé de 1948 : un état de complet bien-être physique, mental et social... Un temps... « Vous voyez un peu ? », nous demandait-elle. Et tout à coup, dans mon esprit, un certain nombre de doutes, de zones d'ombre, ont pris sens. Ils ont convergé en un questionnement qui incite à la vigilance.

Est-ce que la couverture sanitaire universelle serait une idéologie ? Et au-delà de ça, une idéologie qui en cache une autre ? Une idéologie est un système de pensée qu'on mobilise sans nécessairement prendre conscience de tous ses fondements, et, notamment, des croyances ou représentations qui le sous-tendent, soit avec une conscience *faussée*, qui ignore une partie des faits². Le terme lui-même, *couverture sanitaire universelle*, a quelque chose de vaguement inquiétant,

totalitaire, anonyme, indifférencié. Le terme universalisme, dans le dictionnaire de la philosophie, renvoie d'ailleurs, en premier lieu, à des doctrines ou croyances selon lesquelles « tous les hommes sont finalement destinés au salut »³. Bigre ! Je commence à *voir un peu*, Marie-José. Qu'est-ce qu'on nous cache ?

La déclaration d'Alma-Ata fonde « l'accession au niveau de santé le plus élevé possible » comme « un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier ». L'Organisation mondiale de la santé institue la « Santé pour tous » comme un absolu. Et pourtant, si je peux dire, comme un *absolu relatif*. On parle de santé pour tous, mais au niveau « le plus élevé possible ». Quand j'analyse Alma-Ata avec un groupe, j'ai toujours mis en avant un aspect de la définition des soins de santé primaires, c'est qu'ils sont accessibles « à tous les individus et à toutes les familles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement ». Je soulignais l'intérêt de ne pas imposer aux pays pauvres les standards du soin des pays riches. Mais j'étais, je pense, dans l'idéologie ! Il m'apparaît maintenant indispensable de préciser ce que cette conception a permis, dans les suites d'Alma Ata. En effet, au cours du temps, de nombreuses sessions de l'Organisation mondiale de la santé ont eu lieu pour organiser la mise en œuvre des principes de la charte. L'initiative de Bamako³ en 1987, « en réponse

1. Marie-José Del Volgo, médecin, maître de conférences à la Faculté de médecine d'Aix Marseille, directrice de recherche en psychopathologie clinique. Auteure, avec Roland Gori, de « La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence », Denoël, 2005.

2. Lalande, vocabulaire technique et critique de la philosophie.

3. Lire Grodos ; « soins de santé » ; in Michael Singleton (dir) ; « soins de santé en Afrique : cause perdue ? » ; cahiers du Cidep n°12 ; Bruxelles ; Artel ; 1991.

aux problèmes de financement des services de santé de l'Afrique sub-saharienne [...] a conduit à l'abandon du principe de gratuité et au recours au principe de recouvrement des coûts dans les pays pauvres [...] ». On en est arrivé à justifier les différences entre les pays, en termes de moyens et, du coup, entre les personnes, en termes de résultats. La définition des soins de santé primaires serait, vue sous cet angle, universaliste et relativiste !

Par contre, ça fait longtemps que je souligne son intégration dans le système économique, lui-même cause de problèmes de santé. L'article III, par exemple, souligne que « La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu [...] ». On ne peut pas ignorer qu'Alma-Ata (1978) survient au moment où se négocie le grand virage international des politiques économiques et financières (dérégulation, financiarisation, libéralisation). Au cours des décennies qui ont suivi, l'Organisation mondiale de la santé n'a cessé, de conférence en conférence (Ottawa en 86, Jakarta en 97, Mexico en 2000, Bangkok en 2005, Nairobi en 2009), d'affirmer l'absolu des principes, en cherchant les accommodements avec les évolutions du système économique, et les rapports de Forces entre ses acteurs.

Une récente lecture⁴ est venue nourrir cette vigilance à l'égard de ce qui serait l'idéologie cachée des soins de santé primaires. S'y exprime une double critique vis-à-vis de ce que les auteurs appellent *l'orthodoxie des soins de santé primaires*. Une critique méthodologique ou conceptuelle, déjà exprimée : la relativité de leur définition a permis de s'accommoder de leur développement inégal dans les différents contextes, et de les ramener, au cours du temps et au cas par cas, à la défense du premier échelon, ou à un unique souci d'universalité, quel que soit leur impact au regard des besoins. Pourtant, disent les auteurs, dans l'esprit d'Alma Ata, les soins de santé primaires sont, tout à la fois, une philosophie et une approche, une stratégie de réforme des services de santé englobant des programmes d'actions précis, et un échelon de soin défini. Mais ils vont plus loin dans une deuxième forme de critique, proprement politique : les soins de santé primaires, rappellent-ils, se sont imposés comme une idéologie, « l'orthodoxie de la santé pour tous ». Dans cette mesure, ils sont un maillon de l'ordre mondial, qui provoque « trop de brutalité et de soubresauts pour que chacun puisse croire durablement à ses promesses ». Les soins de santé primaires

4. Edouard Roberson et Michèle Clément, « Les soins de santé primaires, critique d'une orthodoxie », Presse de l'université de Québec ; 2010.

seraient une tentative de le sauver, en réaffirmant, de manière incantatoire et sous forme d'absolu, l'espoir de voir se réaliser le bonheur universel dans le système économique tel qu'il est.

Le principe de la couverture sanitaire universelle ne suffit pas à faire une politique de santé. C'est-à-dire qu'elle ne permet pas, en soi, d'organiser la réponse aux problèmes de santé d'une population. On peut rappeler qu'en 1967 déjà, lors de la création de la commission (belge) d'étude sur la politique de santé, son président, cité par Félix Moerman, dans la *Revue nouvelle*⁵, affirmait : « on a totalement méconnu le problème [...] de l'organisation de la fonction de santé, pour ne voir que le problème de l'assurance maladie ». Or, depuis l'avènement des politiques monétaristes, des pans grandissants de l'assurance maladie invalidité reposent sur des acteurs marchands, ou, sur des branches marchandisées d'acteurs associatifs. Et la commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé affirme⁶ que « Vu les coûts et le signe manifeste d'échec du marché dans l'assurance maladie privée, on peut soutenir que ce n'est pas une option viable pour la mise en commun des risques au niveau national dans les pays à revenu faible et moyen ».

La commission précise encore : « théoriquement, les réglementations du marché peuvent déterminer le rôle et le comportement du secteur privé dans le système sanitaire. En pratique, les éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé sont manquants. De là à ce que les gouvernements prouvent leur capacité à réglementer efficacement l'investissement privé et les prestations des services sanitaires, de façon à renforcer l'équité en santé, ils doivent éviter de s'engager en matière de services de soins sanitaires dans des traités commerciaux ayant force obligatoire, qui influent sur leurs capacités d'exercer un contrôle réglementaire domestique » (voir l'article page 40).

Lors de la conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé à Berlin en 2007, la déclaration finale institue pourtant le partenariat pu-

5. Groupe d'étude pour une réforme de la santé (GERM), « Pour une politique de la santé », la *Revue nouvelle* ; 1971.

6. Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS, rapport final, 2009, *Comblé le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

blic/privé⁷ comme stratégie prioritaire pour financer la lutte contre le retour de la tuberculose. On peut lire sur le site de l'organisation : « Cette approche englobe différentes stratégies de collaboration public-privé (entre le programme national de lutte contre la tuberculose et le secteur privé), public-public (entre le programme national de lutte contre la tuberculose et d'autres dispensateurs du secteur public comme les hôpitaux, les services de santé des prisons ou de l'armée et les organisations de sécurité sociale) et privé-privé (entre une organisation non gouvernementale ou un hôpital privé et les dispensateurs privés du même quartier). » (voir l'article page 23).

Cynisme ? Candeur ? Duplicité ? Division ? Faiblesse ? Toujours à Berlin, en 2010, la conférence de l'Organisation mondiale de la santé intitulée « Financement des systèmes de santé, clé de la couverture universelle » présente le rapport 2010 sur la santé dans le monde. Les documents préparatoires insistent à chaque page sur la nécessité de diversifier les partenaires pour affronter les défis financiers, en les différenciant explicitement selon le niveau de ressource des pays, classés en trois catégories⁸. La conférence se clôture sur la tenue d'un forum P4H (*providing for Health*) « L'Initiative Assurer la santé ne préconise aucun modèle spécifique pour parvenir à cet objectif car elle reconnaît que différentes options doivent être envisagées selon le contexte macroéconomique, socioculturel et politique de chaque pays ». On rêve ! Cette initiative a été lancée dans le cadre du G8 par l'Organisation internationale du travail, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé et les gouvernements allemands et français. Des participants à ces événements rapportent l'acharnement des représentants de ces deux pays pour imposer la référence au partenariat public-privé. L'Allemagne et la France... Les deux pays qui dictent à l'Union européenne les règles inflexibles de l'orthodoxie budgétaire, du credo monétariste et de l'austérité, qui imposent aux pays pauvres les « réformes » élaborées par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale. *Vous voyez un peu ?*

7. Partenariat public/privé : mécanisme de financements permettant à des pouvoirs ou organismes publics de faire accomplir à des entreprises privées des tâches ou des investissements qu'elles leur payent de façon différée moyennant un taux d'intérêt substantiel. C'est donc une sorte de leasing, très coûteux dans le long terme pour les finances publiques.

8. Pays à revenus élevés, moyens ou faibles.

Est-ce un rêve ou un cauchemar ? Faut-il renoncer à l'objectif de la couverture sanitaire universelle ? Faut-il rejeter tout ce que l'Organisation mondiale de la santé propose ? On pourrait se dire que notre position est fondée sur une contradiction : la sécurité sociale, telle que nous la connaissons, dépend du compromis social-démocrate sur le partage des bénéfices de la croissance, elle-même condition sacrée du capitalisme. On ne peut l'admettre. Il nous reste à penser plus loin, à imaginer et faire advenir un régime de prospérité qui permette de mettre en place un système de santé universel et équitable.

En conclusion, je dirais que les soins de santé primaires restent un cadre utile d'analyse des systèmes de santé, et la couverture sanitaire universelle un objectif *inaliénable, mais* qu'on ne peut faire l'économie du regard critique sur leur aspect idéologique. On ne peut pas penser les soins de santé primaires sans une remise en cause radicale du système économique dans lequel ils ont été élaborés et de celui dans lequel ils sont mis en œuvre.

Tout ceci fournit des balises à un mouvement comme celui des maisons médicales. Pour dépasser la contradiction décrite plus haut, la remise en cause du système capitaliste ne peut être dissociée du combat pour un système de santé de qualité. Et chacun de ces deux termes de notre projet politique détermine des alliances et des batailles que nous avons à prendre en compte dans leur ensemble, sous peine de servir d'alibi à ce contre quoi nous travaillons. Au risque de travailler contre nous-mêmes et contre ceux auprès desquels nous nous engageons chaque jour. ■



Santé globale et couverture sanitaire universelle : même bateau, même dérive ?

Gaëlle Chapoix, chargée de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales.

Tel un bateau ivre balancé par la houle à proximité des récifs, les concepts de santé globale et de couverture sanitaire universelle partent-ils à la dérive, vers la noyade des systèmes de santé ? Qui tient le gouvernail ?

« On ne peut pas penser les soins de santé primaires sans une remise en cause radicale du système économique dans lequel ils ont été élaborés et de celui dans lequel ils sont mis en œuvre. » vient de nous dire Christian Legrève (voir article précédent).

La commission des Déterminants de la santé de l'Organisation mondiale de la santé ^[B] affirmait quant à elle : « L'inégalité des conditions de vie quotidiennes est le fait de structures et de processus sociaux profonds. L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables. »

Et dans sa résolution sur la santé mondiale^[1], l'Assemblée générale des Nations-Unies « estime qu'améliorer la protection sociale dans l'optique d'une couverture sanitaire universelle revient à investir en faveur des populations, en leur donnant les moyens de s'adapter aux changements de l'économie et du marché du travail et en favorisant la transition vers une économie plus durable, participative et équitable ».

Serions-nous donc tous d'accord ? !

Un pas en avant, deux pas en arrière ?

Pas si sûr... car (prudente ?) l'Assemblée générale des Nations-Unies « convient que, lors de la transition du système de santé vers la couverture universelle, chaque possibilité doit être étudiée en tenant compte du contexte épidémiologique, économique, socioculturel, politique et structurel de chaque pays, conformément au principe de la prise en main par les pays ».

Et c'est ainsi qu'en matière de couverture sanitaire universelle, il semblerait que chaque « oui », soit suivi d'un « mais », présent en filigranes déjà dans la formulation. Ainsi par exemple, les divers écrits sur la couverture sanitaire universelle insistent sur la réduction des risques à l'échelle des individus qui ne devraient pas « craindre la ruine financière »¹. Alors que la Déclaration d'Alma Ata, vise des « soins de santé primaires [...] accessibles à tous les individus et à toutes les familles », et précise « à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement ». Si on peut y voir le risque de validation des inégalités éclairé par Christian Legrève (voir article précédent), il semble intéressant de noter que l'enjeu financier est situé ici à un niveau collectif.

Les microfissures du concept deviennent vite des failles dans lesquelles n'ont plus qu'à s'engouffrer ceux qui prônent la libéralisation du « marché » des soins de santé. Chloé Maurel^[C], historienne spécialiste des Nations-Unies, pointe un parallèle entre les concepts de couverture sanitaire universelle et de « santé globale » : « objectif transformateur, inclusif et englobant ce qui semble faire l'objet d'une tentative de détournement de son caractère progressiste pour être pris dans une acceptation plus néolibérale ». Cette logique de détournement est en effet familière des acteurs dominants du système néolibéral² et est d'autant plus aisée que les cadres fixent des objectifs et non des

1. http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/universal_health_coverage/fr/

2. Voir « Perversion et néolibéralisme » dans le *Santé conjugulée* 66 d'octobre 2013.

moyens³. Ainsi le risque serait grand de voir la « santé globale » se réduire à une approche sécuritaire⁴ et de voir se tisser des couvertures sanitaires universelles nationales à plusieurs vitesses et aux marchés juteux (pour les prestataires de soins privés, les firmes pharmaceutiques, les compagnies privées d'assurance...).

Selon le Municipal Services Project^[H], le fait que la couverture sanitaire universelle ne porte pas sur les mécanismes de prestations ou la nature des systèmes a permis qu'elle soit « très vite amalgamée avec les systèmes encourageant la participation du privé dans un contexte d'effondrement généralisé des systèmes publics ». Les Plans d'ajustements structurels imposés aux pays du Sud par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international n'étaient pas pour rien dans le développement de ce contexte, poussant au démantèlement des services publics et à leur privatisation. Et c'est bien ce que l'on cultive aussi de plus en plus aujourd'hui en Europe dans un cocktail de privatisation marchande et d'austérité⁵. Il suffit de regarder l'état de santé des services publics et des services de santé, plus spécifiquement en Grèce ou au Portugal pour visualiser le processus et ses effets (voir l'introduction du dossier page 14).

« C'est la manière dont les services seraient financés plutôt que fournis qui a été mis de l'avant sous l'appellation de couverture sanitaire universelle » selon Amit Sengupta^[H]. Si les finances sont assurées, que la prestation soit le fait du privé ou du public importe peu dans cette conception. Mais cette opposition ne tient « pas compte du fait qu'un système de santé n'est pas qu'un agrégat de prestataires [...] mais un réseau intégré de services et de soins stratégiquement assignés aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire »^[H].

Chloé Maurel conclut ainsi : « il appartient donc à l'Organisation mondiale de la santé et aux forces progressistes de continuer à promouvoir des conceptions égalitaires de la santé, l'idéal d'un service public de santé, et de modeler les concepts de « santé globale » et de « couverture sanitaire universelle » dans le sens de la justice sociale »^[C].

3. Ce qui n'est pas sans rappeler la Loi belge sur le bien-être au travail centrée sur les objectifs, contrairement au Règlement général de protection du travail qu'elle remplace, centré sur les moyens à mettre en œuvre (Lire à ce sujet *Bien-être et risques psycho-sociaux. Le pouvoir des mots* paru en décembre 2014.)

4. « Ces États [du Nord] se préoccupent de la santé dans les pays du Sud avant tout parce qu'une forte prévalence de maladies contagieuses dans ces pays est dangereuse pour eux du fait du risque de contamination. » (Maurel, 2014)

5. Voir aussi le dossier du *Santé conjugulée* 69 de décembre 2014 « Europe et marchandisation des soins ».

L'Organisation mondiale de la santé semble en être pleinement consciente étant donné qu'elle a elle-même produit un plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle^[F] qui « rassemble les principes sur lesquels repose le financement de la santé, des exemples de pays et des arguments basés sur des données factuelles qui permettront aux organisations de la société civile de défendre les politiques de financement de la santé qui font la promotion de l'équité, l'efficacité et propose une utilisation rationnelle des ressources, en veillant à ce que les droits des plus vulnérables ne soient pas oubliés ».

En Grèce, les dépenses publiques de santé ont été plafonnées à 6% du produit intérieur brut, du fait des conditions dont étaient assortis les plans de sauvetage internationaux ; cette proportion est nettement inférieure à la moyenne de l'Union européenne, qui était de 9% en 2010. Des recherches récentes sur la Grèce mettent en évidence des réductions drastiques des budgets des hôpitaux publics, des dépenses de médicaments et des fonds consacrés à la prise en charge de la santé mentale, accompagnées, d'une montée en flèche de la quote-part des usagers. Le nombre de cas de dépression grave a été multiplié par 2,5 entre 2008 et 2011, tandis que le nombre de suicidé a augmenté de 45% entre 2007 et 2011. La mortalité infantile, longtemps en baisse, a connu une hausse de 43% entre 2008 et 2010, qui pourrait être due à des difficultés d'accès des femmes enceintes aux soins prénatals.

En Lettonie, les coupes pratiquées dans le budget de la santé publique ont également réduit l'offre de soins. Un expert indépendant de l'Organisation des Nations-Unies a fait remarquer que le nombre d'hôpitaux publics était passé de 88 à 39 entre 2008 et 2010 et qu'une part plus importante du coût des services médicaux et des médicaments restait désormais à la charge des patients. En 2011, 26,8% des chômeurs et 18,3% des retraités ont dû renoncer au moins une fois à un traitement ou à un examen médical, faute de pouvoir payer.

Source : *Maintenir l'accès universel aux soins de santé, le carnet des droits de l'homme*, Strasbourg le 7 août 2014, Nils Muiznieks.



La santé contre la pauvreté ou la lutte contre les inégalités ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la couverture santé universelle serait donc un outil de lutte contre la pauvreté (voir l'article en page 16). On retrouve cette idée dans un récent article du *Monde Diplomatique* (Blanchet, 2016) : « Outil de développement, la santé contribue à réduire la pauvreté à travers la lutte contre la mortalité et la morbidité. » Or, il est largement documenté que la pauvreté nuit à la santé. Suggère-t-on ainsi de s'attaquer aux effets pour réduire les causes ? Ou plutôt de panser quelques plaies sans devoir remettre en cause le système qui les produit ? Dans « L'égalité est meilleure pour tous », Richard Wilkinson et Kate Pickett, deux épidémiologistes ont en effet démontré sur base de nombreuses études complétées par les leurs que, dans les sociétés plus égalitaires, toute la population est en meilleure santé, même les plus riches ; à part peut-être une extrême minorité qui malheureusement détient également le plus de pouvoir sur les orientations de nos sociétés (lire aussi l'article « En réseau contre Goliath » de Gaëlle Chapiro dans le *Santé conjugulée* n°69, 2014). Il paraît donc pertinent de s'interroger sur le sens et les effets d'une telle formulation.

Report sur la société civile ?

Nous voilà donc, avec ce plaidoyer, soutenus et incités à développer une action politique et citoyenne, et notamment à « encourager les gouvernements, les partenaires du développement et les autres prestataires des organisations de la société civile à remplacer les mécanismes de financement volontaires par des mécanismes plus efficaces et équitables reposant sur des contributions obligatoires qui sont ensuite mises en commun pour que les risques soient répartis sur l'ensemble de la population » et à « participer au débat concernant le financement de la couverture sanitaire universelle » et « concernant l'achat de services en utilisant les fonds mis en commun pour la santé (y compris l'allocation du budget public pour la santé) et veiller à ce que les allocations soient efficaces et équitables. Les organisations de la société civile doivent en particulier se montrer vigilantes à l'égard des allocations de fonds qui bénéficient de manière disproportionnée aux soins hospitaliers tertiaires, aux dépens d'un investissement dans les services de soins de santé primaires locaux, ou qui bénéficient de manière disproportionnée aux traitements, aux dépens de la prévention et de la promotion. » Il nous est conseillé également de nous « opposer aux stratégies qui visent à créer des regroupements des risques distincts pour les groupes les plus privilégiés de la société [...] en particulier si ces groupes reçoivent des subventions à partir de fonds publics, et préconiser des stratégies qui incluent dès le départ les populations pauvres et vulnérables [femmes, enfants, personnes âgées...]. » ^[6]

Et c'est bien à nos gouvernements qu'il y a lieu d'adresser ce plaidoyer car il n'aurait pas d'effet sur les représentants du secteur marchand qui se sont déjà déployés dans les systèmes de santé.

Services publics ou partenariats public-privé ?

Comment peut se concrétiser cet engagement des Etats ? Pour Benoît Mathivet (Organisation mondiale de la santé)⁶, le mode de propriété du fournisseur de soin importe peu, pour autant que le contrat entre la caisse d'assurance et le fournisseur soit bien structuré, son application bien régulée et qu'il soit conçu

6. Spécialiste en politique de financement de la santé au siège de l'Organisation mondiale de la santé, interviewé par *Santé conjugulée* en 2016.

de façon à ce qu'il serve les intérêts du patient. Mais en raison de systèmes de régulation faible, il constate une tendance dans beaucoup de pays à voir se développer des contrats trop en faveur des prestataires, souvent de manière plus sensible dans le privé. Rappelons ici la nuance de taille entre privé et marchand⁷. Les maisons médicales par exemple font partie des acteurs privés ; elles sont cependant sans but lucratif et exercent une mission de service public⁸. Elles partagent donc les finalités des pouvoirs publics. La commercialisation ou marchandisation des soins de santé est une « conséquence possible de la privatisation et elle augmente l'entrée sur le marché d'acteurs qui considèrent les soins de santé comme un business devant produire des bénéfices. Comment faire des bénéfices ? En réduisant les charges au minimum. Où vont ces bénéfices ? Une partie peut être ristournée sous forme de bonus aux collaborateurs, une autre sous forme de dividendes aux actionnaires. »^[E] Des objectifs divergents apparaissent donc avec la marchandisation. Et c'est du côté des acteurs « marchands » que se trouve la plus grande puissance de lobbying, bien supérieure à celle des organisations non gouvernementales ou des mutualités par exemple⁹. Pouvons-nous vraiment espérer dans ce cas une régulation qui protège les intérêts des patients ?

Les premières minutes du documentaire d'Arte intitulé *Partenariats public-privé, un marché de dupes* (2014) annonçaient clairement la couleur : si le secteur marchand décide d'investir, c'est qu'il y a du profit à faire. Et donc qu'au final le partenariat public-privé coûtera plus cher aux pouvoirs publics ! Ceux-ci auraient donc tout intérêt à garder la main. D'ailleurs, le coût de la gestion des assurances privées est nettement supérieur à celui de l'assurance obligatoire, comme l'illustre Jean Hermesse pour la Belgique (voir l'article page 68). C'est aussi ce dont témoigne Damien Contandriopoulos (chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal) pour le Canada. Il démonte également le discours axé sur la peur qui vise à convaincre le citoyen de la nécessité des partenariats public-privé, notamment par quelques changements d'échelle sur des graphiques qui donnent l'illusion d'une explosion

des coûts de la santé, illusion qui se dissipe lorsqu'on place ceux-ci sur le même graphique que l'augmentation du produit intérieur brut pour se rendre compte que la proportion reste approximativement stable (à voir en images¹⁰).

Ainsi, les acteurs marchands vont se centrer sur ce qui rapporte et laisser aux services publics ce qui coûte créant une couverture sanitaire universelle à deux vitesses^[H]. La contribution y serait liée non plus à la capacité contributive de chacun mais au « risque » que l'on présente, plus grand par exemple pour les personnes qui fument, souffrent d'obésité ou d'hypertension. Les plus pauvres n'auraient plus accès qu'à un minimum de soins assuré par un système public surchargé contraint à prendre en charge ce dont le privé ne voudrait pas. De plus, ce qui rapporte est dans le curatif. La promotion de la santé, ce n'est pas rentable ; ça pourrait même réduire le marché en diminuant les besoins en soins, en médicaments, en analyses et en utilisation d'appareillage. On peut déjà observer une course à l'acte et aux examens divers aujourd'hui dans les hôpitaux en quête de rentabilité. La marchandisation est à l'œuvre au grand jour par exemple dans les secteurs des maisons de repos et de soins ou celui des assurances ces dernières années et depuis bien longtemps dans le secteur des médicaments¹¹ et des équipements (fabrication, distribution) par exemple. Mais elles le sont aussi de manière plus discrète entre autres via la sous-traitance au sein des hôpitaux (pour des services techniques comme les laboratoires et la radiologie et aussi par la séparation entre la prestation de services et la gestion confiée au privé), via la fusion de laboratoires d'analyses qui passent aux mains de multinationales et transforment leurs pratiques en conséquence¹²... évolution qui s'observent également de plus en plus au niveau des pharmacies. Et les traités internationaux en cours de négociation visent à accentuer ce mouvement dans tous les secteurs (voir l'article page 40).

7. Lire aussi « Privatisation, marchandisation... kesako » dans le *Santé conjugulée* n°69 de décembre 2014 <http://www.maisonmedicale.org/Privatisation-commercialisation.html>

8. Lire aussi l'article *Explorer de nouveaux territoires* publié sur le site de Fédération des maisons médicales <http://www.maisonmedicale.org/Explorer-de-nouveaux-territoires.html>

9. Lire aussi « En réseau contre Goliath », *Santé conjugulée* n°69, 2014)

10. La privatisation de notre système de santé (Québec) <https://www.youtube.com/watch?v=Y7EBWxQeqPA>

11. Voir la récente campagne de Médecins du Monde sur le prix des médicaments : <http://www.maisonmedicale.org/Le-Prix-de-la-Vie.html>

12. Lire aussi « Mind the robots » dans le *Santé conjugulée* 70 de septembre 2015 et « Soins de santé en Belgique : un marché en or ? » dans le *Santé conjugulée* 69 de décembre 2015.

Transformation et biens communs

Plusieurs études prouvent l'efficacité des systèmes de santé publics^[H] (voir aussi l'article page 30). Comme le suggère Sengupta, le défi qui s'offre à nous aujourd'hui est de « réinventer les soins de santé publics ». De la même manière qu'il est devenu urgent de réinventer notre système socio-économique. Dans l'un et dans l'autre, il s'agit de raviver le concept de biens communs¹³ (dont on peut considérer la santé comme en faisant partie) et la solidarité, globale et de proximité (voir l'article page 59).

L'Organisation mondiale de la santé recommande une approche pragmatique plutôt qu'idéologique^[D]. Pourtant, quelle que soit la stratégie choisie, n'est-elle pas forcément le fruit d'une idéologie ? ! L'illusion de pragmatisme ne tient-elle pas au fait que l'idéologie dominante est si prégnante qu'elle paraît « naturelle » et inévitable, donnant l'impression qu'il n'y en a pas !

