

FINANCER

UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

Vieillesse de la population, « maladies de société » dues notamment à l'alimentation et au stress, développement des maladies chroniques : la première ligne de soins sera de plus en plus sollicitée pour le suivi ambulatoire de maladies « qui sortent de l'hôpital ». À cela s'ajoute une augmentation de la précarité menant à des situations de plus en plus complexes qui nécessitent davantage de multidisciplinarité. Pour répondre à ces enjeux, le financement des soins de santé devra être adapté. Comment, tout en construisant l'accueil dans nos structures, construire une société accueillante et en même temps déconstruire le néolibéralisme qui l'asphyxie ?

Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter.

Médecins généralistes, sages-femmes, infirmières, psychologues, dentistes, kinésithérapeutes, pharmaciens. Salariés ou non, en médecine de groupe ou non. Le paysage de la première ligne de soins est diversifié. Pour faire face aux défis qui s'annoncent, celle-ci devrait être réorganisée. À commencer par un renforcement de la médecine générale. En dix ans, la part du financement de la médecine générale par rapport aux spécialités a augmenté. Mais pour Paul De Munck, président du Groupement belge des omnipraticiens (GBO), un frein idéologique ralentit toujours ce développement. « *De plus en plus de gens tiennent le discours de la nécessité d'une première ligne forte. Cependant, les financements ne suivent pas* », avance-t-il. Et si des mesures, comme Impulseo, ont été prises pour inviter les jeunes médecins à s'installer, elles seraient insuffisantes. Pourtant les besoins sont là. Plus de six communes rurales wallonnes sur dix seraient confrontées à une pénurie. En Région bruxelloise, l'Observatoire de la santé et du social, estime la nécessité, d'ici à dix ans, de 486 généralistes supplémentaires ; un chiffre qui grimpe à 835 pour 2037. Certaines zones seraient déjà aujourd'hui impactées par la pénurie¹. L'évolution des besoins, notamment l'augmentation du nombre de malades chroniques, né-

cessite plus de collaborations entre la médecine générale et les autres disciplines de la première ligne, mais aussi avec les structures hospitalières. Le financement des soins de santé devra intégrer cette (nouvelle) donne. Un premier pas a été fait avec le lancement des « projets pilotes maladies chroniques ». En 2015, les ministres de la Santé, au niveau fédéral et des entités fédérées, ont approuvé un plan conjoint en faveur des maladies chroniques intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé ». En Belgique, douze projets pilotes sont financés cette année afin de « tester des modalités d'organisation de soins intégrés pour les patients chroniques » sur un territoire donné (150 000 habitants). Ces projets doivent s'appuyer sur un réseau d'acteurs comprenant médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmières, mais aussi assistants sociaux, aides familiales et associations ou proches du patient. Leur financement couvre le salaire d'un coordinateur de projet (un équivalent temps plein) ainsi que les frais de gestion de la coordination. La fonction de coordination des soins est d'au-

Pour faire face aux défis qui s'annoncent, la première ligne devrait être réorganisée.

1. S. Missine, S. Luyten, *Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?*, Observatoire de la santé et du social, avril 2018.

En Belgique, on ne compte pas moins de huit ministres détenant des compétences en matière de santé.

tant plus indispensable que la situation est complexe, que l'état physique, psychique ou intellectuel du patient se détériore. Au-delà du débat portant sur quel professionnel elle devrait reposer (le médecin généraliste, une infirmière, un *case-manager* ?), cette fonction devrait être financée de manière structurelle. « *Je ne dis pas que ce travail ne se fait pas, mais il est très variable d'une région à l'autre, d'un cercle de médecine générale à l'autre, commente Paul De Munck. Comment dire au médecin qu'il doit passer une heure au chevet d'un patient en soins palliatifs alors qu'il est payé 37,5 euros ?*

Qu'il doit passer du temps en consultation mixte avec un autre professionnel s'il se retrouve à travailler à perte ? » L'utilisation des nouvelles technologies comme mode de communication entre les disciplines, en plein essor, doit aussi être prise en compte. Une infirmière

qui envoie une photo ou des données à un médecin généraliste est une activité « *impossible à contrôler et à financer à l'acte. Cela doit rentrer dans un montant forfaitaire ou éventuellement à la capitation* », commente Jean Hermesse, secrétaire général des Mutualités chrétiennes.

