

SOINS DE SANTÉ

**UNE ALTERNATIVE
EST RÉELLEMENT
POSSIBLE!**

Changer la santé en moins de 100 coups



Une proposition de la Plate-forme d'action Santé et Solidarité de politique
alternative pour un système de soins de santé pour toutes et tous.

SOINS D

UNE ALTERNATIVE EST R

Changer la santé en moins de 100 coups

Une proposition de la Plate-forme d'action Santé et Solidarité de politique alternative pour un système de soins de santé pour toutes et tous.

Un financement solidaire suffisant :

Nous voulons garantir sur le long terme un financement suffisant (norme de croissance à 3%),

- sur une base solidaire et redistributive,
- intégrant une réelle démocratie sanitaire,
- évitant ainsi une couverture financière par le bénéficiaire (directe ou via des assurances privées).

La Belgique doit défendre au niveau européen un modèle de protection sociale basé sur ce financement solidaire, sans pression budgétaire.

Priorité à une politique de santé démocratique, participative, ancrée dans la réalité locale :

1. Basée sur une analyse multidisciplinaire et intersectorielle des besoins,

- favorisant les implications participatives des bénéficiaires,
- en tenant compte des réalités du milieu dans lequel ils vivent,
- avec l'aide d'organismes indépendants,
- à l'exclusion des lobbies à visée commerciale, et produisant une information accessible à tous.te.s.

2. Cette politique de santé doit intégrer et combiner :

- l'impact santé des autres politiques,
- des politiques renforcées de prévention, prioritairement collectives,
- une offre multidisciplinaire de soins, échelonnée et intégrée,
- l'universalité d'accès et de couverture.

LA SANTÉ

RÉELLEMENT POSSIBLE!



Offre de soins

L'échelonnement de l'offre doit être mis en œuvre à travers :

- le développement d'une offre intégrée de première ligne pour une zone donnée, reprenant une palette complète des professionnels socio-sanitaires ;
- la formation et l'incitation des professionnels à cet échelonnement ;
- la sensibilisation et l'incitation des bénéficiaires à cet échelonnement ;
- une offre de 2ième et 3ième lignes suffisamment accessible, ouverte à la coordination et à la complémentarité.

Pour lutter contre la dualisation en matière de santé, le principe d'accessibilité universelle doit être garanti par :

- la non commercialisation des prestataires ;
- le financement par capitation (et pas par prestation) ;
- la couverture complète du coût via le financement de base ;
- la non sélection des patients et des pathologies ;
- la suppression des pratiques privées et des suppléments d'honoraires ;
- la transparence et le contrôle démocratique.

La démocratie sanitaire doit s'exprimer par :

- la participation des patients à tous les niveaux (analyse des besoins, définition des orientations politiques, organisation du système, fonctionnement des prestataires, formation des professionnels...) ;
- la formation des professionnels à cette nouvelle vision de Santé et à leur implication dans les orientations et l'organisation du système de santé ;
- une vision multidisciplinaire plus égalitaire.

L'intérêt collectif et du bien public doit primer sur les appétits lucratifs :

- la Belgique doit être à l'initiative d'une politique européenne favorisant la recherche publique et la négociation transparente avec le secteur pharmaceutique ;
- en Belgique, le prix des médicaments, des implants et du matériel médical doit faire l'objet d'une transparence totale et d'un contrôle public.

Sommaire

A propos
Introduction

CHAPITRE 1 : APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

- 1.1. La santé, un état général de bien-être physique, mental et social 7
- 1.2. Une politique de santé doit être transversale et intersectorielle 8
- 1.3. Ne pas restreindre la notion de santé à celle de la médecine 8

Recommandations 1 à 6

CHAPITRE 2 : UNE PROTECTION SOCIALE SOLIDAIRE ET ÉQUITABLE

- 2.1. Se couvrir socialement contre le risque de santé : un combat collectif et solidaire 9
- 2.2. Des valeurs fondamentales à la base de la sécurité sociale 10
- 2.3. En finir avec le détricotage 10

