

La meilleure médecine du monde?

À l'origine de la programmation récente d'un dossier de POLITIQUE qui soit en prise avec «la santé», il y avait plutôt un sentiment de vide à combler. Diantre, en huit ans de curiosités sociétales tous azimuts et d'incitations méthodiques au débat, il nous sautait soudain aux yeux qu'aucun numéro n'avait encore vraiment fait d'un tel thème son plat de consistance. Et l'on dit la classe politique bien éloignée des préoccupations les plus cruciales de ses électeurs-administrés! Nous, modestes maquisards de l'activation démocratique et de la réhabilitation du choc des idées face au poids des images, ne nous découvrons-nous pas soudain tout aussi négligents à l'égard d'une réalité basique? Car enfin, s'il est bien un sujet qui préoccupe tout un chacun, à côté de l'emploi, de l'affectif et de la sécurité globale d'existence, c'est bien celui de l'intégrité physique et mentale. Le rituel usé mais tenace des vœux saisonniers («... et surtout

la santé, n'est-ce pas, Madame, car c'est quand même le plus important!») nous le ressasse jusqu'à plus soif. Les sondages sur les principaux motifs ordinaires de préoccupation de nos contemporains (même lorsqu'on y inclut les risques plus effarants, comme le terrorisme...) nous le confirment avec un systématisme confondant. Certaines vogues commerciales et certains empressements législatifs ou réactifs des autorités également, car au nom de la santé tout semble bon à prendre, que ce soit pour se rassurer soi-même, dans la sphère privée, ou pour rassurer les autres sur son sens des responsabilités, dans la sphère publique.

À lire certaines des contributions qui suivent, néanmoins, on se rassure quant à notre sagacité éditoriale : point n'est besoin de parler seulement de médecine, technologies du vivant, médicaments, hôpitaux pour aborder de front les réalités et les déterminants de la santé humaine. Ainsi, comme Monsieur Jourdain, en consacrant des dossiers à la gestion de la ville, à la Sécu, à l'avortement, nous étions bien en partie au cœur du sujet, sans le dire et en s'en doutant quand même un petit peu.

Reste qu'il nous paraissait intéressant, malgré tout, d'explorer de façon un peu plus directe et approfondie l'univers qui, pour le commun des mortels (si bien nommé en l'espèce!), incarne le plus sûrement la «fourniture» et la «garantie» majeures de santé. À savoir le monde du soin professionnel. Ce faisant, nous ouvrons par ailleurs une nouvelle boîte de Pandore aux perspectives si variées – santé physique et santé mentale; ressources médicales du nord et du sud de la planète... – qu'il nous a encore fallu faire des choix d'orientation relativement circonscrits. Un petit groupe de travail, réunissant quelques-uns des futurs contributeurs rattachés à différentes disciplines de santé, nous a aidés à identifier un fil rouge : mettre à l'épreuve la vision hagiographique classique de notre système de soins et d'assurance maladie, réputé un des meilleurs au monde sous tous rapports. Ce choix nous a d'office ancrés dans la réalité belge, resituée ici et là par rapport aux vents dominants de la «zone» économique et technologique des pays de l'OCDE.

En ouverture, **Thierry Poucet** évoque quelques questions sensibles de société et de rapport culturel à la vie chevillées à notre modernité médico-sanitaire.

Il épingle au passage la plasticité sociologique des définitions de la santé et le gisement d'enjeux profonds auquel celles-ci renvoient.

Pour rentrer directement dans le vif du sujet, **Daniel Désir**, **Pierre Gillet**, **Oscar Grosjean** et **Jean Hermesse** radiographient par touches la médecine belge en en relevant tant les clefs de voûte que les scories. À leur suite, sont auscultées les stratégies et les pratiques de quatre principaux acteurs, au sens large, du système de soins de santé. Il s'agit, avec **Yves Hellendorff**, des représentants des travailleurs paramédicaux qui, par leur action, défendent une certaine idée du service au public. Vient ensuite la recherche médicale dont **Christian Léonard** montre les liens ambigus qu'elle entretient avec les industriels. De son côté, **Pierre Drielsma** dissèque les enjeux du différend qui oppose médecine générale et médecine spécialisée depuis plusieurs décennies. Alors que **Christian Van Rompaey** dirige son projecteur sur les médias pris en étau entre la surpuissance des lobbies et industries de la santé et leur propre nécessité de «vendre» des informations sans toujours pouvoir en garantir la qualité ou la pertinence sociale.

Troisième temps de ce thème : les inégalités. Qu'elles soient sociales, avec **Perrine Humblet**, qui nous montre, au niveau européen notamment, qu'un bon niveau de santé général dans la population ne signifie en rien l'abaissement des inégalités. De genre, en matière cardio-vasculaire notamment. Ou bien envers les populations d'ori-

gine étrangère vivant en Belgique, qui, comme l'explique **Nathalie Perrin**, commencent progressivement à bénéficier de plus d'attention spécifique dans les grands centres de soins.

Quatrième sujet d'observation : les modes de régulation du système belge et les enjeux d'une éventuelle libéralisation de celui-ci. Aux propos de **Marie-Christine Closon**, qui pointe la très complexe conciliation des efforts d'incitation économique à l'efficience et à l'équité, répondent à la fois ceux de **Jean-Marc Laasman**, pour qui le système belge dispose aujourd'hui d'outils d'analyse et de gestion plus subtils qu'hier, et ceux de **Michel Roland**, qui met en garde contre l'arrivée d'un modèle de santé régulé par le seul marché.

Pour conclure, deux regards «perspectifs». D'abord, la méthode de financement des prestations de soins «au forfait» ou «à l'objectif», présentée par **Jacques Morel**, ne devrait-elle pas être envisagée à plus grande échelle, alors que le financement «à l'acte», plaque tournante du système de remboursement belge, incline peu à la prise en charge globale des patients? Ensuite, **Georges Grinberg** et **Patricia Kirkove** montrent en quoi le principe des «bassins de soins», par son idée de concentration fonctionnelle de l'offre hospitalière, pourrait répondre à certains maux endémiques du système de soins actuel.

Enfin, d'un point de vue décalé, **Michel Dupuis**, a disséminé ici et là quelques clin d'œil éthiques pour prolonger la réflexion. ■

Ce **THÈME** a été coordonné par **Jérémie Detober** et **Thierry Poucet**.

La santé : un concept diplomatique?

Curieux destin que celui de la définition à prétention universelle de la santé, élaborée voici soixante ans par les fondateurs de l'OMS. Qui ne conserve, en effet, au creux de l'oreille ce fragment de la célébrissime première phrase : «état de complet bien-être physique, mental et social...»?

Alors que ce sont surtout les huit phrases suivantes, largement méconnues, qui donnent sa réelle dynamique universelle au propos.

THIERRY POUCKET

journaliste de santé publique, rédacteur en chef de *Renouer*¹

La multiplicité des définitions de la santé met au jour des incompatibilités, des lacunes, des contradictions, des questions d'interprétation qui peuvent

susciter de prime abord l'embarras. Ce fouillis gagne cependant à être vu comme une richesse à explorer et même à cultiver hardiment. Pas seulement parce que, juxtaposées, tant de définitions éclairent la profonde diversité des situations historiques et des trames culturelles qui colorent en fin de compte toute perception de ce qu'est ou devrait être le «bien-être» individuel et collectif. Mais aussi parce que le caractère mouvant et composite du concept de «santé» y apparaît, à la longue, comme un trait invincible lié au sujet lui-même plutôt que comme un phénomène fortuit ou provisoire. Les approches descriptives ou analytiques des «réalités» sanitaires (un champ bien plus vaste que le domaine médical, comme on l'illustrera dans plusieurs articles ci-après) oscillent en effet sans relâche entre modes et traditions, entre visions profanes et substrats scientifiques, entre facteurs externes objectifs (épidémies, environnement, ressources nationales...) et systèmes de valeurs ou de croyances plus ou moins explicites. Ce qui nous expose bel et bien à devoir réfléchir

continûment et amplement (de façon existentielle, morale, sociale, économique, politique...) aux sens et contresens des préoccupations et aspirations de santé du moment présent et du milieu dans lequel nous baignons.

Définition ouverte et prémonitoire

Il y a dix ans, une revue française réunissait un impressionnant collectif d'auteurs autour du thème : «La santé : usages et enjeux d'une définition»². Sur plus de 200 pages, qui n'ont rien perdu aujourd'hui de leur originalité ni de leur pertinence, s'y côtoyaient documents-clés, points de vue de chercheurs issus de multiples disciplines et témoignages. Nous en retiendrons ici, élément assez surprenant, que la définition de la santé élaborée dans le contexte occidental post-traumatique de 1946 par l'Organisation mondiale *ad hoc* en voie de constitution (voir encadré) fut le produit d'une négociation qui n'impliqua guère de spécialistes de la médecine praticienne et tout juste quelques médecins de santé publique³.

Il est parfois de bon ton aujourd'hui de brocarder la définition de l'OMS, ou en tout cas d'en minimiser l'intérêt pratique, sous l'argument qu'elle ne ferait qu'exprimer un idéal un peu naïf de bonheur absolu





totalément désincarné. D'autres, voire les mêmes, peuvent également y voir le creuset d'une frénésie latente de totalitarisme sanitaire, susceptible d'envahir tous les domaines de l'existence au nom de la traque aux relâchements physiques, aux imperfections psychiques, aux comportements sociaux erratiques. Bref, la définition flotterait entre une sorte d'utopie édulcorante digne d'un décor des «Bisounours» et les assauts toujours possibles d'une normativité musclée. À rebours de ces points de vue passablement caricaturaux (on s'en aperçoit surtout si l'on lit de bout en bout la définition «internationale» de la santé de 1946), le professeur Antoine Lazarus nous convie dans un long et subtil entretien avec le sociologue de la santé Pierre Aïach⁴ à «repenser le sens de la définition de l'OMS». Pour lui, en gros, une de ses principales vertus est qu'elle n'a pas figé d'emblée la santé dans un schéma bio-scientifique quantificateur (à coups de paramètres médicaux par exemple) ni même ethnocentrique. Associant simplement le physique, le mental et le social, tous les trois au sens large, «l'OMS a été extraordinairement sage», dit Lazarus, sagesse qui permet en substance à chaque société d'ouvrir le jeu à sa façon. Ceci n'invalide en rien, bien sûr, le travail des quantitativistes et notamment de ceux qui essaient de mesurer en toute rigueur l'état de santé des populations afin de documenter le débat et la décision politiques. Ceux-là, tels Andrée et Arié Mizrahi⁵, soulignent qu'il est quasi impossible de mesurer autrement la santé au sein d'une population qu'en s'intéressant prioritairement à l'absence ou à la présence de maladies et d'infirmités objectivables. Pour eux, la première phrase de la définition de l'OMS n'est d'aucun secours opérationnel. D'autres auteurs encore soulignent le caractère fortement prémonitoire de la définition, en raison notamment des liens forts qu'elle établit entre niveau de santé et niveau d'attention à la qualité de vie et de développement des jeunes générations, ou encore entre intérêts

bien compris de chaque pays à ce que les autres États ou régions du monde voient leur propre niveau de protection sanitaire et de bien-être s'amplifier. Toute la problématique contemporaine des pandémies anxigènes, des flux migratoires incontrôlés et des tensions géopolitiques se retrouve en concentré dans cette dimension bien présente au cœur de la définition de 1946! ■

³ Ilona Kickbusch souligne qu'elle «a été le fait de diplomates de grande envergure et de personnes venant d'horizons très divers. (...) La santé était considérée comme un problème central de société et non un problème médical» (op.cit., p. 44).

⁴ Op.cit., pp. 61-71.

⁵ Op.cit., pp. 155-165.

THIERRY POU CET

La santé au sortir de la Deuxième Guerre mondiale : une affaire de principes

Prologue aux articles de la «Constitution de l'Organisation mondiale de la santé» (signée le 22 juillet 1946 à New-York par les représentants de 61 États, entrée en vigueur le 7 avril 1948).

“ LES ÉTATS parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.

Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

ACCEPTANT CES PRINCIPES, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les Parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par les présentes l'Organisation mondiale de la Santé comme une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations Unies. ■

Qualité et opportunité des soins au rendez-vous?

Publications, programmes de recherche et colloques fourmillent sur les points forts et les faiblesses des systèmes et pratiques de santé. C'est dire si, en deux petites heures, avec quatre invités si éclairés fussent-ils, on ne pouvait en faire vraiment le tour.

La consigne fut donc plus modeste : épingler quelques réalités embarrassantes et facettes réjouissantes de notre médecine au quotidien.

ENTRETIEN AVEC DANIEL DÉSIR, PIERRE GILLET, OSCAR GROSJEAN ET JEAN HERMESSE

Daniel Désir est directeur médical de l'hôpital Brugmann (ULB) Pierre Gillet est médecin chef adjoint au CHU à l'Ulg Oscar Grosjean est chirurgien, auteur de «La santé à quel prix?» (Ed. Couleur livre, 2005) Jean Hermesse est secrétaire national de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes

Le domaine des soins de santé, intrinsèquement, devrait pouvoir fonctionner correctement partout, sur un double principe de dissémination entraînant des pratiques les plus judicieuses et de complémentarité harmonieuse des rôles professionnels. À l'autre extrême prédominerait plutôt un mode concurrentiel, tissé d'accaparements rivalitaires et d'opérations de séduction pas toujours justifiées (modèle clivé qui nourrit et qu'entretiennent par exemple les «hit-parades» hospitaliers chers à certains médias...). Comment situez-vous nos réalités médicales entre ces deux pôles ?

JEAN HERMESSE : Avant de relever les points forts et les faiblesses du système belge de soins, il faut noter que la Belgique ne possède pas de politique de santé. Une politique de soins de santé, oui, mais on sait que seulement 20% des avancées de la santé sont explicables par les soins de santé. Ensuite, on ne dit pas assez qu'il y a des grandes inégalités socio-économiques face à la santé. Et ce n'est pas en rendant les soins de santé gratuits que ces inégalités vont disparaître. Ces inégalités doivent être abordées par d'autres politiques (enseignement, mobilité, sécurité routière, emploi...) qui ont beaucoup plus d'effets sur la santé

et qui peuvent entraîner des gains en termes de santé.

Nous sommes face à un paradoxe : plus on investit dans les soins de santé, moins les moyens sont disponibles pour ces autres politiques collectives qui ont plus d'impacts sur la santé. Une première chose à faire, c'est de mettre en évidence ces écarts de santé. L'enquête¹ de 2001 sur la santé des Belges est, à cet égard, un instrument politique majeur qui est là pour montrer qu'on ne progresse pas, voire même qu'on régresse. Les gens sont toujours étonnés quand on leur explique que l'espérance de vie entre une femme qui n'a pas de diplôme et une femme qui a un diplôme universitaire est gigantesque. L'écart entre les populations vivant à Charleroi et à Bruges, en termes d'espérance de vie, est de 3 à 5 ans... C'est colossal quand on sait qu'on gagne statistiquement un trimestre par an d'espérance de vie.

J'ai toujours espéré qu'un jour, un ministre de la Santé se préoccupe d'abord de la politique de ses collègues. Je ne comprends pas pourquoi aucun politique n'embraye là-dessus. Aux Pays-Bas, en Allemagne, au Canada, on parle de cela, mais ici, on se focalise que sur les soins de santé.

Prenons un exemple caricatural : si on avait fait une étude d'impact en termes de santé entre le projet de ligne TGV

Bruxelles-Liège et la réalisation d'un RER autour de Bruxelles, il n'y aurait pas eu photo ! Entre le gain de 10 minutes de trajet pour quelques privilégiés dans le premier cas et la diminution des accidents ou du stress, dans le second, les calculs sont vite faits.

OSCAR GROSJEAN : Les politiciens ne raisonnent pas en ces termes. Les gens veulent beaucoup d'hôpitaux, des services accessibles et «bénéficiaires» sans restrictions de tous les examens et traitements qu'ils souhaitent. Par électoralisme, beaucoup de politiciens vont à la rencontre de ces aspirations déraisonnables.

DANIEL DÉSIR : Il n'y a pas d'acteur qui, prenant un peu de recul, n'observe pas un problème général dans l'art de gouverner. Et ce n'est peut-être pas une bonne idée de se limiter au champ de la santé (ni a fortiori des soins de santé) pour identifier ce problème. L'art de gouverner consiste à se demander comment faire pour collecter les observations et les contributions scientifiques en tout genre de manière à les mettre dans une perspective transdisciplinaire et à en faire une analyse qui soit fondée, pour permettre la prise de décisions. Et pas une analyse superficielle qui compare sommairement les mérites de tel ou tel système. On pourrait s'inspirer, par exemple, du Bureau fédéral



La meilleure médecine du monde?



du Plan qui publie tous les deux ans un rapport destiné au gouvernement et qui explore l'implémentation des politiques de développement durable en Belgique. Jusqu'à présent cette thématique était surtout centrée sur l'environnement et l'économie. Mais on se rend maintenant compte que le capital humain (troisième branche du DD) est hautement tributaire des matières de santé. Il existe donc des modèles intégrateurs pour que les politiques n'agissent plus à court terme.