La question serait donc de savoir à quelle vision de la couverture sanitaire universelle et de la société nous souhaitons contribuer, en tant que citoyens, en tant qu'acteurs du secteur, en tant que mouvement. ■

Références

A. Blanchet Karl, « La santé communautaire, un enjeu essentiel », *Le Monde diplomatique*, avril 2016, pages II et III.

En ligne : <http://www.monde-diplomatique.fr/2016/04/BLANCHET/55240>

B. Commission des déterminants de la santé de l'OMS. *Comblent le fossé en une génération*, OMS, 2008.

En ligne : http://www.who.int/social_determinants/the-commission/finalreport/fr/

C. Maurel Chloé. « Quelle « santé globale » pour demain ? L'enjeu de la couverture sanitaire universelle. », *L'Humanité*, 5 Septembre 2014.

En ligne : <http://www.humanite.fr/quelle-sante-globale-pour-demain-550951>

D. Nauleau Margot *et al.*, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle. Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde* 2013/3 (n°215), pp. 129-148.

En ligne : https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RTM_215_0129

E. Neelen Mathias, « Privatisation, commercialisation, marchandisation... Késako ? » *Santé conjugulée* n°69, septembre 2016.

En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Privatisation-commercialisation.html>

F. Organisation mondiale de la santé. *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle*. 2013.

En ligne : http://www.who.int/health_financing/UHC_FRvs1.pdf

G. Organisation des Nations-Unies, assemblée générale. Santé mondiale et politique étrangère. Soixante-septième session. Point 123 de l'ordre du jour. 6 décembre 2012.

En ligne : <http://www.un.org/>

H. Sengupta, Amit. *Couverture sanitaire universelle : Par-delà la rhétorique*. Occasional paper n°20 novembre 2013. Municipal Services Projects.

En ligne : <http://municipalservicesproject.org>

13. voir l'article « Alternative, une photo de famille » dans le *Santé conjugulée* 57 de juillet 2011 <http://www.maisonmedicale.org/Alternative-une-photo-de-famille.html>

Quand le privé prend le dessus (ou pas)

Les systèmes de santé reposent la plupart du temps sur un assortiment plus ou moins harmonieux entre des services publics et privés. En Inde par exemple, le secteur public est délaissé au profit du privé, coûteux et peu encadré. Au Brésil, le système a subi une profonde segmentation public / privé, créant en son sein des tensions. L'exception ? Cuba, où le système de santé est à 100% public.

En Inde, des soins publics déficients, une assurance santé inefficace

L'intervention du gouvernement indien dans les soins de santé s'effectue à deux niveaux : par la prestation directe de services (réseau d'hôpitaux publics, de centres de santé primaire et de dispensaires), ainsi que par deux modèles restreints d'assurance maladie (celui du gouvernement central, celui pour les employés).

Mais le secteur public est délaissé, sous-financé (les dépenses publiques pour les soins de santé s'élèvent en 2012 à 1,04% du produit intérieur brut). Conséquence : un sous-équipement des infrastructures publiques, une gestion aléatoire du personnel soignant et la dépendance de larges segments de la population à un secteur privé mal réglementé. Les malades sont amenés à choisir entre un secteur privé coûteux et peu encadré et des hôpitaux publics mal approvisionnés et surchargés.

Pour pallier à ces carences, le gouvernement lance en 2005 la « Mission nationale pour la santé rurale » (*National Rural Health Mission*). Des progrès sont accomplis, mais ils demeurent insuffisants.

Parallèlement, pour atténuer les frais directs des patients pour leur santé (qui représentent 70% des dépenses des ménages !), les plans d'assurance maladie se multiplient. En 2010, environ un quart de la population est couvert par au moins l'un des systèmes en place.

Mais ces plans d'assurance, financés par les capitaux publics et délivrés par le privé, contribuent en fait à un renforcement du système privé. Aujourd'hui, les bénéficiaires sont assurés pour un certain nombre de maladies qui requièrent une hospitalisation. Mais la plupart des maladies infectieuses, les maladies chroniques ou certains cancers traités en ambulatoire sont exclus de cette couverture.

*Sources : Couverture universelle : par-delà la rhétorique, *Municipal services project, Occasional paper no 20, novembre 2013, par Amit Sengupta ; « En Inde, le gouvernement sous pression », Supplément du Monde diplomatique : « La couverture santé, un combat universel », janvier 2014, par Xavier Deepak et Reddy K. Srinath.**

Au Brésil, une segmentation public / privé

1986. Navigant à contre-courant de la vague néolibérale qui déferle sur l'Amérique latine, le Brésil crée le *Sistema Unico de Salud* (système de santé unifié, financé par les taxes) et proclame dans sa Constitution (1988) l'obligation du gouvernement de fournir des soins de santé gratuits pour tous. S'ensuit le déploiement d'un dispositif de soins primaires qui couvre aujourd'hui l'entièreté du pays.

Le hic, c'est que si les soins primaires sont fournis par un large réseau d'établissements publics, les soins hospitaliers, eux, sont largement dispensés par le



privé. Le secteur des soins de santé a en effet subi une importante segmentation public / privé, provoquant toutes sortes de tensions dans le système : le secteur privé augmentant sans cesse les frais pour les soins qu'il fournit, le système de santé brésilien est devenu l'un des plus chers du monde (les dépenses santé s'élevant à 9% du produit intérieur brut). L'accès à la santé est devenu inéquitable, une réalité renforcée par l'acquisition par les classes supérieure et moyenne d'assurances privées qui complètent les services publics auxquels ils ont accès.

Source : Amit Sengupta, Couverture universelle : par-delà la rhétorique, Municipal services project, Occasional paper no 20, novembre 2013.

À Cuba, des soins de santé gratuits pour tous

Si Cuba fait fréquemment l'objet de critiques sur son respect des droits civiques et politiques, son système de santé, lui, est souvent présenté comme l'un des meilleurs. À Cuba, la gratuité de la santé est inscrite dans la Constitution et après une cinquantaine d'années de couverture universelle des soins de santé, la plupart des Cubains ont accès à des soins de santé de qualité. L'espérance de vie sur cette île est de 78 ans, juste en dessous celle des Etats-Unis, et la mortalité infantile y est inférieure.

Après la révolution de 1959, les cliniques et l'industrie pharmaceutiques ont été nationalisées et intégrées

dans un système unique sous la houlette du ministère de la Santé. Le pays a été divisé « zones » de santé, avec une polyclinique par zone, et une décentralisation des soins jusqu'au niveau communal. Un médecin, un infirmier et un travailleur social sont collectivement responsables pour un certain nombre d'habitants dans un territoire donné. Et malgré les réformes et privatisations qui ont déferlé au cours des années nonante sur tout le continent latino-américain, Cuba a préservé un système de santé entièrement public.

L'accès à une couverture médicale et aux soins serait d'ailleurs une des clefs du succès de l'élimination de la transmission du virus du SIDA et de la syphilis de la mère à l'enfant. Une première dans le monde, selon l'Organisation panaméricaine de la santé.

Fuite des professionnels de santé à l'étranger, insuffisance de matériel... Certaines voix s'élèvent néanmoins pour dénoncer la détérioration du système de santé cubain au cours des dernières années.

Sources :

<http://m3m.be/news/cuba-exemple-de-couverture-universelle-des-soins-de-sant%C3%A9-m%C3%A0me-en-temps-de-crise>

<http://www.sudinfo.be/1322812/article/2015-06-30/cuba-est-le-1er-pays-a-eliminer-la-transmission-du-vih-de-la-mere-a-l-enfant>

« Por qué se ha deteriorado el sistema de salud de Cuba », BBC Mundo, 20 août 2015.

Repenser le financement du système de santé

France Defrenne,
chargée de projets pour
le programme Education
permanente de la Fédération
des maisons médicales.

Les précédents articles se situaient jusqu'ici à un niveau global. Rétrécissons à présent le champ pour regarder ce qui se passe en Belgique. Dans l'option d'assurer le chemin vers la couverture sanitaire universelle dans notre pays, il paraît opportun, dans un contexte de crises plurielles, de repenser les modes de financement de notre système de santé.

En Belgique, la plus grande partie de dépenses de soins de santé est payée actuellement par les mutualités et l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité), c'est-à-dire par l'assurance maladie. Mais l'État fédéral et les entités fédérées dépensent également de l'argent pour les soins de santé (médecine scolaire, prévention...). Le patient paie une part importante des soins de santé de sa poche : le ticket modérateur, suppléments¹, médicaments et dispositifs non remboursés ainsi que des primes pour des assurances complémentaires (qui permettent une couverture partielle pour les frais d'hospitalisation, les visites chez le médecin, le spécialiste et les frais de traitement notamment).

Si chez nous, à l'origine, le système de santé était bismarkien, c'est-à-dire alimenté par le prélèvement de cotisations chez les travailleurs constituant les seuls assurés, la couverture a été étendue un peu plus tard, fin des années '60, aux familles, aux chômeurs, aux enfants... Le système a évolué vers un modèle mixte, bismarkien (pour deux-tiers) et beveridgien, basé sur l'impôt (pour le tiers restant) : voir l'encart *Systèmes de santé en Europe*, page 35.

Le modèle bismarkien et le modèle beveridgien reconnaissent le rôle de la solidarité sociale avec des

1. En février 2016, le magazine *Question à la une ?* consacrait la première partie de son émission aux pratiques des soignants en matière de coût des soins. Il faisait le constat que plus le patient était aisé financièrement, mieux il était traité. En effet, certains médecins spécialisés au sein des hôpitaux font par exemple payer un tarif double aux patients qui veulent être soignés plus vite. Et encore que des médecins refusent d'opérer des malades qui choisissent une chambre double, bien moins rémunératrice que la chambre particulière.
http://www.rtbef.be/auvio/detail_questions-a-la-une?id=2084517

modes de financement différents des soins de santé. Cependant, nous dit Amit Sengupta coordinateur global associé du Mouvement populaire pour la santé notamment, la raison première de l'émergence de ces programmes en Europe est la recherche de stabilisation du revenu et la protection contre la perte de salaire en cas de maladie, bien plus que le paiement des dépenses médicales qui n'arrivera que plus tard. Les programmes sont à l'origine conçus comme un moyen de maintenir les revenus et d'acheter l'allégeance politique des travailleurs ». Pour lui, « ils ont été construits autour de contradictions fondamentales. [...] entre le caractère solidaire du financement et l'appropriation privée des fonds de la collectivité par les prestataires de soins, y compris les industries [...] compagnies pharmaceutiques et fabricants d'équipements). Mais aussi, entre les intérêts des individus et de la société tout entière dans un système de soins sûr, efficace et bon marché d'un côté, et de l'autre les intérêts des prestataires privés et des fabricants pour la vente toujours croissante de produits [...] » [A p.13-14].

Tous les citoyens belges sont couverts. En partie. En effet, couverture de tous ne signifie pas couverture totale. La couverture varie selon le statut (bénéficiaire de l'intervention majorée, assuré ordinaire...). Souvenons-nous que la troisième dimension de la couverture sanitaire universelle indique que pour assurer l'accessibilité financière à tous, elle doit être la plus étendue possible (voir l'article page 16). Notre pays semble être sur cette voie. Aujourd'hui, même pour les non assurés, des systèmes sont mis en place, notamment l'aide médicale urgente, même si leur accès reste difficile vu les méandres administratifs (voir l'article page 75). D'autres mécanismes existent (voir l'article page 43).

Des modèles du passé ?

De l'avis de Benoît Mathivet (interview *Santé conjugulée*, avril 2016), spécialiste en politique de financement de la santé au siège de l'Organisation mondiale de la santé. « Pour lui, le statut de la personne, le statut d'employé, ne devrait pas avoir d'impact sur la couverture contre le risque financier lié à la maladie. Ce qui est important, c'est d'avoir l'assurance qu'on va être couvert lorsque l'on tombe malade, et cela transcende la source de financement pourvu qu'elle soit publique et prépayée (c'est-à-dire sans paiement au moment de la matérialisation de risque). Le contexte de l'apparition des deux modèles (sortie de guerre) relève du passé. Avec la couverture sanitaire universelle, on part du principe que la santé est un droit.

Quelle que soit la source, les contributions des personnes, qu'elles soient salariales ou par un système de taxation générale, cela importe peu. On sort de la distinction. On en parle plus vraiment en ces termes. D'ailleurs, de manière générale, la plupart des systèmes ont évolué vers un mixte de ces sources ».

Ces modèles sont une réponse à un contexte d'après-guerre. Le contexte actuel est tout autre, ce qui nous invite à repenser les modèles.

Chez nous, tout va bien alors ?

Avec la récente réforme de l'Etat (la 6^{ème}) et le transfert de compétences vers les régions, les impôts deviennent une prérogative des entités fédérées, quant à la perception des cotisations liées au travail, cela reste du ressort de l'Etat fédéral. Cette répartition n'est-elle pas un frein vers la couverture sanitaire universelle ? Un genre de système à plusieurs vitesses : entre entités fédérées et Etat fédéral positionnés différemment politiquement d'une part ; entre entités fédérées, avec chacune des enjeux communautaires différents d'autre part, avec une alimentation des caisses de l'impôt qui dépendra du contexte, du type de population, de l'état des finances de la région, des communes, de la localisation... avec une probable répercussion sur les politiques de santé et la couverture des soins, créant ainsi des inégalités de traitement entre les personnes sur un même territoire national.

Lors d'une interview², Yves Hellendorff, permanent national à la Centrale nationale des employés, nous disait : « il y a 15 ans, nous étions proches de la couverture sanitaire universelle. Aujourd'hui, on s'en éloigne. On a déplacé le niveau de solidarité avec la réforme de l'Etat alors que la solidarité est la plus efficace lorsqu'elle est la plus large ».

Ce qui se passe chez nous ne va pas dans ce sens. Et le risque, ce sera une incapacité de prise en charge. En effet, le choix fait au niveau fédéral de réduire les moyens alloués aux soins de santé pour résoudre l'accroissement des dépenses va dans ce sens. 110 millions de dépenses dues notamment à un dérapage dans le secteur des médicaments³. En avril 2016⁴, le gouvernement fédéral prévoit pour l'ajustement budgétaire une série de mesures d'économies dans le domaine des soins de santé et de l'invalidité avec un gain prévu de 50 millions d'euro mais aussi des économies de 170 millions dans le secteur des médicaments.

L'institut Itinera⁵ publiait en 2014 une analyse sur la politique de santé en Belgique et soulignait que « la quote-part que le patient doit payer de sa poche est montée à 20 %, alors qu'aux Pays-Bas elle n'est que de 6 %, [que cette] situation entraîne un creusement du fossé entre riches et pauvres, et [que] près de quatre fois plus de consultations médicales sont reportées pour raisons financières, entre les hauts (4 %) et les bas (27 %) revenus. »

Se dirige-t-on en Belgique vers plus de paiements directs de la part des patients ? Dans son dossier de campagne⁶ sur le droit à la santé, le Centre national de coopération au développement (CNCD) soutient qu'en effet, petit à petit, l'Europe va à l'encontre des recommandations internationales en la matière. Sous prétexte d'austérité imposée, de nombreux pays sont en train de détricoter leur système de financement solidaire du secteur de la santé et, ainsi augmentent la pression financière sur le patient.

2. Interview par *Santé conjugulée* en janvier 2015.

3. Dossier de campagne du Centre national de coopération au développement, *la santé, une marchandise ? Les dangers d'une commercialisation des soins*, p.25 (Zoom : fixation du prix des médicaments et remboursement), avril 2016.

4. *Le soir* du 11 avril 2016, « la suédoise avance ses pions pour l'ajustement 2016 ».

5. http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/articles/pdf/communication_soins_de_sante_fr.pdf

6. Etude du Centre national de coopération au développement, p.37.

Quelles pistes pour l'avenir ?

Pour Yves Hellendorff, on pourrait « imaginer des financements alternatifs pour alimenter la sécurité sociale, pas nécessairement en lien avec la santé : de nouvelles taxes, des taxes sur les transactions financières, sur les fortunes et les dispositifs financiers ». Taxes aussi sur les émissions de gaz carbonique comme l'ajoute Remco van de Pas⁷, de l'Institut de médecine tropicale, qui insiste également sur le fait que « la non taxation des richesses privées empêche de nombreux pays de financer un système public fort pour atteindre ou maintenir une vraie couverture sanitaire universelle » et que « ce n'est pas seulement le problème des pays pauvres. La question fiscale est étroitement liée à celle des progrès en matière de couverture sanitaire universelle ». Elle est en effet liée à la capacité des États d'assurer leurs responsabilités vis-à-vis de la population, même si ce n'est pas le seul élément constituant d'un pouvoir public fort. Pouvoir public fort comme condition nécessaire (et pourtant pas suffisante) à la mise en place de partenariats public-privé garantissant, comme le souligne Benoît Mathivet (pour autant que soit validée l'hypothèse idéologique selon laquelle les partenariats public-privé seraient incontournables), un juste équilibre : « le financement du système de santé doit être de manière prépondérante public si l'on veut aller vers la couverture sanitaire universelle » (voir l'article page 23).

Les nouvelles taxes évoquées par Yves Hellendorf pourraient d'ailleurs en partie n'être que la concrétisation d'une logique d'internalisation⁸ des coûts pour la santé selon le principe pollueur-payeur. Or, de nos jours, la logique de responsabilisation individuelle

7. *Fiscalité et politique, deux ingrédients clés pour une couverture santé universelle*, Remco van de Pas, Wemos (Amsterdam) <http://e.itg.be/ihp/archives/political-context-universal-health-coverage/>

8. L'internalisation correspond au fait de prendre en compte, au sein des charges d'une entreprise, les coûts causés à l'extérieur par les activités de celle-ci [ou « externalités négatives »]. Il peut par exemple être question des frais liés aux nuisances écologiques. Le principe pollueur-payeur a été adopté par l'Organisation de coopération et de développement économiques en 1972 et fait partie, avec le principe de précaution, de prévention et de correction de la pollution, des principes fondamentaux de l'Acte unique européenne de 1987 pour fonder juridiquement la politique de l'environnement de l'Union (http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/fr/FTU_5.4.1.pdf).

menace toujours plus les valeurs de solidarité et de justice sociale. Ainsi, dans l'enquête menée auprès des citoyens pour les 50 ans de l'INAMI⁹, on peut lire un intérêt de la population pour une différenciation des cotisations en fonction du style de vie (par exemple, 25 % des répondants estimaient que les non-fumeurs devraient cotiser moins que les fumeurs), une approche qui tend à nier les inégalités sociales et leurs impacts sur le style de vie, et par là-même tend à les renforcer fortement. A contrario, il est possible de s'attaquer à la source, par une taxation adéquate qui fasse contribuer aux dépenses de santé publique ceux qui engrangent les plantureux bénéfiques liés aux activités polluantes ou toxiques. De même, il est également possible de réduire les coûts en amont par une application des principes de précaution et de prévention. Pourtant, dernièrement encore, l'Europe a donné l'exemple inverse, en choisissant, suite au scandale Volkswagen, de revoir les normes d'émission de certains polluants à la hausse pour quelques années pour s'adapter au marché, alors que les effets néfastes en termes de santé publique sont bels et bien connus. De la même manière, la prolongation de l'autorisation de vente sur le marché européen du glyphosate, désormais reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme substance potentiellement cancérigène montre le pouvoir des lobbies en matière de « mitage » de la santé bien en amont des soins. Ces mesures ne seront donc possibles que si l'on s'applique à réduire la puissance d'influence des lobbies des multinationales.

Ce n'est en tout cas pas avec le taxshift fiscal que nous allons vers une nouvelle manière d'alimenter les caisses de la sécurité sociale. Récemment mis en application par notre gouvernement, ce système fait glisser la taxation du travail vers la taxation de produits de consommation dont l'objectif annoncé est la création et l'augmentation du pouvoir d'achat. En réalité, l'idée est surtout de relancer la croissance et de servir encore mieux le système capitaliste. On vide et on décentralise. On réduit les cotisations sociales mais les dépenses augmentent. Et pour que cela paraissent cohérent, on les a rebaptisées « charges sociales » ; elles semblent ainsi être devenue un poids (comme le sont dans cette optique « les plus vulnérables ») et non plus un instrument de la solidarité.

9. <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/50years/Pages/50-ans-enquete-population.aspx#.V0MYc01JlXI>

Les systèmes « bismarckiens »

Allemagne, Belgique, Autriche, France, pays d'Europe centrale

Ce système, basé sur le principe de l'assurance, est lié au travail et financé par des cotisations sociales financées à la fois par les salariés et les employeurs. Au fil des années cependant, entre l'évolution des taux de chômage et la volonté d'égalité devant l'accès aux soins, les systèmes dits bismarckiens ont évolué vers une plus grande intervention de l'Etat, où les frais des soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion peut être centralisée (France) ou régionalisée (Allemagne).

L'offre de soins y est en général à la fois publique et privée. Le modèle bismarckien accorde le plus souvent le droit aux patients de choisir leur médecin et garantit le statut de la médecine libérale.

Les systèmes « beveridgiens »

Angleterre, Danemark, Finlande, Suède, Irlande

Le modèle de Beveridge assure le principe de la gratuité des soins étendue à l'ensemble de la population dans le but de garantir une couverture universelle de maladie. La couverture du risque maladie est attachée à un critère de résidence sur le territoire national et non pas au travail comme dans le système bismarckien. Le financement de système, où l'Etat est prédominant, est assuré par l'impôt.

L'organisation des structures de santé se caractérise par un système national, dans lequel les hôpitaux appartiennent aux collectivités publiques et les médecins hospitaliers ont un statut de salariés. Les médecins généralistes sont soit sous contrat avec le *National Health Service* britannique, soit employés directement par des centres de santé locaux (Suède, Finlande).

Les systèmes mixtes d'assurance maladie

Espagne, Italie, Portugal, Grèce

Certains pays européens du Sud peuvent difficilement être classés dans une catégorie ou l'autre puisqu'ils ont des caractéristiques qui relèvent des deux modèles. En voulant uniformiser leur système national de santé pour le fonder sur un principe de couverture universelle des soins, ces pays, pénalisés par un retard économique sur l'Europe du Nord, ont dû pallier de nombreuses difficultés qui engendraient une inégalité face aux soins. Dans les années 80, ils ont dû faire face à une récession économique et ont vu leur financement public diminuer. La mise en place de ces systèmes hybrides complexes (à la fois étatiques et régionalisés) s'est donc effectuée dans la douleur.

Les vagues d'élargissement des années 2000 ont vu rentrer dans l'Union européenne des pays issus de l'ex-bloc soviétique (Lettonie, Lituanie, République tchèque, Pologne, Hongrie...) historiquement dotés de systèmes hyper centralisés des régimes communistes. Ces pays ont jeté ces systèmes aux oubliettes et fait de la santé l'une de leur priorité en matière de politique publique, la considérant comme un facteur essentiel de progrès social. Ils se sont principalement inspirés du modèle de leur voisin allemand avec la création de caisses, plus ou moins autonomes, et ils ont tous plus ou moins privatisé l'un des maillons de la chaîne du secteur de la santé.

Extraits de *Les systèmes de santé en Europe*, sur www.vivre-ensemble.be, avril 2010.

Pour l'épidémiologiste anglais Richard Wilkinson¹⁰, la réduction des inégalités repose elle aussi sur une adaptation de la fiscalité : « Les impôts permettent de répondre rapidement au problème. Il faudrait un accord international pour régir les impôts des plus riches et éviter l'évasion fiscale. Mais augmenter les impôts est politiquement délicat et il serait plus fondamental de réduire les écarts de revenus avant qu'ils ne soient taxés. Je pense que la culture du bonus et de l'évasion fiscale est le reflet d'une défaillance des contraintes démocratiques. Ces gens font ce qu'ils veulent quand ils veulent. Nous devons lutter contre ces attitudes en étendant les mécanismes démocratiques dans la sphère économique ».

En 2013, dans son plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle (voir l'article page 23), l'Organisation mondiale pour la santé recommande aux organisations de la société civile de participer au débat sur la politique fiscale globale pour augmenter le budget de la santé publique, de s'opposer à des financements reposant sur les paiements directs, de préconiser des stratégies qui incluent dès le départ les populations pauvres et vulnérables ou encore d'être vigilantes à l'égard des allocations de fonds qui bénéficient de manière disproportionnée aux soins hospitaliers tertiaires, aux dépens d'un investissement dans les services de soins de santé primaires locaux, ou qui bénéficient de manière disproportionnée aux traitements, aux dépens de la prévention et de la promotion.

Veiller à ce que les groupes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées¹¹...) qui ont le plus grand besoin de soins reçoivent une part équitable des prestations et ne contribuent pas à celles-ci de manière disproportionnée. Obliger les parties prenantes puissantes à rendre compte de leurs actes est l'un des mécanismes les plus efficaces pour veiller à ce que les réformes pro-

posées et / ou mises en œuvre au nom de la couverture sanitaire universelle soient véritablement universelles.

Réduire les dépenses de santé n'est probablement pas la solution. Ce qu'il faut, c'est faire des économies pour dégager des ressources pour mieux financer des services de qualité et pour le plus grand nombre. Améliorer l'efficacité notamment nous dit l'Organisation mondiale de la santé dans son plaidoyer (au niveau des prestations, des ressources humaines, de la gouvernance...).

La voie vers la couverture sanitaire universelle, nous dit encore l'Organisation mondiale de la santé, passe par un financement qui doit être efficace (au niveau du mécanisme de collecte), efficient (voir plus haut) et équitable (avec un mécanisme de contribution obligatoire).

Parmi les pistes pour améliorer la situation et assurer une accessibilité plus grande aux services de santé, le permanent CNE propose « le tiers payant pour certains, la gratuité pour d'autres catégories de personnes ».

Une autre piste évoquée par Yves Hellendorff résiderait dans « l'obligation d'ouverture à un certain nombre de patient sans couverture sociale dans les hôpitaux comme conditions de financement de l'Etat. Pénaliser les hôpitaux qui excluent ! ». Définir des quotas de prise en charge minimale des personnes « hors systèmes ».

La couverture sanitaire universelle n'est pas unique, elle doit s'élaborer et se décliner en fonction du contexte social, économique et politique de chaque pays. Cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas s'inspirer de ce qui existe. En restant prudent cependant nous indique Benoît Mathivet, avant de répliquer un modèle¹², « il faut être sûr qu'on en a compris sa structure et s'assurer une période d'adaptation. Il n'y a pas de recette miracle. Les mesures prises doivent être adaptées au contexte local ».

Une vision à long terme est essentielle. Et comme le dit encore Remco van de Pas, « si nous sommes tous d'accord pour que la couverture universelle santé soit à l'agenda post 2015, nous devrions être prêts à nous engager vraiment dans la bataille politique et idéologique qui suivra » (voir les articles en pages 20 et 23).

10. <http://rue89.nouvelobs.com/2013/10/20/richard-wilkinson-les-inegalites-nuisent-a-tous-y-compris-plus-aises-246731>.

11. Lire notre dossier « Devenir Regards sur le vieillissement » paru dans *Santé conjugulée* n°72- 2015. Et plus particulièrement « Vieillissement : un poids pour le système de santé ? » de Marianne Prévost.

12. Il existe des exemples dans le contexte africain. Benoît Mathivet abordait celui du financement communautaire de la santé au Rwanda répliqué ailleurs en Afrique avec des échecs car mal compris et pas adapté.