Recommandations 7 à 11

CHAPITRE 3 : RÉPONDRE AUX BESOINS VIA UN SYSTÈME DE SOINS STRUCTURÉ

- 3.1. À chaque échelon ses soins 13

Recommandations 12 à 16

- 3.2. Une approche intégrée des soins au niveau de la première ligne 15

Recommandations 17 à 22

- 3.3. Une approche coordonnée des soins entre la première ligne et l'hôpital et la médecine spécialisée 16

Recommandations 23 à 30

- 3.4. L'hôpital au service des patients 17

Recommandations 31 à 37

- 3.5. Des soins « evidence-based » et une recherche adaptée 19

Recommandations 38 à 42

- 3.6. L'informatisation : par et pour les soignants et les patients 20

Recommandations 43 à 46

CHAPITRE 4 : LES PATIENTS, ACTEURS DE LEUR SANTÉ ET DU SYSTEME DE SANTE

- 4.1. Vers l'empowerment individuel et collectif des patients 22

Recommandations 47 à 51

- 4.2. Attention à la sur-responsabilisation des patients 24

Recommandations 52 à 54

- 4.3. Et les groupe plus vulnérables dans tout ça ? 25

Recommandations 55 à 58

CHAPITRE 5 : PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- 5.1. De bonnes conditions de travail pour des soins de qualité 26

Recommandations 59 à 68

- 5.2. Des formations adaptées aux besoins et aux nouveaux enjeux 29

Recommandations 69 à 74

CHAPITRE 6 : LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

- 6.1. Les soins de santé : un équilibre financier impossible? 31

Recommandations 75 à 88

- 6.2. Médicaments : le prix de la santé 34

Recommandations 89 à 93

CHAPITRE 7 : EUROPE ET SANTE

- “Je t'aime, moi non plus” 36

Recommandations 94 à 99

À propos

La Plate-forme d'action Santé et Solidarité (PASS) est une initiative de représentants de syndicats, de mutualités, divers réseaux et associations, des ONG et des représentants d'universités, issus de toutes les régions du pays.

C'est à l'occasion du Forum social de Belgique en décembre 2006 qu'a germé l'idée de former une plate-forme qui réunit une série d'acteurs d'horizons différents, tous préoccupés par le droit à la santé. Ces différents membres ont décidé d'unir leurs forces et de coordonner leurs efforts afin de prévenir les conséquences des politiques néolibérales sur les plans social et sanitaire.

Santé et solidarité sont les deux leitmotifs de notre Plate-forme. La santé est un droit pour tous. Malgré l'énonciation de ce droit, les inégalités restent importantes au sein de la population. Or les inégalités socio-économiques sont un des facteurs les plus déterminants de la santé. Pour atteindre une amélioration significative de la santé dans notre société, il faut que ces inégalités diminuent.

Pour y parvenir, des mesures doivent être prises au niveau des soins de santé et de la sécurité sociale, mais également dans le domaine de l'enseignement, de l'environnement, de la politique du logement, de la mobilité, de l'emploi, des conditions de travail... C'est pourquoi la PASS plaide pour une approche globale et intégrée de la santé. Il s'agit de se mobiliser pour une politique de santé globale, équitable et basée sur la solidarité en Belgique, en Europe et dans le monde.

Dans cette perspective, la PASS stimule sur ces thèmes la rencontre et l'échange, l'information, l'argumentation et l'action, avec une attention au grand public. Actuellement les groupes de travail de la Plate-forme sont : Travail et santé, Europe et Santé, Approche locale et globale de la santé (« Ensemble pour la santé ») et Déterminants Internationaux de la Santé.

Pour plus d'infos : www.sante-solidarite.be, www.gezondheid-solidariteit.be.

INTRODUCTION

Dans la perspective des prochaines élections législatives et européennes, la Plate-forme a souhaité ouvrir le débat sur notre système de soins de santé.