PIERRE GILLET : L'exemple de la résonance magnétique nucléaire (Ndlr : un des appareils de pointe en imagerie médicale) est caricatural dans l'autre sens, puisque le ministre commande une étude au KCE (Ndlr : Centre fédéral d'expertise sur les soins de santé) pour soupeser l'efficacité du développement de plus de RMN et, avant qu'on ne commence l'étude, un arrêté royal paraît qui dit qu'on va mettre 40 RMN en plus sur le marché. À l'inverse, pour le Pet-Scan ou pour les interventions sur les carotides (Stent) ils ont tenu compte des recommandations du KCE.

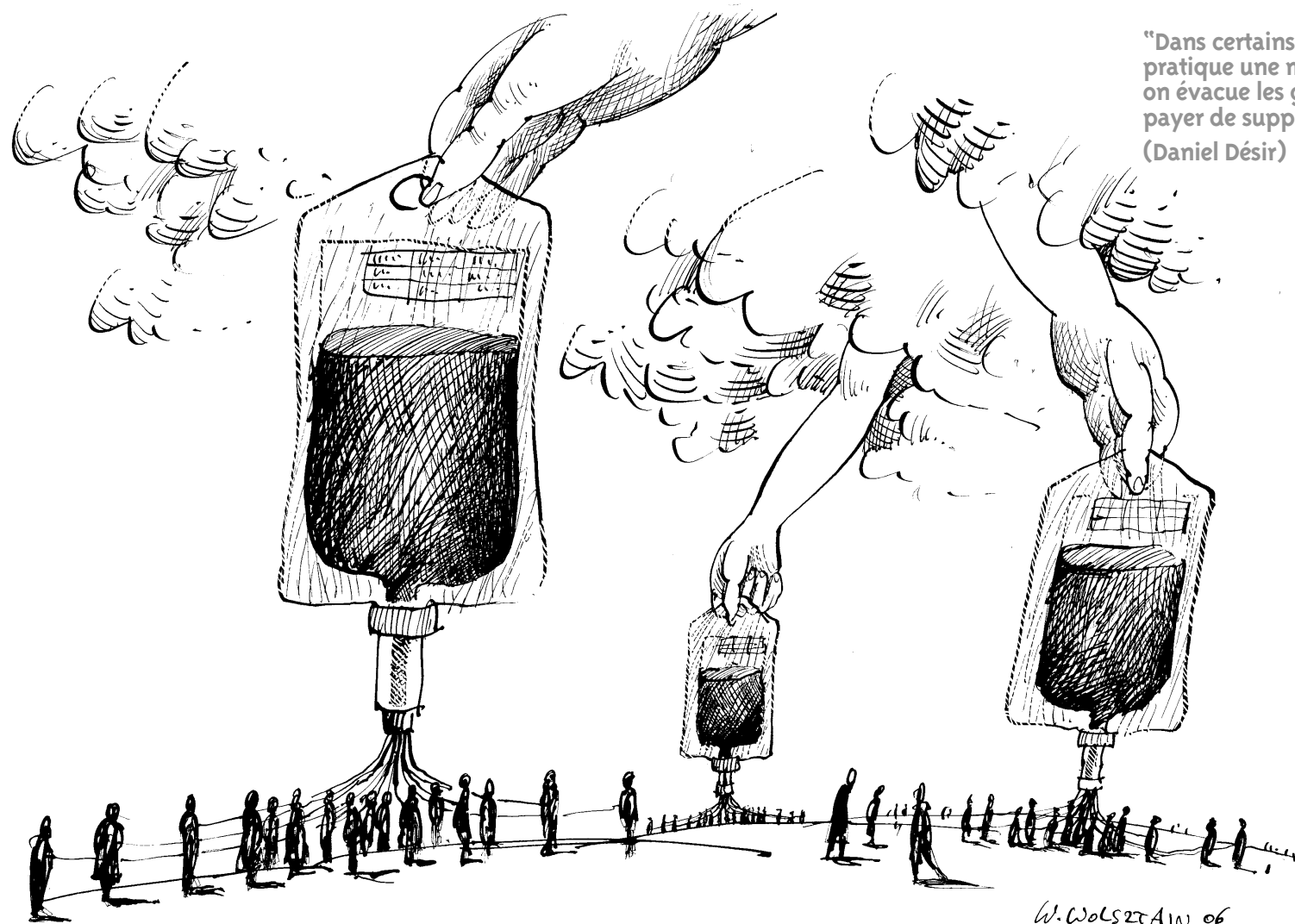
JEAN HERMESSE : Si on arrive à mettre ces débats-là à l'agenda, on aura peut-être des arguments pour contrer le monde industriel. Car maintenant, l'industrie pharmaceutique et des équipements médicaux inonde le marché d'informations sur les effets de leurs produits en termes de santé, y compris à destination des gens en bonne santé puisque ceux-ci formeront le plus grand marché de demain.

OSCAR GROSJEAN : Cela existe déjà. On parle de la polypill, un médicament de base à variantes personnalisées que chacun prendrait à partir de la cinquantaine à titre préventif : un cocktail d'anti-inflammatoire, d'hypocholestérolémiant, d'antihypertenseur et d'hypoglycémiant. Chacun voudra sa pilule santé, sans doute fort chère et non remboursée. Les firmes mettent aussi au point des molécules qui, au lieu de faire baisser le mauvais cholestérol, font monter le taux du bon cholestérol. Bientôt les deux seront associés et seront présentés comme progrès et innovations alors qu'il s'agit de molécules connues. L'idée selon laquelle «dès qu'on prend un médicament c'est pour toujours» s'ancre dans le public. Or, à quelques exceptions près, si un médicament peut être utile,

il est prudent de l'interrompre dès que l'état clinique permet de s'en passer. Idéalement, il ne faudrait pas prendre plus de quatre médicaments en même temps sinon les effets secondaires néfastes l'emportent sur les effets positifs escomptés. Les risques d'incompatibilités hautement toxiques croissent aussi de manière exponentielle avec la variété de médicaments consommés.

DANIEL DÉSIR : J'aimerais venir avec un autre élément du débat. Un de nos collègues, médecin généraliste et maître de stage à l'ULB, est parvenu à interroger la banque de données centrale de l'Inami. Celle-ci recense 20.000 médecins généralistes en Belgique, contre à peu près autant de spécialistes. À mon tour, j'ai interrogé cette même banque de données pour savoir, sur ces 20.000 médecins étiquetés «généralistes», combien parmi eux réalisent au moins une fois par an un acte de base traçable de médecine générale, à savoir une prise de sang, une prescription de kinésithérapie pour des soins à domicile ou un appel à une infirmière à domicile. Le résultat est stupéfiant : à peine 9.000 médecins sortent de l'ordinateur selon ce critère. Cela signifie que beaucoup des médecins recensés, et utilisés pour justifier un excès de praticiens disponibles, sont en fait de «simples» porteurs du diplôme de docteur en médecine, qui n'ont pas fait de spécialisation classique, qui rédigent quelques rares prescriptions à l'usage de leur propre entourage, et qui, pour cette unique raison, peuvent garder un numéro actif auprès de l'Inami pour que les pharmaciens obtiennent le remboursement de leurs prescriptions. Donc, la prétendue pléthore de médecins basée sur le chiffre brut de 20.000 diplômés n'a aucun rapport avec la pénurie réelle qui s'installe de manière suraiguë lorsqu'on observe qui sont les médecins qui font simplement, sur le terrain, de manière ordinaire, le travail de médecine curatif. La majorité des médecins dits «généralistes» fait en réalité autre chose que de s'occuper de patients : ils enseignent, font de l'expertise, travaillent dans des bureaux d'étude ou des laboratoires...

PIERRE GILLET : Sans compter qu'il existe une différence entre le Nord et le Sud du pays. Le taux de diplômés dans la population et le taux d'inactivité curative y sont inégalement répartis.



“Dans certains établissements, on pratique une médecine sélective, où on évacue les gens qui ne peuvent pas payer de suppléments importants.”
(Daniel Désir)

Il y a plus de médecins généralistes en Wallonie mais, en Flandre, ceux-ci sont davantage en activité.

Soins de santé, privatisation et responsabilisation

Ces éléments liminaires posés, venons-en à l'offre en soins de santé. Qu'y aurait-il à améliorer dans le modèle belge ? Ou quels sont les écueils que celui-ci doit éviter ?

JEAN HERMESSE : Aujourd'hui, on détient la preuve que les systèmes basés sur la concurrence et la privatisation fonctionnent moins bien. Je ne comprends d'ailleurs pas comment le débat peut encore exister là-dessus. Les États-Unis et la Suisse, qui représente un peu les États-Unis d'Europe, dépensent respectivement 15 et 12 % de leur PIB dans leurs soins de santé (pour 9,5% en moyenne en Europe), et l'espérance de vie de leur population est moins élevée qu'en Belgique !

Les Pays-Bas vont suivre cette voie... Ils vont droit dans le mur. D'où vient ce mythe de la supériorité de la concurrence dans le secteur sanitaire ? De

la croyance naïve ou irresponsable qu'un consommateur mieux informé va faire le meilleur choix ? On sait pourtant depuis longtemps que cela ne se passe pas ainsi en général. Les patients font confiance à leur médecin. On confond le domaine des soins de santé avec un domaine économique classique.

OSCAR GROSJEAN : Le patient, c'est aussi un consommateur habitué par des peurs.

PIERRE GILLET : Le point positif c'est qu'en Belgique, cette hypothèse du «consommateur de soins parfaitement autonome et rationnel» est assez abandonnée, même par les libéraux.

DANIEL DÉSIR : Le problème c'est que, sous couvert d'interdiction légale d'accès à ce modèle de médecine privée à objet lucratif, il y a, derrière certaines asbl, des pratiques qui peuvent parfois être aberrantes dans le cadre du service public au sens large du terme. Dans certains établissements, on pratique une médecine sélective, où on évacue les gens qui ne peuvent pas payer de suppléments

importants. Il est donc temps de poser une ligne de partage claire entre une médecine à caractère social et une médecine qui recherche le profit. La typologie serait plus lisible si on segmentait le secteur comme dans d'autres pays entre des hôpitaux privés-privés, des hôpitaux associatifs qui exercent une partie des missions de service public et des hôpitaux publics. En réfléchissant bien au sort des gens les plus vulnérables.

OSCAR GROSJEAN : Si ces institutions de soins entièrement libéralisées payent leurs impôts et charges, si leurs bénéficiaires sont normalement taxés, si elles sont gérées et contrôlées comme n'importe quelle entreprise privée, je crois qu'elles rencontreront une demande, certes déraisonnable sur le plan de la santé, mais économiquement rentable.

DANIEL DÉSIR : À condition qu'on se départisse alors de la confusion soigneusement entretenue par ceux qui affirment que la médecine libérale se compose de deux éléments : un socle de base

fourni par les deniers de la collectivité et des suppléments qui eux, si possible, ne rentrent pas dans les caisses de la sécurité sociale. C'est un calcul qui permet à ses défenseurs de faire un maximum de bénéfices, avec la complicité des patients. C'est ce que certaines organisations syndicales de médecins réclament. Or c'est un système flou. Si on se veut franchement libéral, on doit se passer entièrement de l'apport du système d'assurance obligatoire.

JEAN HERMESSE : Les patients ne sont pas complices ! Ils sont piégés. Ils téléphonent pour avoir un rendez-vous, et on leur répond : «C'est pour quand ? – Le plus tôt possible. – Alors, c'est en privé, sinon il faut attendre trois mois». Si c'est ça la médecine libérale, c'est inacceptable. Le facteur temps est essentiel dans le coût des soins de santé. Or, là, on rentre vraiment dans un système où les soins se font à la tête du client. Autre exemple : le médecin présente deux techniques pour la reconstruction du sein, l'ancienne et la nouvelle, mais cette dernière

se fait uniquement en chambre privée...

OSCAR GROSJEAN : Mais cela se passe dans tous les hôpitaux depuis qu'ils sont tenus à la rentabilité. Les suppléments en chambre seule rapportent au moins autant aux gestionnaires qu'aux médecins.

PIERRE GILLET : Tout est relatif. Il est vrai que ce genre de dérives existent en Belgique et qu'on doit veiller à les réguler et à les limiter. Mais si on compare par exemple avec l'Allemagne, là-bas, ces pratiques ont été institutionnalisées dans les mécanismes d'assurance ! Quant à la vertu d'un système libéral pur distinct de celui de la sécurité sociale, j'en doute fort. Ce n'est pas parce que des mécanismes d'emballage sauvage des honoraires existent qu'on doit les légitimer.

Conditions de travail, pénurie de personnels soignants, efficience

Focalisons-nous un instant sur le point de vue des personnels soignants consciencieux qui, légitimement, veulent être correctement payés pour les responsabilités qu'ils ont et les soucis qu'ils prennent sur les épaules, mais qui aspirent aussi à fonctionner dans un système qui leur permette de travailler pour le mieux. En termes d'effectifs, de reconnaissance des tâches, d'organisation du travail, de climat général, quels sont les facteurs qui les freinent ou les stimulent à s'engager sur la voie de la qualité croissante du service rendu ? Sont-ils, en particulier, encouragés à s'investir dans



“On est dans un pays de cocagne en termes d’accessibilité, avec un financement collectif... On peut encore se dire aujourd’hui : «Je n’ai pas besoin d’épargner pour le jour où j’aurai un accroc de santé».”

(Jean Hermesse)



les nécessaires adaptations aux problématiques plus lourdes et dans les disponibilités majorées requises envers les gens plus perdus que la moyenne dans la société en général et dans le système de soins en particulier ?

JEAN HERMESSE : En ce qui concerne les personnels soignants, il faut se demander si la pénurie n’est pas aussi le fait d’un certain corporatisme dans les différentes professions. Un exemple : les toilettes des infirmières. Pas besoin d’avoir fait trois ans d’études pour faire une toilette. Dans d’autres pays, des actes des médecins généralistes, des gestes simples, sont faits par une infirmière ou un assistant de médecin. Une manière de faire face à la pénurie annoncée de personnel soignant qualifié serait de revoir les champs de compétence de manière à garder le temps de travail du médecin à des choses pour lesquelles il a été formé.

OSCAR GROSJEAN : Je pense qu’il s’agit d’une fausse pénurie créée par un excès d’actes inutiles. En tant que chirurgien généraliste depuis de longues années, j’en viens à la conclusion qu’un tiers des interventions sont franchement inutiles voire contre-productives, un tiers sont discutables et un tiers s’imposent sans réserve. Pour changer cela, il faudrait que le public soit moins demandeur, qu’il n’y ait pas des pressions pour une multiplication des examens et interventions dont l’utilité n’apparaît pas clairement. C’est tout le mode de financement qui doit être revu.

PIERRE GILLET : La place du bien-être dans le circuit de soins n’est jamais vraiment posée. Pourtant ce sont toujours des tensions et des anomalies simples qui pourraient être évitées. Aujourd’hui, dans le système de productivité des hôpitaux, on arrive à des seuils de performances qui obligent à faire de la rotation de personnel. La pression augmente de plus en plus sur les personnels soignants.

DANIEL DÉSIR : Pour amplifier le propos, on fait des études sur la performance des hôpitaux, par exemple dans le cadre de la prothèse de hanche. On

limite la notion de «performance» des hôpitaux à analyser combien de jours les patients passent à l’hôpital. Et, éventuellement, quel va être le montant (réel) de leur facture. Mais personne n’évalue si l’opération était bien indiquée, ni pendant combien d’années la personne va marcher après la pose de sa prothèse (alors que ce résultat est quand même l’output essentiel de la prestation!), ni quelles seront les conséquences dommageables principales du traitement. Le seul élément dont on se préoccupe dans les indicateurs de suivi, c’est la performance économique à court terme.

OSCAR GROSJEAN : En chirurgie, aucune évaluation n’est faite, même à court terme, pour savoir si l’intervention a été bénéfique au patient. Il faudrait aussi ne plus pouvoir exercer n’importe quelle activité médico-chirurgicale n’importe où et n’importe comment, ce qui est encore le cas en Communauté française pour des raisons économiques, philosophiques, de prestige ou de proximité.

DANIEL DÉSIR : Pour ce qui est des conditions de travail dans le milieu des soins, quand je suis entré dans

le milieu des hôpitaux, il y a trente-cinq ans, l’univers soignant était peu bureaucratique. Je suis diabétologue. Au début de ma carrière, je remplissais des papiers pendant cinq minutes lors des consultations. Aujourd’hui, sur une consultation de 20 minutes avec le patient, je dois faire 15 minutes de paperasserie. Ça ne va pas.

Quant à la pression, un autre exemple vécu : il y a peu, j’ai assisté à une réunion qui associait les maîtres de stage (d’un certain âge) et des post-gradués (d’une moyenne d’âge de 27-28 ans) sur la question des conditions de travail. Les post-graduées, car il s’agissait d’une majorité de jeunes femmes, affirmaient : «Vos hôpitaux, qui nous ont formés, nous ne voulons plus y travailler! Nous les “P-G” belges de l’université francophone, nous voulons faire autre chose que de travailler dans de tels établissements car, pour nous, ceux-ci ne forment pas un cadre de vie qui nous satisfait. Nous travaillerons donc en privé ou ailleurs...». Résultat : les institutions de soins se remplissent lentement de personnels soignants d’origine étrangère.

JEAN HERMESSE : En effet. C’est un

phénomène qui ira en s’amplifiant.

DANIEL DÉSIR : Des personnels roumains arrivent massivement en Belgique, principalement parce qu’ils parlent français et que la Roumanie forme beaucoup d’élèves-médecins et en utilise assez peu. Croyez-vous que les citoyens belges ont envie d’une telle évolution démographique du système de santé? Y a-t-il de quoi être fier qu’on transmette le témoin à une génération de personnes qui ne veulent pas du système construit dans ce pays?

