

# Jamais deux sans trois... gouvernements

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista van Schowen

••••

## Le Gouvernement bruxellois

La déclaration gouvernementale de la Région bruxelloise se caractérise par l'absence d'un chapitre réservé à la politique de santé (ce qui s'explique par le fait que c'est la Commission communautaire française - CoCoF qui est chargée du dossier, voir plus bas). Pour trouver une annonce précise sur le sujet, il faut éplucher le chapitre 5 : *Aménager et équilibrer le territoire régional*. Au point 7 du dit chapitre, on peut lire : *La santé au cœur de la ville*. Le programme insiste à raison sur l'accès aux soins mais ne définit pas de stratégie en la matière. Le problème perçu est le défi démographique, mais si on lit plus haut (dans le programme) le défi démographique, c'est la croissance des classes jeunes donc peu malades...

Le projet propose de recueillir l'information sanitaire concernant les enfants. On suppose pour pouvoir réagir adéquatement aux besoins. Mais le recueil de l'information en santé est indispensable pour l'ensemble des citoyens, segmenter est inutile. Il faut anticiper la pression sur les services, mais cela nécessite de faire des projections épidémiologiques précises pour l'ensemble des classes d'âges, les personnes âgées utilisent beaucoup plus les soins que les jeunes, seuls les très jeunes (moins de 5 ans) ont une utilisation un peu plus importante que la moyenne des services de santé.

**Mots clefs :** politique de santé, soins de santé primaires, hôpital, déterminants de santé, financement.

Au troisième paragraphe, le programme observe que *Bruxelles compte un tissu important d'acteurs sociaux et de santé tant associatifs que publics et ce dans tous les domaines de la santé : prévention, promotion de la santé, soins curatifs, services ambulatoires ou d'hébergement qui doivent être dotés de moyens suffisants*.

Il faut pouvoir anticiper la pression sur les services de santé en réorganisant si nécessaire l'offre.

Ce paragraphe ouvre la porte à une harmonisation, articulation entre les divers services, des coopérations renforcées... voire des fusions ?

Au quatrième paragraphe, on peut lire : *le rôle du secteur hospitalier reste fondamental pour garantir le droit de chaque citoyen à des prestations de soins accessibles et de qualité, qu'ils soient préventifs ou curatifs*. On ne peut qu'être surpris de voir l'hôpital mis en avant, alors qu'il est en fait l'aboutissement (malheureux) d'un processus de soin préventif et curatif léger (première ligne) qui a échoué à maintenir ou restaurer à peu de frais la santé du patient. Bien sûr, l'hôpital est indispensable, mais à Bruxelles, comme ailleurs en Belgique, il y a trop de lits hospitaliers. Ils sont occupés par des gens qui pourraient être soignés ailleurs : chez eux ou dans un hébergement social non médicalisé. Faire maigrir l'hôpital et renforcer les soins de première ligne est un impératif catégorique, tant sur le plan sanitaire qu'économique. Manifestement le lobby hospitalier a encore de beaux jours devant lui. Si nous avons rédigé le programme nous aurions plutôt écrit ceci. « *Garantir l'accès aux soins par la multiplication des centres ayant une accessibilité*

*financière maximale de première ligne spécialement chargés des soins préventifs et curatifs légers. Pour les cas malheureux nécessitant une hospitalisation (infarctus, accident vasculaire cérébral, cancer, etc.), nous maintiendrons un certain nombre de lits hospitaliers adaptés aux besoins réels* ». On peut toujours rêver.

Mais une politique de santé ne se limite pas aux services de santé, la Région bruxelloise s'empare avec vigueur des déterminants non médicaux de la santé.

Elle souhaite relancer l'emploi local par l'éco-construction. La formation, l'éducation, l'accompagnement des chercheurs d'emploi sont des points essentiels pour une bonne santé, ACTIRIS sera décentralisé auprès des communes. Il est clair que le plein emploi est un facteur positif pour la santé. Mais il faut garder à l'esprit que troquer le chômage pour un sous-emploi, mal payé et dans de mauvaises conditions de travail n'est pas un réel progrès. Ainsi comme le disent les syndicats, c'est le bon emploi qu'il faut favoriser.

