

# CÉCILE JODOGNE :

## « LA PROXIMITÉ FAVORISE L'ACCÈS AUX SOINS »

**La ministre bruxelloise de la Santé et Christophe Cocu, le secrétaire général de la Fédération des maisons médicales, croisent leur regard sur l'actualité régionale.**

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de Santé conjugquée.

### **A propos de la levée du moratoire sur la création de nouvelles maisons médicales**

**Cécile Jodogne :** Tous les professionnels et les politiques un peu impliqués se disaient bien que ce moratoire n'avait pas beaucoup de sens. Les études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et de l'Agence intermutualiste (AIM) démontraient déjà que les maisons médicales au forfait avaient un rôle important, et prétendre qu'elles coûtaient plus cher au final n'était pas fondé. Donc on ne peut que s'en réjouir.

**Christophe Cocu :** Il faut pointer le groupe de travail mis en place et qui vise à obtenir une série d'améliorations au système forfaitaire. On constate en effet une série de pratiques qu'il faudrait mieux cadrer, des pratiques dans lesquelles il peut y avoir des spécialistes, ou des maisons médicales qui ne demandent pas leur agrément à la Cocof parce que ce ne sont pas des maisons médicales comme vous et moi pouvons l'entendre, des sprl par exemple et non des asbl.

**C. J. :** Le problème du statut est une chose, mais notre attention doit aussi se centrer sur l'approche de santé communautaire et d'accueil – que l'agrément de la Cocof soutient – et sur le suivi du patient dans la globalité de sa santé. Je pense aussi que le fait d'ouvrir les maisons médicales à d'autres disciplines est une évolution qu'il faut prendre en considération.

### **A propos de la pluridisciplinarité**

**Ch. C. :** C'est vrai que les maisons médicales sont la réalisation imparfaite d'un système qui pourrait être beaucoup plus large, de première ligne, en lien notamment avec le décret ambulatoire et la question des centres multiagrés avec des psys, des assistants sociaux, du planning familial... Nous sommes intéressés par les discussions autour de la réforme de ce décret, sur l'ouverture au débat sur le multiagrément.

**C. J. :** C'est l'un des objectifs de la dernière année de cette mandature. Une meilleure transversalité entre affaires sociales et santé est indispensable et, au sein même de la santé, il s'agit de pouvoir réfléchir à une offre plus large, notamment dans les quartiers les plus fragilisés, une offre définie sur la base des besoins de la population, qui peuvent varier d'un quartier à l'autre. Les maisons médicales sont des acteurs de proximité. Une fois le contact établi avec le patient et une relation de confiance installée, celui-ci pourrait bénéficier d'un éventail plus large de services au sein de la même structure plutôt que de devoir s'adresser à différents lieux avec lesquels cette proximité et cette relation de confiance n'existent pas forcément.

**Ch. C. :** En maison médicale, c'est déjà le cas. On soutient l'installation d'assistants sociaux, de psychologues. Il existe par exemple des consultations conjointes psy/médecin/patient (avec son accord bien entendu). Ce qui lui per-

met de faire la transition entre une relation de confiance médecin généraliste/patient vers une relation de confiance psy/patient. Parce que le lien de confiance qui se crée avec le médecin demande souvent d'être étendu à un autre soignant qui prendra le relais.

**C. J. :** L'ancrage dans un quartier, la proximité facilitent l'accès aux soins. A Bruxelles, c'est clairement le cas et c'est une priorité de la politique que je mène : réduire les inégalités d'accès aux soins. Les maisons médicales, souvent situées dans ces quartiers défavorisés, sont déjà une excellente réponse. Mais le fait d'en élargir les compétences à d'autres soins paramédicaux

**« Il faut mettre un peu de structure, éviter des redondances ou des concurrences. »**

ou à des spécialisations permettrait aussi de réduire l'inégalité aux soins. L'accessibilité psychologique, la confiance, la facilité pour la

personne de se diriger vers un endroit qu'elle connaît, sont également des éléments importants.

**Ch. C. :** Il est important de rappeler que les maisons médicales, même si elles garantissent l'accessibilité, sont un système pour tous et pas uniquement pour les plus précaires. Par ailleurs, dans notre terminologie, il n'est pas question de spécialistes mais bien d'ouvrir à d'autres fonctions de l'ambulatoire.

**Travail communautaire, prévention et promotion de la santé**

**C. J. :** Lorsque j'ai pris mes fonctions en tant que ministre de la Santé – ce n'était pas des matières que je suivais quand j'étais députée –, je suis arrivée sans préjugés, avec plein de questions et beaucoup d'étonnements. Un de ceux-là était de voir la multiplicité et parfois l'éparpillement, même dans des secteurs qui travaillent sur les mêmes problématiques. J'en viens à cet aspect de fil conducteur que sont la transversalité, les convergences et les synergies entre les opérateurs. La maison médicale est déjà un embryon de cette transversalité, de cette mise en commun, de cette mutualisation. Mais cela ne

doit pas être le seul. Il ne faudrait pas non plus qu'il n'y ait que les maisons médicales qui bénéficient de cette volonté de transversalité et de mutualisation.

