

« LA SÉCURITÉ SOCIALE EST AU CŒUR DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION »

Laurette Onkelinx, présidente de la Fédération bruxelloise du Parti socialiste, a annoncé son retrait de la vie politique en 2019. L'occasion pour le secrétaire général de la Fédération des maisons médicales de revenir avec elle sur sa carrière et sur les ministères de la Santé et des Affaires sociales qu'elle a dirigés.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice en chef de *Santé conjugée*.

Députée à trente ans, en plein processus de dépenalisation de l'avortement, comme entrée en politique, c'est très fort. On pourrait dire que cela a préfiguré votre carrière ?

Laurette Onkelinx : C'est vrai que j'ai été députée assez rapidement, dans une législature qui n'a pas été de tout repos au niveau institutionnel, mais avec de grands débats éthiques. C'était le moment où on a fait la majorité à dix-huit ans, la réforme de la définition du viol, et puis la dépenalisation de l'avortement. On m'avait demandé d'être rapporteur pour les débats à la Chambre, des débats qui n'avaient pas été simples et qui ont été menés avec grand succès par Roger Lallemand et Lucienne Herman-Michielsens. Ce combat pour l'avortement, c'était aussi important pour moi en tant que femme. J'ai toujours pensé qu'une femme qui

avait une responsabilité politique avait aussi une responsabilité particulière vis-à-vis de toutes les femmes. Leur situation n'est toujours pas à égalité avec celle des hommes et les droits acquis ne le sont jamais définitivement. Quel que soit le département, j'ai toujours réalisé des choses spécifiques pour les femmes. Les premiers centres d'accueil de référence pour la reconstruction des femmes victimes de mutilations génitales, par exemple, ou le premier programme transversal de lutte contre la violence faite aux femmes, la priorité en justice pour le logement familial en cas de séparation due à la violence intrafamiliale. S'il y a quelque chose qui ne me quitte pas, c'est cette indignation par rapport à la violence faite aux femmes.

Christophe Cocu : Et aujourd'hui, trente ans plus tard, on retouche à la loi sur l'intervention

« J'ai servi sous trois rois et cinq Premiers ministres. »

- 1992 : ministre fédérale de l'Intégration sociale, de la Santé publique et de l'Environnement (gouvernement Dehaene).
- 1993 : ministre-présidente de la Communauté française.
- 1995 : ministre-présidente de la Communauté française et ministre de l'Éducation.
- 1999 : vice Première ministre, ministre fédérale de l'Emploi et de l'Égalité des chances (Verhofsstadt I), puis ministre fédérale de la Justice (Verhofsstadt II).
- 2008-2014 : ministre fédérale de la Santé et des Affaires sociales (Leterme, Van Rompuy, Di Rupo).
- 2013 : présidente de la Fédération bruxelloise du PS.
- 2014 : chef de groupe PS à la chambre.

volontaire de grossesse. Chose que, dans l'associatif, avec les centres de planning familial, on juge absurde, cosmétique. Pour engranger une réalisation éthique sur cette législation-ci...

L.O. : Ce n'est même pas qu'il n'y a pas d'avancée : il y a un risque de recul. On enlève du Code pénal et on met dans la loi pénale. Ce qui est neuf, c'est qu'on pénalise par une loi spécifique. Et comme il y a des tendances très diverses dans la magistrature, cela peut au contraire ouvrir de nouvelles actions judiciaires. Ça me rend vraiment furieuse ! Il y a danger – on l'a vu dans certains pays où ça a commencé comme ça – de revenir sur les facilités d'avortement.

Quelle place occupe le département de la Santé dans un gouvernement ? Ce n'est pas une compétence régaliennne, mais on parle tout de même de portefeuille-clé...

L.O. : C'est un portefeuille central, surtout quand vous l'avez en même temps que celui des Affaires sociales. La santé est au cœur de la Sécurité sociale et la Sécurité sociale est au cœur du bien-être de la population. C'est l'un des départements les plus importants parce qu'il touche absolument tout le monde, le nouveau-né comme la personne en fin de vie, le riche comme le pauvre, les hommes comme les femmes, les Belges comme les étrangers. C'est un département qui n'est pas simple non plus, mais c'est bien qu'il y ait beaucoup d'interlocuteurs et que cela nécessite des concertations. La négociation est omniprésente.

C.C. : Je pense que c'est votre conception, car ce n'est pas l'expérience que nous en avons actuellement !

L.O. : En effet, c'est la mienne ! Quand je suis arrivée dans ce département de la Santé, j'ai dit quelque chose de très simple à mon parti : on a besoin de réinvestir. Aussi, comme je ne suis ni médecin ni dans les sciences médicales, j'avais beaucoup à apprendre de tous les interlocuteurs. Donc j'ai pris le temps d'écouter.