JEAN HERMESSE : On voit venir ce problème avec le numerus clausus. Le problème des personnels médicaux va devenir (il l’est en fait déjà) le premier problème de notre système de soins.

DANIEL DÉSIR : Un chiffre clair : pour le moment, dans le réseau Iris (Ndlr : réseau regroupant les hôpitaux publics bruxellois), nous pouvons, demain matin, offrir un poste à 350 infirmières. Il nous manque 350 personnes avec une qualification normale pour occuper des postes de travail pour lesquels

nous sommes financés. C’est beaucoup de monde 350 personnes. Or, nos écoles d’infirmières ne forment pas assez d’étudiant-e-s. À Bruxelles, les écoles forment des infirmières et des accoucheuses françaises, qui viennent en Belgique parce qu’elles ont un numerus clausus dans leur pays. Quand elles ont fini leurs études, elles retournent en France pour exercer professionnellement.

JEAN HERMESSE : C’est en effet un problème grave puisqu’il faudra toujours des mains (et des cerveaux) pour soigner. On ne pourra jamais confier ces emplois à des robots.

PIERRE GILLET : Je pense à un autre défaut belge : le manque d’investissement dans la recherche pro-active qui soit sans conflit d’intérêts. En fait, il n’y en a presque plus. Un exemple : la mortalité et la morbidité dues aux infections par streptocoques (Ndlr : bactéries qui infectent le vagin) du nourrisson dans la filière néonatale. La première cause de mortalité des bébés due à une infection, c’est l’infection par streptocoques au moment de l’accouchement. Ces infections peuvent être évitées en faisant un dépistage deux à cinq semaines avant l’accouchement en donnant, en cas de positivité du test, une pénicilline bon marché au moment de l’accouchement. Cette méthode diminue de 70% le nombre d’infections. Depuis 20 ans, à Liège, une microbiologiste, madame Melin, a consacré sa vie au militantisme contre ces infections graves. Il y a peu, en Belgique, nous n’avons plus été couverts pendant quelque temps pour éviter cette mortalité, simplement parce qu’il n’y avait plus de pénicilline injectable disponible sur le marché. Comme le médicament coûtait moins d’un euro et donc ne rapportait plus rien à l’industrie pharmaceutique, celle-ci avait arrêté de le distribuer en Belgique. Le ministère de la Santé a finalement réussi à obliger les firmes pharmaceutiques à impor-

ter cette pénicilline en Belgique. Cette histoire est totalement incroyable car au-delà des risques encourus pendant ces quelques temps, pendant 20 ans, c’est une militante qui a fait des recherches à ses propres frais parce qu’elle y voyait un succès en termes de baisse de la mortalité et de la morbidité néonatales. Il s’agit tout de même d’une infection présente dans 3 accouchements sur 1000, soit 350 cas par an, un par jour dans le pays!

DANIEL DÉSIR : Autre exemple de laxisme du système : la deuxième plus grande cause de mortalité à l’hôpital après les infections nosocomiales (Ndlr : infection due à la grande présence de sources de contamination en milieu hospitalier), ce sont les patients qui ont un déficit de nutrition plus ou moins aigu. Soit parce qu’ils n’ont plus toute leur tête, soit en raison de difficultés motrices ou d’un manque de force, soit parce qu’ils se laissent aller en étant inconscients des conséquences graves de la sous-nutrition – en tout cas parce qu’il est rarissime qu’il y ait un personnel subalterne pour les aider à se nourrir correctement –, les plateaux repartent (quasi) pleins et les gens finissent par mourir de dénutrition à l’hôpital! Les proches qui souvent s’arrangent pour éviter les visites à l’heure du repas, feraient mieux au contraire de venir observer comment cela se passe... C’est un problème de santé publique éminent, mais comment motiver un jeune médecin interniste ou un responsable de service à s’intéresser à la problématique de la nutrition?

Quelques bonnes notes

Le tableau peint ainsi paraît assez noir. Pourriez-vous terminer en citant quelques éléments positifs clefs du système de soins de santé belge ?

OSCAR GROSJEAN : On ne se rend pas compte qu’en Belgique, nous avons tous le privilège de pouvoir devenir patient, c’est-à-dire de recevoir, à la demande ou au besoin, des soins de santé dispensés par des praticiens professionnels dotés de moyens appropriés.

PIERRE GILLET : La couverture des gros risques dans le cadre de l’assurance obligatoire est assez automatique où qu’on soit en Belgique. Ça c’est un point fort.

Autre élément : les acteurs du système discutent beaucoup entre eux. Le modèle de concertation, la complexité du compromis à la belge font qu’on a un bon système de régulation.

DANIEL DÉSIR : Jusqu’ici, on a préservé un système d’enseignement médical et d’encadrement de ceux qui apprennent leur métier de bonne qualité. Personne n’a à ce jour globalement à rougir des prestations ordinaires. Même si, sans trop le voir arriver, nous nous trouvons au seuil d’une rupture qui risque d’être douloureuse.

JEAN HERMESSE : Comparative-ment à d’autres, notre système est bon. On a une qualité, du personnel encore en nombre suffisant. On est dans un pays de cocagne en termes d’accessibilité, avec un financement collectif... On peut encore se dire aujourd’hui : «Je n’ai pas besoin d’épargner pour le jour où j’aurai un accroc de santé». Je ne dis pas qu’on ne peut pas avoir de gros frais mais dans beaucoup de pays, avoir un problème de santé, ça peut signifier le début de la descente vers la pauvreté.

Propos recueillis par Jérémie Detober et Thierry Poucet



Les syndicats contre la marchandisation

Intégrés au secteur non marchand, les soins de santé et ses acteurs syndicaux doivent composer avec les préoccupations des travailleurs d'associations sociales et socio-culturelles. Malgré une revalorisation en 2005, le secteur des soins peine devant l'éclatement des compétences de santé au niveau politique, la sous-traitance rampante de ses activités et les conflits d'intérêts entre différents personnels soignants.

YVES HELLENDORFF

secrétaire national du non marchand à la Centrale nationale des employés (CSC)

Depuis des dizaines d'années, le syndicalisme a été actif dans le secteur de la santé, essentiellement dans le secteur des hôpitaux et des soins à domicile.

Les manifestations des années septante et quatre-vingts visaient deux objectifs principaux : un relèvement des normes d'encadrement dans les services de soins (le fameux 11/30, 11 membres du personnel pour 30 lits), et une réforme de la politique de santé. C'était l'époque du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (Germ) qui tentait de lutter contre «l'hospitalocentrisme» de la politique de la santé, l'omnipotence du curatif et la déshumanisation des soins.

Le fédéralisme est passé par là... Les compétences de santé se sont éparpillées. Le **domaine** curatif était et reste de la compétence du pouvoir fédéral. Le **secteur** préventif et socio-sanitaire ont été communautarisés et/ou régionalisés.

Dans le même temps la population a vieilli, les métiers ont changé, les soins de santé se sont technicisés et professionnalisés. Les soins de santé d'aujourd'hui n'ont plus grand-chose à voir avec les soins de santé d'hier.

Dans ce contexte évolutif, le syndicalisme a dû s'adapter. Il a dû innover tout en gardant ses valeurs. Parmi celles-ci, le syndicalisme du secteur non marchand reste caractérisé pendant toute cette période par une synthèse entre les objectifs d'amélioration des conditions de travail et d'amélioration des soins à la population.

Les cicatrices du secteur des soins

L'action syndicale a vécu un basculement important au moment du passage au XXI^e siècle. Les premiers accords du secteur non marchand de 2000 ont consacré la logique transversale de non marchand, privilégiant les notions de «service au public», et de «subsidiarité» à celle de soins de santé. Ainsi se sont conclus des accords visant à une harmonisation des conditions de travail et de rémunération entre l'ensemble des secteurs non marchands, qu'ils soient de la santé, du social ou du socio-culturel.

L'appartenance de ces secteurs à différents niveaux de pouvoir a cependant limité l'harmonisation en fonction des capacités budgétaires des entités fédérées (les secteurs de la Communauté française sont les seuls aujourd'hui à ne pas bénéficier des barèmes d'application dans les hôpitaux).

Cette (r)évolution n'a pas pu se réaliser sans laisser des cicatrices encore béantes aujourd'hui. Ainsi, les militant-e-s et travailleur-euse-s des hôpitaux ont dû faire l'impasse sur des augmentations salariales pour permettre aux autres secteurs de les rejoindre. Ils étaient et resteront pourtant la principale capacité mobilisatrice de l'ensemble du non marchand mais n'ont vu leurs salaires n'augmenter que de 1 % entre 1995 et 2006 !

2005, la revalorisation tant attendue

Ces cicatrices ont influencé l'élaboration du cahier de revendications des secteurs fédéraux : l'aspect

«pouvoir d'achat» y restait particulièrement prégnant.

Mais à côté de cette exigence, les conditions de travail ont été largement mises en avant. Ainsi, la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle reste le problème central, largement explicable par le taux d'emploi féminin (plus de 2/3) dans ces secteurs.

La conclusion de l'accord fédéral d'avril 2005 pour les secteurs de la santé a consacré un équilibre intéressant entre les pouvoirs subsidiaires (la Santé publique et l'Inami) et les organisations syndicales : un tiers de l'enveloppe est consacré à des revalorisations du pouvoir d'achat; les deux tiers restants permettront la création de plus de 10.000 postes de travail, ce qui devrait permettre l'amélioration des conditions de travail (notamment via l'allègement des fins de carrière et des horaires mieux respectés).

Encore faudra-t-il que les employeurs intègrent le volet d'amélioration des horaires dans les conventions collectives à signer, ce qui reste très incertain.

Généralisation de la sous-traitance

Que ce soit dans le secteur fédéral des soins de santé ou dans les autres entités fédérées, la base syndicale se modifie et s'adapte à la structuration du secteur.

A côté des hôpitaux fusionnés, associés, repris... devenant de plus en plus des unités d'un réseau plus global avec une tendance à l'harmonisation interne (à Liège par exemple, le Centre hospitalier chrétien regroupe sept

hôpitaux) se développent des structures de soins de taille plus limitée. Les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS), par exemple, emploient aujourd'hui un nombre de personnels représentant près d'un tiers de celui des hôpitaux.

En Flandre, le secteur des MR-MRS est encore majoritairement constitué de grosses entités comptant plus de 50 travailleurs, souvent sous statut d'association sans but lucratif. À Bruxelles et en Wallonie, par contre, le modèle majoritaire est aujourd'hui la MR privée, à but lucratif, employant entre 10 et 30 personnes.

Mais l'hôpital externalise aussi ses activités. En même temps que s'accroissent les partenariats entre institutions, se développent des dynamiques de sous-traitance, de faux indépendants et de commercialisation. Ainsi, certains hôpitaux en sont arrivés à sous-traiter non seulement l'ensemble des activités logistiques (repas, lingerie, entretien), mais aussi techniques (laboratoire, radio...).

Certains vont même jusqu'à louer des salles d'opération ou des salles de consultation aux chirurgiens et/ou médecins qui engagent leur propre personnel.

Le modèle prôné par certains définit des unités d'hospitalisation (de durée la plus courte possible) autour desquelles une série de services sous-traités interviendraient.

Si les hôpitaux sont amenés à travailler en complémentarité dans le cadre des bassins de soins (prônés par le ministre Rudy Demotte), cette tendance risque de s'accroître, les seuils de taille étant plus facilement atteints.

L'enjeu de la lutte contre le dumping social interne au secteur est devenu primordial. Il ne vise pas seulement à maintenir des conditions de rémunération ou de travail identiques, mais bien à sauvegarder une cohésion sociale elle-même garante à la fois d'une capacité mobilisatrice intacte, mais aussi (et peut-être surtout) d'une prise en charge globale du patient.

Tensions entre professions

Cette longue période s'est accompagnée sans conteste d'une professionnalisation du secteur. Aujourd'hui, dans les hôpitaux, deux cinquièmes de l'ensemble du personnel sont constitués d'infirmier(e)s.

Les fonctions assurées il y a peu par une formation «sur le tas» se sont transformées en professions exigeant une qualification de base : technicien en imagerie médicale, technologue ou labo, assistante logistique... Au sein même des équipes de soins, la fonction d'aide soignant(e) fait l'objet d'un combat âpre entre les partisans d'une équipe multidisciplinaire où l'aide soignant(e) a sa place en soutien aux infirmier(e)s et les partisans d'une équipe exclusivement infirmière, pouvant faire appel à du personnel logistique, mais hors de l'équipe soignante.

La pénurie d'infirmier(e)s, essentiellement due à une fuite vers le temps partiel (le personnel est en moyenne occupé à 7/10^e d'un temps plein dans les secteurs fédéraux) continue à nourrir des divergences de vue importantes.

Si, pour les associations professionnelles d'infirmier(e)s, il faut réserver toutes les marges disponibles au seul pouvoir d'achat des infirmier(e)s afin d'attirer plus de monde vers cette profession, pour les organisations syndicales, la solution passe aussi par une amélioration des conditions de travail permettant au personnel de rester à temps plein tout en maintenant si possible une vie sociale et familiale, et en organisant une fin de carrière plus légère (36 h./sem. à 45 ans; 34 h./sem. à 50 ans; 32 h./sem. à 55 ans).

Cela passe obligatoirement par une rupture du cercle vicieux (pénurie – surcharge de travail – passage à temps partiel...) : il faut donc engager du personnel aide soignant intégré dans les équipes de soins pour aider le personnel infirmier.

Dans les soins à domicile, la politique visant la constitution d'équipes structurées, intégrant à terme des aides soignant(e)s, est largement contestée par les indépendants (majoritaires en Wallonie et à Bruxelles). Il est pourtant clair que l'enjeu de l'affectation adéquate de personnel en fonction de sa qualification permet d'augmenter la présence et la réponse adaptée auprès du patient (y compris en terme d'autonomisation).

L'action syndicale, rempart contre le «business»

L'action syndicale dans le secteur non marchand, et en particulier dans les soins de santé, reste bien marquée par cette attention constante à l'«objet social», à la politique de santé, à la prise en compte des intérêts des utilisateurs... Elle se heurte cependant de plus en plus à l'intrusion des logiques marchandes, non seulement de gestion «performante», mais aussi de recherche de profit, de concurrence.

Les employeurs de ces secteurs restent largement ambigus quant à leur position politique en la matière. Les contraintes budgétaires les amènent à des pratiques s'éloignant de plus en plus de cette notion de service au public. À l'inverse, le personnel se reconstruit de plus en plus dans ce combat syndical puisque, exception européenne, si pas mondiale, le secteur non marchand connaît une progression d'affiliation massive (+ 50% ces quatre dernières années), mais aussi un nombre de plus en plus important de militantes (plus de la moitié des nouveaux militants sont des femmes).

Nul doute que les prochains mois verront ce personnel continuer à se battre pour : plus de mains... pour des soins plus humains! ■

¹ Y compris au niveau international, avec les enjeux de la directive Bolkestein et de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS).



La recherche au service du seul patient?

L'aimez-vous libre ou bridée, la quête incessante de nouveaux outils et projets de traitement? Question spéculative! La recherche médicale est toujours orientée, que ce soit par des passions intellectuelles, des besoins collectifs, des calculs de rentabilité. La question serait plutôt : à qui confier le gouvernail de ses axes et pour se rendre où?

CHRISTIAN LÉONARD

Directeur sortant du département Recherches et développement à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes

Pour répondre objectivement à cette question et éviter la caricature, il est essentiel de reconnaître que le système médical dans son ensemble, et la recherche en particulier, constituent un secteur pourvoyeur d'emplois et créateur de croissance économique, donc de richesses. Les enjeux financiers sont donc considérables au même titre que dans d'autres secteurs d'activités particulièrement rentables. Au-delà de nos réserves à l'égard de la croissance à tout prix¹, il faut aussi reconnaître que les biens et services issus de la recherche médicale ne sont pas directement «marchandisables». En raison de leur mode de financement, majoritairement public, ils ne peuvent être qualifiés de biens exclusivement privés, ils sont aussi des biens collectifs. En outre, ils ont un impact sur la santé publique et, à ce titre, ils présentent un caractère d'autant plus public qu'ils participent à une médicalisation croissante de l'existence. Si l'honnêteté intellectuelle nous invite à considérer les exigences de rentabilité du secteur pharmaceutique, nous devons aussi être libres, sans être considérés comme un épigone de Marx, d'être critique à l'égard de l'influence de ce secteur sur les choix de recherches, les prescriptions médicales et la consommation médicamenteuse des patients. Dans ce domaine, l'établissement de règles de bonnes pratiques, connues également sous le nom de *guidelines*, peut jouer un rôle parfois déterminant sur l'étendue du marché dont peut bénéficier un produit. Ces règles sont fondées sur des éléments objectifs ou du moins «objectivables»², et jouent un rôle bien plus qu'indicatif pour les prestataires et prescripteurs.