*Une économie au service des Bruxellois ; certes il faut laisser un cadre propice aux entreprises, mais les entreprises privées ne sont pas philanthropes. Elles ne s'installeront, embaucheront et resteront que si elles font du profit. Les entreprises privées ne seront jamais aux services des bruxellois, mais de leurs actionnaires... à moins bien sûr que les Bruxellois ne possèdent leurs entreprises ??? Ou bien, autre hypothèse, qu'on pense l'entreprise de manière alternative, en économie sociale, c'est-à-dire dont l'objectif est le bien-être de la commu-*

nauté et des travailleurs, avant le profit. Investir dans la recherche et la connaissance, oui, bien sûr, mais il faut surtout élever le niveau d'éducation qui est déjà plus élevé à Bruxelles qu'en Wallonie.

Un autre facteur de santé tout à fait essentiel, un logement, calme, spacieux, salubre. A Bruxelles, les logements et bâtiments inoccupés sont un scandale permanent. Une drastique limitation au droit de grande propriété, permettrait de résoudre en partie le problème. Annonçant vouloir *concrétiser le droit au logement*, le programme avoue naïvement : *l'ordonnance relative aux immeubles inoccupés sera appliquée*. Le programme logement proposé est sympathique mais quels moyens lui seront alloués ?

La politique d'environnement est très complète, mais il faudra réfléchir aux voies et moyens. Pour l'isolation des maisons la Région devra se décider à jouer les tiers payeurs de telle façon que les familles ne doivent pas avancer l'argent et s'enfoncer dans un maquis administratif pour obtenir un éventuel remboursement.

*Le développement du sport (loisir ?) pour tous* est aussi prôné.

Sous le titre d'un *développement durable et solidaire*, on annonce vouloir : *Améliorer l'alimentation et réduire les déchets. Mais avec des propositions qui ne tiennent pas compte des réalités des populations les plus précarisées*. On peut améliorer l'alimentation en modifiant vigoureusement l'attitude des producteurs et des distributeurs ou en éduquant les citoyens, la deuxième technique est pour le moins aléatoire dans les milieux défavorisés.

Pour la réduction des déchets, la politique suivie est typiquement libérale, c'est le *victim blaming*. C'est au citoyen de prendre ses responsabilités, comme si on ne pouvait contraindre les producteurs de réduire les emballages. La solution individuelle marchera dans les milieux « bobos » et beaucoup moins ailleurs, soit les pauvres payeront, soit ils *délinqueront* (ou un peu les deux).

La mobilité urbaine va être repensée en favorisant les piétons, par exemple grâce à un éclairage sécurisant, mais on va baisser l'éclairage (*diming*) dans les horaires les moins fréquentés ; ils ajoutent quand c'est possible et dans le souci de la sécurité !... quadrature du cercle ?

Une réduction de la circulation routière de 20% c'est bien et très important mais rien n'est dit sur la manière de procéder... Tout en visant une croissance économique donc des échanges accrus...

Le programme propose d'*améliorer la fluidité*, même au prix de certains ralentissements c'est moins stressant que *stop & go* !

Développement du RER excellente idée, mais quel délai ? Finance ?

*Faire de Bruxelles un exemple en matière de propreté publique*, c'est bon pour le moral des habitants, cela va nécessiter le renforcement du service de propreté et donc de l'emploi... mais cela va coûter : rien n'est dit sur le financement.

Pour l'aménagement du territoire, il est prévu une *planification*, grâce à un *observatoire* intégré (dont la santé !); *limitation* de la production de bureaux vu la pléthore. Une *véritable politique de sécurité urbaine* : toute *infraction*

*doit donner lieu à une réaction de la société et d'un rappel à la norme, avec une sanction juste et proportionnée. Bruxelles doit devenir une ville sûre...* Est-ce possible ? La délinquance est profondément liée aux inégalités. La consommation éhontée des dominants devient la norme désirée. Donc la comparaison envieuse est sans limite ce qui ne peut que générer vol et violence. C'est du moins ce qu'affirment en cœur les criminologues. Le meilleur moyen de faire de Bruxelles (de la Belgique, de l'Europe...) un lieu sûr, c'est de limiter les inégalités socio-économiques. Ne faut-il pas une bonne fois pour toutes borner la richesse vers le haut. L'effet environnemental sera excellent en plus...