Le Niger en route vers une nouvelle politique santé

Au Niger, le gouvernement s'est engagé sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Le ministère de la Santé publique a créé un comité technique en charge de réfléchir à la couverture santé universelle, de définir un modèle et d'élaborer les textes législatifs nécessaires pour sa mise en œuvre. L'objectif : améliorer l'offre de soins (renforcer les infrastructures et équipements, les compétences et les ressources humaines et la disponibilité des médicaments) ; développer un système de protection contre le risque de maladie pour les populations vulnérables par le biais d'un fonds de solidarité et promouvoir des mutuelles santé organisées sur une base communale pour les travailleurs du secteur informel et du monde rural ; améliorer le financement et la gouvernance de la santé.

Mais le chemin est long à parcourir. La gratuité des soins avait été introduite au Niger en 2006 pour les enfants de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations prénatales et les cancers gynécologiques. Ces mesures ont donné de bons résultats. Aujourd'hui, 90 % des femmes bénéficient de consultations prénatales, contre 38 % il y a quelques années. On note aussi des progrès en termes d'infrastructures, de distribution de médicaments et de ressources humaines. Malgré ces avancées notoires, l'offre de soins reste insuffisante et les budgets de l'État alloués à la santé demeurent en deçà des engagements régionaux et internationaux (6,8 % en 2014).

Source : Note technique de la proposition d'architecture CUS/N, synthèse des travaux de l'atelier de Sai Dore, novembre 2013 ; le site web de l'Universal Health Coverage Partnership : <http://uhcpartnership.net/fr/country-profile/niger-4/> ; <https://www.oxfamfrance.org/actualites/areva-niger-acces-sante-gratuite-des-soins-sante-au-niger-experience-reussie-mais-menacee>

« Les questions de financement sont donc centrales aux perspectives et aux choix qui orientent les différents « chemins » vers l'universalisation de la couverture en santé : financement de l'offre, financements solidaires de la couverture des risques, financement propre des ménages pauvres »¹³.

Pour la Fédération des maisons médicales, l'enjeu est de préserver une sécurité sociale unifiée et solidaire qui respecte pleinement le principe d'équité : chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Une sécurité sociale coupée en deux ne respecte pas ce principe. Les riches risquent de payer plus ou moins que leurs moyens en fonction de leur besoin ce qui ne respecte pas la séparation complète entre ce qu'on paye (lié aux moyens) et ce qu'on reçoit (lié aux besoins) qui est la caractéristique même du principe d'équité.

Une nouvelle fenêtre d'opportunité vers des systèmes de santé plus équitables souligne le Centre national de coopération au développement dans son dossier de campagne consiste en l'intégration de l'objectif de couverture sanitaire universelle dans les objectifs des Nations-Unies pour 2030, les objectifs de développement durable¹⁴. Ils préconisent la mobilisation de ressources publiques supplémentaires comme levier facilitant l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. Mais également, avec un engagement fort des acteurs (société civile...), garants d'équité, pour assurer que tout financement supplémentaire soit collecté et distribué dans un souci d'équité, indispensable pour atteindre le changement. ■

Référence

Sengupta Amit, *Couverture sanitaire universelle : Par delà la rhétorique*. Occasional paper n°20 – novembre 2013. Municipal Services Projets.

En ligne : <http://municipalservicesproject.org>
(pour la version web, mettre le lien direct : http://municipal-servicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Couverture_Sanitaire_Universelle_Par_dela_la_rhetorique_Nov2013.pdf)

13. Margot Nauleau et al., « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé, *Revue Tiers Monde*, 2013/3 (n°215), juillet-septembre 2013, p.143.

14. Objectifs de développement durable qui remplace les objectifs du millénaire, dans une vision globale, comme la santé globale. Voir l'article page 16.



Lecture critique des accords de gouvernement : un équilibre délicat

Christian Legrève,
responsable du programme
Education permanente de
la Fédération des maisons
médicales.

Comme nous venons de l'aborder, la couverture universelle santé est une responsabilité publique, qui ne peut s'organiser que dans le cadre d'un système de sécurité sociale cohérent, financièrement garanti, fondé sur l'égalité, organisant l'équité des contributions et des bénéficiaires. Elle est, par principe, en opposition avec une logique assurantielle qui attribuerait des droits en fonction des contributions. Que disent les accords de gouvernement sur cette question ?

Le niveau fédéral gère toujours les ressources et le financement des prestations de soins de santé. L'introduction de la partie « progrès social et soins de santé » de l'accord d'octobre 2014 indique l'esprit de l'approche du gouvernement : « La sécurité sociale belge procède d'un délicat équilibre entre le principe de solidarité et le principe d'assurance ». Le financement de notre système de sécurité sociale construit à la sortie de la deuxième guerre mondiale, était basé, à l'origine, sur les cotisations sociales et l'impôt. On parle aujourd'hui de délicat équilibre avec une couverture privée. On peut d'ailleurs relever que ce n'est pas le gouvernement actuel qui a amorcé cette évolution. La part des prestations de soin non couvertes par la sécurité sociale n'a cessé, depuis les années 80', d'augmenter au profit de celles couvertes par un système d'assurance, secteur qu'ont investi les mutualités, tant dans le développement que dans le marketing, tout en conservant un discours sur l'universalité des droits.

Responsabilité individuelle donc, l'action publique se limitant à soutenir cette responsabilisation : « les plus faibles, qui bénéficient de droits à la sécurité sociale, sont dans toute la mesure du possible, accompagnés dans la recherche d'un emploi de façon à ce qu'ils puissent eux aussi contribuer au financement de la sécurité sociale ». Le diable se cache dans les détails. On notera, s'agissant des droits, l'utilisation de l'article indéfini : « ...qui bénéficient de droits », et non *des* droits, ou des mêmes droits. On notera aussi la restriction de la responsabilité publique : « dans toute la mesure du possible ». À l'impossible, nul n'est tenu ! Et c'est dommage pour celles et ceux qu'on n'arrive pas

à sauver, car « Le travail est le meilleur remède contre la pauvreté ».

Responsabilité collective ensuite : « Le gouvernement reverra le mode de financement de la sécurité sociale afin de continuer à offrir une protection sociale de qualité ». Cet avertissement est expliqué plus loin. Chaque année, une dotation d'équilibre (variable) vient combler le déficit, soit l'écart entre les ressources structurelles (cotisations sociales pour deux-tiers, subvention d'état et recettes fiscales pour un tiers) et les dépenses prévues au budget de la sécurité sociale. L'accord prévoit de revoir ces équilibres avec les partenaires sociaux, « dans un esprit de responsabilisation ». C'est-à-dire que le gouvernement prévoit de faire peser davantage l'équilibre sur les cotisations sociales, c'est-à-dire sur le produit du travail.

Et quelle responsabilité prendra le gouvernement dans cette bataille pour l'emploi ? Il « s'efforcera [dès lors] de faciliter la collaboration entre les services publics fédéraux et régionaux compétents et les CPAS, afin d'éliminer au maximum les obstacles à l'emploi pour les bénéficiaires d'une allocation de chômage, d'une indemnité d'incapacité de travail ou d'invalidité ou d'une allocation sociale. L'activation reste le fer de lance de la politique de lutte contre la pauvreté ». Ce qui signifie deux choses.

D'une part, même en suivant le raisonnement qui lie l'accès aux droits à l'accès à l'emploi, on relève que les seuls moyens d'activation évoqués sont coercitifs et font peser sur les personnes l'obligation de résultat. Le texte comporte des menaces explicites sur les allo-

cations sociales, et plusieurs chapitres consacrés à ce que le gouvernement appelle la fraude sociale.

D'autre part, le fédéral compte sur les entités fédérées pour mettre en œuvre ce qu'il présente comme le fondement de sa politique. Effectivement, les compétences emploi sont régionales. Mais, même si les objectifs de mise à l'emploi se retrouvent dans l'accord de gouvernement wallon, on ne voit pas l'ombre d'une collaboration, budgétaire par exemple, entre les deux entités. Au contraire, nombre de mesures fédérales ont un effet négatif sur les budgets des entités fédérées dans le domaine social.

Bien sûr, on n'est pas surpris que des majorités politiques aussi différentes adoptent des démarches aussi divergentes, d'autant qu'elles ont eu une implication différentes dans la 6^{ème} réforme de l'état. Surpris, non ; préoccupés, oui !

Plomberie

Revenons à l'accord de gouvernement fédéral. En ce qui concerne la santé, la partie la plus consistante du

texte décrit des objectifs et des actions de structuration du système de soins. « Un des objectifs centraux du gouvernement est de garantir pour tous les citoyens un système de soins de santé de haute qualité, payable et accessible, adapté aux besoins évoluant du patient, en maintenant les principes de liberté de choix du patient et de liberté diagnostique et thérapeutique ». Et il faut bien reconnaître qu'il est temps de s'attaquer à l'incohérence de ce système.

Bien sûr, on a envie de contester la place donnée au dogme de la liberté thérapeutique, mais on peut saluer cet élan pour organiser les interventions dans une optique d'efficacité. On a vu, d'ailleurs, depuis, l'énergie que met la ministre de la Santé dans ce domaine. Ses initiatives sont souvent brutales, parfois intempestives, mais on doit leur reconnaître une incontestable détermination pour transformer un système rigide, coincé dans ses rapports de forces et ses conflits d'intérêts.

A côté de ces mesures de réorganisation, l'accord propose encore des dispositifs techniques pour améliorer l'accès aux soins d'un point de vue administratif.



On notera que, pas plus la déclaration de politique régionale wallonne que la déclaration de politique générale de la Commission communautaire commune ne se démarquent réellement de cette stratégie de travail sur les structures (réseau, concertation, coopération, ...). Mais il faut reconnaître que c'est là leur champ de compétence en santé. Seul le Plan wallon de lutte contre la pauvreté développe une approche intégrée de la santé qu'on ne retrouve pas dans le document fédéral, même comme référence, et mentionne explicitement l'accès universel aux soins comme un objectif.

Somme toute, on peut être d'accord avec les moyens décrits dans l'accord de gouvernement fédéral pour améliorer le système de santé, mais pas du tout avec les finalités poursuivies, tant il est évident, à chaque paragraphe, que ce n'est pas la qualité de la couverture qui est poursuivie, mais la réduction des dépenses publiques. A ce propos, on peut encore relever l'invéraisemblable « promotion des auto-soins et de l'autogestion de sa santé » qui dévoie une des stratégies de la promotion de la santé pour la mettre au service des économies budgétaires (voir l'article page 59).

Notre système de santé est inefficace, on ne le dira jamais assez. On a, par le passé, connu des politiques affirmant l'attachement à l'accès universel, et tentant de s'en rapprocher en organisant le surfinancement de ce système, pour éviter de toucher à ses tabous (liberté thérapeutique, liberté de choix des patients, refus de toute évaluation de la pertinence ou de l'impact des traitements, résistance à l'instauration de tarifs pour les soins hospitaliers, ...). On est, aujourd'hui, devant une politique centrée sur la réduction des dépenses publiques, et qui s'attaque, pour ça, à certains blocages.

On se prend à rêver d'une politique de santé volontariste et efficace au service de la qualité, dans tous ses aspects, dont l'accessibilité effective. Si on veut être optimiste, on peut dire que ce qui se passe montre qu'il est possible de faire faire changer le système. On peut penser que les choses pourraient aussi bouger dans le bon sens. ■

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale s'est penché sur les freins et leviers à l'accès aux services de santé, des soins et à la promotion de la santé, lors de ces deux derniers rapports bisannuels :

- En 2014-2015 : Services publics et pauvreté, chapitre IV : Santé : http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport8/4_sante.pdf
- En 2012-2013 : Protection sociale et pauvreté, chapitre III : Protection sociale pour les personnes malades ou handicapées : http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport7/3_sante.pdf

Ce service, créé par l'Etat fédéral, les régions et communautés, a pour tâche d'évaluer l'effectivité des droits fondamentaux des personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorables (droit à un logement décent, droit à l'énergie, droit à la protection de la vie familiale, droit à la protection sociale, droit à la protection de la santé...). Pour cela, il organise des concertations approfondies avec les associations au sein desquelles des personnes pauvres s'expriment, avec les CPAS, des administrations et autres professionnels de divers secteurs. Il formule des recommandations sur base de ce travail.

L'impact des traités internationaux sur notre système de santé

L'exemple de l'Accord économique et commercial général

Etienne Lebeau,
expert de la Centrale nationale
des employés sur les affaires
européennes.

Des traités internationaux tels que le partenariat transatlantique de commerce et d'investissement ou Transatlantic Trade and Investment Partnership TTIP et l'Accord économique et commercial général – AECG ou Comprehensive Economic and Trade Agreement CETA sont en cours de négociation. Ils visent notamment à mettre en concurrence des services qui jusque-là étaient protégés du marché et entre les mains de l'Etat. Les services de santé sont concernés par cette tendance. Le processus de marchandisation de la santé et ses effets dévastateurs ont été largement développés dans un précédent dossier de Santé conjugulée¹. Les démarches d'analyse de ce phénomène se poursuivent pour soutenir la mobilisation citoyenne.

Etienne Lebeau, sur les affaires européennes, porte un regard en particulier sur l'Accord économique et commercial général et son incidence sur notre système de santé, juteux marché pour le Canada, comme pour les Etats-Unis via le partenariat transatlantique de commerce et d'investissement.

L'Accord économique et commercial général est le premier des accords commerciaux de nouvelle génération à voir le jour. Le texte de ce traité négocié entre l'Union européenne et le Canada est disponible. Sa lecture a une grande importance, à un double titre. D'une part, parce que l'Accord économique et commercial général constitue la matrice des accords à venir, en particulier le partenariat transatlantique de commerce et d'investissement. Ensuite, parce qu'il permet de prendre conscience du large champ d'application de ces accords et des risques de déréglementation qu'ils induisent. Dans cet article, nous nous focalisons sur les liens avec notre système de santé.

L'objectif de l'Accord économique et commercial général peut se résumer en un mot, celui de déréglementation. Partant du précepte libéral selon lequel toute intervention de l'Etat constitue potentiellement une barrière au commerce international, ou dans le jargon des traités, une « barrière réglementaire », le but de l'Accord économique et commercial général est de lever ces barrières. Le secteur de la santé est bien évidemment concerné. Pourtant, hormis les experts gouver-

nementaux directement impliqué dans la négociation, personne ne semble disposer en Belgique d'une vue détaillée des conséquences de l'Accord économique et commercial général sur notre système de santé. Il faut dire que le traité ne propose pas de méthode simple d'identification des secteurs exposés à la déréglementation. Les secteurs ouverts à la concurrence ne sont jamais explicitement mentionnés dans le texte. Selon le principe dit de « liste négative », seuls les secteurs qui restent protégés sont mentionnés. Les secteurs libéralisés doivent donc être déduits en prenant la classification exhaustive des secteurs économiques et en retranchant de celle-ci les secteurs mentionnés dans les annexes du traité². L'exercice est en fait plus complexe encore, car des critères viennent moduler plus finement le degré de protection : la protection concerne-t-elle la fourniture transfrontière (exemple :

1. *Santé conjugulée*, n°69, décembre 2014, "Europe et marchandisation des soins : politiques et résistances".

2. Cette liste est établie au niveau des services statistiques de l'Organisation des Nations-Unies et couvre l'ensemble de l'économie.

une consultation médicale par Internet)³ ou locale (un hôpital présent sur le territoire belge)⁴ d'un service ? Revient-elle à contrôler l'accès au marché ou à refuser de traiter les investisseurs étrangers sur le même pied que les prestataires locaux (règle dite du traitement national)⁵.

Nous avons donc épluché les annexes de l'Accord économique et commercial général pour identifier les secteurs menacés par la libéralisation. Plusieurs conclusions se dégagent de cette analyse. Au contraire de l'Allemagne, la Belgique n'a pas introduit de protection couvrant l'ensemble de ses services de santé et sociaux⁶. Il en résulte que certaines parties de ces services subiront une concurrence accrue de prestataires canadiens ou américains disposant de filiales au Canada.

Deux secteurs sont particulièrement exposés, celui des services médicaux et dentaires d'une part, le secteur paramédical d'autre part (physiothérapie, psychothérapie, infirmières à domicile, etc.). La Belgique pourrait voir s'implanter dans ces secteurs des opérateurs provenant du Canada. Ceux-ci bénéficieraient alors du même traitement que les opérateurs historiques, selon la règle dite du traitement national. Verra-t-on demain des sociétés commerciales canadiennes ou américaines, implantées en Belgique, faire concurrence aux opérateurs historiques, par exemple dans les services de soins à domicile (aide et soin à domicile, Croix jaune et blanche...) ?⁷ Si la Belgique ouvre son marché

aux investissements d'opérateurs étrangers dans les secteurs susmentionnés, elle se réserve le droit de réglementer la fourniture transfrontalière de services de santé (dit mode 1 de prestation de service). La Belgique peut donc le cas échéant interdire la consultation par Internet de professionnels de santé (médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières, physiothérapeutes, personnel paramédical).

Cette brève analyse montre que l'Accord économique et commercial général ne sera pas indolore pour notre système de santé. Une étude récente⁸ montre que les accords actuels renforcent les tendances à la libéralisation, privatisation et commercialisation des systèmes de santé et de sécurité sociale, avec pour impact un manque d'accessibilité des soins de santé et des services sociaux pour les personnes à faible revenu et une détérioration des conditions des travailleurs de la santé. Des questions se posent donc, qui doivent d'urgence obtenir des réponses des experts qui ont établi les offres de libéralisation de la Belgique. C'est à eux d'expliquer pourquoi ils n'ont par exemple pas jugé bon de suivre l'exemple de l'Allemagne en protégeant l'ensemble des services sociaux et de santé. Ou encore de nous dire si des études d'impact ont été réalisées par rapport aux secteurs concernés par la libéralisation. Il conviendrait d'inviter ces experts dans les lieux appropriés tels que le Conseil général de l'assurance soins de santé ou encore le Conseil supérieur de la santé, ce qui, à notre connaissance, n'a pas eu lieu. Alors que la signature de l'Accord économique et commercial général par les 28 ministres du commerce européens sera à l'ordre du jour dès la rentrée académique, il est urgent d'éclairer les trop nombreuses zones d'ombre que comporte ce traité. ■

3. Dans le jargon des traités commerciaux, on parle de 'Mode 1' de fourniture de services.

4. Mode 3 : présence commerciale sur le territoire d'un autre pays.

5. Cinq méthodes de déréglementation peuvent être pratiquées : accès au marché, traitement national, clause de la nation la plus favorisée, interdiction des « exigences de performance » et interdiction des quotas de nationaux dans les instances dirigeantes des sociétés.

6. Les services sociaux couvrent le champ de la santé puisqu'ils comprennent par exemple l'accueil de personnes âgées, handicapées mais aussi la sécurité sociale.

7. Les dérogations discutées ici concernent les Modes 1 et 3. Il existe deux autres Modes de prestations de services. Le Mode 2 concerne la consommation de services à l'étranger par des voyageurs belges (exemple : un Belge se fait opérer dans un clinique canadienne) ; la Belgique n'a introduit aucune restriction. Le Mode 4 concerne le détachement temporaire de professionnels étrangers dans des institutions belges. Une lecture en diagonale du chapitre de l'Accord économique et commercial général consacré au Mode 4 montre que notre pays interdit le détachement de travailleurs canadiens dans la plupart des secteurs de la santé (médecins, infirmières, dentistes, psychologues, etc.).

8. Thomas Fritz, "CETA and TTIP. Potential impacts on health and social services », EPSU, Avril 2016, http://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Working%20Paper_HSS%20in%20CETA%20TTIP_1604.pdf



Intérêts et limites des mécanismes pour tisser la couverture sanitaire universelle en Belgique

Hubert Jamart et Pierre Drielsma, médecins généralistes, permanents politiques à la Fédération des maisons médicales.

Le système de santé en Belgique se veut largement accessible sur le plan financier ; différents mécanismes ont été élaborés afin de lever les obstacles susceptibles de freiner le recours aux soins. Ces mécanismes vont-ils vers une couverture sanitaire universelle ? Les auteurs de cet article en doutent fortement.

Un système plus ou moins accessible ?

L'accessibilité financière est un des aspects importants de l'accessibilité aux soins, et l'on ne peut que s'alarmer devant le nombre de personnes qui n'arrivent plus à faire face à leurs dépenses en matière de santé^A.

Rappelons d'abord que les soins de santé sont loin d'être gratuits en Belgique : 18%^B à 25%^C des dépenses en la matière sont à charge des citoyens. Pour certains, c'est trop lourd : 20%^D d'entre eux reportent leurs consultations médicales, et certains n'arrivent pas à acheter tous les médicaments prescrits. Ils commencent par le premier de la liste, demandent au pharmacien de s'arrêter dès que leur capacité à payer est atteinte.

Un accès aux soins à plusieurs vitesses est en train de s'installer. Ce phénomène n'est pas seulement lié aux ressources des ménages. Les pratiques des médecins interviennent également. Ainsi, si les représentants des médecins s'accordent avec les mutuelles pour déterminer la hauteur des honoraires de la convention¹, tout médecin est libre de sortir de ces accords et de délivrer des soins plus coûteux que ce qui a été défini dans la convention médico-mutualiste : certains ne s'en privent pas (voir l'article page 30). Les revenus des médecins sont liés à leur spécialité. Le statut social qui récompense le respect des tarifs est forfaitaire. Donc la valeur relative de cette récompense est fonction du revenu de la spécialité, ce qui favorise le déconventionnement

des spécialistes. Par ailleurs de nombreux spécialistes pratiquent le déconventionnement partiel qui permet de manger aux deux râteliers.

Les bases du système

Le système de santé belge est encore essentiellement basé sur le paiement à l'acte : pour chaque prestation, le patient paie des honoraires au professionnel consulté. La mutuelle rembourse une partie de ces frais, le reste est à charge du patient. Ce 'reste', bien nommé 'ticket modérateur', est sensé modérer l'appétit des patients² - il freine peut-être aussi l'appétit des médecins qui seraient tentés d'inciter leurs patients à consulter un peu trop souvent...

Le ticket modérateur varie de 7€ pour un assuré ordinaire consultant un médecin généraliste agréé et accrédité, à 1€ pour un patient OMNIO qui possède un dossier médical global chez son médecin traitant (ces dispositifs sont expliqués ci-dessous).

En matière de médicaments, différentes règles existent ; la sécurité sociale n'intervient pas pour ceux qui peuvent être vendus sans prescription médicale (il y en a beaucoup). Par contre, il existe un remboursement pour les médicaments prescrits, le plus souvent partiel : ici aussi, le patient paie un ticket modérateur, variable selon les médicaments.

1. Ces accords sont en général conclus pour deux ans.

2. Comme s'ils aimaient aller chez le docteur, et risquaient d'y aller trop ?

Divers mécanismes ont été mis en place pour faciliter l'accès aux soins. Ils sont ajustés tantôt par les partenaires sociaux, tantôt par les mutuelles, tantôt par les ministres, tantôt par les professionnels ; l'équilibre s'établit donc selon les rapports de force existant entre tous ces acteurs (qui n'interviennent pas tous à chaque lieu d'ajustement du système).

Tout le monde n'a pas droit à la même chose : l'intervention de la sécurité sociale varie selon le statut social de l'assuré, la lourdeur de sa pathologie, les frais qu'il a déjà supportés. Et il existe des procédures de contrôle, ce qui est compréhensible dans un contexte de ressources limitées ; d'autant plus que certains praticiens sembleraient considérer la sécurité sociale comme un pré où chacun vient se servir selon la longueur de sa langue !

Les outils favorisant l'accessibilité des soins : intérêts, limites, travers...

Le tiers-payant

Ce mécanisme permet au patient de ne payer que la part des frais qui sont à sa charge, c'est-à-dire le ticket modérateur (éventuellement assorti d'un supplément si le soignant n'est pas conventionné). La mutuelle rembourse au soignant l'autre partie de ses honoraires sur base d'une attestation de soins. Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), l'application du tiers-payant est obligatoire (en dehors des visites à domicile). Le tiers-payant (voir l'article page 55) est évidemment un excellent instrument pour alléger l'avance du patient, mais cela ne suffit pas toujours : le paiement du ticket modérateur représente parfois un frein réel à l'accessibilité des soins, au point que certains médecins préfèrent ne pas l'exiger.

Quelques débats ont eu lieu en 2015 autour de l'idée d'une consultation « sans argent » chez le médecin généraliste³ : différentes institutions et professionnels proposaient de lever totalement les freins financiers, soit par l'application généralisée du tiers-payant associée à l'absence de ticket modérateur, soit par le système de paiement forfaitaire (dont nous rappelons les grandes lignes ci-dessous). A nos yeux, seule la deuxième option est à retenir : en effet, dans un système de paiement à l'acte, les revenus du médecin augmentent en fonction du nombre d'actes prestés ; dès lors, si aucune des deux parties (le soignant et le

patient), ne rencontre un frein, le risque de dérive est important. Lorsqu'on entend certains patients⁴ proposer aimablement « Je vous donne deux vignettes, docteur... ? », on se rend compte qu'il est assez facile de facturer plusieurs fois un patient sans trop l'ennuyer (à quelques jours d'intervalle par exemple). Ou même de facturer en tiers-payant plusieurs membres d'une même famille lors d'une visite à domicile (ce qui n'est bien sûr pas une fraude si chacun des membres est réellement examiné).

De profondes modifications sont en cours actuellement : on va vers une facturation électronique associée à l'obligation de vérifier physiquement (au moins de temps en temps) la présence du patient via la carte d'identité électronique.

La médecine gratuite à l'acte n'est qu'une mesure palliative, qui ne fera que compenser les injustices générées par la médecine à l'acte avec ticket modérateur sans modifier la logique du système : c'est le tonneau des Danaïdes, nous ne le répéterons jamais assez. Une telle mesure pourrait même aggraver la situation : les fraudes historiques (et même contemporaines) sont là pour le confirmer.

Les trajets de soins : exemple du diabète

Ce mécanisme prévoit que la mutuelle octroie un forfait par patient (160€ dans le cas du patient diabétique), réparti 50/50 entre un médecin généraliste et un diabétologue ; le patient doit consulter une fois son diabétologue et deux fois son généraliste au minimum afin d'optimiser son traitement.

Ce mécanisme a le grand défaut d'être « mono-pathologique ». Et il comporte certaines incohérences : par exemple l'obligation de voir le médecin spécialiste pour tous les cas. Son intérêt est qu'il donne au patient la garantie de pouvoir accéder, sans charge financière supplémentaire, au (presque) bon endroit du système de santé, au bon moment, et dans une fréquence qui n'augmente pas ses coûts. C'est en quelque sorte un micro-mécanisme de capitation intégrée.

Si l'on voulait élargir le concept et aller vers une réelle capitation intégrée, il faudrait inscrire la prise en charge dans une logique territoriale : c'est-à-dire allouer un budget, pour chaque patient domicilié dans la zone, à un dispositif territorial chargé de garantir une prise en charge optimale, sans qu'il y ait d'enjeu financier (et donc de concurrence) entre les prestataires de soins.

3. « La consultation sans argent chez le généraliste : débat », *Santé Conjuguée* n°72, septembre 2015.