Liaisons dangereuses

Un article de la revue *Nature* paru en octobre 2005 illustre les possibles conflits d'intérêt qui peuvent apparaître lors de la rédaction de ces recommandations par des experts internationalement reconnus³. L'analyse portait sur 215 textes émanant du monde entier et rédigés au cours de l'année 2004. Seuls 90 de ces textes contenaient des détails relatifs à des possibles conflits d'intérêt et 31 d'entre eux les excluaient de manière explicite. Cela signifie d'une part, que pour 125 textes, l'information manquait et que, d'autre part, 59 recommandations étaient caractérisées par une certaine «ambiguïté». Les auteurs, auxquels il faut reconnaître une certaine franchise, ont mentionné des détails qui ont permis de constater que dans 50 % des cas, au moins un expert occupait un poste de consultant auprès d'un laboratoire concerné. Dans la même proportion des cas, la firme pharmaceutique avait financé une activité de recherche de l'un des auteurs et, dans 43 % des cas, l'un des spécialistes avait été rémunéré comme orateur. Enfin, et c'est peut-être l'information qui pourrait susciter le plus de suspicion quant à l'objectivité du contenu des textes, dans 11 % des cas, l'un au moins des médecins détenait des actions en bourse d'une firme productrice d'un médicament faisant l'objet de la recommandation. Tous ces résultats sont confirmés par une étude réalisée par des chercheurs de Toronto qui ont interrogé 192 auteurs de *guidelines* par courrier. Même si l'existence d'un lien, quel qu'il soit, entre l'industrie pharmaceutique et les experts ne constitue en rien une preuve que les avis sont biaisés, on ne peut exclure une 'influence', au moins implicite ou

inconsciente, matérialisée par l'utilisation du pouvoir financier considérable des firmes. Si l'on ne peut réduire le rôle des délégués médicaux aux seules actions de lobbying, il relève toutefois de la lucidité de reconnaître qu'une certaine influence se manifeste au travers de leur nombre et du budget dont ils disposent. L'action qu'ils exercent doit inévitablement faire réfléchir les responsables de la politique de santé quant à l'exigence d'une information la plus indépendante et objective possible.

«Les inventeurs de maladies»

Tout ce processus d'influence, sans doute en partie inévitable, ne peut être isolé de celui qui consiste à médicaliser de manière croissante une existence pour laquelle chacun est en recherche de sens. Nous pensons que le refus des finitudes, magnifiquement explicité dans le dernier ouvrage du philosophe et économiste, Christian Arnsperger⁴, constitue sans doute une explication d'une médicalisation croissante qui prend des formes variées et envahissantes. Selon Jörg Blech, cette médicalisation peut se manifester de cinq manières⁵. Des processus normaux de l'existence, tel que la chute des cheveux, sont présentés comme des problèmes médicaux. Il en va de même pour des problèmes personnels et sociaux, on parlera ainsi de «phobie sociale» au lieu de timidité. À titre illustratif, l'auteur allemand recense 395 maladies mentales reconnues aux États-Unis alors que leur nombre était arrêté à 26 au moment de la Seconde Guerre mondiale. On constate également que de simples risques reçoivent le statut de maladie, c'est le cas pour l'ostéoporose. Une quatrième façon de médicaliser l'existence consisterait à présenter des symptômes rares

comme des épidémies de grande ampleur. Il semble ainsi que le nombre d'hommes qui souffriraient de dysfonction érectile soit en nette augmentation depuis l'introduction du Viagra. Enfin, selon Blech, on présente des symptômes anodins comme des signes avant-coureurs de maladies graves, ce qui serait le cas du «syndrome du colon irritable».

S'attaquer aux réels besoins

Si l'on se doit de reconnaître l'apport de la recherche pour un ensemble de pathologies qui, aujourd'hui, ne mettent plus la vie des personnes en danger, il faut tout de même conserver un regard critique sur ce qui relève plus de l'exploitation de rentes de monopole ou même de la maximisation d'un profit fondé sur la crédulité de ceux qui veulent échapper aux contraintes inhérentes à l'existence. Comme le propose Philippe Pignarre⁶, il est peut-être temps que la population investisse le domaine de la recherche, non pour en retirer des dividendes financiers, mais bien pour en extraire des dividendes sociaux et solidaires. C'est en effet en contribuant à l'établissement de priorités de la recherche fondamentale que nous pourrions assurer l'accès au plus grand nombre à des médicaments nécessaires et de qualité. Cette exigence ne concerne pas que notre pays ou l'Europe, ou même tout autre pays «développé» où le patient reste en général un privilégié au regard de la situation sanitaire catastrophique dans laquelle vivent des centaines de millions de personnes pour lesquelles une maladie bénigne peut être fatale.

Car il s'agit bien de cela, d'une répartition équitable des chances d'être soigné quelle que soit la région du monde où nous vivons. Les dépenses de santé sont, comme toutes les dépenses publiques, financées par des moyens dont la légitimité est sans cesse remise en question. Impôts et cotisations sociales sont effectivement perçus comme des «charges» qui alourdissent le

coût du travail et grèvent la compétitivité des entreprises. Un raisonnement certes réducteur, mais qui se généralise et qui met forcément en danger l'équilibre budgétaire des systèmes sociaux. Si nous ne parvenons pas à légitimer les recettes fiscales et parafiscales, nous serons confrontés à l'obligation de contraindre l'évolution des dépenses publiques et notamment celles affectées aux soins de santé. Pour éviter une réduction linéaire, forcément injuste et inefficace, ou une privatisation de pans entiers du système, il sera indispensable de faire des choix au sein même du paquet de soins remboursés. Il est alors essentiel de réserver les moyens disponibles à de réels besoins, et tout aussi essentiel d'exiger une plus grande transparence des prix des produits médicaux et pharmaceutiques. Les thuriféraires de la croissance économique à tout prix doivent prendre conscience des apories du raisonnement qui vise à exiger une réduction des recettes et, corollairement, des dépenses publiques tout en souhaitant un taux de croissance économique qui dépend aussi du niveau des dépenses publiques. Car la santé, qui n'a pas de prix, n'a pas seulement un coût : est elle est aussi l'enjeu d'un immense marché, lieu de création de richesses. ■

¹ Pour le lecteur intéressé, nous publions aux éditions Couleur livres un ouvrage intitulé *Croissance contre santé* dans lequel nous examinons les effets pervers pour la santé d'une certaine forme de globalisation.

² On parle très souvent d'*Evidence-based medicine*

³ *Nature*, Volume 437, n° 7062, 20 octobre 2005, pp. 1070-1071.

⁴ Ch. Arnsperger, *Critique de l'existence capitaliste. Pour une éthique existentielle de l'économie*, Cerf, La nuit surveillée, 2005. Voir aussi en page X (pub) dans ce numéro.

⁵ Voir J. Blech, *Les inventeurs de maladies*, Actes Sud, 2005, pp. 28 - 32.

⁶ Voir Ph. Pignarre, *Comment sauver (vraiment) la sécu*, La découverte, 2004.

TANGENTE ÉTHIQUE

Où souffle la «compétence humaine»?

Réaction à Christian Léonard

Qui manœuvre donc le gouvernail du grand navire? Qui est donc le pilote dans l'avion de la recherche médicale - à supposer qu'il y en ait un? Car la recherche est peut-être un avion sans pilote embarqué, guidé, téléguidé depuis une base éloignée de la trajectoire... Je suis vraiment d'accord avec les analyses et avec la suggestion finale empruntée à Ph. Pignarre : il est grand temps que «la population investisse le domaine de la recherche»! D'accord. Mais après ce sursaut démocratique, une perplexité : en quoi une population a-t-elle compétence et droit à la parole en ces matières extrêmement techniques? Et je ne pense pas tellement aux lois de la finance, aux techniques économiques, aux contraintes de marché... Tout cela est évidemment affaire d'experts. Mais je ne pense pas simplement non plus aux enjeux «politiques» : va-t-on soutenir une nouvelle recherche sur les cellules-souches embryonnaires plutôt que de poursuivre une recherche conduisant peut-être à un vaccin contre une maladie parasitaire? Ma perplexité porte sur ceci : une population donnée (nationale?, communautaire?, tribale?, continentale?, etc.) aura-t-elle l'intelligence du cœur suffisante pour envisager le sort d'autres populations, y compris voisines? Cette question de la solidarité médicale me préoccupe beaucoup dans le domaine des transplantations d'organes : s'agit-il d'un «marché» ou d'un «circuit» national, continental, dans un périmètre associatif défini par convention? Un «rein belge (franco-phonie)» peut-il être greffé à un patient étranger? Dans quelles conditions? Ceux qui s'intéressent à ces questions et qui suivent la littérature spécialisée savent que cela ne va pas du tout de soi, même si chez nous les choses sont relativement satisfaisantes. Alors plus largement : une population a-t-elle la «compétence humaine» nécessaire pour juger des limites de la médicalisation de la vie, des axes prioritaires de la recherche, des valeurs fondamentales à respecter même si les techniques les ignorent purement et simplement? Ou bien faut-il en rester au despotisme éclairé en ces matières? Pensons-y de manière évolutive : avec le temps, les consciences individuelles apprennent à jouer collectivement à des jeux très exotiques et même à envisager des questions en dehors de tout intérêt individuel direct. ■

MICHEL DUPUIS

Syndicats médicaux : une guerre de 40 ans

Depuis le début des années soixante, médecine générale et médecine spécialisée s'affrontent sans discontinuer. Pour cette dernière, l'enjeu est clair : grappiller un maximum d'actes curatifs à la première, avec les retombées financières qui en découlent. Eux-mêmes divisés, les syndicats de généralistes peinent à se défendre. Pendant ce temps, le pouvoir politique reste au balcon.

PIERRE DRIELSMAS

médecin généraliste au centre de santé Bautista van Schowen à Seraing

En très résumé, on peut dire que ce qui suit raconte – d'un point de vue qui ne se prétend pas impartial, mais honnête – la *longue marche* de la médecine générale intégrée à la Confédération des médecins belges (CMB) au travers des bois de ronces semés sur sa route par les hérauts de la médecine spécialisée regroupés au sein de l'Association belge de syndicats médicaux (Absym).

1964, début des hostilités

En Belgique, pour les syndicats médicaux, l'événement fondateur est la première grève des soins organisée par les médecins en 1964. Cette grève fut un succès. Les négociations qui en résulteront avec le pouvoir politique entérinent la fin de la dominante généraliste¹ dans le paysage médical belge. Avant cela, la loi Leburton (1963) fixait les honoraires des médecins, instaurait un carnet de santé individuel² et prévoyait des catégories de remboursement suivant le médecin (conventionné, engagé, libre). Opposés à ces principes, les médecins grévistes constitués en chambres syndicales obtinrent satisfaction aux accords de la Saint-Jean (Pâques 1964). Nombre de généralistes eux-mêmes (inconscients, naïfs, optimistes?) avaient participé ainsi à un mouvement qui ne les servait pas.

La valse-hésitation des généralistes

Les généralistes ralliés au Groupement belge des omnipraticiens (GBO, avec une aile flamande : le VBO) furent progressivement exclus de tous pouvoirs dans les instances de l'assurance maladie.

Le regroupement avec l'ASGB (Algemeen syndicaat van geneesheren van België³), petit syndicat mixte de généralistes et de spécialistes, nationaliste flamand, ostracisé par la puissante fédération Wynen constitua leur seule échappatoire. Cette alliance perdurera jusqu'à nos jours sous l'égide de la Confédération des médecins belges avec néanmoins une difficulté majeure entre le VBO (l'aile flamande du syndicat qui représente les généralistes du nord et du sud du pays) et l'aile généraliste (flamande également) de l'ASGB. Celle-ci est manifestement plus étatiste et développe un projet de médecine très structuré. Le VBO campe lui sur des positions plus archaïques (médecine libérale en solo) et réagit souvent de façon poujadiste (attitude systématiquement antimutualiste et antigouvernementale). Ce conflit, outre ses aspects idéologiques (le rapport au rôle de l'État et des mutualités dans les soins de santé) qui sont bien réels, se double d'un conflit de pouvoir pour le *leadership* de la médecine générale en Flandre. Les généralistes francophones du GBO et les spécialistes de l'ASGB sont alors morfondus de l'incapacité de leurs alliés généralistes flamands de s'unir. Dès avant les premières élections médicales de 1998, le VBO vole de ses propres ailes et se transmute en SVH (Syndicaat van vlaamse hui-

sartsen⁴), ce qui lui permit de donner libre cours à un poujadisme mal rentré (le gouvernement source de tous les maux?). Mais mal lui en pris, la loi électorale⁵ l'obligeait à s'allier à des francophones et à des spécialistes. Il revint alors au bercail dans le cadre du Cartel (GBO+ASGB+SVH). Malheureusement le Cartel jouait la mauvaise pièce de la Confédération avec un SVH (ex-VBO) des plus ambivalents dans ses alliances.

Les élections médicales de 1998 : le roi est nu!

Les élections ont permis de vérifier largement ce que les connaisseurs savaient déjà : la désaffection profonde de la médecine générale pour le syndicat majoritaire, les chambres syndicales, rebaptisées Absym, regroupant surtout, elles, des médecins spécialisés. Malheureusement, le pouvoir politique n'a pas perçu de suite tout l'intérêt de cette situation inédite. Au lieu de passer un contrat de rénovation et de sauvegarde de la médecine générale avec le Cartel, il a tergiversé. Ce qui a permis à l'Absym d'adapter les stratégies d'endiguement. Le temps perdu a aussi conduit les médecins généralistes à perdre confiance dans le pouvoir politique et les partenaires mutualistes.

Les stratégies d'endiguement de l'Absym

Très affaibli dans le secteur de la médecine, entre autres suite à l'échec cuisant de la seconde «grande» grève au début des années quatre-vingts, l'Absym devait empêcher le Cartel de profiter de son avantage. Il a su se servir d'organismes non

représentatifs pour empêtrer son adversaire dans un réseau de contradictions : en poujadisant le Fag (Forum des associations de généralistes), en tenant la SSMG (Société scientifique de médecine générale) et en jouant la rupture du Cartel.

La SSMG, dont l'objectif est le progrès scientifique de la médecine générale, tenue sur les fonts baptismaux par des membres du GBO a rapidement tourné casaque. Bien qu'animée à sa base par des médecins de toutes tendances, la société scientifique a de plus en plus souvent emboîté le pas à l'Absym. Actuellement, dans les instances de l'Inami où elle a voix au chapitre, la SSMG vote avec l'Absym pour fausser le rapport de force issu des élections.

De son côté, le Fag, d'abord lieu de concertation entre les cercles locaux de médecins, s'échauffe à mesure inverse de son éloignement des instances de négociation. Les membres de l'Absym y défendent d'autant plus aisément des positions maximalistes (c'est-à-dire purement revendicatives : plus de moyens, moins de contrôle; point de vue soutenu par l'hypothèse que les médecins généralistes sont parfaitement vertueux et compétents). Tellement maximalistes qu'ils sont certains qu'elles n'aboutiront pas. De la sorte, ils

tendent parfois avec succès de faire endosser au GBO la responsabilité des échecs en commission médico-mutualiste. Alors que c'est l'aile spécialiste de l'Absym qui fait capoter les dossiers chers à la médecine générale.

Enfin, le syndicat de généralistes du nord (SVH, ex-VBO) est le maillon faible du Cartel. Attiré par des positions droitières, il ne s'en tient à l'écart que par sa répulsion pour le B-VAS (l'Absym flamand). Mais quand Rufij Baecke, le représentant de l'aile généraliste du B-VAS à la commission médico-mutualiste, est exclu de ce syndicat et de la commission médico-mutualiste, les mécontents s'unissent au sein du SVH, qui implose. La vieille garde du VBO perd le contrôle sur le syndicat qui tombe alors aux mains de dissidents maximalistes.

Cet événement a toute son importance car il a permis de coaguler l'ensemble des médecins généralistes poujadistes flamands, tirant le centre vers la droite.

Modes de financement divergents

Durant la précédente législature (1999-2003) le ministre Vandenbroucke, bien conseillé par des membres de son cabinet issu de la médecine

générale, s'engage dans la voie de la revalorisation de celle-ci. Mais les mesures qu'il propose (forfaits pour dossier médical global, dossier informatisé, disponibilité, accréditation...⁶) sont critiquées par l'Absym et l'aile maximaliste du Fag, qui se laisse séduire par une politique centrée sur la seule revalorisation de l'acte. Or cette politique ne mène à rien, comme l'a bien expliqué Béatrice Majnoni d'Intignano⁷.

En Belgique l'Absym défend aussi l'acte chez les généralistes, ainsi que le ticket modérateur obligatoire (celui-ci représente la participation financière du patient, elle est proportionnellement plus élevée en médecine générale) ce qui a pour effet de vider la médecine générale (en particulier la garde ambulatoire) de sa substance.

Élections de 2002 : la confirmation

Malgré l'agitation anti-Vandenbroucke orchestrée par l'Absym et les couches les plus frustrées de la médecine générale au sein du Fag, les deuxièmes élections libres accroissent le poids du Cartel dans le collège des généralistes (70% contre 60% quatre ans plus tôt). L'Absym (30% contre 40% en 1998) en est pour ses frais, même si elle remporte une grosse majorité de suffrages parmi les spécialistes votants.

Mais la guérilla reprend de plus belle.

Ainsi, le Fag engendre un groupe de pression baptisé MG-action qui démarre au quart de tour sur toutes situations à problème et elles sont nombreuses.



¹ Il faut bien comprendre que le généraliste de 1963 n'a plus grand-chose à voir avec le généraliste d'aujourd'hui. Ce dernier fait beaucoup plus mais sait beaucoup moins. Il voit tout doucement certains actes qu'il preste être accaparé à meilleur prix par le spécialiste.

² Ce qu'on appelle actuellement le dossier médical global qui a vu le jour 35 ans plus tard!