*Avoir des services publics efficaces, gérer les deniers publics de manière parcimonieuse*, bien sûr. Mais défendre le lobby hospitalier est ce bien efficient ? ? ?

••••

## **La Communauté française (Wallonie-Bruxelles) ou Walbruxie ou Bruxwallie**

La prévention et la promotion de la santé sont des compétences communautaires.

Globalement, le programme reprend les thématiques travaillées sous la législation précédente : *prévention du suicide, assuétudes (les drogues « dures » mais aussi le tabac, l'alcool, les cyberdépendance, ...), l'éducation sexuelle et affective, la prévention du SIDA, promotion de l'alimentation saine et de l'exercice physique* (lisons : la prévention cardiovasculaire), *le dépistage du cancer*.

Et chez les personnes âgées spéci-

## • **Jamais deux sans trois .... gouvernements** • **(suite)** • • • • • • • • • •

fiquement, la promotion de l'activité, la prévention des chutes, le dépistage des troubles sensoriels.

Ces thématiques sont importantes, mais on déplore le découpage, le manque de vision globale, transversale qui prend de la hauteur : les inégalités sociales, la nécessité de travail en promotion de la santé au niveau local (santé communautaire) et au niveau global, le travail sur les facteurs qui entraînent ces problématiques qu'il faut prévenir... par exemple, les personnes âgées n'ont elles pas d'autres besoins pour se sentir « en santé » ?

Au niveau de l'école, il est question de certains éléments de promotion de la santé : *des cellules de bien-être à l'école, la promotion de l'estime de soi.*

*La réduction des inégalités de santé par une politique transversale est citée, revenu et statut social, environnement, éducation, formation, comportement, pilier, ONE, promosanté école, programme quinquennal,*

*Il est aussi prévu d'amplifier les politiques d'égalité. Il s'agit essentiellement d'égalité « horizontaliste » : égalité des sexes, égalités des ethnies, égalité des handicapés avec les valides, les homos avec les hétéros, etc. Nulle part de politique d'égalité entre les classes sociales. L'égalité entre tous les humains semble abandonnée, on se satisfait d'une politique communautariste et groupale (égalité entre les groupes) mais on ne s'attaque pas à ce qui mine notre société de bout en bout : l'appât du gain illimité avec des revenus supérieurs qui s'éloignent infiniment du revenu médian. La promotion de l'égalité du programme*

*Olivier convient très bien aux riches... qui ne sont pas concernés par les ajustements qui se passent à leurs pieds...*

D'autres facteurs importants déterminant la santé sont dans les compétences de la Communauté. Pointons les plus importants.

La question de l'enseignement est capitale ; plus les gens sont éduqués moins ils sont malades.

*L'enseignement d'excellence pour tous. Poursuivre les chantiers entamés : rendre l'enseignement moins inégalitaire, piloter le secteur éducatif, évaluer la qualité des apprentissages, renforcer l'autonomie des écoles. Renforcer la stabilité des équipes pédagogiques, décloisonner les réseaux (ça évite de les supprimer...), renforcer les synergies...*

*Une école qui émancipe en amenant chacun à la réussite : il peut y avoir contradiction entre ces deux objectifs, et la question n'est pas mineure : une réelle émancipation de tous les citoyens est-elle compatible avec une « bonne » intégration dans la logique marchande capitaliste, dévoreuse de travailleurs anonymes et silencieux ?*

*Améliorer l'enseignement qualifiant : professionnel, on suppose. Ici il s'agit surtout d'amener le jeune à un emploi. L'emploi est un passeport santé dans les limites que nous avons déjà exprimées, et aussi à condition de respecter les autres objectifs de l'enseignement : élever le niveau d'instruction, permettre l'émancipation.*

