

PEUT MIEUX FAIRE!

Fin de législature pour Maggie De Block. La Fédération des maisons médicales dresse un bilan plus que mitigé des cinq années passées aux commandes du ministère de la Santé.

Hélène Dispas, membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.

On pense bien entendu au moratoire qui a frappé les maisons médicales, mais pas uniquement. Les psychologues ont aussi fait les frais de l'absence de concertation. Alors que les firmes pharmaceutiques s'en sortent plutôt bien, la politique de santé du Gouvernement sortant aggrave globalement les inégalités. La Sécurité sociale est devenue une variable d'ajustement budgétaire, le virage de l'ambulatoire est mal amorcé...

Parmi ces déceptions, quelques points positifs cependant : l'e-santé, qui se positionne comme une alliée de la coordination des soins, et le développement de la qualité.

La concertation mise à mal

Premier constat. Alors que le Gouvernement précédent construisait les réformes d'ampleur avec les professionnels de terrain, la ministre De Block les fait passer en force, avec peu de concertation en tout cas du côté francophone. Un exemple ? Le moratoire et l'audit sur les pratiques forfaitaires qui a lourdement impacté notre secteur. La ministre a pourtant toujours déclaré vouloir développer des soins intégrés, centrés sur le patient, interdisciplinaires... précisément ce que la Fédération des maisons médicales met en œuvre et défend depuis quarante ans ! Que s'est-il passé ?

La Fédération des maisons médicales avait demandé qu'une étude soit menée par un organe indépendant, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), afin d'établir une comparaison avec les chiffres qu'il avait déjà publiés en 2008. Cette proposition a été refusée et quelques mois plus tard le cabinet annonçait un moratoire sur le passage au forfait de nouvelles maisons médicales ainsi qu'un audit réalisé par la société privée KPMG sous prétexte de « dé-

passement budgétaire » (en réalité une croissance du secteur qui connaît un succès grandissant auprès des patients). Pour des raisons idéologiques, Maggie De Block a eu une attitude extrêmement fermée à l'égard des maisons médicales en refusant tout contact avec ses représentants qui ont pourtant participé avec bonne volonté à cet audit au coût exorbitant et qui a finalement confirmé la place des maisons médicales dans le paysage des soins de santé et les économies qu'elles permettent de réaliser en deuxième ligne. Dans les suites de l'audit, une commission a été mise sur pied pour proposer des améliorations dans le système du forfait. Elle a abouti à la réforme de son mode de calcul et nous en sommes heureux, même si une série d'autres mesures que nous demandions (réserver le forfait aux asbl, à un mode de pratique pluridisciplinaire, etc.) ont été rejetées. Nous espérons que cette réforme découragera désormais les personnes qui se servent du forfait uniquement dans un but lucratif et non qualitatif. Les différentes mesures concernant les psychologues ont également été prises avec peu de concertation, ce qui engendre des incohérences avec la vision des acteurs de terrain.

Prenons l'exemple du remboursement des soins psychologiques. Donner un meilleur accès aux soins de santé mentale est un beau progrès, mais le dispositif proposé nie gravement l'identité des psychologues et la valeur de leur travail. Il ne tient pas compte de la réalité de la relation thérapeutique psychologue-patient, relation qui ne peut se construire que sur le long terme et dans la continuité, et donne une image du psychologue « subordonné au médecin » en conditionnant le remboursement à la prescription médicale obligatoire. Cela donne l'impression de réduire la fonction de psychologue à

une « gare de triage en première ligne » qui devrait agir selon des critères d'« efficacité » mesurable en nombre de séances, pour des pathologies rentrant dans un cadre strict qui ne tient pas compte de l'existence de différents courants.