De nombreux textes ont été produits, montrant les dégâts d'une politique néolibérale considérant la Santé comme un domaine devant être livré aux lois du marché. Mais la question qui se pose directement est : « est-il possible de faire autre chose, autrement ? » Un groupe de travail a été mis sur pied pour envisager un modèle alternatif de système de soins de santé, basé sur une vision budgétaire crédible, permettant de renforcer l'accès et la qualité aux soins de santé pour tous.

Tout en rappelant que l'action sur les facteurs déterminants de la santé est primordiale, et que le système de soins de santé s'inscrit obligatoirement dans une vision plus large de protection sociale, le groupe de travail a été invité à **définir les modalités d'un système de soins de santé alternatif et la manière d'y arriver.**

La première démarche a visé à examiner l'impact des politiques fédérales et européennes actuelles sur l'accessibilité et la qualité du système de soins. Se basant sur l'analyse de nombreux experts¹, la Plate-forme a ensuite défini quelques principes fondamentaux qui doivent prévaloir pour un tel système alternatif de soins de santé. De cette analyse, la Plate-forme a déduit une série de recommandations réalistes. Certaines peuvent rapidement être mises en place au cours de la prochaine législature. D'autres s'inscrivent dans une perspective de changement plus profond des structures du système de soins de santé. Elles ont vocation à susciter l'ouverture d'une réflexion plus globale sur notre système de soins de santé.

Cet exercice a dû être centré sur quelques axes parmi de bien plus nombreux, et ne se veut absolument pas exhaustif des propositions et thèmes nécessaires au changement espéré.

Les deux premiers chapitres visent donc à replacer dans ce contexte global les soins de santé, en mettant en exergue l'importance des politiques alternatives en matière de déterminants sociaux de la santé, de prévention et de protection sociale.

Ce document reprend un ensemble de recommandations visant le court et le plus long terme. Certaines redondances peuvent apparaître entre les différents chapitres, ces derniers se présentant chacun comme une porte d'entrée vers un changement structurel et cohérent de tout notre système de soins.

[1] Les contributions sont reprises sur le site www.sante-solidarite.be



Photo by Kevin Grieve on Unsplash

CHAPITRE 1

APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

1.1. La santé, un état général de bien-être physique, mental et social

La Déclaration d'Alma Ata, issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978), affirme avec force que **la santé est un droit fondamental de l'être humain, conçu comme un état général de bien-être physique, mental et social, et ne se résume donc pas à l'absence de maladie ou d'infirmité.**

Penser la santé comme un état général de bien-être induit **qu'elle est déterminée par un grand nombre de facteurs, parmi lesquels les différences socioéconomiques** jouent un rôle prépondérant. Bien dormir, bien manger... favorisent une bonne santé. Tout comme le système de santé et de protection sociale, les conditions financières, le logement, l'emploi ou l'inactivité, les conditions de travail mais aussi l'instruction, l'environnement, la vie sociale... contribuent aussi à être en bonne santé. Une plus grande cohésion sociale renforce le sentiment de sécurité et de bonheur. Ces effets se font sentir sur la santé de l'ensemble des classes sociales.

On se rend compte de l'incidence des déterminants sociaux au travers des inégalités sociales et de genre face à la santé. La morbidité et la mortalité sont en effet très inégalement réparties au sein de notre société. D'après un récent rapport de la Commission européenne sur l'état de la santé en Belgique, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur de type long vivent en moyenne cinq ans (pour les femmes) à six ans (pour les hommes) de plus que les personnes non diplômées, et jouissent en outre d'une plus longue espérance de vie en bonne santé. Et

plus les écarts socioéconomiques sont marqués, plus le nombre de personnes souffrant de maladies mentales, de grossesses précoces, de consommation de psychotropes, de problèmes cardiovasculaires... augmente sur le territoire. La mortalité avant l'âge de la pension est 2,3 fois supérieure parmi les personnes précarisées par rapport aux nantis.