4. Entendu lors d'une garde.



Le maximum à facturer

Le maximum à facturer consiste à plafonner les dépenses des grands utilisateurs de soins, par exemple les personnes atteintes d'une maladie grave de longue durée : ce mécanisme permet aux grands utilisateurs de se soigner sans être ruinés... mais certains limitent quand même leur recours aux soins, parfois de manière drastique, parce qu'ils ont déjà perdu quelques boutons de culotte avant d'avoir atteint le plafond prévu par le maximum à facturer. Et il arrive que l'on paie plusieurs tickets modérateurs avant de réaliser que le seuil fatidique est dépassé. Certes, le trop dépensé pourra être récupéré - mais au moment même la dépense peut faire très mal.

Le maximum à facturer (n)'est donc bien, lui aussi, (qu)'un mécanisme palliatif qui permet d'atténuer les effets négatifs du système de paiement à l'acte. Mais si ce mécanisme donne l'illusion au patient que tout est résolu, « il sert [en fait] d'alibi aux augmentations de la charge [imputée au] patient ». Ainsi, le « matériel de viscérosynthèse et d'endoscopie ne sera pris en charge par l'assurance soins de santé qu'à concurrence de 10% [...] »⁵ (voir l'article page 65).

Le pire, c'est que le maximum à facturer peut à terme favoriser la dualisation du système : comment justifier un système d'assurance soins de santé obligatoire étendu au plus grand nombre si ceux qui le financent en bénéficient d'autant moins qu'ils sont « riches » - et donc d'autant moins qu'ils contribuent au système ? Il est alors tentant pour les plus riches de soutenir l'idée d'une scission de l'assurance soins de santé en deux volets distincts : un volet obligatoire mais réduit, accessible à tous ; et un volet privatisé, dans lequel chacun bénéficierait d'une couverture proportionnelle aux primes versées et qui exclurait les 'mauvais' risques (handicapés, personnes âgées, personnes dépendantes, malades chroniques...) (voir l'article page 23). L'enjeu est de préserver une sécurité sociale unifiée et solidaire qui, respecte pleinement le principe d'équité.

5. *Revue Démocratie*, le MOC, Olivier Lambert, « Bilan de l'arc en ciel : soins de santé : le « maximum à facturer » », 26 avril 2013. <http://www.revue-democratie.be/index.php/politique-belge/18-politique-belge/413-bilan-de-larc-en-ciel-6-soins-de-sante-le-l-maximum-a-factorer-r>

Retour précoce à domicile et prise en charge intégrée des maladies chroniques

La ministre De Block a récemment conçu des projets relatifs au retour précoce à domicile et à la prise en charge intégrée des malades chroniques. Ces projets pourront-ils déboucher sur des avancées réelles en matière d'accès aux soins ? On peut en douter, car ils ont été conçus en dépit du bon sens et reposent sur des prémisses intellectuelles erronées.

Ainsi, le retour précoce à domicile, qui vise à diminuer l'hospitalisation, reste en grande partie aux mains de la deuxième ligne. Ne serait-il pas plus judicieux de considérer les choses en amont ? Il s'agirait alors de viser avant tout la diminution des admissions, et donc d'investir dans une bonne organisation de la première ligne (garde et poste de garde compris).

Même erreur de jugement en ce qui concerne la prise en charge des malades chroniques⁶ : le schéma directeur prévoit l'intervention obligatoire des hôpitaux, alors que la majorité des malades chroniques peuvent être soignés au long cours sans intervention hospitalière. Il aurait été plus pertinent de prévoir un double protocole : l'un concernant les situations qui ne nécessitent pas ou guère d'intervention de deuxième ligne, l'autre organisant au mieux les allers-retours entre la première et la deuxième ligne.

En réalité, la logique dans laquelle se développe le processus mis en œuvre est clairement comptable : il ne s'agit pas d'offrir de nouveaux services aux patients mais bien d'éponger les cadeaux fiscaux récents généreusement offerts aux contribuables fortunés. A notre humble avis, il n'y a donc aucune chance pour que ces projets améliorent l'accès aux soins : au contraire, le risque est sérieux de voir dés-hospitaliser par exemple des personnes qui vivent dans un taudis – un contexte peu favorable à la réalisation optimale de soins à domicile.

Le Dossier médical global

Le dossier médical informatisé constitue le support informatisé contenant les données médicales et administratives relatives à un patient ; le Dossier médical global vise à améliorer la qualité des soins. Cet outil implique que le patient s'inscrive auprès d'un médecin, qu'il reconnaisse comme « principal » même s'il lui arrive d'en consulter d'autres ; c'est fondamental pour sceller

6. Voir l'article d'Olivier Mariage dans le *Santé conjugulée* n°74 de mars 2016.

une relation thérapeutique centrée sur le développement du bien-être et la réassurance – une relation dans laquelle la continuité interpersonnelle représente un enjeu majeur.

L'intérêt du dispositif, c'est que le médecin est rémunéré pour chaque Dossier médical global ouvert : une partie de son revenu n'est donc plus associée à la fréquence des actes. Cette excellente idée - une forme de capitation - a permis de freiner la descente aux enfers économique de la médecine générale. Peut-on pour autant considérer le Dossier médical global comme un moyen d'atteindre une couverture universelle ? Pas à nos yeux car, si le Dossier médical global comporte deux éléments intéressants, chacun d'entre eux pose une série de problèmes.

En ce qui concerne l'identification du médecin « titulaire », il semble que les médecins francophones aient plus de difficultés que leurs confrères flamands à passer un contrat avec leurs patients : ils ne sont pas sûrs d'être réellement le médecin 'titulaire', ils craignent que leur patient se sente mis sous pression... Il y a manifestement une différence culturelle entre les deux communautés à propos des manœuvres administratives de fidélisation. Si le Dossier médical global a été bien reçu en Flandre, la couverture en Walbruxie reste insuffisante. Nous avons régulièrement – mais sans succès - proposé aux mutualités que le Dossier médical global devienne semi-automatique : c'est-à-dire qu'il soit attribué au médecin le plus fréquemment consulté, si et seulement si le patient et le médecin sont d'accord.

L'autre élément, c'est la capitation : l'idée est évidemment très bonne, mais le montant alloué au Dossier médical global est trop petit, surtout lorsqu'il s'agit de patient atteints de pathologies lourdes.

Les forfaits de soins

Indiscutablement utiles, les forfaits de soins pèchent par ambiguïté stratégique.

Le mécanisme consiste ici à couvrir un ensemble de soins (associés à une pathologie ou à un symptôme) par une somme forfaitaire donnée au patient, qui s'en servira comme il voudra, ou pourra. Le risque, c'est que l'argent soit consacré à autre chose qu'aux soins. L'assurance dépendance prévue en Wallonie prévoit un mécanisme beaucoup plus contrôlé, consistant à délivrer des droits de tirage sur les services (et inutilisables ailleurs). Ce mécanisme favorisera le recours aux soins ; par contre il ne laissera guère de créativité aux patients et à leurs familles (voir l'article page 65).

On pourrait peut-être assouplir ce dispositif en allouant des petits forfaits aux aidants proches (voir l'article page 59) dont les interventions permettent au patient de ne pas faire appel à des services professionnels. Ces forfaits devraient représenter un coût inférieur à celui des services, et prendre valeur de simple dédommagement – les relations d'argent dans les familles étant particulièrement toxiques. De plus, les soignants à domicile (notamment le médecin généraliste) devraient être chargés de vérifier la pertinence des soins donnés : il y aurait donc une forme de contrôle, mais avec plus de souplesse que ce qui est actuellement prévu.

Le statut bénéficiaire d'intervention majorée BIM (anciennement OMNIO)

Le statut bénéficiaire d'intervention majorée permet de bénéficier d'une intervention majorée. Rappelons que le principe d'un statut préférentiel existe depuis la création de l'assurance maladie, malgré l'opposition des Chambres syndicales (ABSyM – Association belge des syndicats médicaux) qui l'ont toujours accusé de générer le gaspillage et l'irresponsabilité.

Le problème avec les statuts distincts, ce sont les effets de seuils : si une personne sort de la catégorie BIM parce que ses revenus ont augmenté grâce à une avancée professionnelle, elle perd souvent plus que ce qu'elle a gagné en revenu. Dans la même logique, une personne très malade a intérêt à refuser les améliorations de sa maigre pension...

Ici encore, la gratuité intégrale des soins, pour autant qu'ils soient opportuns (c'est-à-dire justifiés) rencontrerait mieux l'objectif de la couverture sanitaire universelle sur les trois axes qui doivent être considérés : population, montant, type de soins.

Le forfait

C'est clairement pour favoriser l'accessibilité aux soins que les maisons médicales ont négocié un système de financement particulier avec l'INAMI dans les années 80 : le forfait à la capitation. Les équipes qui ont opté pour ce système reçoivent tous les mois des mutualités une somme forfaitaire pour chaque patient inscrit ; elles s'engagent en échange à lui délivrer tous les soins de première ligne nécessaires (médecin, kinésithérapeute et infirmière). Le patient ne débourse donc rien : il y a donc bien gratuité, mais sans les écueils de la gratuité à l'acte puisque le nombre de consultations n'influence pas les revenus des soignants.

S'ils ne sont pas satisfaits, les patients peuvent se désinscrire ; les rentrées des soignants diminuent en conséquence. C'est ce qui fait la grande différence entre les pratiques au forfait et la médecine salariée : dans la médecine salariée, le médecin est payé à la fonction sans aucune modulation liée à la taille de la population suivie, ce qui entraîne un risque non négligeable de bureaucratisation.

Repenser plutôt que colmater

Les mécanismes établis dans le système de santé belge pour favoriser l'accessibilité financière aux soins sont sans conteste ingénieux et pleins de bonnes intentions. Mais ils sont loin de permettre une protection universelle face aux risques de maladies : non seulement, bien sûr, parce que l'aspect financier n'est qu'un aspect de l'accès à la santé, comme nous l'avons signalé en introduction. Mais aussi parce que tous ces mécanismes visent à compenser les défauts structurels d'un système basé sur le paiement à l'acte : ce sont des emplâtres sur une jambe de bois. Seule la gratuité forfaitaire et échelonnée (c'est-à-dire que la gratuité en deuxième ligne est conditionnée à un passage préalable en première ligne), qui n'est pas inflationniste, permettrait d'atteindre l'accessibilité financière optimale. ■

Sources

- A. UNMS – direction études, Boutsen M., Maron L., *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles* ; Michel Boutsen et Leila Maron, novembre 2011.
- B. Vrijens F., Renard F., Camberlin C., Desomer Anja, Jonckheere P., Vande Voorde C *et al.*. *Performance of the belgian health system-report 2015-supplement*. health service research (HSR). 259S. 2016. Brussels, Centre d'expertise federal.
- C. MC-informations analyse et points de vue n° 251 mars 2013 – Olivier Gilis.
- D. *Accessibilité aux soins : bilan et priorité pour l'avenir* ; 18 février 2014 - Mélanie Boulanger.

L'organisation de l'offre de soins des médecins généralistes en Europe

Cet encadré est une synthèse de l'article de Laurence Hartmann et al., « L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation », *Revue française des affaires sociales* 2006/2 (n° 2-3), pp. 121-139, téléchargeable sur www.cairn.info. Cet article présente les résultats d'une étude comparative sur l'organisation des soins des médecins généralistes en France, Allemagne, Suède, Italie, Espagne et au Royaume-Uni.

1. Densité médicale et facteurs de localisation des médecins généralistes

La grande diversité de la densité médicale dans les pays développés s'apprécie non seulement en fonction de l'état de santé des populations et de la proportion des dépenses de santé dans le produit intérieur brut, mais aussi de l'architecture des systèmes de santé : on constate une densité médicale inférieure lorsque son niveau est réglementé et non déterminé librement par le marché. La préoccupation de l'adéquation du nombre de médecins à la demande de soins primaires dans un proche avenir est largement partagée par l'ensemble des pays d'Europe.

- L'Allemagne et la France affichent des densités médicales relativement élevées. Mais la perspective d'une insuffisance de l'offre de soins médicaux n'y suscite pas moins de vives inquiétudes. La liberté d'installation qui prévaut dans ces pays (avec plus ou moins de restrictions) entraîne une inégalité importante entre patients dans l'accès aux soins de médecins généralistes : des régions sont caractérisées par une offre très importante en médecins généralistes, tandis que d'autres (souvent plus rurales et reculées) font face à de sérieuses insuffisances.
- Au Royaume-Uni et en Suède, où l'installation est subordonnée à l'offre de places vacantes par les autorités régionales, certaines zones déficitaires font face durablement à des vacances de postes. Le nombre de médecins y apparaît globalement insuffisant et les instances chargées de la planification régionale des médecins cherchent à identifier les facteurs susceptibles d'orienter le choix des médecins en matière de localisation (conditions de vie, proximité des facultés, revenus, équipements, partenaires, charge de travail, région d'origine). En Angleterre, l'actuelle densité médicale, relativement faible, doit cependant être mise en regard avec le nombre considérable d'infirmières de cabinet et de district (division territoriale de certaines grosses communes, agglomération de 500 000 personnes) auxquelles une partie des soins est déléguée.
- L'Espagne et l'Italie se distinguent des autres pays par l'homogénéité de la densité médicale, au moins entre régions. Cette faible variabilité s'explique essentiellement par le mode de sélection et d'affectation des médecins généralistes : la localisation dépend du classement de l'étudiant en médecine générale. Si la suppression de la liberté d'installation semble efficace en termes de régulation de l'accès des patients aux soins, les obstacles à une mobilité ultérieure qu'elle constitue pour les médecins en représentent la limite actuelle.
- Dans ces deux pays, c'est donc le système décentralisé lui-même qui assure une régulation de la répartition géographique des médecins. Les incitations financières ne sont donc pas nécessaires (les médecins en zone rurale peuvent toutefois y recevoir des compléments financiers). Tandis qu'en Allemagne, France, au Royaume-Uni et en Suède, les autorités de régulation locales utilisent un ensemble de mesures, financières ou non, afin d'inciter les médecins généralistes à s'installer dans les zones déficitaires.

2. Règles d'accès aux soins de médecins généralistes

Quelle est l'articulation du rôle des médecins généralistes avec celui des spécialistes ? Autrement dit : quelles sont les règles d'accès aux soins dans chaque système de santé ?

- En Allemagne, en France et en Suède, le recours au même médecin généraliste est en principe imposé (parfois depuis peu comme en France), mais il arrive encore fréquemment qu'il ne soit pas respecté (la sanction étant exclusivement financière par le biais du reste à charge).
- La figure imposée du *gate-keeper* (système au sein duquel les assurés sont tenus de consulter en premier lieu leur médecin de famille, qui décide de la suite du traitement avec le patient) prévaut en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni. La contrepartie de cette restriction de liberté étant la quasi gratuité des soins.
- Bien qu'elle s'oriente progressivement vers l'exercice en groupe, l'activité médicale en Allemagne et en France est encore dominée par une logique individuelle, l'exercice médical isolé concernant respectivement 75 et 56% des médecins. On observe dans les autres pays une activité médicale orientée vers des modèles intégrés d'organisation monodisciplinaires ou pluridisciplinaires : des centres de soins primaires réunissent des médecins généralistes et du personnel paramédical ou des groupements de médecins généralistes qui tendent à une intégration avec les offreurs de soins secondaires, constituant ainsi des équipes pluridisciplinaires.

3. Règles de paiement des médecins généralistes

Les modes de rémunération des médecins généralistes sont très diversifiés et tendent à être mixtes : les règles de capitation, de salariat voire de paiement à l'acte peuvent être combinées. La variabilité des revenus moyens entre pays (voire entre régions d'un même pays) est assez considérable (globalement élevés au Royaume-Uni, en Allemagne et en France, relativement faibles en Suède, en Espagne et en Italie).

- En Espagne et en Suède, le salariat est la forme dominante de rémunération des médecins généralistes, associée à des temps de travail relativement réduits.
- En Italie et au Royaume-Uni, si le schéma de capitation constitue encore la principale source de revenu des médecins généralistes, sa part tend à se réduire au profit d'autres types de transferts monétaires, basés sur des indicateurs d'activité (actes) ou de qualité des soins (indicateurs de performance). Ils débouchent sur une certaine variabilité des niveaux de revenu.
- En Allemagne et en France, les médecins travaillant en institution sanitaire sont généralement rémunérés sur la base d'un salaire (hormis dans les cliniques privées en France où le paiement à l'acte s'applique). La médecine libérale en cabinet de ville bénéficie d'un paiement à l'acte, mais dont les modalités varient sensiblement entre les deux pays. Les niveaux de rémunération sont assez semblables pour les spécialités médicales.

Des soignants en nombre suffisant et bien dans leur peau

Hélène Dispas, médecin généraliste et permanente politique de la Fédération des maisons médicales.

Interview réalisée par Marinette Mormont, journaliste à Alter Echo.

Le nombre et la répartition des médecins, infirmiers et autres soignants sur le territoire, la qualité de leur formation ou encore l'articulation entre les métiers sont autant de facteurs qui pèsent sur l'accès à des services de santé de qualité pour tous. Hélène Dispas nous fait part de ses réflexions.

11,2, c'est le nombre de médecins généralistes en Belgique par tranche de 10.000 habitants (donnée INAMI, 2013)¹. « Ce nombre est probablement surestimé et les comparaisons sur le plan international sont périlleuses² et à prendre avec beaucoup de nuances, commente Hélène Dispas. On sait toutefois que la Belgique n'est pas la plus mal lotie. Pourtant, à l'échelle de notre pays, la pénurie de médecins généralistes est annoncée. »

Le problème réside surtout dans la pyramide des âges des médecins : avec moins d'un tiers de médecins généralistes de moins de quarante-cinq ans, « d'ici cinq à dix ans, il n'y aura plus du tout assez de jeunes pour remplacer la génération actuelle, analyse Hélène Dispas. Alors que les besoins augmentent car la population vieillit et que le nombre de pathologies chroniques complexes (diabète, bronchites chroniques, pathologies mentales) explose. Il faut aussi faire le lien avec la dégradation actuelle des conditions économiques et sociales. Les patients bien souvent ne présentent pas une seule maladie, mais un ensemble de pathologies plus ou moins liées entre elles et surtout liées à leurs conditions de vie (alimentation, logement, stress au travail...). »

Outre une diminution de la proportion de médecins généralistes par rapport aux spécialistes³, on observe d'importantes variations dans le pays, entre les provinces et les arrondissements. Les zones rurales, le Luxembourg particulièrement, se transforment en « déserts » médicaux.

Pour résoudre le problème, certains pays ont opté pour la planification. Celle-ci peut prendre des formes différentes, comme par exemple l'obligation pour tous les jeunes médecins de réaliser un stage en zone rurale. « Je ne crois pas qu'obliger les gens soit la meilleure solution, confie Hélène Dispas. En Belgique, les médecins sont culturellement très indépendants, ils n'aiment pas recevoir de directives de l'État⁴. C'est donc difficile

3. L'évolution montre, de 2004 à 2012, une stagnation du nombre de médecins généralistes (en équivalent temps plein) et une augmentation du nombre de spécialistes de 14.5% (+ 11,9% en en équivalent temps plein) Source : Rapport de synthèse « Médecins sur le marché du travail, Disponible sur : http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19103341_fr.pdf.

4. NDLR : à ce sujet : voir le reportage sur la première grève des médecins : <http://www.maisonmedicale.org/-1964-.html> - lire « Bouleverser l'Ordre établi », de Marianne Prévost dans le *Santé conjugulée* 68, à propos de cette première grève : « Mais il y a des dissidents au sein de la profession : certains médecins, aux orientations sociales et progressistes ont refusé de suivre cette grève qu'ils jugeaient corporatiste. Ils critiquent les « nombreux abus de pouvoir (commis par l'Ordre [des médecins]) reflétant le plus souvent le « souci de préserver le statut de la médecine libérale et le monopole de décision du médecin privé » ». <http://www.maisonmedicale.org/Bouleverser-l-Ordre-etabli.html>

1. http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistique_ss_proff_tableau1.pdf

2. Le concept de « généraliste » n'est pas forcément le même partout ; les chiffres peuvent diverger selon les organismes internationaux qui les collectent.

à imaginer et pourrait même produire l'effet inverse : décourager les jeunes à se lancer en médecine générale » La solution ? « Si l'on veut des médecins dans les campagnes, il faut peut-être recruter des personnes issues de ces coins-là à l'entrée des études en médecine », avance la docteure.

Supprimer les barrières d'accès aux études de médecine ?

Face à ces constats, c'est toute la question de la limitation d'accès à la profession et de ses modalités qui se pose une nouvelle fois.

Il y a plus de dix ans, un *numerus clausus* était mis en place au seuil des études de médecine. Depuis lors, l'idée de faire disparaître le contingentement pour les spécialités en pénurie fait son chemin. En décembre 2013, le Conseil des ministres approuve un projet d'arrêté réformant le système de planification de l'offre médicale et prévoit, pour l'année 2020, des quotas maximum pour l'ensemble des spécialités et des quotas minimums pour la médecine générale et les spécialités en pénurie.

Le débat n'est pas clôt pour autant. Il y a un an, la ministre fédérale exige à nouveau la mise sur pied d'une sélection au début des études de médecine. Conséquence, le 9 juillet 2015, le Parlement de la Communauté française vote le projet de décret instaurant dès la rentrée 2015-2016 un concours à la fin de la première année du premier cycle en médecine et en médecine dentaire.

Plus récemment, Maggie De Block aurait évoqué la possibilité d'augmenter le quota de médecins pouvant exercer la profession chaque année et de supprimer la clé de répartition territoriale qui régit le nombre de médecins pouvant exercer dans chaque communauté (aujourd'hui de 60/40 respectivement pour la Communauté flamande et la Communauté française). Elle relancerait par contre l'idée d'une limitation des inscriptions dans les facultés de médecine dès l'entame de la première année d'études (*La Libre Belgique*, 10 juin 2016).

Alors, faut-il ou non supprimer les barrières d'accès aux études de médecine ? Pour Hélène Dispas, la question n'est pas simple. Il faudrait un système de sélection plus juste, moins élitiste : « Sélectionner dès l'entrée donne peu de chances aux étudiants qui n'ont pas une

5. Lire à ce sujet : « La saga du *numerus clausus* », *Santé conjugulée* n°70, avril 2015

solide formation préalable et un soutien parental fort. La sélection se fait exclusivement sur des capacités intellectuelles, dans des matières parfois éloignées du métier en lui-même (physique, chimie, statistiques...). Un système idéal tiendrait également compte des compétences humaines et de la motivation pour le métier. »

L'enjeu consiste surtout à inciter les étudiants à s'orienter vers la médecine générale plutôt que vers la médecine spécialisée, mieux rémunérée et plus valorisée. Même type de constat à l'égard de la profession infirmière. La densité des infirmiers en activité en Belgique (9,51/1.000 habitants, chiffres 2012) est inférieure à la moyenne européenne (10,77/1.000 habitants dans l'Union européenne). Et c'est surtout en première ligne que ces professionnels de la santé sont très peu nombreux (53% des infirmiers sont salariés dans un hôpital, 14% dans les soins résidentiels aux personnes âgées et 7% dans les soins infirmiers à domicile)⁶. Encore une fois, observe Hélène Dispas, le métier de première ligne est moins valorisé, alors qu'il est particulièrement ardu.

Valoriser les métiers de première ligne. L'idée est bonne, mais comment la concrétiser ? Certains proposent une élévation des rémunérations (un généraliste est payé entre deux et six fois moins qu'un spécialiste, selon Hélène Dispas), mais cela ne suffira sans doute pas. Dès l'université, le métier de généraliste est affublé d'une étiquette négative. Même si c'est en train de changer, tempère la docteure : de plus en plus de généralistes investissent aujourd'hui les universités et contribuent à redorer le blason de la profession. Du côté de la Fédération des maisons médicales, précise Hélène Dispas, « la valorisation passe par une meilleure visibilité et représentation de ces métiers, l'élargissement des champs de compétences des soignants, et l'amélioration du travail pluridisciplinaire. Des conditions de travail plus attractives peuvent également aider ».

C'est aussi le regard de la population qu'il faut changer. Par des campagnes de sensibilisation ou par un système politique qui incite à voir son médecin généraliste avant de consulter un spécialiste, il s'agit de trouver le moyen le plus adéquat d'organiser un échelonnement des soins en Belgique, y compris à l'échelon « zéro »

6. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. *La performance du système de santé Belge - Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259B_rapportperformance2015.pdf

(voir l'article page 59). « Car théoriquement, 90% des problèmes de santé de la population peuvent être résolus sans la deuxième ligne⁷. Nous pouvons donc répondre à la plupart des demandes de la population, et ce, à bien moindre coût que ne le font les hôpitaux », justifie Hélène Dispas qui ajoute : « Les patients ont en général une grande confiance envers les intervenants de première ligne, mais malheureusement beaucoup ignorent encore la possibilité d'y recourir, surtout dans de grandes villes comme Bruxelles où un très haut pourcentage de gens s'adresse aux urgences pour des problèmes courants. »

Des métiers complémentaires pour une santé globale

Proposer une offre de soins de qualité accessible à tous repose aussi sur une meilleure complémentarité entre les métiers. Comment l'organiser ? En déléguant les médecins généralistes des tâches administratives et bureaucratiques via un soutien administratif, mais aussi en améliorant la collaboration entre les métiers de première ligne, notamment entre médecins et infirmières : « Nous avons intérêt à mieux travailler ensemble pour une meilleure vision globale du patient, explique Hélène Dispas. Les infirmières peuvent accomplir toute une série d'actes préventifs ou techniques dans les domaines de la vaccination, de la prévention du cancer ou du suivi du traitement de l'asthme par exemple. À domicile, une alternance médecin / infirmier peut aussi être organisée. Les infirmières peuvent offrir des choses qu'on ne fait pas et qui peuvent améliorer la qualité des soins : leur diagnostic offre un autre regard qui enrichit le soin. Elles pourraient aussi devenir les référentes du suivi de certains patients, des patients psychotiques, des personnes âgées, ou des personnes présentant des situations de santé complexes par exemple. » Un partage des tâches qui devrait s'organiser non pas dans une logique de subsidiarité, mais bien dans un but de complémentarité⁸.

La complémentarité, cela s'apprend. Ça et là, des formations interdisciplinaires se mettent en place pour apprendre le travail en équipe. Les défis à relever sont de mieux articuler les compétences de chacun, mieux communiquer surtout. « Actuellement, le système est centré sur les maladies. Mais les patients, ce qu'ils veulent, c'est vivre bien, vivre longtemps, en bonne santé. Les deux sont importants. Il faut apprendre à définir avec les patients quels sont leurs objectifs de santé, et à construire une vision globale

qui allie les compétences médicales des soignants et les compétences des patients eux-mêmes. »

Autres enjeux dans la formation des soignants ? Davantage former dans les domaines de la santé mentale, de la communication et des relations humaines (voir l'article page 72), de la gestion de la multimorbidité (le fait d'avoir plusieurs maladies et plusieurs traitements en même temps), mais aussi outiller les professionnels pour répondre aux problèmes liés au mal-être au travail et tout simplement, leur dispenser une formation de base en alimentation, probablement le premier facteur de maladie à l'heure actuelle. Une meilleure formation en santé publique aiderait aussi les médecins à comprendre le système dans lequel ils évoluent et les conséquences des gestes qu'ils posent au quotidien avec chaque patient.

« Si on veut une bonne couverture universelle, conclut Hélène Dispas, on a besoin de bons soignants. Et la clé de voute, c'est la relation humaine soignant-soigné. Pour cela, il faut des gens en nombre suffisant, bien formés et bien dans leur peau. C'est ça qui fait qu'un système de santé fonctionne. » ■

La réflexion autour du programme psychosocial...