La Sécurité sociale, une variable d'ajustement budgétaire

Nous déplorons que la Sécurité sociale soit devenue une variable d'ajustement budgétaire comme une autre. Ce n'est pas nouveau, mais ça a sans doute été renforcé par l'idéologie du Gouvernement actuel. Celui-ci, suivant la tendance libérale européenne (politique d'austérité), a imposé à la ministre De Block des restrictions budgétaires dans les soins de santé (une des branches de la Sécurité sociale) plutôt que d'investir dans l'avenir, dans le bien-être de notre société. Or, la Sécurité sociale, fragmentée par la réforme de l'État (avec notamment la régionalisation des allocations familiales) était déjà fragilisée. L'assiette ne cesse de rétrécir ; il y a de moins en moins à redistribuer, et l'adage « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins » est de moins en moins vrai. Ceci ouvre grand la porte à une marchandisation de la santé : de plus en plus d'acteurs privés commerciaux investissent ce terrain, des groupes multinationaux rachètent des maisons de repos, des assurances privées individuelles sélectionnent leurs clients... Le grand danger est de créer une médecine à deux vitesses telle qu'on la connaît aux États-Unis, inéquitable et plus chère : la santé y représente 18 % du produit intérieur brut contre environ 10 % chez nous !

Le virage manqué vers l'ambulatoire

Les réformes qui créent des synergies entre hôpitaux (réseaux) et tentent de rationaliser l'offre hospitalière nous semblent logiques. Dans ce contexte, un grand nombre de pathologies actuellement traitées en deuxième ligne devraient revenir vers la première (médecine générale et soins ambulatoires) et y être traitées avec autant de qualité, mais à moindre coût.

Si nous sommes favorables à ce « virage ambulatoire », nous déplorons toutefois que les réformes censées y mener aient été pensées à l'envers. Les projets pilotes « hospitalisation à domicile » (auquel nous préférons l'appellation « alternative à l'hospitalisation »), maladies chroniques,

retours précoces après l'accouchement ou encore psy 107 créent une situation où l'hôpital « descend en ville » plutôt qu'une première ligne qui monte en puissance, car ils ne se sont accompagnés d'aucun transfert de fonds vers la première ligne qui est censée recevoir et organiser toutes ces tâches. Certains hôpitaux s'invitent donc à domicile en envoyant leurs propres équipes mobiles, et ce parfois sans communication avec la première ligne effective. Si, dans certains, cas ces réformes ont amené du progrès et de belles collaborations, la plupart des professionnels de l'ambulatoire se sentent noyés dans cette déferlante de « projets pilotes » chronophages, non financés et parfois inefficients.

Il n'y a pas de véritable politique de soins de santé primaires en Belgique. Pourtant, les recommandations internationales, notamment de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sont claires. Elles prônent un système basé sur la première ligne, avec des généralistes et des équipes de première ligne bien formés, qui peut répondre à 90 % des problèmes de la population en étant plus proches des patients, avec une vision de santé communautaire et une approche globale de promotion à la santé.

Pour cela, il faut mettre en place un échelonnement (que nous souhaitons incitatif et non obligatoire, par exemple via la gratuité des soins en première ligne). Ceci veut dire que, pour tout problème, le patient et sa famille consultent d'abord, au sein de leur quartier, la première ligne de soins. Si le problème demande des compétences spécifiques, on les réfère vers les spécialistes hospitaliers, voire vers la troisième ligne ultraspécialisée et de haute technicité (hôpitaux universitaires). Le modèle actuel reste encore hospitalo-centré. Pourtant, tant du côté des spécialistes que des généralistes, l'échelonnement apporterait une meilleure disponibilité des spécialistes pour les patients, une meilleure qualité et de meilleures conditions de travail pour les spécialistes, et une revalorisation de la première ligne. Ce modèle se base aussi sur une nécessaire territorialisation, ce qui n'a pas été fait (à l'exception de la Flandre, qui a défini des « zones de premières

Il n'y a pas de véritable politique de soins de santé primaires en Belgique.

lignes », mais ça ne venait pas d'une volonté fédérale). Enfin, il demanderait de lier la politique de formation à cette vision : notamment faciliter l'accès à la profession pour les généralistes et les spécialités en pénurie au lieu de restreindre sans nuance l'accès aux études de médecine.

L'e-santé, alliée de la coordination des soins

Un bon point pour la prescription électronique qui permet un gain de temps, un meilleur partage de l'information et une collaboration entre médecins et pharmaciens.