De même, le genre constitue un déterminant transversal en ce qu'il influence les autres déterminants sociaux (revenus, autonomie, enseignement, ...), mais il doit aussi être pris en compte de façon spécifique dans les politiques relatives à des domaines tels que la maternité, la contraception,

Malgré cette prise de conscience, un discours de plus en plus assourdissant vise la responsabilité individuelle en matière de santé et dissimule ces nombreux déterminants sociaux d'ordre collectif. A titre d'exemples, on parle davantage des conséquences sur la santé du tabagisme et on encourage chacun à faire du sport. Par contre, on évoque peu l'impact des nouvelles formes d'organisation dans le monde du travail sur la santé des travailleurs, des expositions professionnelles physiques dangereuses telles que les expositions aux cancérigènes, mutagènes, reprotoxiques, le port de charges et positions inconfortables qui provoquent des troubles musculo squelettiques chez les travailleurs, les effets de l'utilisation des pesticides dans l'agroalimentaire sur la santé des consommateurs, ou encore les conséquences de la crise du logement sur la morbidité.

1.2. Une politique de santé doit être transversale et intersectorielle

C'est principalement **au travers de mesures structurelles visant les déterminants sociaux de la santé que la promotion de la santé peut le mieux être mise en œuvre.**

Certains pays ont une politique holistique et globale plus développée qui fait systématiquement concorder différents champs de compétences politiques à la politique de santé, et vice-versa. Au Québec, la loi sur la santé publique stipule que le Gouvernement doit mesurer les effets potentiels de chaque projet de loi ou de règlement sur la santé de la population.

Prenons l'exemple de l'environnement : son impact sur la santé est de plus en plus reconnu. Les gaz d'échappement des voitures et des camions dans les villes sont nocifs pour la santé. Les poussières fines et les oxydes d'azote affectent les voies respiratoires (asthme, bronchite) et augmentent

la fréquence des maladies cardiovasculaires. Le bruit de la circulation automobile, des camions et des avions affecte la qualité du sommeil et augmente la fréquence des maladies cardiaques. Or une politique gouvernementale qui, d'une part, réduit le financement des transports publics et, d'autre part, stimule financièrement le trafic automobile (voitures de fonction), renforce ces facteurs négatifs.

Répartition des revenus, politique de l'emploi, conditions de travail, habitat, aide sociale, enseignement, activités socioculturelles, égalité des chances, environnement ou aménagement du territoire : **toute mesure prise par les pouvoirs publics devrait donc être évaluée au regard de son impact sur la santé des habitant.e.s.**

1.3. Ne pas restreindre la notion de santé à celle de la médecine

Encore trop souvent aujourd'hui, nous confondons « médecine » et « santé ». Cela a pour conséquence que l'action des décideurs politiques porte principalement sur le curatif et que, même dans les préoccupations préventives, les aspects

médicaux (le plus souvent physiques, d'ailleurs) occultent fortement les moyens d'actions sur les déterminants sociaux de santé, reléguant à un second rôle les expertises non médicales, en terme d'analyse et d'action.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

Afin d'améliorer l'ensemble des facteurs favorisant la santé en Belgique, la Plate-forme d'action Santé et Solidarité propose:

- (1)** d'investir pour agir sur les causes, et pas exclusivement sur les symptômes ;
- (2)** de développer une approche globale transversale, notamment en soutenant la mise en réseau d'acteurs de domaines différents, au niveau local, régional et fédéral, mais aussi par une approche interfédérale coordonnée des politiques, spécifiquement dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé ;
- (3)** d'intégrer systématiquement la dimension santé dans les politiques et actions menées en matière de logement, de transport, d'enseignement, d'emploi... en évaluant préalablement l'impact « santé » pour toute nouvelle politique publique ;
- (4)** de créer des outils, tels que des observatoires locaux de la santé, qui permettent, pour un territoire donné, l'analyse participative et transparente de l'état de santé de la population et de l'effet du contexte local de vie et de travail sur cet état de santé, et d'émettre des recommandations ; les CPAS doivent y être associés ;
- (5)** de faire de la santé un indicateur central de la « richesse » et du bien-être ;
- (6)** de valoriser et stimuler les actions et les acteurs en promotion de la santé et les démarches visant à améliorer les déterminants de santé sources d'inégalités, notamment en matière de genre et de conditions de travail.