L'épidémie mondiale en matière de problèmes psychiques amène tous les acteurs à s'interroger sur les systèmes de soins en santé mentale, mais aussi sur les professions qui les assurent. Chez nous, la pénurie de psychiatres, la pléthore de psychologues, les pratiques empiriques en médecine générale, la place, le rôle et les compétences des infirmier-ière-s sont autant de problématiques qui déclinent cette réflexion. La publication récente du rapport du Centre fédéral d'expertise KCE⁹, et les débats virulents autour de la révision de la loi sur les professions de la santé mentale¹⁰ montrent que les pouvoirs publics sont mobilisés. Et la détermination(!) de la ministre de la Santé à réorienter la loi Muyle, pourtant adoptée fin 2014, indique que la vision est politique et culturelle avant tout.

9. Laurence Kohn, Caroline Obyn, Jef Adriaenssens, Wendy Christiaens, Xavier van Cauter, Marijke Eyssen, *modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques* ; kce report 265bs ; avril 2016

10. <http://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-de-la-sante-mentale>

7. Cf le « carré de White » : lire à ce sujet D. Giet, « Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale », *Revue médicale de Liège*, mai 2006.

8. Lire à ce sujet « Transdisciplinarité : formules », *Santé conjugée* n°74, mars 2016 (dossier).

Prendre soin de la campagne

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux

« Docteur, j'ai mal aux jambes ».

Je connais bien Georgette, 62 ans, mon âge. Elle est arrivée dans ce village d'Ardenne avec sa petite-fille Françoise, récemment divorcée.

Georgette est inscrite au chômage. Françoise n'a pas de revenu, elle espère une pension alimentaire.

Le seul bus du village est celui des écoliers, à 8 h et 17 h, en semaine. Sur demande, il y a aussi le PROXIBUS et la Loco-Mobile, taxi social mis en place par plusieurs communes. Ces services sont payants et nettement insuffisants quand il faut aller à la pharmacie, chez le médecin, à la gare ou aux magasins, à 8 km. Il faut réserver à l'avance. La mobilité est citée par tous les intervenants professionnels de la santé et du social comme un obstacle majeur pour l'accès aux soins et aux services. Les communes font ce qu'elles peuvent avec des moyens nettement insuffisants. Il y a souvent une camionnette de la commune qui fait le tour des villages pour des démarches administratives et des services qui se rendent à domicile, comme par exemple les équipes mobiles d'intervention de la réforme des soins psychiatriques, dite 107. Les communes et les associations informent le public de ces maigres possibilités.

Débordés par les demandes d'aide, les curés de trois paroisses se sont regroupés et 4 paroissiennes ont rassemblé des travailleurs sociaux, des services communaux et des associations citoyennes autour d'une Table Ronde sur la Pauvreté en milieu rural. C'était à Erezée, le 20 novembre 2015. Sur les 100 participants, un seul mandataire politique communal a discrètement entendu les divers témoignages des participants. Nous ignorons si un relais a été assuré envers ses collègues, il n'y a eu aucun écho des mandataires politiques. Le constat est partagé : la pauvreté galope, les ruraux ont de plus en plus de difficultés d'accès aux services de santé et aux services sociaux. Les difficultés de mobilité sont majeures et les factures impayées de plus en plus nombreuses. Le stress des frais d'huissier et de reporter le paiement du loyer deviennent habituels, aggravant les problèmes de santé.

Cette table ronde sur la Pauvreté et la Ruralité éclaire les besoins majeurs des habitants et est possible grâce aux services et associations qui se mobilisent pour tenter d'endiguer les catastrophes annoncées : paroisses, Plans de cohésion sociale, Réseau de lutte contre la pauvreté en Wallonie, CPAS, maisons médicales...

Georgette est convoquée à l'ONEM, à Arlon. Il faut aller à la gare, à 8 km et changer deux fois de train. La durée du trajet pour aller à Arlon est de deux heures pour un trajet d'environ 100 km. Georgette ne connaît pas Arlon, elle n'y est jamais allée.

Invoquant ses réels problèmes de santé, elle me demande un certificat pour reporter le rendez-vous à Arlon au printemps. A terme, elle risque une exclusion du chômage et l'ONEM proposera qu'elle demande une reconnaissance d'invalidité à la mutuelle ou à la Vierge Noire. Ce n'est pas certain que ces démarches aboutiront et elle se tournera alors vers le CPAS, lui-même complètement débordé.

Quel gâchis ! Que de démarches inutiles et de sources d'épuisement tant pour les citoyens que pour les professionnels de santé et des services sociaux. Les professionnels aussi ont besoin d'être reconnus et structurellement soutenus. La Province de Luxembourg l'a compris et crée actuellement une cellule d'accompagnement de pratiques de groupe pour ces professionnels.

La situation de Georgette est malheureusement banale et fréquente. L'accès aux services publics, aux services sociaux et aux services de santé (médecins généralistes, pharmacies, hôpitaux...) devient de plus en plus problématique en régions rurales. Les difficultés d'accès aux médecins généralistes vont s'aggraver dans les prochaines années, car la plupart des communes rurales sont en pénurie de généralistes et d'infirmières. Une majorité de médecins généralistes en activité ont plus de 55 ans, et la relève n'est pas assurée. Les associations professionnelles des généralistes se mobilisent pour que tous les généralistes actuellement en activité puissent accueillir des étudiants en stage et leur faire connaître la richesse de la pratique médicale rurale, afin qu'ils puissent aussi venir travailler à la campagne. Le Plan wallon de développement rural propose des incitants financiers aux maisons médicales rurales pour leur permettre d'avoir des locaux équipés pour travailler en équipes pluridisciplinaires. Des initiatives de regroupement de généralistes et d'infirmières voient le jour, invitant leurs jeunes collègues à les rejoindre, rencontrant en cela l'aspiration d'une majorité de ces jeunes¹⁰.

10. Lire entre autres : « Se regrouper et plus si affinités », dans *Santé conjugquée* 66.

Thaïlande : les régions rurales au cœur des réformes

En Thaïlande, les avancées vers la couverture universelle ont été rapides et sont issues d'un processus endogène. En 2002, le projet de loi sur l'assurance santé nationale (*National Health Insurance Bill*) entre en vigueur et amène la création du « plan de couverture universelle des soins de santé ». L'objectif ? Fournir un service de soins de santé primaires à tous les Thaïlandais auparavant exclus du système de santé. Résultat de l'opération : la plus grande partie de la population est aujourd'hui couverte.

Cette réforme de 2002 s'est appuyée sur une amélioration notable de l'infrastructure publique pour les soins de santé au cours de la décennie précédente. La « Décennie de la politique de développement des centres de santé » (*Decade of Health Centre Development Policy, 1986-1996*) avait en effet permis l'établissement de nombreux centres de santé en région rurale et ainsi, la quasi disparition des barrières géographiques pour accéder aux soins de santé.

D'autres instruments politiques ont accompagné ces réformes et amélioré les services offerts à la population : le service obligatoire de trois ans dans les régions rurales pour les médecins et infirmiers et le transfert des fonds des hôpitaux urbains vers les soins primaires dans le pays par exemple.

Un bémol, de taille, entache le tableau. Le contexte fortement néolibéral dans lequel évolue le pays ainsi que le faible financement public du système de santé pourraient, à terme, miner la viabilité de ces tentatives d'ouverture de l'accès aux soins de santé.

Source : Amit Sengupta, Couverture universelle : par-delà la rhétorique, Municipal services project, Occasional paper no 20, novembre 2013.



Évaporer la première ligne ? Gare à l'effet de serres¹ !

Pierre Drielsma,
médecin généraliste,
permanent politique à la
Fédération des maisons
médicales.

Des combats ont été menés dans les années '70 pour sortir de l'hôpital, pourtant, on y revient mais sous une autre forme. Il semble que nous soyons passés de l'hospitalo-centrisme à l'hôpital tentaculaire. Pour aller vers une couverture sanitaire universelle, il semble essentiel de soutenir et de développer la première ligne. Hélène Dispas vient d'évoquer l'importance de l'échelonnement dans l'organisation du système de santé (voir l'article page 50). Mais quelle est la stratégie du gouvernement ? En quoi l'évolution vers une disparition progressive des lignes de soins, de la première en particulier, sert ou non la voie vers une couverture sanitaire universelle, c'est ce que nous avons demandé à Pierre Drielsma, médecin généraliste en maison médicale.

On nous parle d'évaporer la première ligne, c'est pourtant la plus mauvaise idée depuis que Caïn a tué Abel.

A quoi sert la première ligne soins ?

La première ligne prend en charge de façon holistique (globale) les problèmes de santé des individus, des familles et des populations. Grâce à cette vision globale, elle permet de relativiser et/ou repositionner les plaintes somatiques dont la source est psychosociale. Elle permet de réorienter la prise en charge et qui sait un jour la force de travail vers l(es)intervention(s)² les plus efficaces : c'est-à-dire parfois un logement adapté, un animal de compagnie, des passages structurés à domicile, une psychothérapie, l'obtention d'une allocation de handicapé.

Grâce à cet effet de filtrage (échelonnement), les dépenses de deuxième ligne sont réduites, les gens sont plus libres, la démocratie est améliorée, les effets iatrogènes des traitements abusifs sont réduits. En effet, l'échelonnement évite la médico dépendance, donc améliore la liberté et l'autonomie des patients.

Les maisons médicales sont nées au début des *seventies*, dans une conception soixante-huitarde légèrement teinté de couleur hippy (baba cool pour les moins vieux). Elles poursuivaient donc un double AIM³ (double but). Supprimer la domination capitaliste (les idées pour arriver à cet objectif étaient divergentes). Mais en même temps, il s'agissait d'une révolution culturelle anti-experts. Il n'est pas forcément facile de comprendre cette association entre une idéologie plutôt léniniste ou lénino-trotskiste, voire stalinienne et une philosophie antiautoritaire et anti-technocratique.

Pourtant, à y réfléchir et grâce à la lecture d'un bouquin récent⁴, on peut se souvenir qu'en 66, Mao Tsé Toung (ou Mao Zedong pour les amis) avait lancé la jeunesse chinoise à l'assaut de la bureaucratie et de la technocratie en décrétant la révolution culturelle. Alors qu'il s'agissait apparemment pour Mao de reprendre le parti en main, les maoïstes occidentaux y virent une poussée anarchisante. C'est donc dans une *confusion magnifique* que le plus grand zélateur de Staline a pu se faire passer pour un anar....

1. Griffes des oiseaux de proie.

2. Toute action entreprise en vue d'améliorer la santé.

3. Pour paraphraser le triple AIM du plan maladie chronique qui poursuit des soins qui améliorent la santé de la population, des soins efficaces et des soins vers un meilleur vécu des patients. La santé de la population est à la fois objective et subjective, l'efficacité est une mesure objectiviste, le vécu du patient est subjectif.

L'hospitalo-centrisme, voilà l'ennemi ?

Historiquement l'hôpital était à son apogée après-guerre, on a connu la réforme Debré⁴ en France, mais aussi une croissance rapide du nombre de lits. L'hôpital est une source d'emplois mais aussi de clientélisme, ce qui a toujours intéressé les pouvoirs municipaux. Actuellement, la tendance lourde est à la fermeture de lit, en particulier pour les lits psychiatriques, mais les lits de longs séjours disparaissent. Et les courts séjours raccourcissent : hôpital de jour et retour précoce à domicile sont les deux mamelles de la réforme (voir l'article page 43).

Le problème n'est plus l'hôpital classique mais plutôt ce qu'il faudrait appeler le complexe médico-industriel. J'avais baptisé ce puissant lobby en m'inspirant du complexe militaro-industriel dénoncé par le président américain Eisenhower⁵ après de la deuxième guerre mondiale : « Dans les conseils du gouvernement, nous devons prendre garde à l'acquisition d'une influence illégitime, qu'elle soit recherchée ou non, par le complexe militaro-industriel. Le risque d'un développement désastreux d'un pouvoir usurpé existe et persistera ». Mais je me suis rendu compte que d'autres auteurs avaient fait la même trouvaille⁶.

Donc l'outil = l'ennemi ? Rien n'est moins sûr, l'hôpital lui-même est en pleine mutation, il devra donc fermer des lits et s'orienter plutôt vers la concentration d'un plateau technique et d'un centre d'expertise clinique. Mais cette nouvelle forme n'est pas moins dangereuse. Que souhaitent les firmes pharmaceutiques et médico-techniques ? Des marges bénéficiaires élevées et des volumes croissants ! L'essentiel de l'effort des pouvoirs publics s'est porté sur la réduction des volumes, c'est pourquoi les firmes s'orientent dorénavant vers les marges élevées grâce à des médicaments à haute valeur ajoutée : anticancéreux, médicaments dits orphelins, etc. (voir l'article page 23).

Le complexe médico-industriel a bien compris que la médecine de première ligne avait les moyens d'éviter aux patients des traitements coûteux et inutiles. Ce que démontre à l'envi Starfield (voir encart page suivante) et ses collaborateurs, c'est que plus la première ligne est forte, plus l'accès à la deuxième ligne est faible et les dépenses sont régulées. Donc le complexe médico-

industriel est l'allié objectif de la médecine spécialisée et de l'hôpital même réduit. En effet la réduction hospitalière portera essentiellement sur l'hôtellerie⁶ mais pas sur les actes techniques.

Il est donc nécessaire pour le complexe médico-industriel de détruire la première ligne ou du moins de la balkaniser au maximum. La stratégie de super Maggie (De Block) est de ce point de vue limpide comme un torrent de montagne. Elle conteste les postes de gardes en médecine générale qui, justement dotés d'un filtre téléphonique efficace, permettraient d'éviter des consultations inutiles au service d'urgences hospitalières mais aussi un grand nombre d'admissions inutiles. Au lieu de ça, Maggy propose la fusion des gardes de première et deuxième lignes au sein de l'hôpital. Comme cela, l'hôpital se débarrassera sans casse des petits bobos et des psycho-sociaux. Par contre, il gardera la main sur les cas organiques pour les hospitaliser en cas de lits disponibles et en tous cas leur faire subir toute la batterie de tests techniques que nécessite une rentabilisation des appareils.

Les projets d'hospitalisation à domicile vont dans le même sens. Il s'agit pour l'essentiel de transférer les coûts d'hôtellerie sur les familles tout en maintenant l'activité médicale correspondante sous le contrôle hospitalier. Les infirmières hospitalières descendront sur la ville en gardant jalousement leurs précieuses compétences techniques.

Il faut éviter que les infirmiers hospitaliers réalisent des soins à domicile que les infirmiers de première ligne peuvent réaliser. Ce qu'il faut, c'est que les infirmières de la deuxième ligne forment celles de la première de la nécessité d'un suivi à domicile et leur transmettent leur savoir.

Et ce pour les mêmes raisons que pour les médecins généralistes. La logique de la deuxième ligne n'étant pas adaptée à l'ambulatoire ni au travail en milieu de vie. La première ligne doit être intégrée et titularisée. Ce doit être les mêmes infirmiers qui réalisent les vaccins, les soins de plaies, qui doivent prendre en charge le patient passant en maladie chronique.

Dans le même ordre d'idée, le Conseil technique médical ne vient-il pas d'autoriser les médecins spécialistes

4. Robert Debré, professeur de pédiatrie qui conforta l'hôpital public.

5. Lui-même ancien généralissime des armées alliées durant la deuxième guerre mondiale.

6. Les premières victimes sont composées de personnel non qualifiés attaché à l'hôtellerie. L'hôtellerie hospitalière n'est pas un secteur à haute valeur ajoutée.

à débarquer dans les maisons de repos, heureusement encore à la demande du médecin traitant. Mais quand on sait que dans certaines maisons de repos pour personnes âgées ou maisons de repos et de soins, un nombre grandissant de patients ont pour médecin traitant le médecin attiré de la maison de repos (et de soins), le risque n'est donc pas nul.

Il est possible de faire énormément de choses à domicile y compris des chimiothérapies en toute sécurité, il est clair que la miniaturisation des outils diagnostiques permettra à la première ligne d'en faire toujours plus. Par ailleurs, il faudra aussi tenir compte du fait qu'en matière de soins aux grands vieillards, le plus important, c'est la qualité de la vie et pas la quantité de vie (la longévité).

7. Lire aussi à ce sujet l'article d'Olivier Mariage dans le *Santé conjugulée* de mars 2016 et l'article d'Hélène Dispas en rubrique de ce numéro.

Depuis la fin des années 70, la maison médicale Bautista Van Showen à Seraing a réalisé des dizaines de maintien à domicile qui eussent nécessité l'hospitalisation sans l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : bronchopneumopathie chronique obstructive IV, insuffisance cardiaque terminal, chimio à domicile, soins palliatifs au domicile, antibiothérapie IV, lithiase rénale perfusée à domicile, transfusion à domicile... Evidemment cela n'est possible que si l'argent suit le malade et descend de l'hôpital vers les équipes de première ligne.

Les Projets pilotes de soins intégrés pour patients chroniques⁷ ne s'annoncent guère mieux, l'hystérie du trans-mural gagne l'ensemble du système de soins de santé, alors que dans un système échelonné la grande majorité des pathologies chroniques peuvent être très bien traitées par la seule première ligne. Par exemple, 85 % des diabétiques de type 2 peuvent être traités au long cours par anti diabétique oraux et/ou incrétinomimétique et/ou chirurgie bariatrique. La majorité des bronchites chroniques et des bronchopneumopathies chroniques obstructives peuvent être traités sans passage spécialisé en particulier s'ils s'abstiennent de

Pédiatre de formation, chercheuse en services de santé de métier, la Dr Starfield occupait le poste de *University Distinguished Service Professor* à la faculté de médecine et de santé publique de l'université Johns Hopkins et directrice du *Primary Care Policy Center* de cette même université. Militante acharnée pour la médecine familiale et les soins de première ligne.

Extraits choisis de son exposé :

- « Plus les patients voient de spécialistes différents (toutes chose égale par ailleurs), plus les coûts des soins sont élevés, ainsi que les coûts médicaux, ainsi que les examens diagnostiques et les interventions et les choix des médicaments.
- Plus les patients consultent des généralistes différents, plus les coûts des soins sont élevés, ainsi que les coûts médicaux, ainsi que les examens diagnostiques et les interventions. (Cela signifie que globalement que les généralistes sont plus économes en médicaments)
- Plus le patient voit de généralistes différents (moins de continuité interpersonnelle, ce qui plaide d'ailleurs pour la titularisation de tous les patients auprès d'un ou deux médecins généralistes déterminés), plus le malade voit des spécialistes différents. Cet impact est indépendant du nombre total de contacts en médecine générale. »

*Conférence de Karlskrona (Suède)
18 septembre 2007.*

Ce qu'on entend dire...
et ce que Pierre Drielsma répond :

« Comme il n'y a plus de médecins généralistes [pénurie], l'hôpital se passe de nous »

La stratégie du complexe médico-industriel est d'expulser la médecine générale du dispositif. Soit les infirmières hospitalières feront le job sous la supervision télématique des spécialistes hospitaliers, soit les infirmières de première ligne s'organiseront ou se coordonneront avec l'hôpital. Une première ligne sans généralistes est une première ligne morte.

« Les médecins généralistes ne sont pas outillés pour résister, ils vont donc aller vers la pratique de groupe »

Le problème, ce n'est pas de convertir la médecine soliste, qui d'ailleurs éprouverait des difficultés économiques lors du changement de paradigme. Le problème aigu de la médecine générale, c'est de disposer d'un apport démographique de jeunes généralistes susceptibles de constituer des équipes pluridisciplinaires efficaces pour les soins lourds à domicile, comme pour les soins courants d'ailleurs.

fumer, les traitements actuels sont très efficaces. Même pour l'asthme pour lequel un avis princeps spécialisé est souhaitable (il s'agit souvent de patients jeunes), les traitements actuels ont fait baisser drastiquement les crises majeures (les appels de nuit les concernant ont d'ailleurs quasi disparu). 95 % des hypertendus ne devraient jamais voir de spécialistes, etc.

Alors la mort de la première ligne une bonne affaire pour la couverture sanitaire universelle ?

Donc à la question est-ce que l'évaporation de la première ligne va mettre en péril la couverture sanitaire universelle ? Nous pouvons répondre oui et cela par trois mécanismes qui s'imbriqueront : tout d'abord comme Van Doorslaer et d'autres^[C-F] l'ont bien démontré, la médecine générale est *pro poor*, favorable à l'équité, tandis que la médecine spécialisée est *pro rich*, défavorable à l'équité. Ensuite, parce que mettre la première ligne sous le contrôle de la deuxième impliquera une croissance de la technologisation des soins et de sa dépersonnalisation (continuité personnelle/interpersonnelle/relationnelle). Or les patients qui ont le plus besoin de cette continuité personnelle sont précisément les plus démunis parce qu'ils ont le plus souvent également un déficit de capital social^[F-H]. Enfin, on doit craindre une plus grande anxiété pour les patients, car ils seront morcelés comme la deuxième ligne est morcelée en spécialités et sites multiples. On aura perdu intégration et globalité : caractères types de la première ligne. ■

Références

- A. Christofferson Michaël Scott. *Les intellectuels contre la gauche : L'idéologie antitotalitaire en France (1968-1981)*. 2009. Marseille, Agone. Contre-feux.
- B. Jean Claude Salomon : *Le complexe médico-industriel*. Paris : Fayard ; 2003.
- C. Van Doorslaer E., Waagstaff A. : *Equity in the Finance and Delivery of Health Care : An International Perspective*. Oxford University Press ; 1992.
- D. Van Doorslaer E., *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries*. 2004.
- E. Van Doorslaer E., Masseria C, Koolman X, "Inequalities in access to medical care by income in developed countries", *CMAJ* 2006, 174 : 177-183.
- F. Crooks V., Lubben J., Pettiti D.B., Little D., Chiu V., "Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women", *American Journal of Public Health* 2008, 98 : 1221-1227.
- G. Vandenbroucke S., Lebrun J.-M., Vermeulen B., Declercq A., Gosset C, Maggi P. *et al.*. *Vieillir mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. 1-176. 1-3-2012. Fondation Roi Baudouin.
- H. Starfield B, Birn AE, "Income redistribution is not enough : income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health", *J Epidemiol Community Health* 2007, 61 : 1038-1041.

« Communauté » et solidarités de proximité : prétexte, emplâtre ou levier ?

Gaëlle Chapoix, chargée de
projets pour le programme
Education permanente de la
Fédération
des maisons médicales.

Jusqu'ici dans ce dossier, nous nous sommes centrés sur les services de santé et l'accès à ceux-ci. Or les premières ressources en santé se trouvent à « l'échelon zéro » du système de santé, au plus près de la personne. Il s'agit des ressources propres à l'individu, de celles qu'il peut trouver dans sa famille, son entourage proche, son quartier... au cœur-même de la communauté. Si la couverture sanitaire universelle s'organise à un niveau global, les solidarités de proximité ont-elles un rôle à y jouer ? Quel est le sens des attentions accordées par les pouvoirs publics à cet échelon du système ? Quels liens y a-t-il avec l'« action communautaire » en santé ?

Parler de communauté dans notre culture, n'est-ce pas presque devenu saugrenu ou réservé à ceux issus d'une autre culture ? Ce terme évoque souvent même le religieux voire le sectaire. Il y a en effet bien longtemps que nous naviguons dans une société où se cultive l'individualisme et la méritocratie, où chacun est considéré comme responsable de lui-même et de son parcours, quels que soient son environnement initial et les embûches qu'il rencontre... Et quand on parle de « renforcement de la communauté », cela n'évoque-t-il pas pour beaucoup la notion de repli identitaire, de frontières culturelles ?

Définitions

La communauté, nous dit le dictionnaire Larousse, est un « Ensemble de personnes unies par des liens d'intérêts, des habitudes communes, des opinions ou des caractères communs ».

« Les membres d'une communauté sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Selon Jacques Bury (1988) « le groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre des membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement ; en d'autres termes, lorsqu'apparaît une conscience communautaire »^[E].

Pour nombre de travailleurs sociaux, de l'éducation permanente, de la santé, l'action communautaire constitue en effet une stratégie d'action pour le changement. Elle vise à identifier les besoins et ressources des communautés et à renforcer et diversifier ces dernières pour répondre aux premiers ; elle peut aller jusqu'à l'action citoyenne et politique.

« L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. »^[1].

L'action communautaire est donc d'abord une action citoyenne avant d'être une stratégie d'action professionnelle. Prenons le temps de regarder de plus près ce qui se joue en santé à l'intérieur de « la communauté ».

L'« échelon zéro » en pratique

De la grand-mère « toujours disponible », au petit-fils qui fait volontiers les courses, en passant par la famille proche ou les voisins qui assurent les soins et l'aide quotidienne nécessaire à un malade ou une personne handicapée... De l'écoute bienveillante de la voisine d'en face, en passant par le groupe de mamans qui papote tous les mercredis matin devant l'école, ou le café du coin qui permet de sortir de chez soi et de voir du monde... Il s'agit de ces lieux et de ces personnes qui nous permettent d'accéder à nos propres ressources

et de les développer grâce à l'échange, de savoirs, de services, d'écoute... Une panoplie de prévention et d'informations en matière de santé potentiellement vaste. Prévention par le développement de lien social qui renforce la santé en rompant un isolement nocif, ou par l'échange d'astuces pour une alimentation saine par exemple. Pistes d'« auto-soin » par l'échange de remèdes « de grand-mère » pour les maux de l'hiver ou autres petits soucis qui permettront parfois d'éviter une consultation médicale.

Si ce type de ressources et d'échanges dans la communauté s'est réduit avec la montée en puissance de l'individualisme et de la logique de concurrence prônés par le libéralisme, il reprend de l'ampleur ces dernières années. Grâce à des dynamiques de quartier qui se relancent, des alternatives qui se multiplient tels les services d'échanges locaux (SEL), les réseaux d'échanges de savoirs (RES), mais aussi les potagers collectifs et autres groupes citoyens qui créent aussi de la convivialité et par là-même de la santé !

S'y ajoutent aussi les groupes d'entraide centrés sur des problèmes de santé spécifiques où l'on s'apporte du soutien moral en même temps que de précieuses informations issues de l'expérience, et bien plus (voir plus loin).

Et de nouvelles formes d'échange émergent comme divers projets de lieux de rencontres tels que les « cafés des familles » ou encore les « cafés santé »¹.

Le Réseau santé du Vieux Sainte-Anne

« Durant l'hiver 1978-79, des habitant(e)s de ce quartier de vieilles maisons ouvrières à Audergem se sont mobilisé(e)s à la suite du décès d'un voisin dans un grand dénuement. Choqué(e)s, alors qu'ils et elles se trouvaient déjà dans une logique de solidarité de bon voisinage, une première solution a été imaginée : un calendrier visible de l'extérieur de la maison où les pages sont arrachées au fur et à mesure. Si une page n'est pas arrachée, cela signifie qu'il y a un problème. Un médecin a été mis dans le coup, puis un deuxième... En parallèle se mettait en place à Boitsfort un système d'hospitalisation à domicile, qui a inspiré le quartier. Le réseau s'est construit avec une quinzaine de jeunes dont la tâche était de rendre de petits services à gauche et à droite. La nécessité d'un(e) animateur/trice professionnel(le) s'est fait sentir, mais aussi le décalage entre bénévoles et professionnel(le)s. »^[4]

Accessibilité, reconnaissance et professionnalisation

Pour une réelle accessibilité à tous et pour que ces dynamiques ne s'épuisent pas avec ceux qui les portent, un encadrement et/ou un soutien professionnel ou institutionnel semble cependant souvent nécessaire.