Aujourd'hui, nous avons une ministre de la Santé qui est médecin généraliste, qui sait tout, qui n'a pas besoin d'écouter, pas besoin de voir, qui

a sa conviction. Là, il y a un vrai problème de concertation. Deux : elle ne sait pas se battre pour son budget. 2,8 milliards d'économies sur la législature ! Soit elle ne sait pas négocier, soit elle est convaincue comme libérale qu'il faut des diminutions sensibles en Sécurité sociale en général et donc en soins de santé. Elle est aussi obnubilée par un mot : *evidence-based*. Je ne vois pas ce qu'il y a d'évident à faire des économies en soins de santé tant il y a de besoins... Qu'est-ce qu'il y a d'*evidence-based* à diminuer le séjour en maternité ? Les mamans qui en ont besoin rentrent chez elles et puis reviennent parce qu'il y a une complication. La psychothérapie : jeter des gens en souffrance aux mains de charlatans. La fibromyalgie : diminuer les séances de kiné pour des personnes qui passent leur vie à avoir mal... Je suis furieuse parce qu'elle est en train de détricoter une série de choses que l'on a faites dans l'intérêt des patients.

C.C. : Remplacer l'argent venant des travailleurs et des employeurs par de l'argent issu de taxes ou autres permet au gouvernement d'avoir plus de pouvoirs sur la Sécu et de diminuer le recours à la concertation. C'est vraiment problématique pour les soins de santé dans leur ensemble. Nous ne partageons pas du tout les visions philosophiques du gouvernement, ni son interprétation de l'*evidence-based medicine*. Il y a un risque en effet à penser que seules les thérapies courtes ou comportementales sont *evidence-based*. Dans ce domaine de soins, nous soutenons aussi l'idée d'une responsabilité partagée : c'est souvent le généraliste qui reçoit la charge psychosociale en premier et heureusement qu'en maison médicale on a développé le poste d'assistant social ou de psychologue. Mener des consultations à trois est très utile pour ne pas médicaliser les enjeux psychosociaux et pour ne pas exclure le médecin de cette relation de soins.

L.O. : Vous avez raison, mais faut-il qu'à chaque fois le médecin donne l'autorisation pour aller

« C'est bien qu'il y ait beaucoup d'interlocuteurs et que cela nécessite des concertations. »

chez le psychothérapeute ? Moi, je dis non. Par contre je pense aussi qu'il est très utile que le médecin généraliste soit au cœur du processus, sauf si le patient ne le veut pas bien entendu. Il doit tout avoir dans son dossier médical pour suivre son patient.

« Je pense qu'il est très utile que le médecin généraliste soit au cœur du processus. »

C.C. : Sur la question du lien entre la première et la deuxième ligne, entre les généralistes et les spécialistes, nous pensons qu'il y a des économies à faire en deuxième ligne, mais ces économies doivent être réinvesties dans la première ligne pour permettre une prise en charge plus large des patients, pour qu'ils soient mieux suivis avec le bon niveau de compétences au bon moment. Or, on voit qu'avec les projets-pilotes mis en place, puis avec la réforme du financement des hôpitaux, etc. il y a en fait un déclin de la deuxième ligne, un souhait via des retours précoces à domicile ou via des alternatives à l'hospitalisation de faire peser des responsabilités sur la première ligne sans lui en donner les moyens. C'est un vrai souci et on a un peu de mal à se faire entendre...

L.O. : C'est vrai que les maisons médicales sont dans le collimateur depuis le début de cette législation. Pourtant, sous la forme actuelle ou sous une autre, je pense que c'est l'avenir. La médecine gratuite de première ligne est dans le programme du parti pour les prochaines élections, dans le cadre d'un grand réinvestissement.

C.C. : La gratuité n'est pas un enjeu pour nous, on a des maisons au forfait, mais aussi à l'acte. Ce qui est essentiel en revanche, c'est l'accessibilité et c'est le travail pluridisciplinaire. Être au forfait et travailler seul ne permet pas de faire des économies en deuxième ligne, chose que nous défendons dans le modèle. On a l'ambition d'avoir un million de patients au forfait en 2025, soit 10% de la population et à Bruxelles, on y est déjà. Une maison médicale à l'acte ou au forfait pour chaque Belge, ça ne veut pas dire que tous les Belges doivent être en maison mé-

dicale, mais qu'ils doivent en avoir la possibilité. Le patient reste libre de son choix évidemment. En ce qui concerne l'accessibilité, une série de choses ont permis à des personnes qui étaient dans le système d'avoir accès plus facilement aux soins de santé. Le prochain défi, c'est pour les personnes qui sont hors du système, celles qui n'ont pas de mutuelle, qui sont en décrochage, réfugiées ou en attente de papiers et qui, c'est ce que l'on constate, n'arrivent pas ou ont du mal arriver jusqu'aux maisons médicales parce qu'elles ne connaissent pas les structures, parce que dans leur pays d'origine la première ligne n'existe pas, etc. Il y a là un enjeu que nous situons autour du développement de la fonction psychosociale, y compris en établissant des partenariats avec Médecin du monde ou avec le SamuSocial pour réattirer ces gens vers le système. Après, il faut aussi travailler sur la régularité, le fait de tenir les rendez-vous. C'est encore un autre défi, pour lequel nous avons des projets-pilotes.