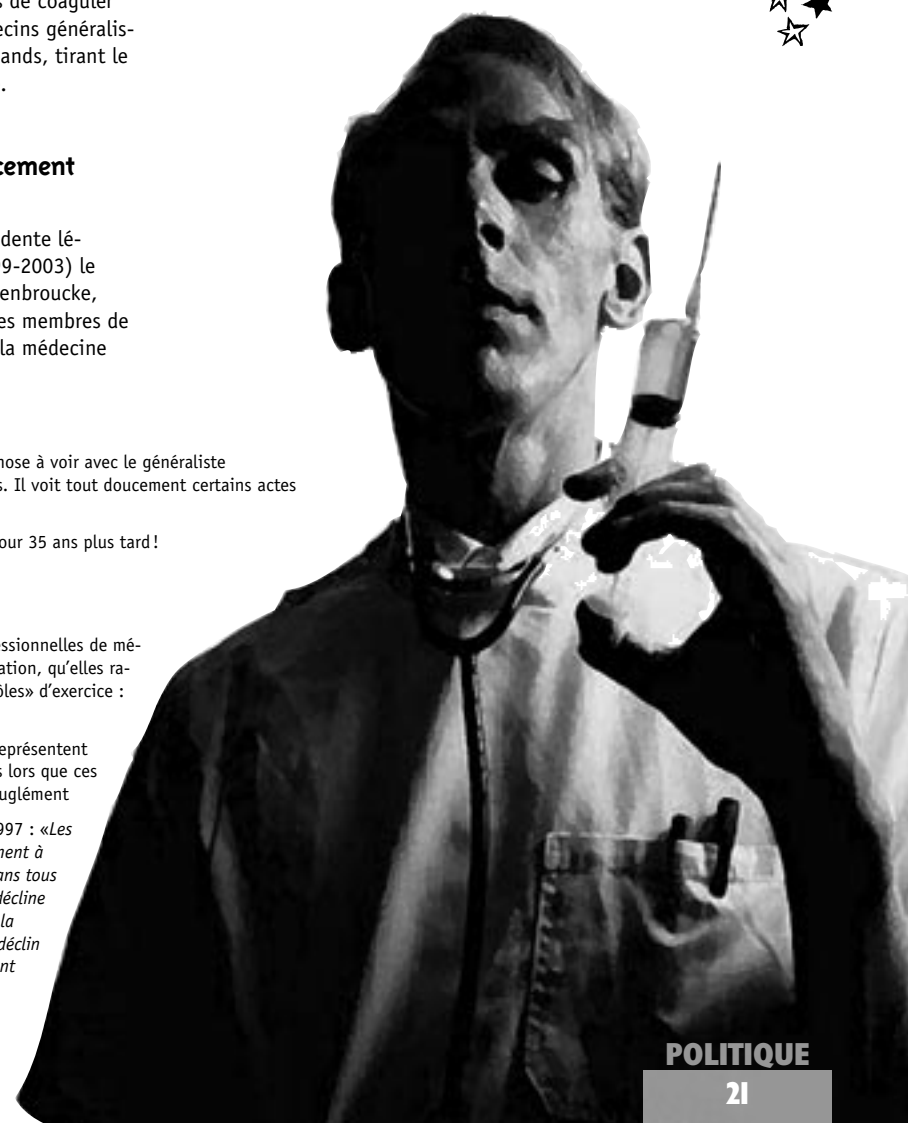
³ Syndicat général des médecins belges.

⁴ Syndicats des généralistes flamands.

⁵ Le principe d'accès à la représentativité pour les organisations professionnelles de médecins était en effet, en plus d'un seuil de membres en règle de cotisation, qu'elles ratisaient dans les deux communautés linguistiques et dans les deux «pôles» d'exercice : médecine générale (MG) et médecine spécialisée (MS).

⁶ Celles-ci sont baptisées par certains *forfaits sucettes*, alors qu'elles représentent la vraie solution pour la MG. Certes on pourrait les regrouper mais dès lors que ces forfaits visent à stimuler le changement on ne peut les distribuer aveuglément

⁷ Professeure française d'économie de la santé, celle-ci affirmait en 1997 : «Les généralistes... français (et belges, ajoutons-nous) tiennent au paiement à l'acte qu'ils assimilent au libéralisme, mais qui en réalité les dessert. Dans tous les pays rémunérant leurs généralistes à l'acte, la médecine de famille décline au profit d'une médecine de plus en plus spécialisée et coûteuse. Seule la capitation protège la médecine de famille de cet abandon relatif et du déclin de leur revenu. Soucieux de leurs intérêts, les spécialistes les encouragent dans cette voie... »



La meilleure médecine du monde?



L'avenir : la cité radieuse?

La rupture ayant été consommée entre le syndicat purement généraliste du nord (SVH) et ses alliés de la Confédération des médecins belges (CMB : GBO + ASGB), ces deniers ne disposent plus des 1500 membres cotisants nécessaires pour se présenter aux troisièmes élections médicales (reportées à l'automne 2006). Le SVH exige une place pour les syndicats mono-disciplinaires. Dans un premier temps, le ministre refuse. Puis, alors que la CMB avait trouvé enfin ses 1500 parrains, celui-ci aurait reculé devant l'affront fait au syndicat de médecine générale flamand le plus représentatif. Nous risquons ainsi de nous retrouver avec trois syndicats du nord se disputant les trois malheureux sièges de la médecine générale flamande. Vous avez dit balkanisation?

Du côté francophone, la situation n'est guère meilleure, il n'est pas impossible que certains francs-tireurs du sud s'allient avec les généralistes du SVH pour «casser la baraque», ce qu'ils sont malheureusement en mesure de faire. Au total, le

maximalisme risque d'affaiblir la représentation de la médecine générale à l'Inami, avec escalade garantie. Du côté spécialisé, l'Absym continuera à régner sans partage.

Nous reprendrons note analyse après les élections, mais il est déjà clair que le pouvoir politique, en ne revalorisant pas la médecine générale et toute la première ligne de soins⁹ avec un plan global et déterminé, ouvre un boulevard pour les spécialistes hospitaliers. Au lieu de pousser à l'unité de tous ceux qui se battent pour une première ligne forte et structurée, on a laissé les conflits pourrir, on est même en train de les légitimer! L'Absym a encore de beaux jours devant elle. ■

PIERRE DRIELSMAS

⁹ Première ligne (par opposition aux échelons spécialisés de référence) : désigne en gros les professionnels et services de premier recours, insérés dans les quartiers : MG, kinés, infirmiers à domicile, centres de santé mentale, de planning familial...

TANGENTE ÉTHIQUE

Les généralistes face à leur curieux rôle

Réaction à Pierre Drielsmas

Evidemment, il ne faut pas confondre les genres : opéra et opérette, méditation et calcul gestionnaire, analyse politique et analyse éthique! Je vois bien le point de vue d'où Pierre Drielsmas répond à la question qu'on lui pose, et il le fait avec clarté. Reste que ce discours sonne très étrangement à mes oreilles d'éthicien. Assez à l'écart des luttes politiques et économiques où certains médecins investissent certainement beaucoup d'énergie (et sans doute souvent à juste titre), mon point de vue à moi risque de passer pour naïf, immature politiquement, idéaliste – au fond stupide. N'empêche que mon point de vue vise lui aussi en priorité les médecins généralistes mais vus en situation, c'est-à-dire dans ce curieux rôle, dans cette profession paradoxale qui consiste à faire du bien à quelqu'un d'autre. Contrairement à certains, je ne mets pas «le patient au centre», justement parce qu'il n'y a pas un mais plusieurs centres : patient, proches, médecin généraliste, soignants, médecin spécialiste, assureurs (et tant qu'on y est : l'avocat et le médiateur de l'hôpital si besoin)... Dans ce réseau que constitue toujours une relation d'aide médicale, le généraliste a un rôle primordial, constamment rappelé par la littérature scientifique, mais auquel il ne croit plus lui-même... Crise d'identité professionnelle, bien plus profonde et plus cruciale pour le corps social que les soucis financiers par ailleurs tout à fait légitimes. Et si les représentants des généralistes intégraient – en y croyant vraiment – cette dimension éthique du soin médical qui rend à chacun l'identité, la reconnaissance et les honoires qui lui sont dus? Droits, devoirs, responsabilités, partage du pouvoir... et pas ce qui pourrait faire penser à la guéguerre chez les pompiers pendant que l'incendie fait rage – car les inégalités restent si grandes dans notre pays où la médecine a cependant des moyens enviés par beaucoup de voisins! ■

MICHEL DUPUIS

Pot de terre contre pot de fer

Les grands médias généralistes favorisent souvent l'information «spectacle» aux dépens du discours critique. La couverture de la santé n'échappe pas à la règle. Mais les journalistes ne disposent pas non plus des moyens pour contrer une industrie surpuissante.

CHRISTIAN VAN ROMPAEY

rédacteur en chef de *En marche* (Mutualités chrétiennes)

L'observatoire mondial des médias sur la santé et la nutrition rapporte que la société McDonald's ne devrait plus craindre les plaintes, individuelles ou collectives, des patients obèses, le Parlement américain ayant voté la «Cheeseburger bill», une loi interdisant le dépôt de telles plaintes. MacDo se voit ainsi protégée des risques financiers qui auraient pu atteindre des montants aussi élevés que ceux auxquels ont dû s'astreindre certaines marques de cigarettes.

Les États-Unis ont toujours préféré jouer la carte de la responsabilité personnelle plutôt que celle, plus contraignante il est vrai, de la santé publique. Soit, mais la liberté individuelle ne fonctionne que si chaque citoyen est bien informé.

McDonald's, comme Coca-Cola, ont annoncé qu'ils afficheront prochainement le contenu nutritionnel de leurs produits «sous un format convivial»... On peut déjà douter de l'effet de cette annonce sur la modification des comportements alimentaires qui posent aujourd'hui un vrai problème de santé publique dans l'ensemble des pays industrialisés.

L'information, destinée au grand public, ne peut jouer jeu égal avec les moyens dont disposent de puissants lobbies industriels. Mais, par ailleurs, l'information de presse dans le domaine de la santé, et de la santé publique en particulier, reste peu volontariste, prisonnière en quelque sorte de ce que beaucoup considèrent comme des «règles incontournables du journalisme».

Ainsi, priorité sera donnée à l'information-événement : la mise sur le marché d'un «nouveau» médicament toujours considéré comme «prometteur» (voir l'affaire Vioxx !), la ma-

ladie qui fait peur (la grippe aviaire), la prouesse médicale qui rassure (la greffe partielle du visage), la question éthique qui trouble (jusqu'où ira-t-on?) ou le fait divers sordide (le double meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante dans un hôpital psychiatrique).

Par ailleurs, si l'information médicale se fait souvent triomphante, les «échecs» en santé publique devraient tempérer cet optimisme médiatique récurrent. Il suffit de citer l'affaire du sang contaminé, l'hécatombe des accidents de la route, la montée irrésistible des toxicomanies, les cancers environnementaux (le scandale – centenaire – de l'amiante, les pollutions atmosphériques...), les conséquences en santé mentale du chômage et de la flexibilité outrancière en milieu de travail... Dans ces conditions, le droit à la santé ne peut se limiter à un droit à la consommation indéfinie de soins de réparation ou de médicaments. Trop de journalistes contribuent, sans trop s'en rendre compte, à diffuser une conception individualiste de la santé en mettant le patient dans une situation de consommateur. Ne vaut-il pas mieux consacrer ses efforts à «changer la vie» plutôt que de passer sa vie à la soigner?

Information «copiée-collée»

L'information est au centre d'un échiquier complexe. L'idée que chacun se fait de la santé dépend de sa situation, selon qu'il est malade chronique, jeune dans la force de l'âge, représentant de l'autorité publique, mutuelliste engagé ou actionnaire dans l'industrie du médicament... La question du journaliste sera donc, avant tout, de s'assurer d'où vient l'information afin de mieux apprécier sa pertinence.

On l'a vu dans l'affaire du Vioxx! Combien n'ont-ils pas embayé en chœur sur les vertus de ce nouvel anti-inflammatoire, empruntant le

discours peu mesuré des communiqués de presse officiels, alors que l'information contraire était disponible, mais il est vrai, peu visible. De plus, comme dans d'autres cas – les restrictions de l'usage du traitement hormonal de la ménopause ou le retrait de certains antidépresseurs infantiles –, il faut s'interroger sur les défauts d'évaluation avant la mise sur le marché et se demander : «Que fait le ministère de la Santé publique? Que fait l'Europe qui est d'autant plus faible en ce domaine qu'elle est bien souvent à la traîne de l'Agence américaine chargée d'évaluer les médicaments avant leur mise sur le marché (FDA), accusée d'être trop proche des intérêts de l'industrie pharmaceutique.

Au quotidien, l'industrie pharmaceutique, dans un registre moins dramatique, a recours, comme chacun, aux techniques des relations publiques. Sous les apparences de l'information, celles-ci fournissent régulièrement aux journalistes des «dossiers établis en toute indépendance par des spécialistes» tout en les accompagnant d'une «information» ciblée pour un médicament. La pratique est particulièrement voyante dans les journaux spécialisés destinés au corps médical. Ainsi, les médicaments génériques n'ont pratiquement pas droit de cité dans la presse médicale, subsidiée de manière intensive par l'industrie du médicament, sinon pour être critiqués. Certes, certain(e)s journalistes font de la résistance en utilisant le dossier sans citer l'entreprise qui leur a passé l'information. Mais est-il normal de lier un projet rédactionnel à l'agenda des services de relations publiques d'entreprises commerciales? ■

¹ Le Vioxx, médicament anti-inflammatoire fabriqué par Merck, présenté au moment de son lancement comme un médicament révolutionnaire, a été retiré précipitamment de la vente le 30 septembre 2004 en raison des effets secondaires cardio-vasculaires constatés lors d'essais cliniques.

Abonnez-vous* à Espace de Libertés

le magazine du Centre d'Action Laïque

Afrique et laïcité

La laïcité a-t-elle un avenir au Congo, se demande Pierre Galand, qui rappelle l'«œuvre missionnaire» menée pour parfaire l'ordre colonial. Sans que les réseaux laïques se manifestent. Aujourd'hui pourtant l'action laïque est plus présente, via des ONG, l'ULB, LHAC etc. Ce dossier tente de faire le point sur les liens particuliers entre les Église et la politique aujourd'hui encore, en RDC, où être athée est mal vu, mais aussi au Rwanda, où l'Église est encore et toujours très présente aux côtés du pouvoir. Dans ce numéro, il est aussi question d'éthique, de politique, de l'échec à l'école, d'ingérence humanitaire, des extrêmes droites européennes...



Le numéro de février fera le point sur les peurs qui nous déstabilisent sous le titre «Même pas peur!».

*11 numéros + 1 Document pour 20 €

Par virement au compte 210-0624799-74 du CAL, 1050 Bruxelles, avec la mention «ABT EDL POL0». Renseignements: 02/627.68.68 - email: espace@ulb.ac.be Également en vente en librairie.



Inégalités sociales de santé et politiques publiques

Poil à gratter des représentations culturelles et des a priori politiques, les plus tenaces dans les pays médicalement avancés, la question des inégalités sociales de santé remet en cause pas mal de logiques d'investissement et de progrès. Données à l'appui. Mais qui veut vraiment s'y arrêter ? Panorama européen des défis et des priorités ainsi revisités. La Belgique ? Peut mieux faire !

PERRINE HUMBLET

directrice du département Politique et système de santé à l'ULB. Enseigne les inégalités sociales de santé.

Dans tous les pays occidentaux, les inégalités sociales et économiques entre groupes sociaux se traduisent par des écarts de santé qui les reflètent fidèlement, c'est ce qu'on appelle les inégalités sociales de santé. Il ne s'agit pas ici de commenter la lapalissade «Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade» mais plutôt de dégager en quoi ces inégalités sociales de santé défient les politiques de santé mais également la communauté scientifique. Comprendre comment se produit l'inscription des circonstances de vie dans les corps en créant une hiérarchie sociale de la santé, comprendre le rôle joué par les soins et mettre au point des stratégies politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé inacceptables représentent pourtant de nouvelles questions sociales que la Bel-

gique prend du retard à affronter. Le constat que les inégalités ne diminuent pas dans les pays où le niveau de santé général s'améliore et le fait qu'elles augmentent là où l'accessibilité aux soins est large, sont autant d'arguments qui devraient pourtant inciter notre pays à s'inscrire dans cette problématique. Ce n'est semble-t-il pas le cas. Lors du sommet européen organisé à Londres par la présidence anglaise en octobre dernier, l'État fédéral et les communautés avaient non seulement envoyé très peu de participants mais la Belgique brillait également par son absence dans le rapport de base sur les politiques et stratégies nationales de réduction des inégalités de santé auquel 22 des 25 pays de l'Union européenne avaient contribué. Deux semaines plus tard, une des rares associations réunissant des scientifiques du nord et du sud du pays, l'association belge de santé publique, consacrait pour la première fois son symposium sur le même sujet mais l'inaugurerait sans qu'aucun des ministres ayant en charge la santé ne rehausse le colloque de sa présence.