De manière plus générale, la nécessité d'un virage ambulatoire est reconnue. Et si la tendance au raccourcissement des durées d'hospitalisation est en cours (sortie plus rapide des femmes après un accouchement, par exemple), celles-ci doivent être planifiées. « *Il ne suffit pas de réduire les durées d'hospitalisation si on ne finance pas l'ambulatoire en parallèle pour qu'il puisse assumer des problèmes complexes à domicile* », expose Paul De Munck. Une question d'autant plus épineuse que, si le financement des prestations de soins des professions libérales demeure du ressort du fédéral, l'organisation de la première ligne (cercles généralistes, fonds Impulso, réseaux locaux multidisciplinaires, services intégrés de soins à domicile...) relève, depuis la sixième réforme de l'État, du niveau régional. « *Il faut une approche coordonnée entre le fédéral et les régions. Aujourd'hui c'est le fédéral qui donne des sous, mais les régions qui doivent travailler sur la réorganisation et la programmation, pour faire travailler les gens ensemble* », abonde Jean Hermesse.

En Belgique, on ne compte pas moins de huit ministres détenant des compétences en matière de santé. Rien que pour Bruxelles, ils sont trois (Cocof et Cocom). Ce qui entraîne inéluctablement une fragmentation des politiques et de leurs financements.

Quelle vision pour la première ligne de soins ?

Depuis 2014, la ministre fédérale de la Santé Maggie De Block planche sur son projet de réforme du financement des hôpitaux. But de l'opération : répondre aux besoins croissants en matière de soins de santé tout en contribuant à une « utilisation plus intelligente des budgets de soins ». Cette réforme implique, entre autres, une réorganisation du paysage hospitalier via la mise en place de réseaux. Tandis que les soins dits stables seraient administrés sur tous les sites, certaines activités spécialisées seraient réservées à certains établissements. Chaque réseau devra réunir plusieurs hôpitaux sur une zone géographique de 400 à 500 000 habitants.

La Région flamande a embrayé en lançant ses « zones de première ligne », sortes de bassins de soins qui, pour un territoire de 100 000 habitants environ, devront s'organiser pour proposer une offre coordonnée. Une approche soutenue par la création de « conseils de santé » chargés d'orchestrer le tout. Côté bruxellois, Didier Gosuin, ministre de la Santé à la Cocom, a annoncé dans son nouveau « Plan Santé bruxellois » (juillet 2018) la création d'une structure d'appui à la première ligne, qui aura des missions de formation, de cartographie et d'élaboration d'outils d'aide à la prise en charge. « *La Région wallonne est en retard* », insiste Paul De Munck, pour qui le financement d'un organe d'appui est nécessaire pour envisager cette réorganisation de la première ligne. « *Il existe pourtant une toute récente Plate-forme de première ligne de soins, explique-t-il. C'est une ébauche d'un lieu de définition et de vision d'une nouvelle organisation de cette première ligne, qui regroupe tous les métiers tels que kinésithérapeutes, généralistes, pharmaciens, services intégrés de soins à domicile, réseaux locaux multidisciplinaires. Il existe bien une commission 'première ligne' à l'AVIQ, l'Agence wallonne pour une vie de qualité. Mais c'est un lieu de validation des conventions, pas un lieu de réflexion. Quant au 'comité de stratégie de l'AVIQ', il n'a toujours pas été*

mis en place. Il n'y a pas de plan, pas de vision. » Jean Hermesse renchérit : « Un découpage en zones permettrait d'avoir une approche de santé publique. Définir une population, le pourcentage de personnes qui se font dépister pour le cancer du sein, le pourcentage d'enfants qui bénéficient d'actes dentaires préventifs. Si ces zones existaient, alors tous ces concepts pourraient être imaginés avec, en parallèle, une approche de santé communautaire ».