Ainsi par exemple : « Certaines critiques fleurissent et pointent des mécanismes de reproduction des inégalités sociales au sein des services d'échange locaux tous modèles confondus. Par exemple, l'utilisation d'outils numériques pour la gestion des échanges de services peut contredire l'accessibilité des plus précarisés. [...] Dans le modèle, tout le monde peut adhérer aux SELs, mais dans les faits, le public est moins diversifié. Le profil des adhérents, en théorie très éclectique, glisse vers un profil militant. Une étude [...] concernant la question de la composition de certains SELs en Belgique met d'ailleurs en exergue le fait que la majorité des membres sont des femmes, dans la tranche d'âge entre 30 et 50 ans, ayant un bon niveau d'éducation (bachelier ou master pour 84% d'entre elles) et ne connaissant pas de situations de détresse, entre autres financières. Il semblerait donc que le public précarisé soit moins représenté, car « il existe une corrélation entre le niveau de politisation et le niveau d'instruction [...] », lui-même corrélé à l'origine sociale. [...] »^[N].

C'est ainsi qu'est né progressivement le concept d'« accorderie » qui, contrairement aux SELs issus d'initiatives citoyennes, « se développent généralement grâce au soutien de certaines collectivités locales ou d'associations actives dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Outre l'apport financier qui en résulte, cette caractéristique explique également que celles-ci soient plus directement tournées vers des publics précarisés. »^[B].

1. Des associations ottintoises, dont le Centre d'éducation à la famille et à l'amour (voir plus loin) ont initié il y a quelques mois des « cafés santé » : « un espace convivial pour partager tes ressources et réseaux » en matière de santé. A la maison médicale du Laveu à Liège, c'est le comité de patients qui a mis en place un « café santé » qui permet de faire circuler la parole, donner place aux témoignages sur des thématiques choisies chaque fois par les participants pour la séance suivante (de l'arthrose à la fin de vie en passant par la ménopause) ; un professionnel de la maison médicale est présent comme ressource potentielle ; d'abord à l'écoute, il peut même rester silencieux tout au long du café.

Les groupes d'entraide ou self help

Les fonctions que peuvent remplir les groupes de *self help* sont nombreuses. Soutien individuel, aide sociale, administrative, juridique (dont accès à une aide matérielle). Information des membres et du grand public. Information aussi des professionnels de santé vis-à-vis desquels il est parfois nécessaire de jouer le rôle de contrepoids, à un niveau individuel mais surtout collectif en favorisant une participation aux prises de décision des patients concernant leur santé. Cette fonction politique est soutenue par le travail de la Ligue des usagers des soins de santé à laquelle ils sont généralement affiliés.

Selon les auteurs, la multiplication des groupes d'entraide est expliquée de différentes manières : faiblesse des réseaux familiaux et de voisinage, émergence d'une idéologie de l'indépendance pour solutionner ses difficultés, meilleur niveau d'éducation et accès plus aisé aux informations, insatisfactions des patients vis-à-vis des professionnels de la santé notamment en raison d'un manque d'attention de ceux-ci aux aspects psychosociaux de l'aide... Pour certains cependant, cette multiplication aurait pris source dans une démarche des médecins et des professionnels de la santé et leurs finalités auraient été beaucoup plus déterminées par les soignants que par les patients eux-mêmes... [C]

Dans le secteur de la santé plus spécifiquement s'est créée en 1999 la Ligue des usagers des soins de santé (voir l'article page 65) pour fédérer et venir en soutien aux associations de patients, groupes d'entraide (voir encadré ci-dessus) qui concernent une maladie, un handicap, un problème social ou autre préoccupation en lien avec la santé, et plus largement pour faciliter leur participation aux politiques de santé. Au fil des années, la Ligue des usagers des soins de santé a obtenu une reconnaissance croissante des différents niveaux de pouvoir et s'est professionnalisée. Parmi ses membres, l'association Aidants proches². Celle-ci a obtenu en juin 2014 la reconnaissance d'un statut social d'aidant proche. Les chercheurs qui se sont penchés sur les enjeux d'une telle reconnaissance se sont d'abord demandé si la solidarité

devait toujours être encadrée ou si au contraire elle ne pouvait pas exclusivement rester dans la sphère privée et spontanée. » [F, p.7]

Ce chemin de professionnalisation des ressources de la communauté se poursuit jusqu'à l'émergence de la fonction de pair-aidant (voir encart page suivante) ou « experts du vécu » employé au sein d'une équipe ou consultant pour celle-ci. Interventions, supervisions et programmes de formation spécifiques (à l'université de Mons) ont déjà été mis en place alors que le statut de pair-aidant n'a pas encore d'existence légale. Cette professionnalisation a(ura) certainement des effets multiples. Ainsi, Aurélie Ehx de L'Autre Lieu^[D] soulève la question de la transformation de la relation quand on passe d'un mode d'échange fondé sur l'entraide gratuite (don et contre-don) à une relation basée sur le salariat. Elle pointe aussi le risque d'instauration d'« une hiérarchie entre une personne aidante, donc supérieure, et une personne aidée, donc inférieure » et celui de voir s'installer une relation de dépendance. Plus globalement, au niveau de l'organisation des soins et du système de santé, selon l'asbl Psytoyens^[L], cette nouvelle fonction « ambitionne de bousculer les évidences en matière d'intervention sociale ». Comme le relève Aurélie Ehx, « si le soignant n'est plus considéré comme le seul "expert", n'y aura-t-il pas de nouvelles modalités de relation au sein du système de santé ? ». Des effets en termes de déstigmatisation et d'intégration se laissent déjà entrevoir également.

Report de responsabilité publique ?

Entre les pouvoirs publics et les diverses initiatives que nous avons évoquées, il semble y avoir une relation ambiguë. D'une part, des cadres légaux en dessinent de plus en plus les contours, avec des possibilités de financement à la clef... et des risques. Des chercheurs se sont d'ailleurs interrogés sur les raisons et les effets du fait que « De plus en plus de terrains laissés jadis à la sphère civile sont de plus en plus souvent investis par le législateur »^[F]. En 2011, nous nous posions plus globalement la question du report de responsabilité des pouvoirs publics à travers le financement d'initiatives privées : « [...] quand bien même ces derniers [les pouvoirs publics] garderaient une vision globale et équitable, peut-on certifier que cette vision est combi-

2. « L'aidant proche est la personne de l'entourage qui, à titre non professionnel et avec le concours éventuel d'intervenants professionnels, assure un soutien et une aide continue à une personne en situation de grande dépendance, à domicile et dans le respect de son environnement. » (Flohimont, 2010)

née à des moyens d'action qui répondent globalement et équitablement aux besoins des personnes ? Peut-on aussi considérer que le saupoudrage des politiques d'aide soit une garantie d'action égale pour tous et sur tous les territoires ? Doit-on enfin se réjouir du fait que la capacité de proposition de la société civile devienne un outil de report de la responsabilité des pouvoirs publics, dans la mesure où ce report semble dévoyer les initiatives porteuses de la responsabilité reportée ? »^[K]. D'autre part, le manque de reconnaissance par les pouvoirs publics se fait encore fortement sentir comme le pointe le Centre d'éducation à la famille et à l'amour⁴. Celui-ci dénonce les risques de garder confinées dans la sphère privée les activités du *care*⁵ : « devenu l'affaire des femmes et des immigrés [le *care*] est au service de ceux qui détiennent le pouvoir » et s'en trouve dévalorisé, comme les personnes qui le prennent en charge. C'est également un des enjeux qui animait la campagne « V'là la facture ! » de *Vie féminine* lancée le 6 mars 2015 – avec la Marche mondiale des femmes. Si les aidants proches ont obtenu une première reconnaissance en juin 2014 - victoire que l'asbl voyait comme un pas à l'ouverture des droits et des aides - deux ans plus tard, la situation est au point mort, comme le relève la Ligue des familles^[G] : toujours pas de mise à disposition de moyens, tels que congés ou allègement fiscal pour pouvoir concilier vie professionnelle et vie familiale, ni de reconnaissance du temps de soutien et d'accompagnement de la dépendance comme périodes assimilées pour le calcul de la pension par exemple (voir l'article page 43).

En plus de telles stagnations, ne pouvons-nous voir dernièrement des signes de désengagement de l'Etat ? Par exemple dans la promotion de l'auto-soins et de l'autogestion de sa santé annoncée dans la déclaration gouvernementale (voir les articles pages 37 et 65). Ou encore dans le récent projet de loi visant à permettre le don de jours de congé à un collègue qui en a besoin pour enfant malade⁶. Ne s'agit-il pas là de légiférer, au nom d'une solidarité détournée, un désengagement de l'Etat qui s'opère dans la logique néolibérale de responsabilisation individuelle ? !

4. Le CEPA est une association d'éducation permanente qui travaille sur les thématiques de l'égalité hommes-femmes, des relations de couple et de la violence envers les femmes et a consacré récemment plusieurs analyses à la thématique du *care*.

5. « [...] thématique apparue au cours des années soixante : le « Care ». L'usage de ce mot anglais n'est pas anodin car aucun mot français n'en rend à lui seul le florilège de sens. Retenons qu'il englobe les notions de soin, d'attention, de sollicitude, de prise en charge et de responsabilité envers autrui sous les deux angles des actes et de l'attitude. » (Larielle, 2015)

Pair-aidance et expert du vécu

« La pair-aidance est une fonction innovante qui privilégie l'expertise du vécu, les liens sociaux, l'entraide, le soutien moral, la participation et la citoyenneté. » (« La pair-aidance en santé mentale et précarité », Formation organisé par Université de Mons, en sciences de la famille). « Un pair-aidant est un usager ou ex-usager de services de soin en santé mentale, engagé au sein d'une équipe d'intervention psycho-médico-sociale. [...] ses aptitudes sont avant tout liées à son parcours et son cheminement en santé mentale. Au même titre que les autres intervenants, le pair-aidant travaille au service du rétablissement et de l'intégration sociale des usagers [...] Au sein d'une équipe psycho-sociale, le pair-aidant portera l'attention, par exemple, sur le rétablissement et les stratégies à développer : le recours à des groupes d'entraide, le recours aux ressources de l'usager, une attention sur ses attentes, ses besoins... »^[L].

Les « experts du vécu » existent également dans d'autres domaines : « Outre des obstacles financiers et administratifs, les personnes en situation de pauvreté sont confrontées aussi à des obstacles culturels et par conséquent elles ont peur du jugement et du mépris des professionnels de la santé. La perception de « dépossession » du corps, lorsque celui-ci a été soumis à rudes épreuves, est fortement ancrée et provoque un sentiment de honte. Des participants à la concertation [organisée par le service de lutte contre la pauvreté] ont insisté sur les difficultés à dépasser ces sentiments. Un expert du vécu a fait référence à un projet qui pourrait aider à diminuer ces obstacles : des experts du vécu travailleront prochainement dans des services liés à la santé (hôpitaux, CPAS, ...) pour éviter le 'décrochage médical' de personnes fragilisées et pour mieux les informer, de façon à ce qu'elles puissent exercer leurs droits aux soins de santé. »

(Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2014-2015)^[M]

Ainsi, en ce qui concerne la reconnaissance des aidants proches, la Ligue des familles^[6] salue ce soutien aux solidarités intrafamiliales mais appelle les politiques à renforcer l'offre des services publics d'accueil (handicap, maladie chronique grave, vieillesse...). « Ce sont les personnes en situation de dépendance ont le plus besoin, ce sont des structures publiques d'accueil. C'est ça, la priorité. Tout le poids de la prise en charge ne doit pas reposer sur les familles ». Comme l'explique Aurélie Ehx de L'Autre Lieu, « En tant qu'aidant proche, il est également utile de pouvoir compter sur un soignant 'proche' » qui connaisse bien le malade et son environnement. « Un soignant 'proche' est aussi l'allié qui va aider dans la coordination de la constitution d'un réseau de soin » dans lequel l'aidant proche constitue un partenaire à part entière.

Renforcer sans détourner

Etant donné la probable explosion des besoins à venir avec l'accroissement de l'emprise des maladies chroniques et l'allongement de la durée de vie, nous pouvons faire l'hypothèse que, pour avancer vers une couverture sanitaire universelle, nous aurons besoin à la fois d'une diversité d'initiatives citoyennes créatives et solidaires, plus ou moins informelles, plus ou moins soutenues et plus au moins autonomes vis-à-vis des pouvoirs publics, ET des services publics forts et de qualité.

Renforcer la communauté et ses ressources, cela peut-être à la fois une forme de résistance et une voie de transformation... à condition que cela s'accompagne d'une action collective citoyenne visant à refuser le désengagement de l'Etat et le report des responsabilités collectives sur les individus. Une action citoyenne et politique pour un changement de paradigme socio-politico-économique qui permettent de s'attaquer aux racines des causes de mauvaise santé physique et psychique, et de voir par exemple enfin baisser la consommation d'antidépresseurs toujours en croissance chez nous, comme celle de Ritaline®.

Comme nous l'évoquions dans un récent dossier, cela passe notamment par une manière de concevoir l'habitat et l'habiter, sur un mode « hospitalier » (voir encart ci-contre) qui soutienne l'émergence d'alternatives et la nécessaire transition⁷.

6. « MR et CDH proposent de donner ses congés pour aider un collègue », Bernard Demonty, *Lesoir.be*, mis en ligne mercredi 3 février 2016.

7. Voir aussi le dossier de *Santé conjugquée* n°57 « La face cachée du changement », sur les alternatives et la transition.

Un « habitat hospitalier »

« Ces échanges et solidarités peuvent être plus ou moins facilités par l'habitat, sa « condition hospitalière », ses nouvelles formes et la revitalisation des liens dans l'existant [...] Il importe de stimuler ces initiatives et ces dynamiques dans des projets conjoints aux échelles pertinentes – immeuble, groupe d'immeubles, rue, quartier, village, ville. Garder à l'esprit qu'à chacune de ces échelles correspondent des opportunités spécifiques qui s'emboîtent et forment la trame quotidienne de nos existences. L'agir en commun familial, entre voisins, entre habitants se joue à chaque fois autrement, sur d'autres modalités d'entente, de confiance et d'échange. [...] ces opportunités s'inscrivent dans une ambition, une vision du développement de reconnections : habiter en se reconnectant ou vivre dans une disposition à prendre soin des autres et, en particulier, des plus vulnérables ainsi que de nos ressources naturelles et fabriquées. [...] c'est sans doute d'abord et avant tout à la manière et à l'ampleur avec laquelle l'habitat nous reconnecte à soi, aux autres et au monde que nous serons à même de mener nos vies en bonne santé et que nous serons capables de prendre patiemment soin les uns des autres, de ménager les ressources, les services ; de ne recourir aux soins médicaux et hospitaliers qu'à partir et seulement à partir du moment où sont dépassées les limites de l'hospitalité de l'habitat et de ses habitants. »

(Vanderstraeten, 2015)

Cela passe aussi sans doute par l'action communautaire qui contribue à la fois au développement des ressources de la communauté et à l'articulation de cet « échelon zéro » avec le reste du système. Selon M Buse de l'Onusida (agence des Nations-Unies pour le SIDA) cité par Blanchet^[A], « les communautés jouent un rôle crucial dans l'augmentation de la couverture des services, l'implication des usagers et la réduction des discriminations et autres violations des droits humains. Nous devons intégrer les systèmes de santé et les communautés de manière à ce que le « universelle » de « couverture universelle » passe de la théorie à la réalité ». Intégration ou articulation de l'« échelon zéro » seront certainement précieuses au Nord comme au Sud en termes de qualité et d'efficacité des soins et autres services de santé, notamment en soutenant les citoyens afin qu'ils prennent une place active dans l'organisation et l'orientation du système et des politiques de santé.

Gardons à l'esprit cependant que cette approche va à l'encontre des intérêts du « marché de la santé » (voir l'article page 23) par ses effets potentiels en termes de réduction de la consommation (des soins, des médicaments, des services...). Il y a donc là sans doute un territoire à protéger, là aussi par l'action citoyenne. ■

Références

A. Blanchet Karl, « La santé communautaire, un enjeu essentiel », *Le Monde diplomatique*, avril 2016, pages II et III. En ligne : <http://www.monde-diplomatique.fr/2016/04/BLANCHET/55240>

B. Boulet Jean-François, *Les Systèmes d'Echanges Locaux (SELS) à la recherche d'un coup de main ou d'un idéal ?* Centre permanent pour la citoyenneté et la participation (CPCP), septembre 2013. En ligne : <http://www.cpcp.be/medias/pdfs/publications/sels.pdf>

C. Doumont D., Berrewaerts, J., *Associations de patients et groupes d'entraide : quelle place dans les politiques de santé ?* UCL-RESO, en collaboration avec la LUSS, avril 2004. En ligne : <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos28.PDF>

D. Ehx Aurélie, *Qu'est-ce qui fait soin ? Une démarche collective d'élaboration de savoirs en santé mentale*. L'Autre Lieu. En ligne : <http://www.autrelien.be/>

E. Fédération des maisons médicales, SACOPAR, CLPSCT. *Action communautaire en santé : un outil pour la pratique*. Décembre 2013. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org>

F. Flohimont Valérie et al., *Reconnaissance légale et accès aux droits sociaux pour les aidants proches*, étude réalisée à la demande de l'asbl « Aidants proches » pour le compte du Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, chargé des personnes handicapées. FUNDP – VUB, 31 mai 2010.

G. Grofils Stéphanie, *Aidants proches : à quand plus de droits ?* 23 juin 2016. En ligne : <https://www.laligue.be/leligueur/articles/reconnaissance-des-aidants-proches-la-porte-ouverte-a-plus-de-droits>.

H. Lalman Lara, *Le jour où nous avons arrêté d'être seules à nous occuper des autres*. CEFA, analyse en éducation permanente, 2015. En ligne : <http://www.asblcefa.be>

I. Larielle Catherine, *L'éthique du Care. Do you care ?* CEFA, analyse en éducation permanente, 2015. En ligne : <http://www.asblcefa.be>

J. Lamoureux Henri, Lavoie Jocelyne, Mayer Robert, Panet-Raymond Jean, *La pratique de l'action communautaire*. Éditions Presse de l'université du Québec, 2^e édition actualisée, 2008.

K. Moens François, « Les pouvoirs publics se déchargent-ils de leur responsabilité ? Réflexions à partir du secteur de l'insertion socioprofessionnelle », *Santé conjugulée* n°57 – dossier La face cachée du changement, juin 2011. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Les-pouvoirs-publics-se-dechargent.html>

L. Psytoyens asbl. *Expert du vécu : l'espoir transmis de pair à pair. Intégrer un pair-aidant dans une équipe professionnelle*. Mai 2015. En ligne : <http://www.psytoyens.be/>

M. Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale. *Services publics et pauvreté*. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2014-2015. En ligne : www.luttepauvrete.be

N. Vandecassye Julien, Van Schuylenbergh Serge, Bensalah Stéphane, « Réseaux d'échanges de services (SEL), remèdes à la crise et à l'exclusion ? » *Altermedialab*, 30 mars 2016. En ligne : <http://altermedialab.be/reseaux-dechanges-de-services-sel-remedes-a-la-crise-et-a-l'exclusion/>

O. Vanderstraeten Pierre, « Repenser notre manière d'habiter », dossier de *Santé conjugulée* n°73 « architecture des lieux de soins », décembre 2015. En ligne : <http://www.maisonmedicale.org/Repenser-notre-maniere-d-habiter.html>



Accessibilité, qualité et expertise des usagers

Le point de vue de la Ligue des usagers des services de santé

La Ligue des usagers des services de santé (LUSS) fédère plus de 90 associations francophones d'usagers et représente les patients auprès des autorités. Micky Fierens en est la directrice. La couverture universelle, définit-elle, est l'accès, pour tous et de manière inconditionnelle, à des soins et services de qualité. Une qualité qui doit être définie avec les patients.

Micky Fierens, directrice de la Ligue des usagers des services de santé.

Interview réalisée par Marinette Mormont, journaliste à Alter Echo.

Santé conjugquée : Comment continuer à améliorer la couverture des services de santé dans un contexte de restriction budgétaire ?

Micky Fierens : À la Ligue des usagers des services de santé, l'accessibilité aux soins, aux services de qualité pour tous est une valeur de base. D'une manière inconditionnelle et avec une attention pour les plus démunis. Pour rendre cela possible avec un budget qui n'est pas extensible, il faut jouer sur les coûts en amont du remboursement. Qui détermine le prix des choses ? C'est notamment le secteur privé. On ne peut pas continuer à laisser ce secteur privé déterminer le coût des soins de santé et puis pallier au non accès, parce que les coûts sont trop élevés, par des remboursements payés par la collectivité. Il faut jouer sur les prix de départ.

On parle ici du coût des médicaments, mais pas uniquement...

M.F. : Effectivement, cela concerne beaucoup les médicaments, mais d'une manière plus large, c'est aussi tout ce qui est produits médicaux, les sondes, les chaises roulantes... pour lesquels il y a pas mal de dérives. Les hôpitaux fonctionnent généralement avec leurs propres fournisseurs pour acheter du matériel, dans un respect parfois relatif des marchés publics. Cela a des conséquences au niveau des coûts, mais cela entraîne aussi un accès limité à certains produits, selon ce que l'hôpital propose. Or, certains de ces produits ont un impact sur la qualité de vie du patient. Pensons notamment au matériel nécessaire pour une alimentation entérale par sonde. Il existe plusieurs types de produits, présentant chacun des avantages et des inconvénients au niveau de la qualité et du confort. Mais bien souvent le patient ne sait pas que d'autres produits, que ceux fournis par l'hôpital où il se soigne, existent ! Travailler sur les coûts,

c'est également agir sur les honoraires qui grimpent et que la sécurité sociale continue à rembourser pour que les gens puissent y avoir accès. C'est le cas, par exemple, pour les reconstructions mammaires après un cancer du sein. Les limites peu claires entre chirurgie reconstructrice et chirurgie esthétiques permettent la facturation d'honoraires très élevés, et font grimper le montant des remboursements pour que ces interventions restent payables pour les patientes.

Aujourd'hui, l'ensemble des services nécessaires pour répondre aux besoins de la population ne sont pas couverts par un remboursement. Il existe des pathologies pour lesquelles les remboursements ne sont pas suffisants...

M.F. : Ce sont les associations de patients, nos membres, qui mettent en évidence les problèmes liés à certaines pathologies. Dans le domaine du handicap mental, par exemple, le syndrome X fragile (caractérisé par un retard mental qui se manifeste par des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement, NDLR) nécessite un suivi logopédique pour aider les jeunes à s'exprimer, à avoir une vie sociale, à progresser dans la vie. La logopédie est comprise dans un package de soins à l'hôpital, qui permet une accessibilité financière, mais ne laisse pas au patient le choix de son logopède. Cela peut nécessiter de grands déplacements et exclure certaines personnes, notamment en milieu rural. En dehors de ce « package » de l'hôpital, les séances de logopédie sont à charge des patients. Des parents témoignent pourtant de l'intérêt de ce suivi pour leur enfant atteint de ce syndrome, au niveau de la sociabilité de l'enfant et de son développement personnel. Autre exemple : la maladie de Verneuil (maladie cutanée chronique entraînant l'apparition de nodules, d'abcès et de fistules inflammatoires qui affectent cer-

tains secteurs comme les aisselles, l'aine, les fesses, les seins, NDLR.) Cette maladie a pour conséquence des plaies importantes qui s'infectent et qui nécessitent des soins très particuliers et des pansements performants. Tout cela a un coût important car les pansements les plus performants ne sont pas ou peu remboursés. De plus, peu de prestataires, d'infirmières connaissent les spécificités de ce genre de plaies et n'apportent de ce fait pas les soins appropriés. Cela soulève la question de la formation des soignants à la prise en charge de maladies moins courantes, ou moins connues... Une des manières de palier à ce manque est d'inviter les associations de patients dans les cursus des soignants, dans les formations continuées, afin qu'ils puissent bénéficier de l'expertise d'expérience des patients. L'association de patients « La Maladie de Verneuil en Belgique asbl » en est un bel exemple, en déployant une énergie impressionnante pour former les infirmières aux soins à apporter à ces plaies douloureuses

L'accessibilité aux soins, ce n'est pas seulement une question financière...

M.F. : Un nœud important, c'est l'information. Il y a un manque d'information sur ce qui existe comme soins, comme services, comme remboursements. Le fonds spécifique pour les maladies chroniques, par exemple, est peu connu et les personnes qui pourraient bénéficier de cette aide financière n'y font pas appel. Mais qui détient cette information ? Qui fait en sorte que cela arrive au bon moment chez la personne qui en a besoin ? C'est très souvent dû au hasard. Un médecin généraliste, par exemple, qui a été confronté à cette question à un moment donné y sera attentif par après. Il pensera probablement à informer d'autres personnes qui se trouvent dans des situations similaires. Les services sociaux, et notamment ceux des mutuelles, ont aussi un rôle important dans la transmission d'informations sur les services existants. Encore faut-il que le patient pense à demander à parler à un autre service, ne se contente pas d'une première réponse obtenue.

Comment agir sur ce manque d'information ?

M.F. : Les mécanismes automatiques sont déjà une bonne chose. Dans le cas d'OMNIO, les personnes démunies qui étaient le plus concernées par cette mesure n'étaient pas informées. D'autres mesures sont automatiques, comme le maximum à facturer (MAF). Par contre, ce n'est pas parce que c'est automatique qu'il ne faut pas informer la personne. Une personne qui n'est pas au courant de l'existence d'un remboursement risque de postposer un soin pensant que celui-ci est trop cher.

Quels sont les bons canaux d'information ?

M.F. : Il faut qu'ils soient les plus diversifiés. On ne peut pas se contenter d'un seul canal d'information. Les mutuelles sont en première ligne, mais elles ont aussi leurs limites. L'INAMI fait beaucoup d'effort en la matière et propose l'information qui est la plus universelle. L'INAMI recueille aussi des informations touchant aux besoins qui ne sont pas rencontrés. Il y a une grande ouverture pour avoir le point de vue des patients, parce qu'ils se rendent compte que ce sont les patients les mieux placés pour détecter ce qui n'est pas pris en charge. C'est pourquoi ils ouvrent leurs instances. L'Observatoire des maladies chroniques a une section consultative composée de représentants de mutuelles et d'associations de patients ; il a permis de mettre en évidence des failles importantes.

La responsabilisation est de plus en plus dans l'air du temps. N'est-elle pas un frein à l'accessibilité ?

M.F. : Notre position est très claire : la solidarité doit être inconditionnelle. Tout ce qui peut mener à l'exclusion de personnes sur base du comportement est absolument à proscrire. On le dit depuis longtemps. Il faut agir sur les conditions de vie des personnes plutôt que d'exclure les gens parce qu'ils ont des comportements considérés comme inadaptés. Actuellement, il n'y a pas, de la part de l'INAMI, de volonté d'avancer en ce sens. Mais derrière, il y a les politiques. On est dans une politique libérale pour le moment, avec un budget à gérer. La tendance à exclure des personnes sur base de leurs comportements, par exemple des fumeurs, commence à faire son chemin. D'une certaine manière, on est en train de préparer l'opinion publique et les médecins par rapport à cela. Le cas récent d'un nouveau traitement pour ralentir la fibrose pulmonaire remboursé à condition d'arrêter de fumer est éloquent. Or, on ne peut pas déplacer le curseur de cette solidarité. Si on commence à segmenter, on ne sait pas où cela va s'arrêter.