Photo by rawpixel on Unsplash

CHAPITRE 2

UNE PROTECTION SOCIALE SOLIDAIRE ET ÉQUITABLE

2.1. Se couvrir socialement contre le risque de santé : un combat collectif et solidaire

L'objectif d'une santé accessible à tou.te.s nécessite une attention prioritaire. Cette préoccupation est d'autant plus urgente dans le contexte de crise financière, économique, sociale, écologique et politique que nous connaissons aujourd'hui, qui induit des politiques d'austérité dans tous les domaines. D'où **un autre enjeu de taille : la solidarité, notamment au travers de la sécurité sociale.**

La sécurité sociale constitue l'un des outils de la protection sociale (la protection sociale désigne ici tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences des « risques sociaux », financières ou autres: sécurité de subsistance, vieillesse, maladie, invalidité, handicap, chômage, maternité, charges de famille... mais aussi l'ensemble des dispositifs favorisant la cohésion sociale, tels que l'enseignement, l'accueil de l'enfance, l'aide au logement...). Il est illusoire de parler d'une réforme des soins de santé sans l'intégrer dans une sécurité sociale forte, au cœur d'un dispositif de protection sociale garantissant une couverture active universelle.

Au sein même de la sécurité sociale, la coexistence de plusieurs branches (l'assurance maladie-invalidité, le

chômage, les allocations familiales, les pensions, les maladies professionnelles, les accidents du travail, les vacances annuelles...) met en lumière l'importance des déterminants non strictement médicaux.

La sécurité sociale est le fruit d'une longue histoire de luttes sociales déployée parallèlement à la révolution industrielle au XIXe siècle. Sa construction, qui repose tant sur le mutualisme que sur le syndicalisme, ne s'est pas faite sans conflit et pression politique. Divers acteurs (syndicats, patrons, mutualités, médecins, gouvernements, communautés...) y ont pris part de manière plus ou moins importante selon les époques, mais le plus souvent dans un contexte de rapports de force. L'après-guerre a constitué un moment particulièrement favorable à la construction de la Sécu : « Plus jamais ça », disaient les populations dans leur ensemble, toutes classes sociales confondues, parfois issues des mêmes unités de résistance, le tout dans un contexte allant vers plus de démocratie et de justice sociale.

À noter, en Belgique, une particularité bien spécifique : aux conflits d'acteurs institutionnels, s'ajoute une logique de piliers: les piliers socialiste, chrétien et libéral, qui complexifient d'autant le paysage institutionnel.

Au sein de la sécurité sociale, l'assurance maladie-invalidité permet l'accès aux soins nécessaires en cas de maladie, soutient la prévention, le dépistage précoce des maladies, etc. et protège dès lors contre la dégradation sociale et l'appauvrissement majeur liés aux multiples coûts entraînés par la maladie : accès aux technologies et aux médicaments, congés nécessaires pour les soins ou le rétablissement, jusqu'à une fin de vie de qualité, en maintenant notamment un pouvoir d'achat suffisant.

Le principe de la sécurité sociale est celui de la protection prévisionnelle contre un certain nombre de risques potentiels (la maladie et l'invalidité, p.ex.). Il s'agit aussi d'une assurance sociale dans la mesure où son principe fondateur est **la solidarité qui met en œuvre l'équité: chacun participe au système général selon ses moyens, chacun en bénéficie selon ses besoins.**

La sécurité sociale est régie et garantie par la concertation sociale, qui permet le dialogue entre contributeurs qui sont aussi bénéficiaires (employeurs et syndicats), entre gestionnaires et prestataires (mutualités et professionnels), entre pouvoirs publics et acteurs du système, et avec, de plus en plus, une préoccupation pour l'avis et l'expérience des usagers-patients.