Articuler social et santé

Dans sa « Vision politique de santé 2030 », le Collège intermutualiste national réaffirmait en juin 2016 la nécessité d'une approche transversale en matière de santé. Emploi, logement, enseignement, environnement, urbanisme, justice... de nombreux domaines exercent une influence sur la santé et notamment sur les groupes les plus vulnérables : « Assurer le droit à la santé exige que la santé individuelle puisse évoluer dans un cadre social positif envers la santé et les soins de santé, où il sera tenu compte de l'influence du cadre de vie et des facteurs sociaux. En tant qu'organismes assureurs, nous soulignons une fois de plus l'importance des déterminants sociaux des soins de santé et nous renvoyons au concept de l'OMS de 'Santé dans toutes les politiques' (Health in all policies) [...]. » Cette articulation entre le social et la santé a été pensée à Bruxelles dès 2009, avec la promulgation du décret ambulatorio. Ce décret, bien qu'il ne finance pas les actes médicaux qui dépendent du fédéral, a été l'occasion d'harmoniser et d'articuler une série de matières relevant de la santé et du social. Les services de santé mentale, les services actifs en matière de toxicomanies, les centres d'action sociale globale, les centres de planning familial, les maisons médicales, les services de médiation de dettes, les services d'aide aux justiciables, les services Espaces-Rencontres, les centres de coordination de soins et de services à domicile, les services de soins palliatifs et continués, les services d'aide à domicile et les centres d'accueil téléphonique sont désormais regroupés au sein d'un même texte les régulant et les subsidiant.

« Pour les maisons médicales par exemple, nous intervenons pour un temps plein 'accueillante' et un mi-temps 'santé communautaire' », explique Talbia Belhouari, attachée principale au service de la Santé de la Cocof. Elle rappelle : « La Cocof a été créée en 1989 pour les matières personnali-

sables. Nous avons reçu plic-ploc une série de matières issues de la Communauté française, dont les réglementations et les modes de financement différaient. On s'est alors dit que, pour toutes ces associations, cela valait la peine d'harmoniser ces réglementations. » Ce décret favorise-t-il pour autant une intégration entre les secteurs et une approche plus globale de la santé ? « Il reste des aspects sectorisés, reconnaît-elle. On veut aller plus loin. Nous avons lancé une réflexion cette année notamment sur l'épidémiologie, le recueil des données. » Objectif : mieux identifier les besoins et les pratiques pour proposer une offre plus adéquate.

Parmi les réflexions en cours ? En octobre 2017, K-Nal Santé s'est ouvert à Molenbeek en vue de devenir dès

2019 un centre social et de santé intégré. Encore en gestation, le projet réunit une maison médicale, le centre médico-social pour usagers de drogues Lama, le centre de planning familial

Leman, le centre d'action sociale globale Solidarité Savoir et le centre de santé mentale D'ici et d'ailleurs. Une expérimentation soutenue par les pouvoirs publics qui avait été intégrée dans l'accord de gouvernement. Les objectifs du projet : mieux se connaître, bien cerner le patient, croiser les expertises.

Au rang des autres enjeux pour la Cocof : articuler davantage la santé ambulatorio (et notamment la mission de santé communautaire) avec le secteur de la promotion de la santé, mais aussi réfléchir à la reconnaissance de pratiques existantes, mais non reconnues. Exemple : les maisons médicales sont les seules à assurer officiellement une mission de santé communautaire. Cette approche collective existe pourtant aussi dans certains services de santé mentale sans être intégrée dans le décret.