L'accord de gouvernement promeut l'« auto-soins », l'autogestion de sa propre santé. Quel impact en termes de couverture ?

M.F. : C'est une idée très vaste. On parle d'*empowerment*, que l'on met à toutes les sauces. Pour les prestataires, cela peut vouloir dire « Je lui explique, puis il devient responsable de la manière dont il se comporte, de son traitement. » Pour les autorités, l'*empowerment*, c'est aussi éviter le gaspillage. Tout cela peut être intéressant, mais c'est très réducteur. L'auto-soins, c'est l'idée de rendre les gens plus acteurs de leur santé. Mais il y a ceux qui peuvent le faire et les autres. On

peut aussi être très autonome à certains moments et pas à d'autres. Il ne faut pas que cela puisse se retourner contre le patient. À côté de cela, il y a toute cette question de l'accès à la technologie. Un marché énorme se développe pour proposer un nouveau matériel technologique, des applications... Cela pose beaucoup de questions. Les gens ne se rendent pas compte de toutes les traces que cela va laisser. Cela peut être intéressant, mais il ne faut pas que ce soit au détriment de la santé, ni de qui peut y avoir accès. Et puis on va en arriver à ne plus voir son médecin...

Le nouveau « Plan de soins intégrés pour maladies chroniques » veut améliorer la qualité des soins sans en augmenter le budget...

M.F. : On est curieux de voir comment les choses vont se passer avec ce plan (le 2 février 2016, les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont présenté leur vision des soins intégrés pour les malades chroniques qui se concrétisera sous la forme de projets-pilotes visant le développement de soins intégrés. Un appel à candidature pour des projets-pilotes a été lancé. Voir l'article en rubrique page 4). La proposition qui est faite au terrain par le politique qui est de dire : « Proposez-nous des projets avec un système de financement différent, des soins de qualité, intégrés, en pluridisciplinarité tout en restant dans la même enveloppe budgétaire. » Le politique demande la solution au terrain : le budget ne peut pas évoluer, la qualité doit être meilleure et il doit y avoir une répercussion sur la santé publique. Il y a des choses qui sont financées aujourd'hui qui ne le seront plus demain. Est-ce que le terrain va arriver à travailler ensemble en faisant abstraction de ses propres prérogatives, avantages ? C'est à voir. Un point positif : les représentants des patients seront associés à la définition des indicateurs qui permettront d'évaluer les projets pilotes. Et les patients seront particulièrement attentifs à ce que leur vision de la qualité y soit intégrée !

Toujours concernant cet accès à des services de qualité, qu'en est-il de l'assurance autonomie, mise en place en Région wallonne ?

M.F. : Pour nous, ce n'est pas une avancée de délaier un budget personnel, le budget d'aide aux personnes, pour lequel les personnes avaient une certaine autonomie dans son utilisation. Ce système avait des limites, il devait être revu. Mais il avait du sens, dans la mesure où les personnes pouvaient pallier à leurs propres manques. Les besoins des uns ne sont pas les mêmes que ceux des autres. Ici avec l'assurance autonomie, il va y avoir une voie unique de mesure de la perte de

l'autonomie par la mutuelle, ainsi qu'une voie unique de proposition de services par la mutuelle. Quand on parle, d'un autre côté, d'*empowerment*, on est dans une contradiction totale. Ce qui est bien pour les patients doit être défini par les patients eux-mêmes. ■



Etendre la couverture universelle et la solidarité

Le point de vue des Mutualités chrétiennes

Jean Hermesse fait ici le bilan de la couverture santé en Belgique. Ses avancées, ses reculs, mais aussi les pistes d'actions pour l'améliorer malgré un contexte peu favorable.

Jean Hermesse,
secrétaire général de l'Alliance
nationale des mutualités
chrétiennes.

Interview réalisée par Marinette
Mormont, journaliste à Alter
Echo.

Santé conjugquée : Faites-vous le constat d'un avancement ou d'un recul en matière de couverture santé en Belgique ?

Jean Hermesse : En termes de couverture de la population, depuis la seconde guerre mondiale et la mise en œuvre de la sécurité sociale, on a eu un élargissement progressif de la couverture. On est d'abord parti des travailleurs, personnes qui savent cotiser, avec les personnes à charge de ces travailleurs, puis il y a eu la couverture des personnes qui ne cotisent pas : les chômeurs, les pensionnés. On a ainsi élargi progressivement la couverture à toute la population. La dernière extension a été l'intégration des petits risques, les indépendants qui n'étaient pas couverts par l'assurance obligatoire, dans les années 2000. La seule exception qui demeure aujourd'hui : les personnes qui ne sont pas des résidents légaux en Belgique. On est dans un système où il faut encore et toujours entrer par une voie légale. Aujourd'hui en Belgique, on peut dire qu'on a atteint cette couverture de la population à 99 %.

Tout le monde est couvert, mais il existe des statuts qui accordent une couverture différente à certains pans de la population...

J.H. : Oui, c'est une autre évolution que l'on note dans l'histoire de cette couverture. On a commencé à faire une sélectivité. On a créé des statuts, d'abord les VIPOS, aujourd'hui les statuts BIM (bénéficiaire d'intervention majorée) et OMNIO, c'est-à-dire des personnes qui ont droit à une meilleure couverture en raison de leur statut social ou de leur niveau de revenu. Le nombre de personnes qui peuvent bénéficier de cette intervention majorée était de l'ordre de 1,1 à 1,2 million de

personnes au début des années 2000. Progressivement, les ministres socialistes ont élargi cette population, en y ajoutant par exemple les chômeurs de longue durée, puis les personnes avec de faibles revenus. Aujourd'hui environ deux millions personnes bénéficient du statut BIM. La question est de savoir si ce différentiel doit être étendu ou pas. Faut-il rembourser différemment en fonction du revenu ? Etendre le mécanisme BIM/non BIM risque de nous conduire vers un système d'assistance sociale et pourrait amener les personnes à revenus plus élevés à se désolidariser, un vrai danger pour la solidarité, fondement de la sécurité sociale.

Quels sont les autres critères de sélectivité que ceux liés au statut social ?

J.H. : Aujourd'hui, on bénéficie aussi d'un meilleur remboursement meilleur si on a un Dossier médical global ou si on est malade chronique. Le remboursement peut varier selon le comportement : si vous allez chez le dentiste chaque année, par exemple, vous êtes mieux remboursé. Nous avons un régime universel, mais qui est de plus en plus différencié et sélectif. Avec un problème que tout le monde soulève, c'est la connaissance de ces critères. Le citoyen ne connaît pas tous ses avantages. Il y a encore pas mal de personnes qui ignorent leurs droits et on devrait les leur octroyer de manière proactive. C'est pour cela qu'il existe des discussions sur la mise en œuvre d'un droit automatique. Mais l'automatisation des droits est quelque chose de compliqué. Les mutualistes ont maintenant un lien avec l'administration fiscale. Mais peut-on utiliser certaines données pour contacter les gens ? Les mesures sont bien intentionnées, bien pensées, mais est-ce qu'elles atteignent les gens ?

Certains revendiquent l'intégration des personnes illégales dans le régime général de l'assurance maladie. Pensez-vous que ce soit possible ?

J.H. : Pour des raisons tout à fait égoïstes, nous avons intérêt à ce que les personnes qui séjournent chez nous de manière illégale soient soignées, parce que certaines d'entre elles se baladent avec la tuberculose par exemple. Du point de vue de la santé publique, il y a tout intérêt à ce que les soins de base soient garantis aux illégaux. Au-delà de cela, doit-on leur garantir les mêmes soins que les Belges ? Pour que le système reste viable, il faudra sans doute conserver une différenciation. Car savoir que, quand on vient en Belgique, on est sûr de recevoir les mêmes soins que les autres, cela peut perturber la solidarité. Il y a un équilibre à trouver.

Autre volet de la couverture universelle, celui des « paquets » de soins qui sont couverts.

J.H. : On parle ici de la couverture verticale : qu'est-ce qu'on rembourse pour tous les patients ? Qu'est-ce qu'on intègre ou pas dans les soins de santé ? En Belgique, 22 % des coûts de soins de santé sont à charge des patients, soit 9 milliards d'euros. Dans ces 22 %, 4 % (1,6 milliard) sont couverts par des assurances complémentaires. Cela représente 800 euros par an par personne de frais à charge des patients : médicaments non remboursés, matériel d'incontinence, lunettes, soins dentaires... Évidemment, de manière caricaturale, à quoi sert de dire qu'on couvre toute la population si l'on ne couvre que certains services ? Ce n'est pas vraiment une couverture universelle. De ce point de vue, on est moins bons que la moyenne européenne, il y a toute une série de pays où les soins de santé sont mieux remboursés et donc plus accessibles.

Evidemment, on peut se poser la question de savoir s'il faut couvrir tous les frais. Si je prends les médicaments, on en consomme, en Belgique, pour 550 euros par an et par habitant (dont deux tiers sont couverts). Devrait-on mieux couvrir les médicaments alors que nous sommes dans une situation de surconsommation ? Ce n'est pas toujours utile de couvrir davantage.

Une plus ou moins bonne couverture a-t-elle un effet sur la consommation de médicaments ?

J.H. : On a décidé de couvrir tous les médicaments qui sont utiles et nécessaires. Il y a un classement des médicaments selon leur utilité, leur efficacité. Plus ils sont considérés comme utiles, plus ils sont remboursés. Maintenant ce n'est pas ça qui va influencer la consommation. La consommation est liée à la prescription. Il

est vrai qu'un patient peut exercer une pression sur son médecin, mais l'enseignement a un impact important sur le profil de prescription. En Belgique, on consomme par exemple 2,5 fois plus d'antibiotiques qu'aux Pays-Bas. Toujours dans notre pays, 14 % des dépenses des soins de santé passent dans les médicaments, contre 6,5 % aux Pays-Bas. Or 1 % de différence, ce sont 400 millions d'euros qui sont disponibles pour autre chose ! Ce sont les prescripteurs qu'il faut conscientiser.

Toujours en termes de services couverts, quels sont les effets de la privatisation de certains pans de la santé ?

J.H. : Les seules assurances privées qu'on a en Belgique sont les assurances « hospi » et les assurances dentaires. Les primes encaissées par les assurances privées (mutualistes ou commerciales, groupes ou individuelles), représentent 1,4 milliard d'euros par an, au sein desquels entre 20 et 22 % sont consacrés aux frais administratifs (soit 300 millions d'euros). Tout cela coûte très cher. Comparativement, la gestion de l'assurance maladie obligatoire par les mutualités et l'INAMI représente 3,5 % de frais de gestion. D'où notre plaidoyer : étendons l'assurance obligatoire, ça coûte moins cher. Par ailleurs, en termes de maîtrise du marché, les assureurs privés ne savent que faire pour endiguer la hausse continue des suppléments. La seule chose qu'ils peuvent faire, c'est augmenter leurs primes. Or ce qu'on veut éviter, c'est l'explosion des coûts. Par ailleurs, ces assurances ne sont pas très solidaires, parce qu'elles introduisent des clauses d'exclusion, de sélection des bons risques. Maintenant, il est vrai que notre assurance maladie doit aussi évoluer et répondre à de nouveaux besoins liés à l'évolution de la société, à l'évolution démographique. Aujourd'hui, notre couverture est très bonne en ce qui concerne la maladie aiguë, mais elle doit se développer en ce qui concerne la maladie chronique et tous les enjeux liés à la dépendance.

Une partie de la santé est passée du fédéral vers les entités fédérées. Y aura-t-il des effets sur la couverture ?

J.H. : Comme si on n'avait pas assez de défis, nous nous sommes payés le luxe d'une communautarisation partielle des soins de santé. Près de 5 milliards d'euros ont été transférés aux Régions et Communautés. Cela aura un impact sur la couverture. Je ne sais pas, demain, comment les droits vont être définis dans les Régions. Est-ce que ces droits seront différents de ceux qui existent au niveau fédéral ? Est-ce qu'ils seront différents d'une Région à l'autre ? Quelqu'un qui est bénéficiaire d'intervention majorée au niveau fédéral

sera-t-il bénéficiaire d'intervention majorée au niveau régional ? Dans le cadre du maximum à facturer, les tickets modérateurs qui seront payés dans les centres de revalidation régionaux pourront-ils être additionnés avec les tickets modérateurs du fédéral ? Pas sûr. Ce sera un recul pour ces personnes. On se trouve devant des tas de questions et la couverture universelle risque d'être un petit peu entamée avec cette régionalisation. Pour l'instant on est encore dans une phase de transition où les prestations sont gérées comme avant, le réel transfert n'aura lieu qu'en 2018.

Quelles sont les conséquences des mesures d'austérité sur cette couverture ?

J.H. : C'est un autre grand danger que tout le monde voit venir. Notre gouvernement a une tendance politique claire : celle de tailler dans les prestations et les services de la sécurité sociale, et d'avoir un budget des soins de santé plus étroit. Dans le passé, on avait un certain « confort » avec 4,5 % de norme de croissance. Il a été fixé à 1,5 % jusqu'en 2019. La ministre fait un fameux pari et nous craignons que ce budget trop étroit conduise à la réduction de la couverture verticale, c'est-à-dire en termes de services couverts.

Quelles sont les pistes d'action pour pallier ce recul ?

J.H. : Il y a d'abord la piste politique, c'est-à-dire se battre pour que l'assurance soins de santé ne recule pas ou s'élargisse. J'avoue que dans le contexte politique actuel, on ne se fait pas trop d'illusions.

Pourtant prôner un plus grande couverture, à long terme, c'est économiquement plus intéressant...

J.H. : Soit vous laissez cette couverture passer aux mains des assurances privées, ce qui sera plus coûteux. Soit vous laissez les gens se débrouiller. C'est la loi de la débrouille. On voit le résultat en termes de renoncement aux soins. Ce sont les catégories socio-économiques les plus faibles qui renoncent, postposent leurs soins, avec des conséquences importantes en termes de santé, mais aussi de coûts. C'est un calcul à court terme et on risque de le payer. Mais dans le contexte actuel, espérer un élargissement de la couverture par de meilleurs remboursements, c'est sans doute une illusion.

Revenons aux pistes d'actions...

J.H. : L'alternative, ce serait d'étendre les cotisations complémentaires des mutualités, qui peuvent être définies comme des services d'intérêt général. Ces





cotisations sont obligatoires, elles sont uniques et donc solidaires, on ne peut exclure personne. On pourrait imaginer une autre forme de couverture universelle via ces cotisations, qui pourraient couvrir des services mal remboursés par l'assurance obligatoire. Auparavant, le transport en ambulance, en urgence, n'était pas couvert par l'assurance obligatoire. La mutualité chrétienne a été la première à reprendre cela dans sa cotisation complémentaire. On s'est ensuite battu pour que ce soit repris dans l'assurance obligatoire à 50 %. Les initiatives des mutualités peuvent être un banc d'essai avant d'être reprises dans l'assurance obligatoire.

En Belgique, 22 % du coût des soins de santé est à charge des patients. 4,1 % de ce montant est réassuré par les mutualités (assurances « hospi » et soins dentaires principalement). En France, cette réassurance est beaucoup plus forte. L'alternative, ce serait donc élargir la couverture des assurances complémentaires. Cet élargissement repose sur l'initiative des mutualités.

On parle ici beaucoup du remboursement des soins de santé. Mais une véritable couverture santé universelle ne devrait-elle couvrir davantage que les soins stricto sensu ?

J.H. : De nombreuses études montrent en effet que les déterminants sociaux - alimentation, logement, environnement, emploi, cohésion sociale, éducation, - ont bien plus d'impact sur la santé que les soins de santé. Ne vaut-il pas mieux construire un rail de sécurité au bord du précipice plutôt qu'un service d'urgence au fond du précipice ? On recommande de faire des exercices physiques tous les jours (10.000 pas par jour, soit une demi-heure de marche). Mais si on ne construit pas des chemins aux abords des écoles qui sont sûrs pour les vélos, tout le monde arrive en voiture. L'aménagement du territoire a un énorme impact sur la santé. Il faut aussi aménager des lieux pour se rencontrer. Si on ne crée pas une société où il y a du lien, il ne faut pas s'étonner que les gens consomment beaucoup d'anti-dépresseurs. L'école, l'environnement, les habitudes de vie, l'alimentation, c'est culturel... Un ministre de la Santé doit aussi être ministre de la culture, se préoccuper de l'accès au logement, de l'environnement, de la mobilité... ■

Dépasser les facteurs d'exclusion du soin

De la rue au cabinet médical

Pierre Ryckmans,
médecin généraliste à
Infirmiers de rue.

Garantir à tous l'accessibilité aux services de santé n'est pas qu'une question d'argent, ni même de disponibilité de soignants médicalement compétents (voir l'article page 50). Pierre Ryckmans aborde ici les conditions de la rencontre entre soignants et patients en situation très précaire. Il nous partage comment ces patients nous ré-enseignent le soin et l'accès au soin.

Au sein de l'association Infirmiers de rue, nous ciblons, dans notre travail de suivi médical et de réinsertion durable dans le logement, les personnes les plus précarisées, les personnes sans-abri, celles qui, de par leurs pathologies, leur comportement, leur marginalité, leurs fragilités, peuvent être considérées comme les plus vulnérables, les plus à risque de mortalité ou de morbidité. Le travail avec cette population nous fait découvrir comment les piliers de la consultation peuvent devenir, dans un contexte particulier, et avec certains patients, des facteurs d'exclusion des soins. Une meilleure connaissance et une meilleure prise en charge de ces difficultés par l'ensemble des acteurs de santé serait susceptible d'amener une amélioration de la prise en charge dont pourraient bénéficier potentiellement tous les patients.

La non-rencontre pour absence de lieu

Très souvent, il n'y a pas d'accès aux soins simplement parce qu'il n'y a pas de rencontre entre le patient et le soignant, car le patient et le soignant ne se trouvent pas dans le même lieu. Il y a à cela deux raisons complémentaires.

D'une part, les patients ne font pas la démarche d'aller vers les soignants. Ce n'est pas nécessairement parce qu'ils n'ont pas la perception d'avoir besoin d'aide ou de soutien, ou parce qu'ils ne savent pas où ils doivent aller, où parce qu'ils pensent ne pas pouvoir payer la prestation. C'est peut-être simplement parce qu'ils ont, comme tous les patients finalement, peur d'aller « chez le médecin », cet autre lieu qui leur paraît tellement éloigné de leur réalité. Mais que cette peur finit, chez eux, par bloquer complètement et durablement tout

le processus. Seuls face à leur angoisse, sans appui pour en parler ou pour les accompagner, ces patients reportent indéfiniment une visite ou un soin, et restent dans un autre espace, « à l'abri » et hors de vue des soignants, jusqu'à ce que l'évolution du problème force peut-être, des mois ou des années après, et plutôt via les urgences d'un hôpital, les portes de leur sensibilité.

Cet aspect est encore plus frappant dans le cas de la santé mentale : un patient psychotique peut à un moment donné ne pas « pouvoir » se rendre chez son psychiatre pour avoir son traitement. S'il n'a pas de famille ou de relations suffisamment fortes pour être « amené à son traitement », il est vraisemblable qu'il ne s'y rendra plus, et seul un événement ou une personne extérieure pourraient changer ce cours de choses.

D'autre part, les soignants sont eux « enfermés » dans leur structure de soins, et souvent incapables, pour toutes sortes d'excellentes raisons, de changer de lieu, de se rendre au chevet du patient, où que celui-ci soit. Même en médecine générale, si la visite à domicile existe, elle ne se fait, dans la majeure partie des cas, qu'à la demande du patient. La proactivité fait encore peu partie de l'arsenal thérapeutique, même en maison médicale. Il y a des exceptions à cela heureusement mais elles restent trop rares.

Dans le cas du patient psychotique dont il était question plus haut, même chose : une fois le rendez-vous manqué, le patient disparaît simplement « des écrans radar » : plus personne ne semble chargé de se préoccuper de ce qu'il devient, et au bout d'un moment, plus personne ne sait finalement qu'il existe. Seule une équipe mobile ayant explicitement ce mandat pourrait



renouer le contact. Au vu des situations rencontrées dans nos rues, on se rend compte que, dans un certain nombre de cas, ceci n'arrive jamais.

La non-rencontre pour absence de temps

Une autre raison de l'absence de rencontre est quand il n'y a pas de temps commun, entre le soignant et son patient. De nouveau, comme pour l'espace, le temps commun ne se trouve pas.

D'une part, le patient ne vient pas au rendez-vous. Le temps qui était fixé, déterminé, réservé, reste vide, le patient, absent, et le soignant, déçu. On peut bien sûr trouver toutes sortes de bonnes raisons, psychologiques ou autres, analyser en détail les raisons ou les dé-raisons de ces vides, et peut-être même que ces raisons existent. Reste à voir si comprendre ces raisons pourrait aider le patient à sortir de ce blocage.

L'autre part dans cette non-rencontre, celle du soignant, est faite du temps qui n'est pas vraiment donné, mais semble concédé, des délais de rendez-vous ou d'attente qui insufflent le doute à celui qui est convoqué, sur l'importance qu'il peut bien avoir, sur ce qu'il peut bien représenter et donc, finalement, s'il va pouvoir présenter son histoire, son « cas ».

Il y a donc très souvent deux histoires, ou deux messages, qui se croisent et se liguent pour empêcher le temps de la rencontre.

Le plus étrange, c'est que les deux protagonistes ne semblent pas se douter de la force de leurs messages respectifs. Le patient qui ne vient pas au moment convenu, tout entier dans sa préoccupation, dans son angoisse, ou dans son oubli, ne se doute pas de la déception qu'il provoque chez le soignant, ne la sent pas. Le soignant qui fait attendre son patient, ou ne lui consacre qu'une fraction de temps, encore investi dans son activité précédente, ou déjà dans la suivante, a peu conscience de la sensation d'écrasement, de diminution, voire même de rejet qu'il peut provoquer chez son interlocuteur.

La non-rencontre pour absence de discours adéquat

Quand une rencontre a lieu, pour qu'elle mène effectivement au soin, encore faut-il qu'il y ait échange, donc discours, des deux parties. Là aussi, les obstacles peuvent rendre la rencontre impossible. Le patient va souvent aborder les choses par le mauvais bout : là où on l'attend sur le médical, il s'épanchera sur ses difficultés sociales, là où on espère qu'il aille

directement à l'essentiel, il pointera les petits bobos sans importance, en évitant soigneusement « l'éléphant dans le magasin de porcelaine », et même, là où on l'attend dans la plainte, il sera dans le déni de tout.

Le soignant de son côté, par l'impression qu'il peut avoir et donner de saisir la situation, prouve déjà qu'elle lui échappe. D'autre part, il a souvent trop peu conscience de l'impact de son discours sur le patient : soit les termes sont trop brutaux, trop frontaux, trop directs, soit le discours n'est pas assez clair, quand ce n'est pas tout bonnement incompréhensible.

On le voit, le lieu, le temps, le discours, qui sont le cœur de la rencontre nécessaire au soin, peuvent être faussés au point de rendre le soin impossible.

Quelles pratiques favoriser, comme soignant, pour réduire ces biais ?

Aller vers. Cette pratique est trop souvent réduite aux équipes travaillant en rue, archétype de la distance à franchir pour rejoindre le patient dans le lieu où il est. Mais il y a une foule d'autres exemples, moins spectaculaires, mais tout aussi utiles. C'est le soignant qui téléphone à un patient, ou lui propose une visite à domicile sans attendre la demande, s'avancant ainsi en sens inverse de l'habitude. Ce sont les salles d'attente, ou les comptoirs d'accueil de nombreuses institutions, dans la mesure où ils acceptent de se transformer en antichambre de la consultation, lieu impropre mais exactement approprié pour préfigurer ce que sera la consultation. A chacun de voir où est l'espace singulier qui peut le rapprocher du patient.

Prendre le temps. Il faudrait plutôt dire « les temps ». Le temps fixé, qu'il faut parfois fixer beaucoup de fois avant qu'il puisse prendre son sens, être honoré. Le temps en salle d'attente, pour accompagner, rassurer le patient dans son attente. Le temps non fixé, « volé » par le patient, dans lequel il faudra parfois accepter d'être pris pour pouvoir avancer. Le temps pris pour le perdre, à serpenter avec le patient autour des problèmes, sans trop les aborder. Enfin le temps perdu d'abord, mais gagné ensuite, à suivre les priorités du patient.

Avoir le bon discours. Le premier serait de ne pas en avoir, et de laisser le patient créer l'espace de dialogue, son espace de dialogue, sans chercher à (re)-colorer ses propos, mais leur laisser au contraire prendre la couleur que le temps du dialogue voudra leur donner. Ce sont ensuite ses propres propos, à soi, qu'on colorera des tons familiers au patient, s'assurant sans cesse de rester dans cette harmonie, ce qui n'empêche pas d'amener sa

propre palette. Et toujours laisser l'espace de dialogue, où peuvent se composer les meilleurs dégradés.

Nous devons tous, chaque jour, réinventer sans cesse ces pratiques avec chacun de nos patients, en taillant sur mesure un accès qui leur soit le plus favorable. C'est en sortant de nos lieux, de notre temps et de nos discours habituels que nous avons le plus de chances de créer cette rencontre où, pour chacun, tout devient possible. ■

Migration et précarité : une couverture mitée ?

Pistes de travail en maisons médicales

Stefania Marsella,
assistante sociale à la
maison médicale Calendula,
attachée de projets pour le
programme psychosocial de
la Fédération des maisons
médicales.

Après celui de Pierre Ryckmans d'Infirmiers de rue (voir l'article précédent), Stefania Marsella nous partage un autre point de vue sur les difficultés d'accès aux services de santé pour les personnes en situation précaire, à partir de l'expérience des maisons médicales bruxelloises. L'enjeu de l'accessibilité constitue en effet l'un des fondamentaux du mouvement depuis ses origines. Il est de plus en plus aigu dans le contexte actuel de migration d'une part, d'augmentation de la source de souffrance psychosociale d'autre part.

Le mouvement des maisons médicales porte une attention particulière à la question de l'accessibilité des services de santé. Médecins du Monde nous a interpellés concernant sa difficulté à pouvoir référer des patients aux maisons médicales. La Fédération des maisons médicales s'est saisie de cette problématique pour dégager de nouvelles pistes de travail. Même si les problématiques liées à l'accessibilité se retrouvent présentes partout, cette question a surtout été développée à partir des réalités auxquelles sont confrontées les équipes bruxelloises.

L'Aide médicale urgente, parcours du combattant

Au départ de la réflexion, le constat que certains publics fort précarisés ont des difficultés à franchir le seuil des maisons médicales. Il s'agit principalement des personnes en séjour précaire ou illégal, dont l'accès aux soins est entravé par des démarches administratives lourdes et complexes, un véritable parcours du combattant. Les maisons médicales, qui travaillent pour la plupart au forfait, peuvent se trouver en grande difficulté face à des problématiques administratives auxquelles elles ne sont que pas ou peu confrontées par ailleurs. En effet, pour les personnes en séjour illégal, l'accès aux soins passe par l'obtention de l'Aide médicale urgente. Contrairement à ce que son nom indique, l'Aide médicale urgente couvre tout type de soin (généralistes ou spécialisés, en ambulatoire ou en milieu hospitalier, curatifs et préventifs). L'Aide médicale urgente est délivrée par le CPAS de la commune dans laquelle réside

l'usager, sous forme d'un réquisitoire (prise en charge) de durée déterminée. Celui-ci est octroyé sur base d'une procédure plus ou moins longue et complexe selon les CPAS. Elle comprend une enquête sociale (plusieurs rendez-vous), et de multiples démarches, à renouveler fréquemment.