Pour ce qui concerne l'enseignement supérieur, voulu *accessible à tous,*

nous retiendrions en particulier une fort mauvaise idée : *mettre fin à la sélection en médecine et en ingénieur.* Si en ingénieur<sup>2</sup>, cela peut se discuter vu la faiblesse du choix spontané pour cette filière, en médecine nous allons créer encore plus de spécialistes et donc un échelonnement à l'envers. En effet, déjà actuellement les quotas de spécialistes ne sont pas respectés, et les quotas de médecins généralistes ne sont pas remplis. Le cadastre de la ministre (fédérale) a montré la future pénurie de médecins généralistes mais ne dénombre pas encore les spécialistes. La Communauté, aux prises avec les difficultés à gérer les étudiants déboutés, espère que le fédéral va déverrouiller ? Nous espérons que non, mais plutôt que le *numerus clausus* soit remplacé par une planification de l'offre plus adéquate aux besoins actuels, et respectée, surtout en médecine spécialisée.

L'enseignement de promotion sociale reste également à soutenir, il permet, encore d'augmenter le niveau d'éducation des personnes, c'est bon pour leur santé...

L'éducation permanente nous tient particulièrement à cœur, outil de l'émancipation citoyenne, de l'autonomie et donc facteur de santé sociale, psychique autant que physique. Il faudra évaluer l'efficacité et l'efficacité des chemins choisis.

*Développement de la citoyenneté active et l'exercice des droits sociaux, culturels, environnementaux et économiques, dans une perspective d'émancipation individuelle et collective des publics en privilégiant leur participation active et l'expression culturelle (c'est assez général. Il y a peu d'axes clairs. L'ouverture à de*



nouveaux projets, à de petites structures est proposée. C'est bien, ça peut être une couveuse pour des actions novatrices).

Citons encore la recherche scientifique, l'accueil des enfants, qui permet une lutte efficace contre les inégalités sociales de santé par le nivellement des chances au départ de la vie, le soutien à une jeunesse émancipée et citoyenne (améliorer l'image des jeunes, stimuler la participation des jeunes, la démocratie ça s'apprend), la réduction de la fracture numérique et la promotion de logiciels libres, la promotion du sport (ne devrait-elle pas être couplée à l'enseignement, à l'accueil extrascolaire, à l'éducation permanente ?).

Concernant la culture et les médias, il n'est proposé que *l'exception culturelle*<sup>3</sup>, on *préserve la culture de l'emprise des seules lois du marché*. Pour-

quoi ne pas les préserver complètement ? En matière culturelle le marché conduit à la médiocrité. Et pourquoi exception ? Ne faut-il pas assimiler les médias à l'enseignement, donc pas de publicité à l'école et pas de publicité dans les médias, pas de contrôle du pouvoir de l'argent sur les médias ? Certes, ce n'est guère conforme au libéralisme européen mais ne serait-il pas bon d'indiquer « l'idéal » ?

Enfin, pour améliorer la gouvernance, on envisage notamment le soutien à l'associatif, ce qui nous paraît plutôt positif, s'il est aussi évalué...

•••••  
**La Région wallonne**

Le programme de la Région wallonne est le plus directement en prise avec nos préoccupations

Nous allons commencer directement par la politique de santé qui nous intéresse le plus.

Voici *in extenso* ce qui concerne les maisons médicales :

« 2. Développer une politique de soins de première ligne

2.1. Développer les structures multidisciplinaires de première ligne

*Il est essentiel de soutenir l'augmentation de l'offre multidisciplinaire des soins de première ligne (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, services de soins à domicile...), notamment en collaboration avec le pouvoir fédéral, et en activant le rôle et en améliorant le fonctionnement des Services intégrés de soins à domicile (SISD).*

*Afin de favoriser le développement des associations de santé intégrée (maisons médicales), le Gouvernement envisage :*

- de soutenir les équipes multidisciplinaires de première ligne, reconnues comme association de santé intégrée ;
- d'établir une programmation socio-géographique des associations de santé intégrée ;
- de prévoir des aides à l'installation de ces structures ;
- d'impliquer les infirmiers et infirmières à domicile, par exemple les *sages-femmes*. ».