Le développement de l'e-santé est aussi positif pour Maggie De Block. Ce dispositif améliore la coordination des soins et permet une meilleure utilisation de l'argent public (moins de doublons, moins d'exams inutiles, moins de pertes d'informations). L'idée d'un système unique remplaçant une myriade de systèmes incompatibles est efficace, mais, à nouveau, la méthode reste assez controversée par les professionnels : précipitation et absence de concertation. Des craintes persistent quant à la confidentialité des données ; l'aspect chronophage et la surcharge administrative n'ont pas été pris en compte. Les primes à l'utilisation ne sont pas liées à un encodage qualitatif des données. Plus inquiétant : certains hôpitaux et généralistes affirment que le patient a donné son « consentement » alors qu'ils se sont contentés de lui demander sa carte d'identité, ce qui entraîne une désinformation massive de la population.

On peut reconnaître également la force du cabinet de Block pour inciter au développement de la qualité des pratiques, ce que nous apprécions.

Une politique qui aggrave les inégalités

Le contrôle renforcé sur les individus considérés comme responsables de leurs problèmes de santé est l'un des points noirs de la politique de Maggie De Block et de ce Gouvernement en général. L'incapacité de travail, par exemple. Suite à diverses mesures politiques incitatives, les contrôles se durcissent. Selon le médecin-conseil auquel ils ont affaire, les patients ont de plus en plus le sentiment d'être culpabilisés, réprimés, ce qui aggrave parfois certaines pathologies (notamment en santé mentale). La tendance semble à la standardisation du nombre de jours d'incapacité par pathologie, une sorte de

guidelines pour les médecins eux aussi souvent suspectés d'abus. Des lignes directrices peuvent être utiles. Le problème provient surtout du sentiment de manque de confiance, tant envers les prestataires de soins qu'envers les citoyens. L'absence de vision globale est encore plus inquiétante. Pourquoi les dépenses de santé explosent-elles ? Pourquoi les incapacités de travail se multiplient-elles ? Pourquoi le diabète, l'hypertension et les maladies liées à de mauvaises conditions de vie sont-ils si présents ? On ne s'attaque pas au nœud du problème : les inégalités, la pauvreté croissante, les mauvaises conditions de travail ou le manque d'accès à l'emploi, le marketing incitant à la malbouffe et à la consommation qui conduit les plus fragiles à l'endettement. La sixième réforme de l'État a aggravé le morcellement de la santé. Le fédéral ne perçoit la santé que sous l'angle du curatif. Et la prévention, la promotion à la santé, l'approche globale ? Tout cela se gère à d'autres niveaux de compétences, régionales et communautaires, et une fois encore le transfert de fonds n'a pas suivi. À Bruxelles, qui concentre une bonne partie de la pauvreté du pays, la situation est catastrophique. Le manque de logements sociaux, la qualité de l'éducation, la qualité de l'air influencent fortement la santé. L'OMS prône pourtant depuis des dizaines d'années « la santé dans toutes les politiques ».

La Pharma-Valley belge

Alors que les médicaments représentent la principale dépense des Belges en matière de soins de santé, les mesures en faveur des produits génériques restent faibles. Des mesures pénalisantes comme l'augmentation du prix des antibiotiques atteignent une fois de plus les individus et visent à rationaliser les coûts tandis que les firmes pharmaceutiques tirent parti de la situation. Le budget des médicaments innovants a augmenté de 600 % en quatre ans¹. Entre 2015 et 2018, la Belgique aurait dépensé plus de 2 milliards d'euros pour une septantaine de médicaments « sous article 81 », une procédure qui permet à l'État de négocier des accords avec les firmes sur le prix de médicaments innovants selon des règles de confidentialité strictes. Certes, il doit être ardu de négocier avec des entreprises qui menacent de délocalisation et donc de perte d'emploi, mais il semble que le cabinet De Block

1. O. Bailly, « Article 81 : 600 % d'augmentation pour les conventions secrètes de l'industrie pharma », *Médor*, 14 septembre 2017.