C'est ce système, à la fois juste, généreux et efficace, qui est aujourd'hui remis en question dans ses bases les plus profondes par l'idéologie néolibérale et les choix politiques qui en découlent. Une attaque frontale de la structure-même de la sécurité sociale solidaire et publique (appelée premier pilier) est en effet mise en œuvre à travers une promotion de sa privatisation et de son individualisation au travers d'un deuxième (assurances groupes) et d'un troisième pilier (assurances individuelles) de type commercial, où le paramètre d'ajustement est le risque financier lié à la maladie et à l'invalidité et non plus les moyens et les besoins de tous.

2.2. Des valeurs fondamentales à la base de la sécurité sociale

L'assurance maladie-invalidité constitue, avec les pensions, le plus gros budget de la sécurité sociale qui **s'appuie, elle, sur des valeurs fondamentales** :

- la **solidarité verticale** : les cotisations sociales sont proportionnelles aux revenus et les prestations offertes sont identiques pour tous ou plafonnées.
- la **solidarité horizontale** : entre bien-portants et malades, actifs et pensionnés, ménages avec et sans enfants, etc.

Ces deux valeurs ensemble nourrissent le principe d'équité indispensable au fonctionnement du système : chacun contribue selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins.

- la **démarchandisation** : les biens communs comme la santé, les pensions, la justice, l'éducation... ne peuvent être source de profit lucratif.
- la **gestion démocratique** qui, chez nous, se traduit par la concertation sociale.

La sécurité sociale est principalement financée par des cotisations et contributions issues des rémunérations liées au travail. À côté d'elle, s'ajoute un principe d'assistance sociale pour les personnes qui n'ont pas pu se constituer des droits sociaux via le travail, permettant d'assurer une universalité de la couverture sociale.

La solidarité ne peut jouer pleinement son rôle que si la sécurité sociale se base sur une assise suffisamment large et diversifiée, qui permet de répartir le risque de façon homogène. Les riches ont eux aussi intérêt à une sécurité sociale solidaire. Ils pourraient croire ne pas avoir besoin d'être protégés collectivement. Mais d'autres États le montrent : un modèle basé sur la seule assistance humanitaire détruit la cohésion sociale, engendre l'exclusion, la violence, l'insécurité et produit des déficits de bien-être en détournant des budgets importants vers les politiques sécuritaires.

2.3. En finir avec le détricotage

En Belgique, à partir des années 90, les services publics ont connu d'importants mouvements de privatisation et les droits liés au travail ont été fragilisés, notamment sous la pression des traités européens de libéralisation (dogmes de la libre concurrence et du non-interventionnisme d'État) et d'austérité. Après les entreprises publiques (énergie, sidérurgie...), les services (eau, transport, communication, postes, banques...), divers domaines de la protection sociale ont été soumis à la concurrence du secteur privé à but lucratif sur base de ces principes.

Au niveau individuel : la fragilisation s'est faite en matière de chômage (dégressivité, responsabilisation, exclusion...),

de pension (recul de l'âge de la pension, non assimilation, plafonnement, projet de pension à points...), mais aussi en maladie/invalidité (contrôles renforcés des malades, règles d'octroi des indemnités plus sévères, diminution du niveau des indemnités pour les travailleurs malades plus fragiles, responsabilisation...).