Impact des inégalités à tous les étages

Quel sont les défis ? Au plan scientifique, il s'agit de comprendre ce qui produit ce qu'on appelle le «gradient social de la santé». Il s'agit du fait que l'espérance de vie diminue et que la plupart des maladies augmentent régulièrement en fréquence, à l'inverse des avantages socio-économiques. Cette observation était connue depuis longtemps mais elle n'a été considérée comme un objet de recherche en tant que tel qu'à partir des années quatre-vingts. Les hypothèses d'explication du

gradient de santé ont considéré les différences matérielles de conditions de vie, telles que les ressources financières, les conditions de travail, le logement ou encore l'environnement. Les comportements dits «à risque» comme la consommation de tabac ou d'alcool, l'alimentation déséquilibrée ou l'absence d'activité physique ont également été identifiés, étant plus fréquents dans les groupes au bas de l'échelle sociale. Toutefois, ces facteurs ne rendaient pas suffisamment compte de l'ampleur des différences de santé ni surtout du fait que l'inégalité de santé parcourt toute la société. Ce ne sont pas seulement les plus pauvres qui se distinguent par leur santé moins favorable mais l'inégalité existe également au sommet de la hiérarchie, entre les groupes les plus favorisés. En effet, la position relative dans la hiérarchie sociale joue également un rôle. Différentes composantes du stress, au travail et dans la vie sociale, ont été étudiées dans leurs liens avec les éléments constitutifs de la position et du statut social des individus et pour leurs effets sur la vulnérabilité et sur la sensibilité aux maladies. Enfin, les recherches ont fait intervenir le facteur temps dans les modèles explicatifs. Certaines maladies résultent d'une accumulation de faits et de situations antérieures. Sans entrer dans les détails, la petite enfance ou la naissance par exemple, représentent des périodes critiques dans la mesure où l'état de santé dans cette période a des conséquences sur la santé à l'âge adulte ; l'adolescence représente une période critique pour les pathologies du tabagisme à l'âge adulte... L'identification de «périodes critiques» du cours de la vie offre ainsi la possibilité de distinguer des cibles d'intervention pour les politiques de santé.

Variations sous les tendances dominantes

Le rôle joué par les soins médicaux dans la production des inégalités sociales de santé a été moins exploré. Tout simplement parce que l'amélioration globale de la santé des populations est considérée comme assez peu dépendante du niveau de consommation des soins, et parce que les inégalités subsistent dans des pays où l'accessibilité aux soins est large. En outre, les inégalités de santé résultent de variations sociales au niveau de l'apparition des maladies et cela donc, par définition, avant que l'action réparatrice des soins ne joue un rôle. Les nombreuses études basées sur des données internationales ont montré de manière constante l'association entre position sociale et santé mais également des variations au niveau de l'intensité de cette association. Il semble bien établi que les systèmes de santé n'expliquent pas les inégalités de santé mais qu'ils sont susceptibles de les accentuer ou de les affaiblir. Des différences entre l'utilisation théorique qu'un système de soins prévoit et l'utilisation réelle par l'ensemble de la population couverte sont mises en exergue (dans les milieux les plus pauvres : utilisation de services hospitaliers de garde comme services de première ligne, sous-utilisation des soins dentaires et d'ophtalmologie, de lunetterie, de santé mentale, des dépistages ; mais aussi surconsommation des soins spécialisés dans les milieux les plus favorisés...). Des différences sociales dans l'utilisation des soins sont liées à l'information, aux rôles sociaux, aux variations sociales de l'offre et de la demande de soins, mais certaines inégalités s'observent également dans les traitements et les prestations de soins qui ne s'expliquent que par les rapports sociaux entre soignants et patients.

Au final, les recherches se poursuivent dans les lignes décrites et un consensus s'est établi quant à l'existence et la force de déterminants sociaux de la santé, mais il revient à la décision politique de déterminer quelles inégalités sont considérées comme inacceptables et injustes et sur quels leviers pousser pour les réduire. Or la traduction politique est peu développée et peu claire. Les responsables des politiques sanitaires ont d'autant plus de mal à franchir le pas qu'il faut à l'évidence impliquer d'autres leviers que celui des soins de santé pour réduire les inégalités sociales de santé et qu'il est nécessaire de commencer par reconnaître ses propres difficultés à prendre en compte la dimension sociale des problèmes de santé, quand il ne faut pas remettre en cause certains programmes bien installés qui accentuent probablement les inégalités par l'absence de stratégies pour en soutenir l'accès des plus marginaux.

La Belgique à la traîne

L'examen comparé des stratégies des pays européens visant la réduction des inégalités sociales de santé a été rendu public lors du sommet européen de Londres en octobre dernier. Alors que l'Organisation mondiale de la santé a explicitement recommandé d'améliorer l'équité en santé, le rapport constate des lacunes importantes simplement pour documenter ce sujet dans les différents pays. La Belgique marque d'ailleurs un retard évident sur ce plan. Il souligne également la rareté des évaluations de politiques et de programmes de réduction des inégalités, obligeant chaque état à des innovations parfois sans arguments fiables. En tout état de cause, aucun pays européen n'a retenu pour cible la réduction du gradient social de santé qui parcourt toute la société alors que toutes les études le mettent en évidence, quel que soit l'indicateur de santé utilisé. Les pays européens ont surtout cherché à diminuer l'écart relatif entre le groupe le plus défavorisé et les autres, sans viser les inégalités touchant l'ensemble de la société. L'Écosse et le Pays de Galles ont, quant à eux, centré leurs programmes et stratégies sur les personnes vivant en situation de pauvreté et les exclus sociaux en tant que tels. L'attention portée à la pauvreté se justifie du fait de son augmentation régulière : la proportion d'enfants vivant sous le seuil de pauvreté a par exemple doublé dans les dix dernières années en Belgique. Elle se justifie également dans une approche centrée sur les écarts de santé des plus pauvres, parce que l'augmentation des inégalités de santé est principalement due au fait que l'état de santé des classes les plus favorisées s'améliore comparativement plus vite et bénéficie de manière plus intense de toute ressource nouvelle.

Les pays européens n'ont pas encore tous établi explicitement une politique d'équité en santé et de réduction des inégalités. Lorsqu'elle existe, le point critique réside dans le degré d'intégration transversale des différents départements impliqués et la précision des cibles. Le défi réside surtout dans la volonté de ces pays d'évaluer l'impact de leurs actions et de faire connaître leurs résultats pour que d'autres puissent s'en inspirer. Ces informations offriraient à leur tour des opportunités de recherches plus fines sur les systèmes de santé et sur les déterminants sociaux de la santé. ■

Changer de position pour mieux voir

Réaction à Perrine Humblet

Il y a des choses réelles qu'on ne peut pas percevoir aisément d'une vue directe : ces choses ou ces situations sont des objets qui ne se montrent que de biais. Les scientifiques doivent faire preuve d'une belle imagination pour mettre au point des outils d'observation – des espèces de microscopes aux lentilles déformantes, peut-être.

En matière d'inégalités sociales de santé, c'est particulièrement vrai. Perrine Humblet a raison : il importe de faire un maximum de lumière sur les situations, sur les paramètres, les corrélations, etc. Mais il faut sans doute autre chose : une espèce d'anti-lumière, comme une obscurité éclairante. Ce n'est pas de la magie mais juste de la bonne psychologie et de la philosophie : un certain John Rawls nous l'a appris¹. En matière d'inégalités, si l'on cherche vraiment davantage d'équité et de justice, il est très éclairant de se voiler la face, c'est-à-dire d'utiliser le fameux «voile d'ignorance» et de jouer le jeu. Quitter sa propre situation dans la hiérarchie sociale (d'où l'on jugerait trop aisément), et se placer ailleurs dans l'échelle de la richesse ou de la pauvreté, on ne sait pas où précisément, pour envisager le niveau d'acceptabilité ou le caractère intolérable de la situation où l'on se retrouve. L'exercice proposé à un groupe de population, ou à des décideurs, produirait une prise de conscience qui manque cruellement dans notre pays et aurait l'avantage d'objectiver des clivages plus criants et bien plus profonds que l'éventuel fossé communautaire. ■

MICHEL DUPUIS

¹ Sur John Rawls : voir Christian Arnperger, ????, POLITIQUE, janvier 2003 (vérifier)

TANGENTE ÉTHIQUE



Hommes-femmes, quand le cœur s'en mêle

Les maladies cardio-vasculaires tuent dix fois plus de femmes que le cancer. Ces maladies ont pourtant une image très «masculine». Un préjugé tenace non seulement dans la population, mais plus dramatiquement, dans le corps médical.

Nous en avons discuté avec une médecin généraliste¹ qui s'intéresse particulièrement à ces questions.

En quoi les femmes sont-elles traitées différemment des hommes en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires ?²

Cela commence par la prévention. Comme l'écrit le journal médical *Le Généraliste* en novembre 2005 : «*Les femmes ont autant d'avantages que les hommes à tirer d'un traitement contre le cholestérol. Le problème, c'est qu'on le leur prescrit moins souvent*». Il existe des tableaux de remboursement d'un tel traitement, en fonction de l'âge, de la tension artérielle, du taux de cholestérol et selon que l'on soit fumeur/non fumeur, diabétique/non diabétique.

Pour une femme non fumeuse et non diabétique, obtenir un remboursement relève de l'exploit!

C'est vrai que les hommes et les femmes ne sont pas du tout égaux, au désavantage des hommes, devant les risques cardio-vasculaires avant l'âge de la ménopause. Cela s'explique par les œstrogènes qui ont un effet protecteur que n'a pas la testostérone³. Mais une fois que les œstrogènes s'effondrent au moment de la ménopause, la courbe des risques des femmes rejoint brutalement celle des hommes. Les traitements de substitution donnés autour de la ménopause amortissent ce saut de courbe, mais ils sont actuellement remis en question à cause de leur impact négatif sur les risques de cancer du sein.

Existe-t-il aussi des différences au niveau du diagnostic, du traitement ?

Voyez cet article du *Journal des Congrès* d'octobre 2005 : «*L'expression clinique et l'évolution des cardiopathies chez les femmes sont sensiblement différentes par rapport à l'homme. Résultat : elles sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées, autant par les urgentistes que par les cardiologues qui ne portent qu'une attention insuffisante au profil atypique de ces patientes*».

Cela vient-il d'un manque de formation des médecins? N'y a-t-il pas une évolution aujourd'hui ?

Pour les points d'acupuncture, il existe une statuette féminine que depuis quelques mois... En fait il s'agit d'une vision de la médecine. L'idée de considérer l'ensemble d'un individu est une idée récente. Avant on ne prenait en compte que l'organe; et après tout, un rein de femme ou un rein d'homme c'est un rein... mais à partir du moment où on considère l'ensemble, les

circonstances sont très différentes. Les symptômes, les douleurs ne veulent pas dire la même chose, parce qu'un corps de femme n'est pas un corps d'homme. Il faut par exemple prendre en compte l'hypophyse⁴, qui ne fonctionne pas du tout chez une femme comme chez un homme dans son rôle régulateur. Une femme peut avoir des problèmes d'estomac ou de maux de tête liés à des variations hormonales, alors qu'un homme ne fonctionne pas de manière cyclique.

La féminisation du corps médical permet-elle d'espérer une meilleure prise en compte de ces différences ?

La féminisation de la profession correspond surtout au fait qu'il y a de plus en plus de généralistes pauvres; comme dans d'autres métiers, la féminisation s'accompagne d'un paupérisation et s'il y a bien un métier qui n'est pas rentable en termes de quantité de travail par rapport aux revenus, c'est celui-là!

Plus on grimpe dans les postes de décisions, que ce soit dans les facultés de médecine, à l'Ordre des médecins ou dans les syndicats médicaux, plus on retrouve une grande proportion d'hommes. C'est le même processus qu'ailleurs: je crois que les femmes ne sont pas très intéressées par le pouvoir mais beaucoup plus par la coopération et la négociation. Elles sont plus consensuelles, non pas qu'elles ne soient pas bagarrees ou qu'elles ne défendent pas leurs opinions, mais elles ne sont pas tout le temps dans ce rapport de force.

La santé est également liée aux moyens économiques. Sur le plan de la santé, femmes et hommes réagissent-ils différemment face à la pauvreté ?

Ce qui me frappe personnellement, c'est que, statistiquement, la pauvreté touche plus les femmes que les hommes et que, pourtant, ça se voit moins, parce que les femmes sont beaucoup plus pudiques et «bricolent» mieux avec leur pauvreté. Elles prennent mieux soin d'elles-mêmes.

Est-ce qu'elles ne sont pas aussi moins visibles parce qu'elles consultent moins, qu'elles hésitent à se soigner, surtout si une hospitalisation est nécessaire, à cause de leurs responsabilités familiales... ?

Effectivement, je suis médecin dans un CPAS et on y voit moins les femmes. Je crois que les hommes ont plus de mal avec l'aide sociale mais plus généralement aussi, ils ont moins de résistance à la douleur et plus d'angoisses par rapport à leur santé. En vieillissant ils deviennent aussi plus fragiles, à cause du sentiment de perte de leur virilité... ■

Propos recueillis par Irène Kaufer et Julie Carlier

¹ La personne interviewée n'a pas souhaité que nous mentionnons son identité pour des raisons personnelles.

² Les maladies cardiovasculaires chez la femme ont été au centre de «La semaine du cœur» organisée en septembre 2003 par la Ligue cardiologique belge. Une brochure a été éditée sur le sujet à cette occasion (renseignements : Ligue cardiologique belge - rue des Champs Élysées 43 à 1050 Bruxelles). Un article de synthèse sur cette problématique a également été publié dans le numéro de septembre-octobre 2003 du périodique de la LCB «Notre cœur, nos artères».

³ Ndlr : hormones respectivement féminines et masculine.

⁴ Glande située à la base du cerveau et qui joue un rôle de «régulateur» sur le corps, notamment au niveau hormonal.

Quand L'OMS découvre la «sexospécificité»

L'Organisation mondiale de la santé est en train de prendre conscience de ces problématiques, y compris de la nécessité de donner plus de place à des femmes dans ses propres instances, même aux plus hautes responsabilités.

Ainsi, le dernier rapport du secrétariat affirme que : «Pour assurer l'équité en matière de santé, il est indispensable que le secteur de la santé reconnaisse les différences entre femmes et hommes du point de vue du sexe biologique et du sexe social, ce dernier se rapportant aux rôles et responsabilités socio-économiques conférés par la société et la famille. Des faits de plus en plus nombreux montrent que le sexe biologique et le sexe social influencent tous deux les risques pour la santé, le comportement en matière de recours aux soins, les issues sanitaires (et leurs conséquences), pour les femmes comme pour les hommes, l'accès aux systèmes de soins et la réaction de ces systèmes»*.

La formation et la recherche sont également mises en cause : «Le plus souvent, les travaux sur les maladies qui touchent à la fois les femmes et les hommes ont été faits sur des hommes et prennent comme norme les besoins de santé de ces derniers. Ils ne peuvent donc pas livrer les connaissances nécessaires, d'où une formation et une orientation mal adaptées des professionnels de santé et l'incapacité ultérieure à bien diagnostiquer certaines pathologies».

Ces inégalités concernent aussi le personnel médical : «Pour que les systèmes de santé publique agissent avec efficacité, il est vital de redresser les inégalités entre hommes et femmes au niveau du personnel de santé. À l'échelle mondiale, bien que les femmes représentent plus de la moitié de la main-d'œuvre de santé structurée, elles sont sous-payées et n'ont pas de pouvoir de décision. De plus, en tant que prestataires informelles de soins de santé non rémunérées, les femmes et les jeunes filles assument un très lourd fardeau au foyer comme dans la communauté, ce qui a souvent des retombées négatives sur leur santé et leur bien-être». ■

* Toutes les citations sont tirées du rapport de l'OMS, «Sexospécificité, femmes et santé» (2005).



TRAVERSES

Le magazine de l'économie sociale,
c'est, tous les deux mois, un dossier complet sur des sujets variés : les titres-services, l'Europe, le commerce équitable, la finance alternative, le tourisme solidaire...

Traverses, le magazine de l'économie sociale est disponible par abonnement.
Pour commande et information :
071/53 28 30 • Fax : 071/53 28 31
traverses@saw-b.be • www.traverses.be

TRAVERSES est une publication de l'asbl Solidarité des alternatives wallonnes et bruxelloises

Le traitement de la diversité en hôpital

Si le monde médical porte de plus en plus d'attention aux patients d'origine étrangère, ceux-ci subissent toujours des inégalités de traitement. En cause : des problèmes communicationnels, culturels mais aussi de moyens, qui restent trop limités.

NATHALIE PERRIN

chercheuse au Centre d'études de l'ethnicité et des migrations (CEDEM - ULg)

Les médecins, et à travers eux les services hospitaliers, doivent aujourd'hui faire face à un dilemme. Conformément au serment d'Hippocrate, les malades n'ont ni race, ni religion : ainsi, en théorie, aucune distinction ne doit être pra-

tiquée entre les patients¹. Toutefois, dans leur pratique, les praticiens et le personnel médical sont fréquemment confrontés à la diversité linguistique, culturelle et/ou religieuse des populations immigrées. Le non-respect ou l'ignorance de ces particularités dans la prise en charge pouvant influencer négativement sur le processus de guérison, le secteur hospitalier est de plus en plus souvent amené à concilier son exigence de neutralité et la nécessité de faire des concessions au multiculturalisme.

