

Quels sont les obstacles structurels à la mise en oeuvre d'une loi-santé en Belgique ?

Propos de **Ri De Ridder**, directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI et **Aldo Perissino** médecin au service des soins aigus, soins chroniques et Personnes âgées de la Direction générale organisation des établissements de soins du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, recueillis par **Christian Legrève**.



Quels sont les obstacles structurels à la mise en place d'une loi-santé en Belgique ?

Pour Ri De Ridder, « il n'y a pas d'obstacle structurel à la mise en place d'un dispositif transversal pour définir des objectifs de santé publique » mais la question est : qui va s'en charger ?

Pour Aldo Perissino, lourdeur institutionnelle et résistances culturelles sont des freins importants. « Quant à savoir si ça empêche la transversalité, c'est une question plus idéologique que structurelle ».



« Il manque une impulsion politique »

● *Ri De Ridder, Directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI.*

Je ne suis pas sûr de bien comprendre ce que la Fédération appelle une loi-santé ! Les seules lois cadre, qui posent les fondements de l'action fédérale en santé sont l'assurance maladie et la loi sur la santé publique. La loi sur les hôpitaux est une loi sur les structures, l'arrêté royal n° 78, une loi sur les professionnels, et l'assurance maladie gère le financement. C'est vrai qu'il n'y en a pas d'autres. On n'a pas de loi qui défi-

nit les principes de l'action fédérale en santé, qui fixe des objectifs de santé publique. Ça tient en partie au fait que, pour ce qui ne concerne pas le soin, les compétences ont été attribuées aux communautés lors de la réforme de l'Etat.

Mais dans certains domaines, il y a eu des initiatives pour définir transversalement le cadre de l'action et on pourrait s'en inspirer.

Il y a eu un accord de protocole sur la politique des personnes âgées. Il exprimait la nécessité d'une action coordonnée de toutes les entités, définissait des objectifs et prévoyait une évaluation en commun. Cet accord n'a pas été opérationnalisé parce que, dans le système institutionnel, il n'a pas été possible de déterminer quelle administration devait assurer sa mise en oeuvre.

On met au point des protocoles d'accord entre entités fédérées et fédérante sur des projets particuliers. Cela concerne des programmes de prévention, comme le screening mammographique. La semaine passée encore M^{me} Onkelinx, M^{me} Tillieux et M. Vandeurzen présentaient ensemble le plan de réforme des soins de santé mentale.

On passe des accords de collaboration plus restreints sur des projets comme la prévention du colo-rectal et la vaccination contre le papillomavirus. Ces accords sont sanctionnés par des conventions éventuellement asymétriques. Le Fédéral finance les prestations et les communautés s'investissent dans les programmes selon les moyens définis par leurs priorités respectives. La seule condition est que, bien sûr, l'intervention fédérale soit prévue dans les deux communautés, mais selon un programme concerté avec les uns et pas avec les autres. Et ça marche. C'est l'esprit du fédéralisme de collaboration.

D'après moi, il n'y a pas d'obstacle structurel à la mise en place d'un dispositif transversal pour définir des objectifs de santé publique. L'évocation de la complexité du système belge

Mots clefs : loi-santé, politique de santé, système de soins.



est un faux problème. À l'intérieur de ce système, certes compliqué, on peut trouver des solutions.

Mais ça repose sur une volonté des ministres. Ces accords, ces protocoles ne sont pas inscrits dans une loi. Une loi-santé, pour fixer un cadre global transversal, devrait aller plus loin. Il faudrait alors un accord de chacun des Parlements. Mais c'est possible. Ce serait difficile, mais la constitution le permet. Personne n'a encore pensé à déposer une telle proposition. Il manque une impulsion politique. Un acteur qui prendrait la responsabilité de formuler une proposition.

La question n'est donc pas qui organise. Ni qui paie. En fin de compte, c'est toujours le citoyen qui paie. Le citoyen ne se soucie pas de savoir qui décide. Ce qui l'intéresse, c'est ce que ça produit comme bénéfice pour sa santé. Mais qui décide le paiement, ça c'est important. Qui prend la responsabilité ?

Et sur quelle base, parce que ce qui manque cruellement, ce sont des centres académiques crédibles en matière de politiques de santé publique. Où élabore-t-on des instruments d'encadrement de la promotion de santé ? Il n'y a pas de véritable institut de santé publique pointu. Votre « loi-santé », qui, en Belgique, va permettre d'en valider les fondements, les principes, les objectifs ? Qui va élaborer et gérer ses instruments d'évaluation ? Le plus grand problème, il est là, et il faudrait s'y attaquer.

- *Aldo Perissino, Médecin au service des Soins aigus, Soins chroniques et Personnes âgées de la Direction générale organisation des établissements de soins du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.*

On peut aussi bien dire qu'il y a des obstacles que dire qu'il n'y a en pas. Les structures existent, mais on peut essayer de traverser les cloisons du système. Il faut toutefois reconnaître qu'on est dans un système où les mécanismes

d'organisation des soins de santé sont morcelés et compliqués.

Il y a d'abord cette séquelle de la réforme de l'Etat qui fait que les compétences fédérales en santé sont appelées résiduelles. C'est quand même un euphémisme, dans la mesure où on y retrouve l'INAMI, et la santé publique, qui gère les hôpitaux, c'est-à-dire la plus grosse part des dépenses. Et il y a la formation qui reste aussi au fédéral. Par contre, les décisions en matière de prévention, et ce qui est conceptuellement le chapeau, à savoir la promotion de santé, sont détachées de l'action curative et se trouvent dans les communautés. Ce n'est pas pratique !