Au niveau du financement lui-même : la sécu a aussi été amputée par des systèmes de réduction de cotisations sociales sous le prétexte, souvent fallacieux, d'aider l'emploi. Voici quelques exemples : le Maribel dans le secteur marchand, le passage récent de 33% à 25% de cotisations sociales, un tax-shift avec un sous financement de plus de 2 milliards d'euros,

la réduction de la norme de croissance dans les soins de santé, la réduction des frais administratifs des mutuelles... Depuis une dizaine d'années, **c'est le cœur-même de la sécurité sociale qui est visé.**

La **fragilisation** globale des politiques en matière de **protection sociale** influence fortement les besoins à couvrir par la sécurité sociale. Le chômage, la pénurie de logements sociaux, le manque de places d'accueil pour les enfants ou pour les personnes porteuses d'un handicap, la mauvaise couverture préventive, les politiques d'exclusion des demandeurs d'asile, p. ex., créent une augmentation significative des dépenses curatives de santé.

La sécurité sociale, plus efficace lorsque sa base est large, **est aussi fragilisée par des transferts des compétences** (notamment en matière de santé) de l'État fédéral vers les entités fédérées. Ces transferts fragilisent l'assise de solidarité en la rétrécissant, mais aussi le lien entre cotisants

et bénéficiaires, puisque le financement de ces matières n'est dorénavant plus lié aux cotisations, mais bien à la loi spéciale de financement entre Fédéral et entités fédérées.

Son **mode de gestion paritaire (syndicats/patrons, prestataires/mutualités) semble, lui aussi, de plus en plus fragile.** L'expertise de technocrates, parfois sous la tutelle directe des ministres concernés, prend le pas sur celle des mouvements sociaux. Cet esprit de concertation sociale s'est aussi considérablement affaibli au cours des transferts des compétences santé.

L'assurance sociale comme un droit pour tout citoyen contre le risque de maladie ou d'invalidité n'est pas naturelle. **Elle est le fruit de combats, elle doit être défendue et renforcée. Le mouvement collectif est le seul rempart contre la logique néolibérale** qui vise à mettre à mal les fondements de la sécurité sociale. C'est dans ce contexte global, fait de rapports de force et traversé par une diversité d'acteurs, que la PASS inscrit ses stratégies d'action politique.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- (7) Garantir un financement solidaire, suffisant et adapté** de la protection sociale, et spécifiquement de la sécurité sociale ; réinvestir dans l'assurance maladie invalidité en rehaussant la norme de croissance vers les 3% ;
- (8) Consolider le principe de concertation sociale** en le révisant, de manière à ce que la représentation reflète la réalité des acteurs d'aujourd'hui, notamment la pluridisciplinarité et le mode de représentation des usagers ;
- (9) Exclure** de l'assurance maladie-invalidité (premier pilier) **des logiques commerciales concurrentielles** en garantissant aux mutuelles leur statut d'assureur à vocation sociale non-lucrative ;
- (10) Maintenir le principe d'une sécurité sociale pour tou.te.s, construite sur base du principe d'équité** : de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins (optimisation des contributions sociales, lutte contre la fraude fiscale et sociale, extension de la couverture à la totalité de la population dont les plus précaires...) ;
- (11) Re-fédéraliser** tous les pans de la **sécurité sociale** ou, au minimum, garantir que les transferts financiers résultant de la réforme de l'Etat maintiennent les fondements de solidarité.



Photo by rawpixel on Unsplash

CHAPITRE 3

RÉPONDRE AUX BESOINS VIA UN SYSTÈME DE SOINS STRUCTURÉ

L'organisation des soins en Belgique **repose historiquement sur le principe de liberté** : le patient peut choisir librement son prestataire de soins et le prestataire de soins peut s'installer où il le souhaite. Dans ce contexte, l'hôpital est fréquemment consulté « en premier recours » et est considéré comme acteur principal dans le système. C'est ainsi qu'il remplit de nombreuses missions qui relèvent de la première ligne.