Ainsi, surtout depuis le début des années nonante, certains établissements accueillant un fort taux d'immigrés ont tenté d'apporter des réponses aux besoins de leurs patients d'origine étrangère, notamment par une sensibilisation accrue de leur personnel à la diversité culturelle et religieuse. De plus, quelques hôpitaux ont opéré des aménagements à destination plus spécifiquement de leurs patients de confession musulmane : des régimes alimentaires particuliers, des espaces cultuels et des lieux permettant d'effectuer la toilette mortuaire en fonction du rite musulman, l'accueil de conseillers islamiques...

Comprendre pour mieux soigner

Toutefois, c'est en 1996 que s'opéra un véritable tournant pour une meilleure prise en charge des populations immigrées en milieu hospitalier. En effet, suite à la décision de la conférence interministérielle à la politique de l'immigration du 12 mars de cette même année, un projet-pilote de médiation interculturelle a été mené à l'échelle nationale. Aujourd'hui, cette initiative, coordonnée par le SPF-Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, dispose d'un budget considérable (plus d'un million trois cent mille euros) et concerne 37

hôpitaux généraux et 15 hôpitaux psychiatriques dans tout le royaume.

Contrairement aux initiatives précédemment mentionnées, la médiation interculturelle prend non seulement en compte les spécificités religieuses et culturelles des immigrés, mais elle s'attache également à palier le déficit communicationnel trop souvent remarqué entre le personnel soignant et leurs patients d'origine étrangère. Nombre d'immigrés ont une connaissance très approximative du français et éprouvent des difficultés pour exprimer leurs maux, qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique. Ces problèmes de communication sont non seulement verbaux, mais également souvent culturels. Or il est évident que la qualité des soins et leur efficacité thérapeutique sont influencées par la valeur de la communication entre soignant et soigné.

Le médiateur interculturel a ainsi pour fonction d'aider le personnel médical et les patients d'origine immigrée à dépasser les barrières linguistiques et à «jeter des ponts entre les cultures des patients et des soignants»². Au-delà de sa fonction d'interprète, il a notamment pour tâche d'informer le personnel soignant quant aux caractéristiques culturelles et religieuses du patient et sur ses modes d'expression de la douleur, son rapport à la santé, à la maladie...

Les défis ne manquent pas

Si l'utilité des services de médiation interculturelle dans les hôpitaux ne fait aucun doute, de nombreux problèmes persistent³. Premièrement, les besoins sont très importants étant donné la diversité des communautés étrangères établies en Belgique. Or, à l'heure actuelle, l'offre concerne essentiellement les patients

d'origine turque ou arabe. Deuxièmement, malgré les moyens considérables dégagés ces dernières années, les médiateurs interculturels ne sont souvent engagés que sur base d'un temps partiel et certains hôpitaux ne disposent de médiateurs que un ou deux jours par semaine. Troisièmement, le personnel soignant se montre parfois très défiant à l'égard des médiateurs interculturels, soit parce qu'il minimise l'importance des barrières linguistiques et culturelles, soit parce qu'il perçoit leur intervention comme une immixtion dans sa pratique. Quatrièmement, les médiateurs sont souvent confrontés à des problèmes pour lesquels ils ne sont pas formés (problèmes administratifs, soutien psychologique...)⁴.

Ainsi, malgré les initiatives menées dans certains établissements, bien des efforts doivent encore être entrepris au sein du secteur hospitalier pour répondre aux besoins de leurs patients d'origine étrangère. Sans conteste, la gestion de la diversité dans les établissements de soins reste un défi majeur pour les politiques sociales d'intégration de demain. ■

¹ C. Vassart, *Les soins de santé face aux défis de la diversité : le cas des patients musulmans*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2005, p. 9.

² E. Florence et J. Jamin, *Médiations interculturelles et institution*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2003.

³ Lire à ce propos : H. Verrept, A. Perissino et A. Herscoici, *Médiation interculturelle dans les hôpitaux*, Bruxelles, Direction générale de l'Organisation des établissements de soins, 2000.

⁴ Idem.

Un chemin de crête entre efficacité et équité

L'économie de la santé seule ne peut aplanir tous les défis ni remédier à tous les problèmes de gestion rationnelle d'un système moderne de soins. Mais elle peut attirer l'attention des acteurs politiques et des professionnels de santé sur les mécanismes à prendre en compte pour contenir les principaux risques de dommages induits.

ENTRETIEN AVEC MARIE-CHRISTINE CLOSON

économiste de la santé, professeur à la faculté de médecine de l'UCL

En Belgique, les soins de santé sont en grosse partie remboursés par la collectivité, via la sécurité sociale. Mais depuis longtemps le système s'appuie de façon fonctionnelle sur des opérateurs semi-privés (organismes assureurs garantissant la sous-traitance de l'assurance maladie publique) ou à statut franchement libéral (médecins, dentistes, certains hôpitaux et cliniques, maisons de repos et de soins...). Ne pensez-vous pas que, depuis quelques années, nous évoluons vers une trop grande privatisation du secteur de la santé ?

Si on compare par exemple la situation des institutions hospitalières en Belgique et en France, on observe que chez nos voisins la médecine privée est beaucoup plus privée qu'ici. Je ne dis pas que la médecine belge n'est pas libérale, mais une grande partie de nos hôpitaux «privés» sont des asbl. En France, le secteur privé des soins se qualifie lui-même de secteur privé lucratif à but commercial! En Belgique, on ne peut pas s'implanter ainsi comme entreprise purement commerciale dans le domaine de la santé.

En fait, à quelques exceptions près, la médecine privée belge est beaucoup moins privée que dans le reste des pays européens.

Y a-t-il à cela des raisons précises ?

L'une d'entre elles est qu'on a maintenu un mode de financement identique des deux catégories d'établissements (publics et privés) avec toutefois une couverture des déficits éventuels dans les hôpitaux publics par les pouvoirs publics locaux, censée leur permettre de remplir leur fonction de services

publics. Globalement, on a moins clivé le secteur public et le secteur privé que dans les autres pays. C'est ainsi qu'on trouve chez nous des hôpitaux privés desservant une clientèle très défavorisée, parfois même plus pauvre que dans certains hôpitaux publics. Donc, encore une fois, il y a lieu d'être prudent car les mots n'ont pas le même sens partout. En Belgique, tout le «privé» ne doit pas être assimilé à la notion de recherche de profit

Quels avantages et inconvénients principaux peut-on épingler dans cette culture de la mixité public-privé qui prévaut depuis un demi-siècle dans ce pays ?

J'ai d'abord l'impression que notre système tient bien la route, et même plutôt mieux que beaucoup d'autres systèmes. Le fait d'appliquer les mêmes règles de financement au public qu'au privé permet d'accroître la transparence, d'inciter le secteur public à une gestion plus efficiente (rapport coût/qualité des soins) et de limiter les dérives purement commerciales dans le secteur privé. Le secteur public français est, administrativement parlant, extrêmement lourd, avec une gestion souvent déficiente. C'est un secteur public qui fonctionne plus sur la négociation du budget qu'on lui alloue que sur la recherche d'efficacité.

Maintenant, en Belgique, tout n'est pas rose non plus.

Prenons la situation des hôpitaux. Depuis 1995, les contraintes financières qui pèsent sur eux les incitent à opérer une plus grande sélection de leurs patients qu'auparavant. Les hôpitaux ne sont plus financés en fonction du nombre de journées qu'ils



La meilleure médecine du monde?



réalisent mais bien par patient pour un nombre de journées égal à la moyenne de durée de séjour observée au niveau national pour le groupe de pathologies et de sévérité auquel le patient appartient. Les hôpitaux ont donc intérêt à diminuer leur durée de séjour. C'est un incitant à l'efficacité mais qui comporte deux types de risques : l'un pour la qualité des soins (faire sortir le patient trop tôt) et l'autre pour l'accessibilité des soins (rejet des patients qui risquent de rester plus longtemps que la durée de séjour financée). Les incitants à la sélection sont donc infiniment plus grands que précédemment.

En matière de sélection, les hôpitaux peuvent développer plusieurs stratégies : une stratégie de sélection directe, qui revient à refuser les patients à l'entrée de l'hôpital (en invoquant, par exemple, le manque de place), ou de sélection indirecte en développant les secteurs «rentables», où les soins peuvent être plus facilement «standardisables», comme la chirurgie cardiaque, ophtalmologique, au détriment des secteurs moins rentables où la durée de séjour est plus difficilement prévisible (maladies chroniques, gériatrie, héma-

tologie, cancérologie...) et donc les risques de pertes financières plus importants. Tant que les hôpitaux étaient financés pour toutes les journées qu'ils réalisaient, le risque de sélection était plus faible mais ils n'étaient pas incités à gérer de manière efficace la durée de séjour. Maintenant, il y a un risque financier pour les hôpitaux à prendre en charge des patients pour lesquels la durée de séjour risque d'être plus longue. Qu'il soit public ou privé, un hôpital dont le premier souci est de donner des soins de qualité à tous les patients ne pourra survivre financièrement s'il a trop de patients «déficitaires».

La santé du patient, et plus globalement l'intérêt général de la population, semblent assez éloignés de toutes ces préoccupations financières!

On ne peut dissocier l'intérêt général que l'on doit défendre des préoccupations soi-disant «bassement» financières. Le budget de la sécurité sociale est limité et seule une gestion efficace de l'argent mis en commun via les impôts et les cotisations permettra de faire face au défi de l'accroissement des dépenses de santé et de maintenir le consensus social nécessaire à la solidarité, en termes de revenus et de risques de santé, sur laquelle est basé notre système d'assurance maladie.

D'où la difficulté réelle de gérer un système de soins de santé. Il faut, par exemple, absolument tenir compte dans le financement du fait qu'il est souvent plus coûteux pour l'hôpital de prendre en charge une patientèle socialement défavorisée, mais cela ne doit pas tout justifier en termes de dépenses et ne dispense pas d'une gestion rigoureuse.

Il faut renforcer l'efficacité tout en tenant à l'œil l'équité. D'un côté, si on veut ne prendre aucun risque par rapport à l'équité et à l'accessibilité, il ne faut pas inciter les hôpitaux à rejeter un patient qui risque de leur coûter plus cher. D'un autre côté, s'il n'y a aucun incitant, l'hôpital n'a aucune raison d'être efficace non plus. C'est une équation à la fois subtile et complexe.

Il faut mettre des incitants dans les mécanismes de financement mais veiller à prendre en compte les facteurs qui ont un impact sur les coûts (fac-

teurs sociaux, gériatriques, sévérité...) pour éviter la sélection.

En fait, on se retrouve systématiquement sur une crête où, d'un côté, il faut veiller à l'efficacité de la production des soins, et, de l'autre, tenir compte de l'accessibilité et de l'équité. La pondération entre ces deux objectifs est un choix politique qu'il n'appartient pas à l'économiste de trancher.

Enfin, autre problème du système belge : la faiblesse d'une réelle politique de santé, laquelle devrait être basée sur une définition minutieuse des besoins et une organisation globale de leur prise en charge.

Comment expliquer ce phénomène de carence, qui semble défier toute logique?

On peut répondre à cela par l'histoire de la politique de protection sanitaire en Belgique. C'est lié à la manière dont nos systèmes de santé ont été pensés et organisés. Le système de développement des soins médicaux s'est construit pour l'essentiel sur le mode «assurantiel», axé sur le remboursement des soins de santé curatifs fournis aux personnes qui paient leurs cotisations sociales...

Donc, sans penser en termes de priorités sanitaires, sans se concentrer sur une approche pondérée et évolutive des besoins de la population?

L'élément moteur principal du système belge de santé réside dans son mécanisme d'assurance permettant le remboursement des actes curatifs. L'objectif initial était de donner accès aux ressources médicales et paramédicales à tous (comme par exemple l'accès aux antibiotiques). On s'est investi dans cette voie pendant 50 ans avec des résultats assez bons tant en matière de qualité des prises en charge que d'accessibilité, notamment par rapport à d'autres pays. Progressivement l'accès à ce système a en outre été élargi à l'ensemble de la population. Ce n'est pour ainsi dire que dans le fait de rembourser totalement, partiellement ou de ne pas rembourser certains soins ou médicaments, il y a parfois eu des choix en termes de santé publique. Mais notre système n'a pas été pensé et organisé

“Notre système n'a pas été pensé et organisé dans une optique globale de santé publique, comme dans d'autres systèmes nationaux de santé basés sur l'impôt.”

dans une optique globale de santé publique, comme dans d'autres systèmes nationaux de santé basés sur l'impôt.

Au fond, se préoccuper de santé publique dans une région, c'est se préoccuper de tous les aspects qui peuvent conditionner la santé, assurer la coordination entre la prévention, l'éducation à la santé et la médecine curative. Or, si on paie des prestataires de soins à l'acte, qui a intérêt à faire de la prévention ou de l'éducation à la santé? En Belgique, la politique de prévention et d'éducation est confiée aux Régions, les soins curatifs au Fédéral. Les budgets liés à la médecine préventive sont très faibles. Concrètement, le Fédéral récolte donc les bénéfices réalisés grâce aux efforts des Régions qui elles n'en ont pas de retombées positives en termes financiers. Il n'y a donc aucun incitant dans l'organisation de système pour que cette coordination des efforts se fasse de manière optimale.

Au départ, c'était passablement lucide comme choix : après la guerre, dans les bassins industriels et dans le monde ouvrier en particulier, il convenait notamment de rendre financièrement accessibles les services techniques et spécialisés coûteux, équipés pour faire face aux pathologies lourdes liées au travail (celui des mineurs entre autres). Mais aujourd'hui, cet axe stratégique quasi exclusivement centré sur le curatif et le remboursement est-il encore pertinent?

L'accessibilité aux soins reste un objectif important. Mais, actuellement, les difficultés rencontrées se situent de plus en plus au niveau curatif. Les nouvelles technologies coûtent de plus en plus cher pour des résultats, en termes de gain moyen d'espérance de vie de la population, de plus en plus faibles par rapport aux moyens investis. «Ça plafonne».

Pour améliorer la santé de la population, il faudrait plutôt se tourner vers

l'éducation à la santé, la prévention, l'alimentation, les modes de vie et de production. Si on investissait plus dans ces domaines, les résultats en termes de santé seraient sans doute relativement meilleurs. Mais aucun médecin n'est intéressé «financièrement» à faire cela puisqu'ils sont payés pour faire des actes! Si les médecins font de la prévention ou de l'éducation pendant leurs consultations, celles-ci durent plus longtemps et ils «perdent» donc de l'argent car ils accomplissent moins d'actes.

En fait, il faudrait pouvoir répondre à la question suivante : comment assurer un bon accompagnement du public et des malades, en essayant d'éviter les mécanismes d'exclusion et en essayant que ce soient les besoins fonciers des personnes qui soient réellement pris en charge et la meilleure manière de les prendre en charge qui soit valorisée?

Plutôt que de se pencher sur les consultants individuels, ne faudrait-il pas se concentrer sur les besoins du plus grand nombre? On estime par exemple à 500.000 le nombre de diabétiques en Belgique, dont la moitié n'est pas détectée, et, dans la moitié détectée, dont beaucoup ne sont pas adéquatement traités...

Admettons. Fixons-nous comme objectif prioritaire la combat contre le diabète. Dans le système actuel, il existe un risque que les médecins et les hôpitaux se mettent à faire un maximum d'analyses pour avoir des bilans diabétiques, histoire de faire le plus possible d'actes pour gagner de l'argent. Bref, on en revient toujours à la prestation de soins curatifs, l'épine dorsale de notre système de soins.

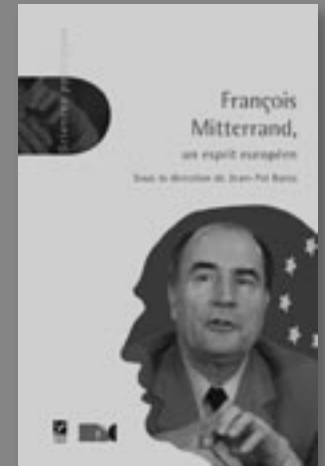
C'est le mode de financement de la prise en charge des patients qu'il faut améliorer!

Y a-t-il des pays dont la Belgique pourrait s'inspirer pour améliorer ses dispositifs de santé?



¹ Ndrl : sur ce sujet, voir l'article de Jacques Morel en page 34.w

Vient de paraître
aux Éditions Labor



François Mitterrand, un esprit européen

Sous la direction de Jean-Pol Baras

À l'heure où l'Europe et la France sont en proie à toutes les interrogations sur l'avenir de l'Europe, Jean-Pol Baras et Ali Serghini ont réalisé le premier ouvrage sur le rôle européen de François Mitterrand.

Dix ans après la mort du président, des personnalités d'envergure ont accepté de témoigner pour parler de l'homme qui a dirigé la France pendant quelques-unes des heures les plus trépidantes de l'histoire moderne de l'Europe : la chute du mur de Berlin, le traité de Maastricht, les prémices de l'Euro, la commission Delors, la signature de l'Acte Unique Européen...

Un document exceptionnel pour apprécier l'histoire récente.

Avec les témoignages de Jacques Delors, Hubert Védrine, Elisabeth Guigou...

232 pages • ISBN : 2-8040-2838-2 • 15 euros

Éditions Labor,
Chaussée de Philippeville, 140C
6280 Loverval
Tél : 071/60 99 70 – Fax : 071/60 99 71
www.labor.be

La meilleure médecine du monde?