**Ch. C. :** La promotion de la santé, pour nous, ce n'est qu'un des aspects de l'action communautaire en santé dont l'objectif général est que le patient puisse se réapproprier le système de soins et puisse y évoluer pour en être acteur. Nous ne revendiquons surtout pas d'être les seuls à faire de la prévention. Il s'en fait évidemment de manière individuelle et de groupe et la Cocof soutient la Fédération pour qu'elle soutienne les maisons médicales.

**C. J. :** Quand vous dites : « *s'approprier le système de soins* », c'est plus que ça : c'est devenir un acteur de sa propre santé ! C'était aussi important pour moi de mettre en place dès le départ des outils d'évaluation de l'action des acteurs repris dans le décret de promotion de la santé mais aussi globalement dans le plan promotion de la santé.

**Ch. C. :** En parlant de ce plan de promotion de la santé, c'est la première fois que les pouvoirs politiques disent les axes qu'ils ont envie de soutenir et de façon thématique. Je trouve cela intéressant. Ça me donne de l'espoir de constater que certains pouvoirs publics sont prêts à mener des politiques autres que d'austérité. La Région wallonne lance aussi cette idée-là. C'est tellement rare qu'il faut le signaler ! Évidemment, cela doit se faire dans la concertation.

**C. J. :** Effectivement, il faut mettre un peu de structure, éviter des redondances ou des concurrences. Il faut fixer des axes. C'est le rôle du plan de promotion de la santé qui se base sur des analyses, des chiffres, des enquêtes, des réalités de terrain. Comme ces analyses et ces réalités peuvent évoluer, on réévaluera tous les cinq ans les priorités et on verra s'il faut les adapter ou pas. C'est perçu par certains comme un facteur d'instabilité, mais je pense que c'est essentiel. Il faut pouvoir se remettre en question et évoluer. Je pense que toutes les associations sont en capacité d'adapter leur manière de travailler et leurs axes de travail en fonction des priorités qui

auront été établies, en concertation avec elles. Le plan de promotion de la santé a été élaboré avec les acteurs et les fédérations. Il y a eu une grande concertation en amont, et en aval avec le Conseil consultatif qui a remis son avis et dont la majorité des remarques a été intégrée. Merci de le souligner, car, pour moi, la politique c'est ça : pouvoir faire des choix « politiques » dans le sens noble du terme, en fonction de la réalité et des besoins de la population et pouvoir faire adhérer l'ensemble du secteur à ces choix. C'est valable en santé comme pour d'autres secteurs. Il y aura sans doute l'un ou l'autre mécontent ou déçu, mais je pense qu'on est plus efficace en posant des choix qu'en allant tous azimuts.

**Ch. C. :** À la Fédération des maisons médicales, cela s'est matérialisé par le fait qu'on avait un subside fortement axé sur le tabac, or on sait que les attitudes saines sont aussi liées à l'alimentation, au fait de bouger... Cela nous permet donc d'avoir une plus grande diversité d'actions, de prendre en compte une thématique un peu plus large avec un subside équivalent.

#### Cohérence globale

**Ch. C. :** La santé se joue à tous les niveaux. Avez-vous un droit d'ingérence ?

**C. J. :** Au niveau des compétences internes régionales bruxelloises et communautaires, on constate que les questions de santé sont plus présentes dans l'ensemble des politiques. Il n'y a qu'à suivre le débat actuel sur la pollution de l'air et la mobilité. Même chose, et depuis très longtemps, sur la question du logement. Le Code du logement inclut textuellement – et c'est l'un de ses quatre focus – la problématique de la salubrité, évidemment pour des raisons de santé. Il est devenu évident pour tout le monde que les différentes politiques doivent tenir compte des impacts sur la santé. Dans certains cas, c'est formalisé par des chartes ou des accords. Dans d'autres, ce sont les ministres qui en parlent entre eux. Cela ne va que croître. Est-ce que cela veut dire que j'aurai, ou l'un de mes successeurs, la capacité de tout imposer ? Évidemment non. Il s'agit d'un travail d'information, de sensibilisation, de discussion, et d'équilibres à trouver.

**Ch. C. :** On rêve de ministres de la Santé pouvant intervenir dans les dossiers des autres ministres ! On sait que ce n'est pas si facile que ça... Mais qu'en tout cas la santé soit un élément qui permette d'activer des mécanismes de concertation plus poussés. L'autre aspect, c'est d'avoir des politiques de santé construites. L'idéal serait une politique de la santé unique et concertée, concertée entre les différents niveaux de pouvoir pour que la santé soit refédéralisée ou en tout cas dans les mains d'une seule entité. Parce que jusqu'ici, ce que l'on voit, ce sont des politiques qui parfois s'annulent : si Maggie De Block attaque les maisons médicales et que, vous, vous les soutenez en les finançant, l'un dans l'autre, on n'a pas une politique de santé commune qui fait qu'on va dans le bon sens.