Santé globale et médecine générale

La santé est donc déterminée par un grand nombre de facteurs (environnement, conditions de travail, logement...) qui ne relèvent pas du système de soins. Toutes les prises de déci-

Les maisons médicales sont les seules à assurer officiellement une mission de santé communautaire.

sions politiques devraient donc être évaluées sous le prisme de leurs impacts sur la santé et le bien-être (un peu à l'instar des *gender-budgeting*, une application de l'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes dans le processus budgétaire d'une politique, quelle qu'elle soit). Mais cette démarche pourrait être appliquée par le médecin généraliste lui-même. Pour Jean Hermesse, la définition de la santé de l'OMS (un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité) devrait être détrônée au profit du concept de « santé positive » : une approche basée sur les capacités des patients à s'adapter aux changements per-

Une révision de la part forfaitaire du financement du médecin généraliste pourrait être mise à l'agenda.

sonnels ou au milieu dans lequel ils vivent. « On peut être malade chronique et se sentir bien dans sa vie. La santé représente bien plus que d'être en forme physiquement. La qualité de vie fait partie intégrante de la santé. Les gens peuvent reprendre le contrôle de leur santé et déterminer quels aspects sont importants pour eux. La santé n'est plus un objectif, mais un moyen pour mener une vie de qualité », dit-il. Cette approche prend en compte diverses dimensions, qui doivent être évaluées par le patient lui-même : les fonctions physiques, le bien-être mental, le fonctionnement quotidien, la participation, la qualité de vie, le sens qu'on trouve dans la vie.

Mais si l'on se base sur cette vision, les réponses de la médecine générale ne sont pas uniquement médicales. « Il faut exercer la médecine avec l'environnement et en tenant compte de la situation globale du patient : le rôle de l'activité physique, de l'alimentation, des liens sociaux. Avec cette idée de démedicaliser la médecine et ainsi de faire diminuer la consommation de médicaments et d'interventions médicales », continue le secrétaire général des Mutualités chrétiennes. Rappelons que le coût des médicaments est la partie la plus lourde de la facture à charge du patient (30%). Ce niveau de dépenses par habitant classe la Belgique dans le peloton de tête des plus gros consommateurs de médicaments.

Cette autre manière de faire de la médecine, déjà pratiquée par certains généralistes, nécessite un autre « temps » médical, avec des premières consultations beaucoup plus longues et d'autres peut-être moins nombreuses par la suite.

Vers un financement adapté ?

Travail multidisciplinaire y compris avec le secteur social, coordination des soins entre disciplines et avec les hôpitaux, prise en compte des ressources et de l'environnement du patient en médecine générale, recueil de données en vue d'une politique de santé publique... le financement des soins de première ligne est aujourd'hui loin de prendre suffisamment en compte toutes ces dimensions.

« Concernant la structure et l'organisation des soins, notre système se caractérise par un financement principalement à l'acte et fortement inflationniste, se traduisant en un système de soins piloté par l'offre plutôt qu'en un système de soins piloté par les besoins. Ce système est également plus souvent basé sur un paiement plus intéressant pour le maintien du patient dans son état de dépendance fonctionnel que pour son autonomisation vers une situation plus stable », évalue le Collège intermutualiste national.

Pour répondre à ces nouveaux enjeux du financement de la première ligne, une révision de la part forfaitaire du financement du médecin généraliste pourrait être mise à l'agenda. À l'heure actuelle, on évalue à 1,7 milliard d'euros le montant annuel des revenus qui se destinent aux médecins généralistes (budget de l'assurance obligatoire pour la médecine générale au fédéral auquel on ajoute les tickets modérateurs). Cette manne d'argent comprend 11% de tickets modérateurs, 25% de montant forfaitaire (comprenant entre autres le dossier médical global, les trajets de soins, les maisons médicales, les statuts sociaux, les postes de garde) et 64% de paiement à l'acte. Si le montant forfaitaire du revenu des médecins est déjà passé de 15 à 25% en dix ans, Paul De Munck et Jean Hermesse sont d'avis que cette part pourrait encore augmenter. Le secrétaire national des Mutualités chrétienne conclut : « L'objectif est aussi de dépasser la discussion annuelle autour des budgets et d'avoir une vision à long terme. Il faut penser l'intérêt général et sortir d'une approche par silos axée sur la défense des intérêts par secteur. Cela ne favorise pas une politique de santé très dynamique. » ■