L.O. : À l'époque, vous me le rappelez, on a établi une convention avec l'Inami et l'aide médicale urgente, Médecins du monde et Infirmiers de rue, pour un genre d'hospitalisation hors hôpital, dans des centres pour des personnes qui soit vivent une extrême pauvreté, soit sont en dehors de toute couverture. Oui, je crois qu'il faut aller beaucoup plus loin en la matière.

C.C. : Des maisons médicales se donnent pour objectif d'accueillir 10% de patients hors forfait qui soit bénéficient de l'aide médicale urgente soit sont hors système de santé.

L.O. : Et pourquoi hors forfait ? L'intervention publique peut donner un forfait pour eux. C'est ce que l'on a fait dans les écoles : quel que soit leur statut, les enfants sont admis et comptent pour une unité dans le capital-période. Je crois qu'il faut développer tout en diversifiant la patientèle ; c'est important pour les patients et pour les médecins.

C.C. : Et pour la viabilité du système. On sait bien que les patients les plus précarisés demandent plus de soins. Ils sont moins pris en charge de manière générale, il y a une plus grande comorbidité.

Quelles sont les avancées saillantes dont vous particulièrement fière ?

L.O. : J'ai voulu avancer selon quatre critères. Le premier, c'est la qualité de soins. La Belgique, il faut le dire et le redire, est un pays où la qualité des soins est excellente, mais ça peut se dégrader très vite quand on n'investit pas. Il y a eu le plan cancer, la réforme de la cardiologie, le plan sida qui a été salué par ONUSIDA, la prise en charge de la douleur. On a travaillé sur les personnes âgées en institution, sur les maladies orphelines...

Ensuite, l'accès aux soins. La consultation à 1 euro pour les personnes qui bénéficient de l'intervention majorée, l'élargissement du tiers payant, le statut du malade chronique, la fin des suppléments d'honoraires dans les chambres communes et dans les chambres à deux lits en hôpital, le remboursement structurel de la contraception qui était auparavant un projet pilote... Ce sont des exemples parmi d'autres et il y a encore beaucoup à faire. Avoir des soins de qualité pour une seule partie de la population n'a aucun sens.

Troisième priorité : la protection des patients. Contre quoi ? Par exemple contre les médicaments falsifiés, contre les implants problématiques. On a aussi créé le fonds des accidents médicaux. Le quatrième grand critère prioritaire, c'est le soutien aux professionnels. Sans eux nous n'avons pas une bonne qualité de soins. Pour les médecins, ça s'est traduit par des aides administratives, par la ligne 1733 pour la garde, par l'input CO3 concernant la problématique de la violence intrafamiliale... On a aussi revalorisé les infirmières. Déjà quand j'étais ministre de l'Emploi et Frank Vandenbroucke ministre de la Santé, on avait ensemble diminué le temps de travail sans perte de salaire et avec embauche compensatoire. Il y a eu une revalorisation pécuniaire lorsque j'étais pour la première fois ministre de la Santé et, la deuxième fois, une revalorisation pour les aides-soignants qui ont reçu quelque 120 euros brut en plus par mois.

C.C. : Les choses n'avaient plus évolué depuis ce temps-là au niveau fédéral. Aujourd'hui avec l'IF-IC, c'est la première fois que l'on remet de l'argent pour les salaires.

On sort d'un scrutin communal. Quelle

place pour la santé à cet échelon de pouvoir et de proximité avec les habitants ?

L.O. : Cela fait partie du bien-être au sens large, mais je pense en effet que le sujet sera plus au cœur des discussions pour les élections fédérales dans quelques mois.

C.C. : La Fédération a travaillé sur les notions de déterminants de la santé. On sait que plus de 80% des critères qui influencent la santé sont dus à des facteurs autres que biologiques : le logement, la qualité de l'air, le système de soins de santé, le travail, etc. Nous avons mené une campagne autour de ces domaines dans lesquels la commune peut intervenir. Elle peut intervenir pour susciter des maisons médicales et pour attirer des soignants sur son territoire...

L.O. : On n'en est pas encore à ces déserts médicaux comme en France, mais ça nous pend au nez. Conserver un numéros clausus dans ce contexte, ça n'a pour moi aucun sens. Mais il faudra toujours maintenir une planification. Il ne faudrait pas qu'il n'y ait plus que des cardiologues et pas de gériatologues...

C.C. : Il faut aussi prendre en compte la sociologie des soignants. Avant, le médecin était sur la route du lundi au dimanche. Aujourd'hui, en développant le salariat en maison médicale, mais aussi avec d'autres aspects, on a des praticiens qui travaillent 38-40 heures par semaine. Ils ont aussi droit à une vie privée. Si on gardait le modèle des médecins qui partent aujourd'hui à la retraite, on aurait suffisamment de praticiens. Avec le nouveau modèle, ce n'est pas le cas.

L.O. : Le paysage a complètement changé en effet, et ce n'est pas uniquement dû à la féminisation du métier. Hommes et femmes ne sont plus taillables et corvéables à merci et ils ont bien raison. L'argument qui revient toujours, c'est que ça va revenir plus cher. Qu'est-ce que c'est que ça ? On ne va tout de même pas s'inventer des maladies... ■

« La Belgique, il faut le dire et le redire, est un pays où la qualité des soins est excellente. »