Tout ceci est extrêmement clair, même si les moyens seront limités. Il me paraît important de relever :

- une déclaration commune du PS, des Ecolos et du CDH en faveur des associations de santé intégrées – ASI ;

## • **Jamais deux sans trois .... gouvernements** • **(suite)** • • • • • • • • •

- de plus, un soutien (politique, financier,) aux ASI existantes ;
- une aide à l'installation de nouveaux centres ; ce que nous réclamons depuis que le décret ASI existe ! Cette aide est fondamentale pour favoriser la création de centres dans les « terres de mission » (là où aucun centre n'existe encore !!). C'est une condition *sine qua non* pour réaliser une couverture régionale satisfaisante (que partout les citoyens wallons aient le choix entre la médecine soliste à l'acte traditionnelle et une ASI, si possible forfaitaire) ;
- impliquer les infirmier(e)s à domicile et les sages femmes... Nous devons traiter ces deux questions séparément :

\* En ce qui concerne les infirmier(e)s à domicile. Il y en a de deux sortes, les salariées des Coordinations des soins et services à domicile - CSSD et les indépendantes dont certaines sont impliquées dans les coordinations ACCOORD. Parfois, des infirmier(e)s indépendant(e)s sont déjà organisées en pratiques de groupe. Des rapprochements nécessiteraient de questionner les convergences sur le modèle. Une idée serait de convoquer des assemblées de la première ligne en Wallonie pour débattre de ces questions avec les CCSSD et ACCOORD, les associations professionnelles de généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, etc. Seulement à ce moment-là la question de l'intégration des soins infirmiers dans des services communs avec des médecins généralistes pourra être envisagée, sous des formes peut-être insoupçonnées.

nées. Il ne faut pas non plus négliger l'hypothèse d'Associations de santé intégrée avec service infirmier renforcé en vue de prise en charge des chroniques et pathologies lourdes.

\* La deuxième question est celle de l'intégration de sages femmes dans les ASI : cette possibilité doit être envisagée au sein même des maisons médicales, dans le cadre d'un questionnement global sur la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post partum normaux par la première ligne.

Le reste de la politique de santé énoncée est très centrée sur les institutions : hôpitaux, ASI, planning, centre de santé mentale, centre de toxicomanie, etc. Il n'y a pas de réflexion globale sur le système de santé, pas de chapitre qui commencerait par : *dans un système de soins optimal...*

Concernant tous les autres déterminants non-médicaux de la santé, il y a une recherche de solution systémique, mais timide : dignité humaine, emploi, revenu, logement, etc. Mais le sens<sup>d</sup> de la société actuelle (capitaliste, marchande, « égoïstique ») et ses effets pervers ne sont pas soulignés.

Ne peut-on reconnaître le lien entre obésité et marché, entre toxicomanie ou suicide et perte de sens ? Ne pas oublier que la critique idéologique est le point de départ indispensable de tout changement social sérieux. La région est prête à à luser les problèmes, elle ne s'attaque pas aux racines du mal et donc omet de résoudre le problème, elle s'apprête à vider la mer avec une cuillère, c'est dommage.

## • • • • **La Commission communautaire francophone de Bruxelles**

Nous procéderons comme pour la Région wallonne à la recherche du point spécifique des ASI/MM puis de proche en proche toute la politique qui peut avoir un impact sur la santé des gens (c'est-à-dire tout).

Le point sur les maisons médicales à la page 28 est des plus succincts, mais il a bien le mérite d'exister.

### ***Les maisons médicales***

*Dans le cadre de la programmation évoquée plus haut, une attention particulière sera réservée au secteur des maisons médicales tout en développant la fonction de santé communautaire. L'agrément de nouvelles maisons médicales sera envisagé en fonction des moyens budgétaires disponibles.*

*Le Collège encouragera les réflexions menées par les secteurs ambulatoires et par les différentes entités compétentes par rapport à la question de l'urgence en étudiant l'idée d'un projet pilote associant, sur un territoire donné, les acteurs du secteur de l'action sociale et de la santé afin de créer un relais social santé accessible 24 heures sur 24.*

Il est question d'un « relais social santé accessible 24h/24 ». La question n'est pas très détaillée. Associer les acteurs signifierait-il de mettre en place un centre de santé global ? Avec quels modes de paiement ? Comment harmoniser ces modes s'ils sont différents, comment harmoniser les

patientèles si elles sont différentes ? Il n'est pas inutile de rappeler la vision de certains de nos contradicteurs bien intentionnés (?) qui souhaitaient regrouper tous les services pour les pauvres : ONE = pédiatrie du pauvre, planning = gynécologie du pauvre ; centre de santé mentale = psychiatrie du pauvre, maison médicale = médecine générale pour les pauvres ; etc. Pourquoi pas un méga-dispensaire tant qu'on y est... Le centre de santé global mérite mieux que ça, et il nécessite d'abord une analyse théorique poussée et une étude de faisabilité pour que le changement envisagé remplisse son objectif : apporter un plus à la population, avec efficience.