Une couverture mitée

L'Aide médicale urgente est sensée être un droit fondamental octroyé à toute personne résidant sur le territoire belge, ne pouvant prétendre à la couverture sanitaire à laquelle ont droit la plupart des habitants. A priori, elle est donc principalement destinée aux personnes en séjour illégal ; celles-ci doivent s'adresser au CPAS de la commune où elles résident et ne pas disposer de moyens suffisants pour accéder aux soins sans l'Aide médicale urgente. Dans les faits, certaines personnes avec un permis de séjour régulier se retrouvent également privées de couverture médicale et doivent alors recourir à l'Aide médicale urgente, en attendant de régulariser leur situation auprès d'une des mutualités. De même, de nombreuses personnes sans domicile fixe se retrouvent privées de mutuelle, car leur situation administrative les met dans une situation de décrochage social. D'autres publics, autochtones, ou régularisables sont également fragilisés. L'accès au soin touche dans ce cas-ci d'autres aspects comme la difficulté à pouvoir se fournir les traitements prescrits, ou réaliser des examens plus spécialisés, dans un contexte de grande précarité qui touche de plus en plus de personnes, y compris certains qui ont un revenu du travail.

Une nécessaire trans-formation des pratiques ?

Les professionnels ne sont pas toujours bien informés de la procédure et doivent, de fait, y consacrer beaucoup de leur temps et de leur énergie².

Il y a quelques années, une expérience de théâtre forum et des formations ont été proposées aux travailleurs des maisons médicales, en collaboration avec différents opérateurs tels que ATD quart monde. De 2011 à 2013³, un groupe de travail s'est également constitué à partir de l'intergroupe bruxellois des maisons médicales, dont la thématique était exclusivement axée sur l'accessibilité. Par la suite, en 2015, l'intergroupe bruxellois des maisons médicales et Médecins du Monde⁴ se sont associés afin de développer des outils en vue de soutenir les équipes des maisons médicales. Celles-ci sont situées en première ligne face au manque d'accessibilité aux soins pour une partie de la population bruxelloise. S'il a paru évident que développer les compétences et les ressources de travailleurs face à la complexité des procédures était nécessaire, d'autres questions sont venues se rajouter, certaines directement liées à la saturation des maisons médicales à Bruxelles. En effet, il est difficile pour celles-ci de continuer à inscrire de nouveaux patients, tant la demande est grande en regard d'une offre limitée. Par ailleurs, la tendance actuelle est l'accentuation des problématiques rencontrées et l'augmentation du nombre de personnes qui sont dans ce cas de figure.

En effet, avec le récent flux migratoire et la crise qui en a découlé, des centaines de personnes arrivées en Belgique dans un contexte dramatique seront amenées à être prises en charge - entre autres médicalement - par les maisons médicales. On estime actuellement que 60 % des personnes arrivées récemment sur le territoire belge obtiendront un permis de séjour, et que 30 % de celles-ci s'installeront à Bruxelles. De gros

défis en perspective sachant qu'accéder au logement à Bruxelles est de plus en plus difficile (loyers de plus en plus élevés, propriétaires de plus en plus exigeants, logements sociaux insuffisants avec listes d'attentes qui se comptent en année, logements insalubres...), que les lieux d'accueil pour les tout-petits sont insuffisants, les établissements scolaires à peu près tous saturés, et que le taux de chômage est très élevé. Au niveau médical, ces personnes amèneront des problématiques spécifiques et complexes auxquelles les équipes des maisons médicales devront faire face. Les pathologies liées à la migration dans un contexte de guerre, les états de stress post-traumatique, et la détresse socio-économique seront autant de facteurs qui auront pour effet de complexifier le suivi et de mettre certaines équipes face à des problématiques multiples. Enfin, le barrage de la langue et les différences culturelles créent des difficultés supplémentaires. Pour ce type de public, il s'agira de répondre à de nouveaux besoins et des demandes de soins croissantes, en tenant compte d'un contexte particulièrement sensible qui semble dépasser à peu près tout le monde, à commencer par les pouvoirs publics. Seules, les maisons médicales risquent d'être assez vite démunies. L'enjeu majeur résidera à travailler davantage en concertation avec le tissu associatif, avec les autres prestataires de soin, et aussi avec le milieu éducatif et culturel local. D'où l'importance de bien connaître les ressources présentes sur le territoire, et d'être à même de réaliser un diagnostic communautaire afin de répondre plus globalement, et non seulement individuellement, aux (nouveaux) besoins ainsi repérés. Si tel est déjà le cas pour beaucoup de maisons médicales qui travaillent depuis toujours de concert avec les partenaires pré-cités, il s'agira à tout le moins de persévérer et de renforcer les liens avec ces mêmes acteurs locaux, sous peine, pour les travailleurs, de se retrouver confrontés à une grande impuissance. L'accessibilité aux soins est aussi liée à la disponibilité des intervenants de première ligne, non seulement en termes de temps, et aussi de disponibilité psychique. Car soutenir les usagers en difficulté sous-

2. Voir à ce sujet une récente enquête réalisée par le Centre d'expertise en soins de santé « quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? ».

3. Jusqu'à la parution d'une carte blanche qui dénonçait les pratiques schizophréniques du CPAS de Bruxelles ville quant à la délivrance de l'AMU : www.maisonmedicale.org/Trois-ans-de-pratiques-illegales.html

4. En 2014, Médecins du Monde a publié avec l'INAMI un *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique* (lire entre autres « Accessibilité aux soins, recommandations de Médecins du Monde et de l'INAMI » de Marianne Prévost, paru dans *Santé conjugulée* n°69, décembre 2014 : <http://www.maisonmedicale.org/Accessibilite-aux-soins.html>

5. Le « projet accessibilité » initialement porté par l'intergroupe bruxellois s'est d'ailleurs inscrit dans un programme plus large, le programme psychosocial, récemment lancé au sein de la Fédération des maisons médicales.

tend de pouvoir soutenir une dynamique d'équipe et collective afin d'éviter une saturation émotionnelle du côté des travailleurs⁵.

6. Bernard De Backer, *Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Démarche d'évaluation qualitative transversale relative aux tensions entre l'accessibilité des services et la pénibilité du travail*, juin 2013.2. Voir à ce sujet une récente enquête réalisée par le Centre d'expertise en soins de santé « quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? ».

Rapiécer et se mobiliser pour un changement de société

Ce constat de complexité des situations, de surcharge des institutions, d'usure des travailleurs, nous rappelle encore une fois l'importance de combiner au sein de notre mouvement et de réseaux plus vastes, une action concrète pour rapiécer la couverture sanitaire mitée au quotidien et une action politique de transformation sociale à long terme. ■



La part du colibri

Quelques réflexions sur l'accessibilité des soins et maisons médicales

Marianne Prévost,
sociologue,
coordinatrice de *Santé conjugulée*.

Après l'analyse du concept de couverture sanitaire universelle et de divers aspects de sa mise en œuvre en Belgique à la lumière de ce qui se passe ailleurs dans le monde, il nous a semblé utile de nous arrêter un moment sur le rôle joué par les maisons médicales en matière d'accès aux services de santé. Marianne Prévost nous propose un éclairage de leurs forces et limites.

L'attention donnée à l'accessibilité aux soins dans les maisons médicales fait penser à une légende amérindienne qui a inspiré le mouvement Colibris, fondé par le doux utopiste Pierre Rhabbi : un jour, il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés, atterrés, observaient impuissants le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou, agacé par cette agitation dérisoire, lui dit : « Colibri ! Tu n'es pas fou ? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ! ». Et le colibri lui répondit : « Je le sais, mais je fais ma part. »

L'accès à la santé : de l'utopie au projet

La santé pour tous : ce rêve ne semblait pas complètement utopique à l'échelle de la Belgique. A l'époque où le monde n'était pas encore complètement mondialisé, financiarisé, pris au piège d'un capitalisme déchaîné, certains en ont fait un projet.

Ils étaient jeunes, enthousiastes, ils ont créé des maisons médicales et milité pour un système de santé complètement différent de ce qui existait alors¹. Au premier plan, l'accès pour tous aux soins de santé des soins de qualité bien entendu. Cela impliquait de renverser la pyramide des soins : à la base, des services de soins de santé primaires proches des gens, prenant en charge l'essentiel des problèmes de santé, dès leur

début et même avant (prévention, éducation, action communautaire ; en bref, ils voulaient promouvoir la santé et pas seulement soigner les maladies). Cela permettrait de limiter la consommation de médicaments, les complications pathologiques, la chronicisation, les interventions chirurgicales, les hospitalisations. Finalement, les gens se sentiraient mieux et cela coûterait moins cher pour tout le monde.

Bref, la première chose que les maisons médicales ont faite pour renforcer l'accessibilité des soins², c'est d'avoir eu l'audace de naître ! Et de défendre contre vents et marées un nouveau modèle, de le peaufiner, d'en faire reconnaître la pertinence et la qualité, de se fédérer pour devenir un interlocuteur crédible et incontournable dans divers lieux stratégiques : tout ce que font, disent, écrivent, publient, les maisons médicales et la Fédération des maisons médicales depuis leur naissance témoigne largement du fait que l'accessibilité aux soins de santé pour tous est au cœur de leur projet. Cela ne va pas de soi : l'accessibilité comporte différents aspects et se heurte à bien des vents contraires. Mais il ne faut pas oublier la part du colibri.

1. Lire aussi l'article d'Olivier Mariage « Au fil du temps » dans le dossier de *Santé conjugulée* « Emergence » n°66.

2. Et plus largement l'accès à la santé, mais nous nous limiterons ici aux soins.

L'accès aux soins : différentes facettes

Accessibilité financière

Une des facettes de l'accessibilité des soins est d'ordre économique (voir l'article page 43). La négociation des maisons médicales avec l'INAMI, dès 1983, pour faire reconnaître le système du forfait à la capitation, est une étape essentielle en la matière³ - même s'il faut bien avouer que ce mode de financement n'aurait pris tout son sens que dans le cadre d'un système de santé rationnel largement basé sur les soins de santé primaires. On en est loin. Par ailleurs, tel qu'il se présente à l'heure actuelle, le système reste insatisfaisant, notamment car il ne recouvre que les soins médicaux, infirmiers et de kinésithérapie - d'autres disciplines (entre autres, mais pas seulement, assistant social et psychologue) devraient bien évidemment être incluses de manière adéquate dans le forfait dont un des objectifs est aussi de soutenir une pratique de soins globaux, continus et intégrés.

La plupart des maisons médicales fonctionnent aujourd'hui au forfait (quitte à trouver des modalités particulières pour les patients qui ne sont pas recevables dans ce système). Celles qui pratiquent à l'acte développent des procédures favorisant leur accessibilité, par exemple le tiers-payant. Et, quelle que soit leur pratique, beaucoup d'équipes mettent en place diverses procédures relatives aux aspects dépassant le coût de la consultation en première ligne : limitation de la prescription aux médicaments réellement utiles, prescription préférentielle de médicaments génériques, référence vers des spécialistes conventionnés, tentatives de minimaliser les coûts hors forfait (service interprète par exemple), demandes d'intervention forfaitaires pour les patients chroniques, conventions de collaboration avec des pharmacies du quartier ou de la commune, gestion des médicaments non utilisés par les patients et l'équipe. Beaucoup d'équipes s'attachent par ailleurs à remettre les gens en ordre de mutuelle, à suivre une certaine proportion de personnes relevant de l'aide médicale urgente (voir article précédent), voire à donner des soins gratuits dans des cas particuliers.

Accueil, acceptabilité, information : synergie

Une autre dimension fondamentale pour que les services soient réellement accessibles, c'est la manière dont ils accueillent les gens, dont ils entendent et re-

3. « Forfait à la capitation, du rêve à la réalité » dans le *Santé conjugulée* n° 56 d'avril 2011.

çoivent leur demande, dont ils élaborent la manière d'y répondre, avec eux et avec d'autres partenaires le cas échéant - ce qui est souvent bien utile. Intervient ici une autre dimension fondamentale en matière d'accessibilité : l'acceptabilité. Il est en effet peu probable que les gens aient recours à des services qui ne leur paraissent pas acceptables, c'est-à-dire qui ne rencontrent pas leur projet de vie, leurs conditions d'existence, leurs valeurs, leur culture, leurs exigences en terme de qualité. Ou qui sont trop éloignés ; ou physiquement inaccessibles, inconfortables ; ou opaques en terme de fonctionnement, de valeurs ; ou qui ne laissent pas de place à leurs questions, leurs propositions ; etc.

Il n'y a pas de solution simple en la matière ; le niveau d'acceptabilité dépend ce que l'on met à disposition à chaque moment, dans chaque lieu du parcours de soin : les espaces, les horaires, la disponibilité en temps, en qualité d'écoute...

Les dimensions d'accueil, d'acceptabilité, de satisfaction des patients, n'ont cessé de faire couler beaucoup d'encre depuis des années, dans tous les secteurs, bien au-delà des maisons médicales⁴. Celles-ci y ont réfléchi de manière très intense, notamment en travaillant sur la fonction de l'accueillant⁵ ; mais aussi en travaillant sur l'écoute, l'information, la communication, l'échange dans tous les lieux de rencontre entre patients et membres des équipes. L'utilisation de médiateurs interculturels est une des procédures utilisées pour mieux recevoir certaines personnes, mais il y en a beaucoup d'autres, qui concernent l'ensemble des patients et demandent à chaque membre de l'équipe une attention de chaque instant et une réflexion constante sur la place donnée à chacun, sur l'équilibre à trouver entre un désir d'accessibilité maximale et la nécessité de mettre des limites à une demande qui semble parfois difficilement gérable.

Limites et contradictions

Il est difficile de réaliser un tel équilibre, comme l'expriment de manière de plus en plus lancinante tous les services de première ligne. Ce phénomène a été bien

4. Voir notamment « L'accueil dans les services ambulatoires », *Bruxelles Santé* n°57, ja-fé-mars 2010.

5. La Fédération des maisons médicales propose depuis 1999 une formation spécifique à cette fonction considérée comme centrale, et les accueillants de maison médicale ont produit un *Abécédaire* ainsi qu'un code déontologique de l'accueil. Lire aussi l'article de 2014 « Professionnalisation et reconnaissance de la fonction accueil » sur le site de la Fédération des maisons médicales.



mis en lumière dans le cadre des démarches d'évaluation qualitative mises en place à Bruxelles. Invitées à mener une recherche-action sur leurs pratiques, de nombreuses équipes ont choisi d'analyser leur accessibilité ; certaines ont abordé la question de manière très concrète (horaires, canaux d'information entre les travailleurs et avec les patients, coordination, problèmes de mobilités) ; d'autres ont centré leur réflexion sur le sentiment de débordement éprouvé par les travailleurs, leur souffrance face à une impuissance qui les amène parfois à travailler d'une manière contraire à leurs valeurs, à leur projet initial, au risque d'une perte de sens voire d'une menace pour leur équilibre de vie personnel.

De manière générale, la plupart des services de première ligne expriment ces difficultés. Une étude transversale portant sur cette problématique à Bruxelles⁶ souligne que « les tensions entre pénibilité et accessibilité peuvent être de nature diverse et interagir de manière circulaire, voire cumulative. Une trop grande accessibilité du service peut entraîner une surcharge débouchant sur une plus grande difficulté et/ou une souffrance au travail. Inversement - voire en conséquence de ce qui précède la pénibilité du travail peut nuire à l'accessibilité des professionnels, en volume ou en qualité (temps, attention, disponibilité, motivation, engagement...) ».

Cette étude souligne également que « le facteur causal qui détermine cet accroissement des demandes en volume et en complexité semble en bonne partie hors de portée des secteurs, voire de la Commission

6. Bernard De Backer, « Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Démarche d'évaluation qualitative transversale relative aux tensions entre l'accessibilité des services et la pénibilité du travail », juin 2013.

communautaire française et de la Région bruxelloise, dans la mesure où il est tributaire de déterminants institutionnels belgo-belges, macroéconomiques et macro-sociaux (flux migratoire), voire macro-psychiques (effets psychiques de mutations sociales) ».

Nous ne pouvons ici détailler les nombreux constats, très éclairants, apportés par cette étude dont la portée territoriale est par ailleurs limitée. Toutefois, cette brève évocation a certainement des résonances par rapport à d'autres contextes ; et, surtout, elle montre bien que, quelle que soit la bonne volonté et l'inventivité des services, ils ne peuvent pallier à tous les manques d'organisation du système de santé. La pratique de limitation des inscriptions observée dans les maisons médicales au forfait est une manifestation très claire et interpellante de l'impasse dans laquelle se trouvent les services ; elle rappelle que la disponibilité est une condition première de l'accessibilité.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale des Nations-Unies) définissait la disponibilité comme « l'existence, en quantité suffisante, d'installations, de biens et de services ainsi que de programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé ». Le manque de disponibilité en professionnels compétents (on pense ici aux problèmes de pénurie du côté des médecins généralistes, des infirmiers, des psychiatres) en services de soins de santé primaires est un risque majeur (voir l'article page 50) : s'il n'y a pas assez de services sur un territoire, les personnes malades renoncent à se soigner, font des démarches inadaptées (trop tardives, vers la deuxième ligne, vers des charlatans), au risque d'entraîner des souffrances évitables et des coûts inutiles. Et les services qui existent sont vite surchargés, devenant dès lors peu accessibles et éventuellement de moins bonne qualité. Ces facteurs entraînent clas-



siquement le développement d'une offre privée que seuls les plus riches peuvent se payer : la disponibilité de structures de première ligne accessibles et adressés à tous est donc absolument indispensable pour que l'on n'assiste pas au développement d'une médecine à deux vitesses (voir les articles pages 23, 30 et 43).

Conclusion

Face à aux choix politiques qui freinent la construction d'un système cohérent soutenant l'accès à la santé pour tous, les acteurs de terrain ne peuvent que développer leur créativité, tenter de maintenir des pratiques cohérentes avec leurs valeurs fondamentales, s'organiser pour influencer les décisions politiques : tel est le combat des maisons médicales depuis leur naissance - mais il y a encore du chemin à parcourir. Encore faut-il aussi, arriver à vivre le mieux possible avec ce lourd sentiment d'impuissance sans trop céder à la tentation de raboter l'idéal au vu des impasses du réel. Bref, ne pas se laisser démonter par les tatous et garder l'énergie du colibri. ■

Nous l'avons vu, le principe de couverture sanitaire universelle ne suffit pas à faire une politique de santé (voir l'article page 20). Elle ne répond pas concrètement aux besoins d'une population. Elle constitue une vision, une série d'objectifs à atteindre en matière de politique de santé (voir l'article page 16). Tout comme l'allocation universelle, elle n'est pas une idée neuve. Il s'agit d'un principe ou d'une série de principes dont la mise en œuvre est plurielle et varie selon le pays, le contexte socio-économique sans oublier une vraie volonté politique.

Oui, une politique de santé doit être pensée à long terme et peut avoir en point de mire la couverture sanitaire universelle mais au-delà du discours et de l'idéologie, pour y parvenir, une stratégie et des actes doivent être posés. La question du financement (voir p 30), des mécanismes de remboursement (voir p 43) et leur communication vers les personnes concernées (les plus vulnérables principalement), le lien entre les différents échelons (voir les articles en pages 50, 55 et 59) du système de santé combiné à l'adaptation de la formation des soignants ainsi que le renforcement du pouvoir de négociation des différents acteurs dans la prise de décision sont quelques éléments, indissociables, dont il est impératif de tenir compte et auxquels il faut réfléchir. Éléments à mener de front sans faire l'économie de la mise en place de politiques cohérentes en matière de déterminants non médicaux de la santé (logement, environnement...).

En ce qui concerne le financement, une politique de santé n'est possible qu'avec un investissement public, l'objectif étant de rencontrer le bien commun, responsabilité de l'Etat. Et le niveau collectif doit être privilégié à une politique axée sur l'individu (fonction du statut de la personne : social, économique...) pour éviter des disparités et approcher l'équité.

Selon nous, et pas seulement, la politique de santé ne peut être guidée par le marché. La réglementa-

tion du marché entraîne des coûts (pour les pouvoirs publics, les patients...) alors que de nombreux auteurs soutiennent que les systèmes publics permettent des économies d'échelle (achats, fournitures, distribution...). Là où il y a du privé, le pouvoir de négociation diminue, les inégalités se creusent et l'accès aux soins diminue dramatiquement (exemple : Pays-Bas).

Les systèmes où la régulation est faible, en raison du désinvestissement de l'Etat dans le champ de la santé (tendance dans de nombreux pays comme par exemple la Grèce, le Portugal ou l'Espagne), favorisent les prestataires privés marchands. Ceux-ci se centrent sur ce qui rapporte et laissant aux services publics ce qui coûte créant ainsi une couverture sanitaire universelle à deux vitesses. Les plus pauvres n'ayant dès lors plus accès qu'à un minimum de soins assuré par un système public surchargé contraint à prendre en charge ce dont le privé ne veut pas (voir l'article page 23).

La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle passe-t-elle par un renforcement des soins de santé primaires et une articulation entre les différentes lignes de soins par un système de santé échelonné ? A la Fédération des maisons médicales, nous le pensons et le défendons.

Référent dans l'article 4, Amit Sengupta (2013) nous rappelle qu'« un système de santé n'est pas qu'un agrégat de prestataires [...] mais un réseau intégré de services et de soins stratégiquement assignés aux niveaux primaire [généraliste], secondaire [spécialisé] et tertiaire [hospitalier et de la recherche] ».

Avec un système organisé de manière échelonné, nous pouvons, par le renforcement de la première ligne, dont les maisons médicales font partie ainsi que tous les prestataires de premier recours non-spécialisés, faire des économies en deuxième ligne. Et s'appuyer sur l'échelon zéro (voir l'article page 59) pour diminuer le coût des soins, (re)créer du lien entre les personnes par

L'équipe éducation permanente de la Fédération des maisons médicales propose une animation aux maisons médicales (usagers et soignants) intitulée *Jouez au docteur et soyez patient*. Elle consiste en une mise en situation qui permet de faire émerger et d'échanger les expériences concrètes du service santé, de la maladie. Comme son nom l'indique, elle permet aussi de projeter les comportements des soignants. A partir de ces expériences, le travail d'animation consiste à mettre en évidence les représentations des participants autour du soin, de la maladie et de la santé, leur diversité, la contradiction fondamentale entre les dimensions individuelle et collective de la santé, les limites et incohérences du système de santé dans notre pays et les enjeux de sa transformation.

un soutien aux initiatives et alternatives citoyennes, et par là soutenir les conditions d'une bonne santé au sein de la population. En 2013, dans son plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle l'Organisation mondiale de la santé recommande (voir l'article page 30) aux organisations de la société civile de participer au débat sur la politique fiscale globale pour augmenter le budget de la santé publique, de s'opposer à des financements reposant sur les paiements directs, de préconiser des stratégies qui incluent dès le départ les populations pauvres et vulnérables ou encore d'être vigilants à l'égard des allocations de fonds qui bénéficient de manière disproportionnée aux soins hospitaliers tertiaires, aux dépens d'un investissement dans les services de soins de santé primaires locaux, ou qui bénéficient de manière disproportionnée aux traitements, aux dépens de la prévention et de la promotion.

L'échelonnement du système de soins permettrait une meilleure maîtrise des dépenses de santé et une meilleure qualité des soins. Pour que cela soit possible, il est nécessaire de rendre de la valeur aux métiers de la première ligne afin d'assurer une porte d'entrée de qualité au système de santé. En Belgique, la médecine générale notamment, manque de reconnaissance. Cela est perceptible dans les universités où le hit-parade des spécialisations les plus prisées ne comporte pas la médecine générale. Pour pallier à cet état de fait, il serait notamment utile de revoir le mode de financement des soins qui engendre une dévalorisation financière des métiers de la première ligne.

La valorisation passe également par une réforme de la formation des soignants pour la rendre plus adéquate

aux exigences de la première ligne de soins. Les prescripteurs doivent être mieux formés au travail interdisciplinaire, à l'intervention tenant compte de la dimension globale de la santé, au-delà du curatif (intégrant la prévention) et au-delà du soin (intégrant une capacité d'action sur les déterminants non-médicaux de la santé) (voir l'article page 50). Formation créant également les conditions d'une rencontre plus égale entre soignants et usagers (voir l'article page 72), conscients de leurs savoirs réciproques, favorisant ainsi les décisions les plus adéquates pour le patient.

Dans son rapport 2013 intitulé *Le piège de l'austérité*, Oxfam insiste sur le fait que les solutions qui ont permis à nombre de pays de sortir de la crise contredisaient les prescriptions du Fonds monétaire international. « Plusieurs pays ont rehaussé les dépenses sociales au lieu de les couper, ils ont réduit les inégalités et ont remis en place de véritables services publics. Et ces mesures se sont révélées efficaces pour surmonter la crise. ». Et de souligner également que « si les mesures d'austérité se poursuivent en Europe, 15 à 25 millions de personnes supplémentaires pourraient se retrouver en situation de pauvreté d'ici 2025 ». Pourtant chez nous, alors que le budget de la défense augmente, notre Gouvernement prévoit (ajustement budgétaire 2016) 169,5 millions d'euros d'économies dans le secteur des soins de santé.

En 50 ans, notre pays est passé d'une logique visionnaire à une logique gestionnaire. Le financement solidaire perd encore des mailles et les trous s'agrandissent dans le portefeuille du patient. L'Etat n'entend-t-il pas la souffrance physique et psychique des citoyens ?

Qu'on l'appelle couverture sanitaire universelle ou autrement, avoir une vision à long terme est une condition nécessaire mais pas suffisante. Pour y accéder, des moyens doivent être déployés.

« Garantir l'accès universel aux soins de santé, c'est respecter la dignité humaine de toute personne. Nous devrions commencer à envisager les inégalités en matière de santé sous l'angle des droits de l'homme, en plaçant la personne au centre du système de soins. En associant les usagers à la conception des soins et en respectant leur droit à l'autodétermination, nous permettons aux intéressés de faire leurs propres choix et améliorons l'adéquation entre les services proposés et les besoins réels » et cela sans faire l'économie d'une transformation profonde du système sociétal.

(Carnet des droits de l'homme, *Maintenir l'accès universel aux soins de santé*, 2014).

ISSN : 1372-6064



septembre 2016
numéro 76

Périodique de la Fédération des
maisons médicales et des
collectifs de santé francophones
Prix au numéro : 10 euros



Couverture sanitaire universelle en Belgique

A l'heure du détricotage de la sécurité sociale, la couverture sanitaire universelle fait beaucoup parler d'elle. Que recouvre ce concept ? Quels sont ses ambiguïtés et enjeux politiques ?

Que pouvons-nous apprendre de ce qui se tisse ailleurs dans le monde ? Quelles sont les pistes d'amélioration de l'accès aux services de santé en Belgique ? C'est ce que ce dossier propose d'éclairer, de différents points de vue.



Santé conjuguée