Au Canada, le système est intéressant. La gestion des soins y est essentiellement du ressort public. L'accessibilité est garantie à tous mais il y a un problème important de file d'attente qui la limite dans les faits! Si d'un point de vue philosophique, le système est très séduisant (centré sur les besoins de santé et la coordination des médecines préventives et curatives tant ambulatoires qu'institutionnelles – hôpitaux, maisons de repos...), pratiquement, c'est assez laborieux : il faut parfois attendre deux à trois mois avant de voir son médecin généraliste pour une visite de contrôle, six mois pour consulter un spécialiste, six mois et parfois trois ans avant d'être opéré...

Et ailleurs ?

Le Danemark présente un système très attirant. Très fort axé sur la santé publique, très décentralisé, avec une population qui participe activement aux décisions de santé (la santé est gérée au niveau local). Là-bas, dans les *counties*, les enjeux de santé sont cruciaux au moment des élections.

La Belgique possède-t-elle l'une des meilleures médecines du monde ?

Au niveau de l'organisation de l'accessibilité à des soins curatifs de qualité, la Belgique est très opérationnelle. D'un point de vue coût/efficacité dans la prestation de ces soins, elle se défend plus que bien. Sa principale faiblesse reste la méthode du paiement à l'acte des soins curatifs qui ne permet pas une prise en charge globale efficace du patient. ■

Propos recueillis par Thierry Poucet et Jérémie Detober

Ne pas sous-estimer certaines avancées

Réaction à Marie-Christine Closon

Progressistes attachés au renforcement de la protection sociale régulée et zélotes du salut par les seules vertus du marché s'appuient parfois sur des constats d'imperfection assez similaires, comme les charges importantes qui continuent à peser sur les malades. Les uns, évidemment, pour convaincre nos gouvernants d'investir davantage dans l'assurance maladie, les autres pour justifier que l'on retire à celle-ci un maximum de son universalité (en étendue des populations et des besoins couverts). On frissonne parfois à l'idée de faire le jeu de l'adversaire en se focalisant sur la face sombre du tableau. J'épinglé donc ici quelques éléments qui renforcent la crédibilité de notre système et recentrent les défis principaux.

Primo, on a réellement amélioré depuis peu le sort financier des plus malades. Avec l'introduction du maximum à facturer (MàF), l'accessibilité aux soins est encore accrue. Dans ce système, les soins sont remboursés à 100 % du tarif conventionné une fois qu'un ménage atteint sur une année un plafond de tickets modérateurs (variant en fonction du revenu).

Via le MàF, ce sont 15 % de tous les tickets modérateurs qui sont remboursés, concentrés par définition sur les ménages ayant à faire face aux frais les plus massifs. *Secundo*, je pense que l'on s'achemine vers une prise en charge de plus en plus correcte des besoins essentiels de la population. Ce qu'il nous a manqué auparavant, ce sont des soutiens et des outils opérationnels permettant de quantifier plus précisément les besoins et la production de soins, en s'appuyant sur les données socio-sanitaires très riches dans notre pays. Car, moins qu'hier encore, les choix en soins de santé ne peuvent se faire de manière implicite. Nous avons besoin d'exploiter toutes les sources d'informations disponibles pour évaluer les bénéfices et les coûts des stratégies diagnostiques et thérapeutiques à financer sur une base solidaire, pour permettre la comparaison des pratiques médicales et responsabiliser les prestataires, informer et sensibiliser les patients sur les coûts des soins pour la collectivité... Le gouvernement fédéral s'est doté d'un Centre d'expertise en soins de santé et les mutualités ont créé une Agence inter-mutualiste d'analyse des données associant les différentes unions nationales.

Libéralisation : la Belgique à un tournant

Réaction à Marie-Christine Closon

En Belgique l'évolution du financement des soins de santé est à l'image de celui des pensions. Le système de financement des soins repose sur trois piliers dont les poids relatifs évoluent rapidement. Le premier pilier (public et financé collectivement par des cotisations sociales proportionnelles au revenu et liées au travail) assure, par une redistribution solidaire, un ensemble de soins fondamentaux, un paquet de base en quelque sorte, mais qui malheureusement au travers de tickets modérateurs en constante évolution, coûtent de plus en plus cher au patient. Le premier pilier se rétrécit donc, et avec lui l'équité. À l'inverse, le deuxième pilier (les assurances privées mais collectives liées, par exemple, aux entreprises) et le troisième pilier (assurances privées personnelles fondées sur le principe de la capitalisation) prennent de plus en plus d'importance.

Nous sommes donc en train de passer progressivement d'un modèle basé sur la solidarité et la redistribution à un modèle assurantiel privé, basé sur le risque actuariel et l'individualisme. Par ailleurs, même dans le cadre du premier pilier, nous sommes forcés de souscri-

re des assurances complémentaires (pour des frais d'hospitalisation, d'accouchements, un transport en ambulance). Une telle évolution engendre des mécanismes de concurrence entre les prestataires de services (mutuelles) qui essayent d'occuper la part de marché la plus large possible. Ce système favorise immanquablement les plus nantis qui pourront se payer les soins de base (couverts par le premier pilier) mais aussi les soins complémentaires (fournis par les deux autres piliers). Bref, alors que l'accessibilité aux soins grandit, l'équité, elle, a tendance à diminuer.

Heureusement, les mutuelles gardent un certain monopole, reconnu officiellement il y a peu, sur les deuxième et troisième piliers, mais certaines sociétés d'assurances privées mettent déjà leur pied dans la porte. Il est évident que dans un système libéral, ce monopole sauterait. L'Europe ne saurait tarder à dire qu'il faut ouvrir le marché aux grosses compagnies d'assurance (suédoises, françaises ou américaines) qui rentreront alors en concurrence directe avec les mutuelles d'Europe occidentale après avoir réussi à investir certains pays émergents, comme en Amérique du Sud. Le premier pilier pourrait progressive-

“On frissonne parfois à l'idée de faire le jeu de l'adversaire en se focalisant sur la face sombre du tableau.”

(Jean-Marc Laasman)

Dans le strict respect des règles sur la protection de la vie privée, les données médicales et financières sont aujourd'hui reliées et mises, via Internet, à disposition des chercheurs et analystes.

Les grands enjeux auxquels le système de soins doit faire face (tension croissante entre évolution des dépenses et des recettes sociales, mouvement de décentralisation, concurrence accrue...) imposent la nécessité d'optimiser l'exploitation des infrastructures et des techniques de plus en plus coûteuses et par conséquent de développer des partenariats. Face aux velléités de marchandisation des soins, il serait préférable de substituer au clivage public/privé, une grille de lecture basée sur une définition claire de la mission de service public ou d'intérêt général, intégrant notamment l'accessibilité à tous sans condition financière, sans sélection de patients ou des pathologies. Quant au danger de privatisation, il vient moins de nos faiblesses que de l'absence de directive spécifique sur les soins de santé au niveau européen. ■

JEAN-MARC LAASMAN

directeur du service d'études des Mutualités socialistes

ment s'amenuiser au profit des deux autres.

Même si la Belgique est campée sur des positions sociales et une histoire très forte de solidarité dans le cadre d'un système bismarckien (où les ouvriers et les employés constituent des caisses mutuelles de solidarité collective), la voie s'ouvre de plus en plus de façon insidieuse, soft, à la belge, vers la privatisation du secteur de couverture sociale des soins.

La Belgique est donc à un tournant et elle n'a pas encore pris de direction précise. Si beaucoup d'acteurs essaient de maintenir la qualité de notre système social, qui repose sur une assise historique où les différents acteurs sont partenaires, il ne faudrait pas grand-chose pour le renverser. Quelques décisions du FMI, de commissaires européens à la concurrence, et la fin du monopole des mutuelles pourraient, par exemple, faire tout basculer. Le moment est donc crucial et nécessite vigilance, combativité et courage. ■

MICHEL ROLAND

médecin généraliste en maison médicale et professeur à l'ULB

“Nous sommes donc en train de passer progressivement d'un modèle basé sur la solidarité et la redistribution à un modèle assurantiel privé.”

(Michel Roland)

GROUPE ARCO

Investissez dans un monde meilleur

900.000 coopérateurs font confiance au Groupe ARCO. En tant que groupe financier, il participe dans Dexia, groupe bancaire et d'assurance, dans la distribution d'énergie, dans l'épuration des eaux et dans la distribution pharmaceutique. Il est également actif dans le secteur non marchand.

a.s.b.l.
LES TERRITOIRES DE LA MEMOIRE
Centre d'Education à la Tolérance et à la Résistance

Pour construire l'avenir et oser la démocratie, il est urgent de ne pas être prudent !

86, Boulevard d'Avroy - 4000 Liège - T : 04/232 01 04 - www.territoires-memoire.be - accueil@territoires-memoire.be

Autres modes de paiement, autres soins?

Souvent considéré comme une donnée intangible ou secondaire, le mode de financement des prestations produit des effets. Bien ciblé, il peut devenir un maillon essentiel de l'assurance solidaire et un régulateur de l'efficience du système de santé, sur ses versants qualité et coûts.

JACQUES MOREL

administrateur délégué de la Fédération des maisons médicales

La question des modes de rémunération du soignant a été longtemps peu interrogée par les prestataires et même par les gestionnaires d'institution de santé. Le financement des prestations à l'acte n'a souffert que peu d'exception dans notre pays (quelques établissements hospitaliers) et ce jusque dans les années quatre-vingts.

À vrai dire, la question de la santé avait jusque-là peu été posée elle-même comme un problème économique, tant il paraissait «politiquement correct», des socialistes aux libéraux, de soutenir la croissance des coûts d'une santé qui «n'avait pas de prix».

La crise des années quatre-vingts fait émerger la question de la maîtrise des coûts et conduit à un recul des couvertures sociales, l'exclusion sociale sensibilisant à son tour à l'accessibilité. Il faudra attendre la fin des années

nonante pour intégrer coûts et efficacité des systèmes (efficience). La grève conduite, début 1980, par les Chambres syndicales¹ du Dr Wynen en 1980 a eu à cet égard un effet accélérateur de la partition au sein du corps médical et des partenaires sociaux autour de leurs «responsabilisations» respectives.

Soigner le patient dans sa globalité

Déjà à ce moment, les Maisons médicales en Belgique avaient publié plusieurs travaux dont la recherche de Monique Vandormael² qui montrait que les deux obstacles majeurs au développement de soins de santé primaires étaient le paiement à la prestation et la formation des professionnels. Contexte économique, sensibilisation mutualiste et syndicale au maintien de l'accessibilité ont, malgré un contexte professionnel hostile et des politiques antisociales, permis à des négociations d'aboutir à la mise en place d'un paiement alternatif à l'acte : un forfait à la «capitation»³. Des mensualités, calculées sur une moyenne nationale de consommation, sont attribuées aux maisons médicales «au forfait»⁴ tant que le patient est inscrit, à charge des maisons médicales d'offrir un service de soins ambulatoires complet en médecine générale,

soins infirmiers et kinésithérapie. Ce montant moyen est corrigé au début des années nonante pour rencontrer les biais de sélection vers une patientèle plus pauvre et donc plus malade.

Aujourd'hui, la formule concerne 150.000 patients avec un haut taux de satisfaction des usagers et aussi des prestataires. L'accessibilité est maximisée, une approche plus globale intégrant soins et prévention est facilitée par l'absence de transaction financière à chaque prestation, une démarche de santé publique est possible dès lors que le public de la maison médicale est clairement défini par l'inscription.

Outre l'accessibilité, les critères de qualité pour les soins de première ligne que sont la globalité, la continuité et l'intégration (du préventif et du curatif notamment), sont davantage rencontrés par ce mode de paiement.

Dans le même temps, le stimulant vers la recherche d'une pratique et d'un service de qualité à la population reste en tension, vu la possibilité pour le patient de se désinscrire à tous moments. Enfin, le service est contractualisé entre patients, prestataires et organismes assureurs, ce qui invite à rappeler les uns et les autres à leurs responsabilités personnelles et collectives.

Et pourtant, l'expérimentation, la lecture de la littérature sur le sujet et l'observation d'un panorama international des systèmes de financement conduit à tenter d'aller vers davantage de diversification des modes de financement, de manière à rencontrer plus finement les objectifs qu'on assigne aux services de santé de proximité. On comprendra aisément que la gestion de campagnes de prévention s'accommode mal d'un paiement à l'acte, mais que la fonctionnarisation du champ de la prévention en a déjà régulièrement limité l'efficacité. Des objectifs de pré-

Hôpitaux : de l'autarcie à la coopération

Le modèle des bassins de soins est assez simple : rassembler l'offre hospitalière sur un même territoire pour mieux rencontrer les besoins des patients. Cette stratégie d'union, plutôt que de concurrence, bousculerait-elle trop de pratiques et d'acteurs pour être sérieusement envisagée?

GEORGES GRINBERG ET PATRICIA KIRKOVE

experts au cabinet du ministre de la Santé

vention s'accordent vraisemblablement mieux à un financement «par objectif» (par exemple au prorata d'un taux de couverture vaccinale ou de dépistage); des missions administratives sont sans doute mieux couvertes par un paiement «à la fonction» (recueil de données); par contre, pour assurer la continuité de prise en charge intégrée du parcours psycho-médico-social d'un patient, un financement forfaitaire à l'inscription (sur le modèle décrit plus haut) a tout son sens...

Responsabiliser les prestataires de soins

L'intérêt d'une telle exploration est de travailler le financement des services de santé comme un levier de développement de leur qualité; ce qui implique tout à la fois d'en définir les contours et les moyens et donc le prix à payer pour la rencontrer.

L'importance de cette exploration tient aussi à la particularité organisationnelle du système de santé dans le dispositif de sécurité sociale. C'est sans doute le seul de ses «piliers» où les prestataires de soins ont un rôle d'opérateur aussi significatif dans l'utilisation des ressources, en termes d'offre de services et d'initiateurs de la consommation. Leur rôle régulateur du système est évident et dès lors la qualité des modes de financement de leurs prestations doit s'envisager à la fois en termes de soutien direct à la qualité des services mais aussi de levier central du maintien et du développement du système d'assurance solidaire dans lequel ils s'inscrivent et qui assure leur «salaire garanti» de professionnels du secteur santé). ■

La révolution des technologies de l'information a radicalement bouleversé et modifié la perception et la gestion du secteur hospitalier en dix ans. Aujourd'hui, il est possible d'évaluer l'importance et la nature de la demande en soins spécialisés qui réclament un séjour du malade à l'hôpital. Cette information peut être confrontée à l'activité des hôpitaux. La question qui se pose alors naturellement est celle de l'adéquation entre les besoins et l'organisation de la fonction hospitalière.

C'est cette question qu'aborde le concept de bassins de soins à l'heure où les fonctions collectives sont interpellées par le contexte économique mondial, une idéologie qui en appelle au marché pour résoudre les tensions générées par la rareté des moyens et, particularisme belge, les fractures communautaires alimentées par la quantification des transferts financiers entre le Nord et le Sud du pays.

Radiographie

Quel diagnostic peut-on tirer de l'image que présente aujourd'hui le secteur hospitalier en Belgique?

La plupart des études convergent pour conclure que la capacité en lits hospitaliers, après des années de rationalisation et de reconversion, correspond aux besoins recensés actuellement et aux prévisions grossières établies pour les dix à quinze années à venir. Mais la confrontation des informations disponibles révèle une distribution des activités éparpillée sur un trop grand nombre de sites. Cette dispersion de la médecine spécialisée hospitalière n'est pas tenable à terme. Et ce pour trois raisons essentielles.

La première découle de la publication croissante de normes internationales qui définissent les seuils d'activité à atteindre pour offrir un maximum de garantie sur le résultat de la prise en charge du patient. Trop de centres n'atteignent pas ces seuils. L'actualité récente a focalisé l'attention sur cette question en montrant la néces-

sité de recentrer le traitement des pathologies cardiaques et des soins pédiatriques sur un plus petit nombre de sites.

La deuxième raison est liée à l'augmentation croissante des coûts des moyens diagnostiques et thérapeutiques. Or, depuis le milieu des années nonante et de façon extensive, le financement des soins hospitaliers est régulé par une logique de budgets fermés pour maîtriser les coûts à charge de la sécurité sociale. Le risque est réel si l'activité est répartie sur un trop grand nombre d'hôpitaux qu'ils soient confrontés à des déséquilibres financiers importants dont ils chercheraient à compenser la charge sur les patients, les pouvoirs publics et les personnels médical et soignant. Ou à rétrécir leurs activités aux seules activités rentables sans considération pour les besoins de l'ensemble de la population.

La troisième raison – d'ordre plus conjoncturel – tient à la raréfaction du personnel qualifié, médecins et infirmiers dont la pénurie sera d'autant plus ressentie que la dispersion des sites est élevée.

Démarche thérapeutique

Deux approches sont possibles. Soit laisser jouer la concurrence entre les hôpitaux et attendre que l'ajustement se fasse. Mais à quel rythme, à quel prix et avec quel résultat?

Soit prendre les devants et, sous l'autorité du politique, résoudre toutes ces contradictions en redéfinissant les règles du jeu. Un jeu dominé par des impératifs de santé publique, d'accès égalitaire aux soins spécialisés, de recombinaison du tissu hospitalier fondée sur la concentration et sur la spécialisation des établissements. Bref, l'idée de bassins de soins.

Substituer ainsi à une logique de la concurrence une stratégie d'alliances combinant soins de proximité et hiérarchisation de l'offre.

Un changement de taille pour un univers dominé par des comportements individualistes, façonné par des oppositions idéologiques et philosophiques, traversé par les enjeux institutionnels. Un réel enjeu politique. ■