On reparle ailleurs d'une volonté de rapprochement des acteurs au niveau local, sans être plus explicite.

Il est aussi envisagé de financer les gestionnaires et l'administration dans toute la première ligne, on ne peut que s'en féliciter. Il nous reste à déplorer que les maisons médicales soient considérées comme un secteur comme les autres, ce qui n'est pas le cas : les autres secteurs sont thématiques, les maisons médicales sont généralistes donc intersectorielles, et l'embryon d'une première ligne organisée... Tous les acteurs méritent d'être considérés, mais mettre sur un même pied des structures générales et spéciales pose un problème conceptuel et organisationnel...

Le point important (qu'on retrouve aussi en Wallonie) c'est la programmation. Mais s'agit-il d'une programmation dans un cadre volontariste et correctement financé, ou d'une programmation au secours d'une CoCoF

(ou d'une région) impécunieuse, en justifiant une politique restrictive ?

Il n'y aura jamais de moyens pour développer la première ligne sans réduire quelque peu le périmètre de l'hôpital et ses annexes. L'insuffisance de moyen de la première ligne est programmée par le laisser faire (le manque de programmation justement) en matière hospitalière : il faut une réduction de lits plus drastique. Le cas de la santé mentale est évidemment exemplaire : les engagements de la CoCoF et de la Région wallonne envers Helsinki<sup>5</sup> sont intéressants, mais devraient être étendu à l'ensemble du secteur hospitalier. Reste un problème : ce discours est contradictoire avec celui tenu par la Région bruxelloise sur la chance d'un riche secteur hospitalier.

*La programmation se basera sur de l'évaluation qualitative réalisée par*



*les acteurs eux-mêmes, et des mesures externes (observatoire, etc.) sur des base épidémiologiques (besoins) et de couvertures (offre).*

La CoCoF observe avec raison que le secteur social et santé travaille en aval<sup>6</sup> et qu'il faudrait prévenir la désinsertion qui favorise la maladie. Mais une politique d'emploi et de logement ne peut suffire, c'est l'organisation sociale globale qui doit être questionnée. La mondialisation marchande fabrique de la pauvreté, ou au moins l'importe ce qui in fine revient au même. Là aussi comme en Région wallonne on semble avoir peur de montrer le méchant du doigt, quelle est la nature de cette crainte ?

• **Jamais deux sans trois .... gouvernements**  
• **(suite)**  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•  
•

(1) La sécurité, c'est aussi la santé.

(2) En ingénieur, ce n'est pas un numerus clausus mais un examen d'entrée pour évaluer les compétences mathématiques.

(3) Exception culturelle : l'Organisation mondiale du commerce - OMC est dans une logique tout au marché. L'exception culturelle est la seule demande très généralement acceptée de refus du marché pour protéger les cultures ! Nous pouvons aller beaucoup plus loin.

(4) Ou plutôt le contre-sens !

(5) Dans la déclaration d'Helsinki initiée par l'Organisation mondiale de la santé, dont la Belgique est signataire, il faut, à terme remplacer les soins dispensés dans de grands établissements destinés aux personnes atteintes de graves problèmes mentaux par des services de proximité. Les patients qui n'ont pas vraiment besoin d'être hospitalisés doivent par ailleurs pouvoir être accompagnés dans leur milieu de vie. C'est dans ce cadre que le développement des maisons de soins psychiatriques et de lieux de vie alternatifs intra et extra-muros sera étudié dans le cadre de la transformation de lits psychiatriques.

(6) La politique de santé doit s'écarter d'une conception curative restrictive et doit proposer une conception plus large de la santé : socio-économique, environnementale et globale, et centrée sur le bien-être et le développement de la personne dans ses milieux de vie.