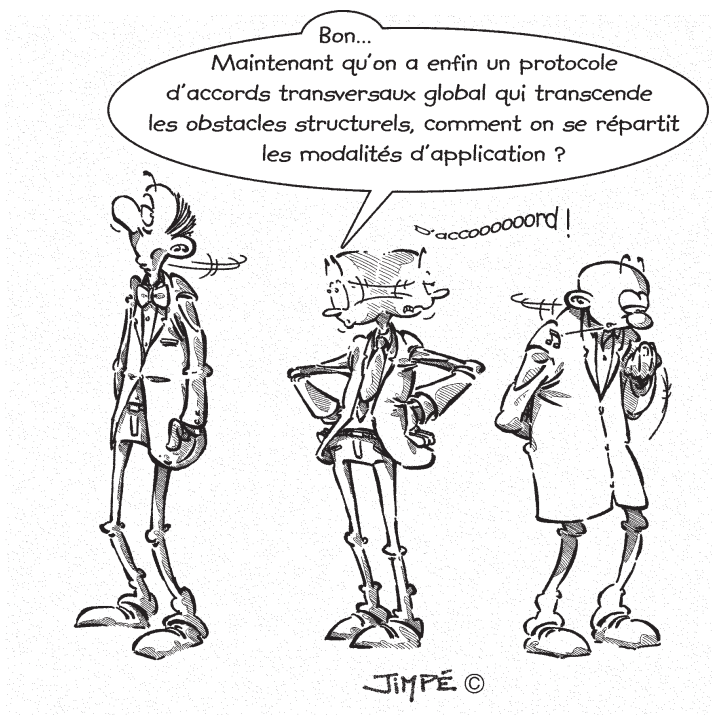
Si par malheur on séparait à nouveau les compétences en santé et les affaires sociales, ce serait certainement un obstacle supplémentaire.

En ce qui concerne la documentation des dispositifs, il y a bien sûr, un institut de santé publique, mais qui manipule des données un peu fragmentaires. Paradoxalement, on est dans un pays où il ya beaucoup de collectes de données, mais elles ne sont pas analysées, croisées, parce que ça soulève des inquiétudes chez les prestataires et chez les gens en général par rapport à la protection de la vie privée. On présente une résistance culturelle importante à l'intégration et à l'utilisation des données. Il y a certainement un travail à faire pour montrer l'utilité de ces démarches.

Notre histoire reste hospitalo-centrée, et il faut noter que ce centrage, qui apparaît aujourd'hui comme réactionnaire face à des mouvements comme celui des maisons médicales, est en fait le résultat du développement hospitalier qui est une conquête du mouvement ouvrier. Il y a un travail à faire pour sortir de ça, et un des moyens d'en sortir, mais qui ne satisfait probablement pas la première ligne, c'est de travailler à faire sortir l'hôpital de ses murs.

Ce centrage est, par ailleurs, renforcé par le fait que le fédéral n'a rien, ou pas grand-chose à

Quels sont les obstacles structurels à la mise en oeuvre d'une loi-santé en Belgique ?



gérer de l'action de la première ligne. Il n'en a pas la tutelle. Ce n'est que via les incitants liés aux honoraires que le fédéral peut intervenir, à travers l'INAMI, mais en tenant compte des freins et des lenteurs liés aux structures de décision et aux positions des syndicats médicaux.

Par ailleurs, les modalités de décision sur le financement de la santé publique sont sous l'autorité politique du ministre des Affaires sociales, mais les décisions sur l'organisation des prestations de soins sont soumises à la concertation dans un organe de décision, à la tête de l'INAMI. Ça change la donne en matière de cadence dans les décisions. D'autant que les professionnels de santé qui y siègent ne sont pas nécessairement des professionnels de santé publique.

Ce qui est structurel à l'INAMI, c'est que c'est un lieu de concertation. Le poids relatif des différents acteurs est ce qu'il est. C'est une lourde machine, et la conséquence, c'est que les choses bougent lentement. Mais elles bougent.

Dans le classement européen des systèmes de santé, la Belgique a perdu des places ces dernières années. Ça provoque un peu d'agitation dans les milieux de la santé publique. On

observe deux causes principales à ce recul. L'une est la relative lenteur d'implémentation d'un système *E-health*, lié aux résistances évoquées plus haut. Je ne pense pas que ce soit très déterminant. L'autre raison, c'est la lenteur de mise à disposition du public des nouvelles molécules. Les nouveautés thérapeutiques entrent difficilement dans notre système. À cause du double système de décision : au ministère des affaires économiques et au comité de concertation de l'INAMI. C'est lent. Il s'agit pourtant de décisions qui servent les intérêts des lobbies, et qui ne bousculent pas les représentations et les habitudes de soin. On pourrait s'attendre à ce qu'elles soient adoptées plus rapidement. Mais ce n'est pas le cas. L'INAMI est donc un appareil lourd plutôt qu'un appareil réactionnaire.

Quant à savoir si ça empêche la transversalité, c'est une question plus idéologique que structurelle. Est-ce qu'il y a ou pas un consensus politique général pour dire qu'on veut développer cette transversalité ?

Après les élections, les collines, les barrières et les rivières vont se déplacer, mais les problématiques sont là depuis longtemps. Les contraintes sont le résultat de l'histoire. Il faut en tenir compte. Il vient un moment où elles se confrontent à des évidences, et où elles doivent évoluer. Ça prend peut-être un peu plus de temps dans certains systèmes que dans d'autres. Mais on ne peut pas dire que la France, par exemple, avec un système extrêmement centralisé, arrive à une action en santé transversale cohérente par rapport aux déterminants de santé.

C'est une question de modèle au moins autant que de structure. ●