N. Batis, « Quand les médicaments creusent le trou de la Sécu », *Santé conjugée* n° 85, décembre 2018.

Rencontre au sommet

8 heures 15. Nous sommes devant la tour des Finances, le ballet des voitures embouteillées et des gens pressés suit son cours habituel, comme si pour eux la journée n'avait rien d'exceptionnel. Mais pour nous, oui. En cette Journée mondiale de lutte contre la commercialisation de la santé, nous avons rendez-vous au cabinet De Block. La ministre qui a refusé de rencontrer la plupart des acteurs pendant cette dernière législature a fini par céder. Pression électorale ou pression du nombre ? Cette fois nous sommes en effet en force : huit personnes représentant la Plateforme Santé Solidarité, bilingue, regroupant grands syndicats, mutuelles, ONG et divers acteurs de la santé. Nous avons quinze minutes pour présenter notre memorandum commun, qui propose des solutions alternatives pour maintenir un système de santé solidaire et de qualité. Quarante pages, et si peu de temps.

Le stress monte. L'accueil est froid, passer les portiques de sécurité devant un garde suspicieux, s'installer autour d'une grande table ovale comprenant huit micros d'un côté, face à trois autres pour la ministre et ses conseillers. Elle nous écoute, allons-y. Chacun expose un point. Maggie De Block dégage un non-verbal plutôt méprisant : ne regarde pas la personne qui parle, discute dans l'oreille de ses conseillers, prend un air distrait. J'imagine que ça ne doit pas être facile d'être face à des personnes qu'elle ne porte pas dans son cœur (syndicats, mutuelles, maisons médicales). Si c'est une défense, c'est plutôt réussi, je me sens déstabilisée. Mais après avoir feint l'indifférence, elle répond point par point à chacun des arguments apportés. Aucun doute : elle connaît ses dossiers.

Premier constat, elle balaye allégrement la question de la marchandisation des soins, « *vous savez bien qu'on n'est pas d'accord, moi je ne vois pas le problème à la libre entreprise dans les soins de santé* ». Pas de problème ? Et pourquoi pensez-vous que quelques centaines de personnes sont en train de se réunir sous vos fenêtres ? Le ton est donné. Pour le reste, elle nous rappelle son passé de généraliste et dit partager notre envie de soutenir la première ligne face aux hôpitaux, elle rappelle aussi ses difficultés à aller plus loin dans les réformes hospitalières, notamment au niveau financier, en mettant en avant tout ce qu'elle a déjà fait changer (à ce titre, on peut reconnaître qu'elle a en effet fait bouger le secteur, notamment via la création des réseaux hospitaliers). L'échelonnement des soins semble aussi être mis en question, sa crainte principale étant la perte du libre choix du prestataire. À ce titre, elle ne manque pas de nous rappeler que le système de forfait est problématique : la « concurrence » vis-à-vis des autres kinésithérapeutes ou infirmiers d'un quartier semble lui déplaire.

Pas le temps de contre argumenter ou du moins de nuancer les propos, l'entrevue est terminée. Nous espérons qu'elle parcourra ce memorandum plus en détail, mais rien n'est moins sûr. Il s'agit d'une personne déterminée qui ne prend guère le temps de s'intéresser aux avis divergents, ce qui a eu le mérite de la faire avancer sur beaucoup de dossiers, mais surtout le démerite de quitter le Gouvernement avec un secteur de la santé secoué et majoritairement en colère. ■

n'ait pas cherché à contrer ces mécanismes ; on parle même de « Pharma-Valley » belge. L'industrie pharmaceutique, et ses bénéfices colossaux, a encore de beaux jours devant elle.

Evidence-based medicine ?

Privée de budget, l'asbl Farmaka, qui promouvait la prescription rationnelle des médicaments sur base d'une recherche scientifique indépendante via des « visiteurs indépendants » se rendant dans les cabinets médicaux, a été contrainte de cesser ses activités d'information. Le champ est

désormais libre pour les représentants des firmes pharmaceutiques. Le désir de créer un seul et unique centre de référence *evidence-based medicine* en rapprochant diverses structures actives dans ce domaine se comprend, mais, à nouveau, pourquoi ne pas avoir demandé aux prestataires ce qu'ils appréciaient et utilisaient le plus ?

Bref, un bulletin global sans mention, malgré de très nombreuses mesures. Et un échec cuisant en matière de concertation. Nous espérons sincèrement pouvoir établir de meilleures relations avec le prochain cabinet. ■