**C. J. :** Je ne suis pas sûr que tout ramener au niveau fédéral pour élaborer une politique générale de santé permettrait de répondre vraiment à cette urgence et à cette priorité de la proximité, que vous appelez aussi de vos vœux en reconnaissant le droit à l'accès pour tous aux soins de santé. C'est un équilibre difficile. Il ne faut pas oublier que les décisions d'un gouvernement sont collégiales. Le ministre compétent a majoritairement le pouvoir de proposition et est prépondérant dans la décision finale. Mais on ne peut pas faire comme s'il n'y avait pas de problèmes, budgétaires par exemple. Il faut prendre l'ensemble en considération. Bruxelles n'est pas isolée. Les contacts et le dialogue avec la Région wallonne et la Communauté française sont nécessaires et nous les avons. C'est important aussi pour les associations puisque nombre d'entre elles, en promotion de la santé en tout cas, travaillent tant à Bruxelles qu'en Wallonie. Il faut veiller à ce que cela reste gérable pour elles d'avoir deux pouvoirs subsidiaires. Cela dit, Bruxelles a des spécificités et cela a du sens également d'orienter les subsides vers telle et telle problématique parce qu'elles sont prédominantes en milieu urbain

« Les questions de santé sont plus présentes dans l'ensemble des politiques. »

dense, en outre avec la diversité culturelle et socioéconomique que nous connaissons. Nous travaillons également avec la Cocom, nous veillons à ce qu'il y ait des complémentarités et des cohérences, pour tout ce qui concerne le dépistage des cancers, par exemple, avec la Vlaamse Gemeenschap. Les communes jouent un rôle aussi avec les coordinations sociales, ce sont des lieux d'échanges qui permettent de monter des projets d'accompagnement global notamment.

**Ch. C. :** Les maisons médicales s'investissent dans ces lieux de concertation, cela fait partie des valeurs qu'elles portent. Ce qui est parfois difficile pour elles, c'est de se retrouver propulsées seules représentantes des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmiers. Or les maisons médicales ne sont qu'une partie du tissu de première ligne. L'organisation des maisons médicales rend ce travail possible, mais il ne faut pas les épuiser non plus en multipliant les lieux de concertation.

#### **Le plan bruxellois de santé et la concertation avec le fédéral**

**Ch. C. :** Nous avons été longuement consultés sur la mise en place d'un plan santé Cocom en 2015, mais depuis lors il ne se passe plus rien. Où en est-il ?

**C. J. :** Le plan bruxellois de santé n'est pas encore finalisé. Sa concrétisation se fait attendre, mais est en bonne voie. Il s'adresse en premier lieu à la première ligne. Il devrait aussi contenir des propositions concrètes pour assurer une concertation permanente en matière de santé à Bruxelles. Dans un état fédéral, la coopération entre entité fédérale et entités fédérées est essentielle. La Conférence interministérielle Santé publique permet ce dialogue et cette coopération. Elle est très active. Dans certains dossiers, la concertation fonctionne bien ; dans d'autres, on rencontre des blocages ou des difficultés... Actuellement, certaines décisions prises ou qui semblent en réflexion au niveau du fédéral sont mises en avant pour répondre à des objectifs qui paraissent louables : le maintien à domicile, le retour à domicile plus rapide après une hospitalisation... Ce qui paraît effectivement qualitatif pour le patient. Mais, comme par hasard,

on passe d'une responsabilité fédérale (l'hospitalisation) à la responsabilité d'une entité fédérée (les soins à domicile, l'accueil à domicile). Dans les régions, on dira que c'est un report de charges.

**Ch. C. :** C'est une bonne nouvelle pour la première ligne que l'on reconnaisse la qualité de son travail et son investissement dans le suivi des patients, mais la difficulté, en effet, c'est la charge de travail. Dans le cas du forfait, le financement n'évolue pas en fonction. La capacité d'accueil est un vrai souci.

#### **Priorités de fin de législature**

**C. J. :** Nous avons entamé une réflexion dans le cadre de la réforme de l'ambulatoire, à propos des transversalités et éventuellement des multiagrément. C'est en cours. Un autre axe que je voudrais mettre en place au plus vite concerne le secteur des soins palliatifs qui évolue déjà depuis quelques années vers des structures de soins palliatifs et continus. Les perspectives de vie jadis de quelques mois sont aujourd'hui de dix, quinze, vingt ans avec des phases de soins et des moments de rémission. La définition de ce secteur est aujourd'hui trop restrictive par rapport à l'évolution des besoins, au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques. Il s'agit aussi d'un chantier important.

**Ch. C. :** Les équipes des maisons médicales sont en demande de pouvoir réaliser ces soins elles-mêmes. D'accompagner jusqu'au bout ces personnes, des patients qu'elles suivent depuis longtemps.

**C. J. :** Au-delà du cas spécifique des soins palliatifs, on évolue de plus en plus vers une multidisciplinarité du personnel médical. D'où l'idée d'inclure davantage de notions de psychologie et d'accompagnement du patient dans la formation universitaire des médecins.

**Ch. C. :** C'est aussi un de nos axes prioritaires en termes d'évolution de la formation des soignants. La transdisciplinarité qu'ils vont rencontrer sur le terrain devrait être intégrée aux études. ■