Ce système est frustrant pour les prestataires et ne favorise pas la meilleure qualité des soins. Il serait plus valorisant pour le personnel hospitalier de se concentrer sur son domaine d'expertise. L'application du concept de subsidiarité se révèle particulièrement pertinente dans cette situation. En effet, quand les prestataires de soins sont amenés à prodiguer des soins peu spécialisés, ils risquent paradoxalement de perdre leur expertise et leurs compétences pointues, tout en subissant une surcharge de travail. Cette démarche va à l'encontre de l'organisation hospitalière actuelle qui, en privilégiant les services rentables tels que les consultations, réduit au maximum l'hospitalisation des patients souffrant de maladies graves et/ou chroniques ou intensifie la prise en charge. Les soignants

n'ont, dans ces conditions, plus le temps de « prendre soin » globalement de ces patients souffrant parfois de plusieurs pathologies. Les médecins expérimentés (seniors), surchargés de consultations, risquent de déléguer les soins aux hospitalisés aux assistants en formation (juniors), ce qui entraîne, outre un risque de ré-hospitalisations, un épuisement des juniors comme des seniors. Cette situation n'a rien à voir avec les capacités ou les volontés du personnel hospitalier mais est le résultat d'une recherche de rentabilité hospitalière, elle-même consécutive au mode de financement hospitalier.

Sachant que 90% des problèmes de santé peuvent être résolus en première ligne, **la réorientation des soins vers ce secteur peut se révéler très valorisante, non seulement pour les prestataires de la première ligne mais aussi pour les prestataires hospitaliers. Les uns et les autres ayant ainsi la possibilité de donner le maximum de leurs talents.** Cette manière d'organiser tant l'offre des prestataires que les chemins de soins des patients aura également pour conséquence d'en diminuer substantiellement les coûts.

3.1. À chaque échelon ses soins

Il est urgent de rendre leur spécificité aux différents échelons de soins. En effet, consulter son pédiatre pour faire vacciner son enfant, ou sa gynécologue pour se faire prescrire une contraception, n'est pas la manière la plus efficace d'utiliser l'offre de soins. Mais, dans notre pays, les patients sont libres d'aller où ils le souhaitent et quand ils le souhaitent. Si l'accès direct aux spécialistes peut être utile dans certaines circonstances, il comporte ses inconvénients, notamment les délais d'attente pour accéder à des soins spécialisés qui sont de plus en plus longs, y compris en cas d'urgence, et le système coûte cher.

La liberté d'installation a également pour effet que l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire, avec des zones en forte pénurie. Le système n'est pas lisible pour le patient avec pour conséquence une surconsommation des services d'urgence par manque d'orientation. Il est enfin peu coordonné, ce qui entraîne une perte d'informations et de communication entre prestataires et un déficit de qualité dans la prise en charge des patients.

Les évolutions des dernières décennies ont poussé les hôpitaux à acquérir de plus en plus d'expertise pointue. La liberté d'utilisation, couplée à la croyance que la technologie est supérieure à la compétence humaine, encourage la population à consulter directement en troisième ligne, ce qui fragilise la première ligne et la deuxième ligne (hôpital général local). L'hôpital de troisième ligne devient ainsi un centre de premier recours. Cette logique de concurrence entre prestataires (y compris entre hôpitaux) a comme résultat une mauvaise affectation des moyens et une croissance des coûts globaux du système. Il s'ensuit aussi, de par l'engorgement des structures spécialisées, une souffrance du personnel, victime à la fois d'une surcharge de travail, et d'une disqualification

Le concept de subsidiarité consiste au contraire à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être à un niveau plus bas tout aussi compétent avec plus d'efficacité et d'efficience, et donc avec les garanties de qualité. Il part du principe que les soins sont de meilleure qualité et plus humains, mais aussi plus accessibles et moins coûteux lorsqu'ils sont réalisés par la personne compétente la plus proche de l'utilisateur d'un point de vue culturel et géographique. **Concrètement, le système de santé devrait être organisé au départ de la communauté et des citoyens pour aboutir, en dernier recours, à l'hôpital, puis au service très spécialisé.** Cette réorganisation implique un transfert de tâches des spécialistes vers les généralistes, mais aussi des généralistes vers les soignants de la première ligne (infirmier.ère.s entre autres).

Elle implique aussi une meilleure considération de la place et du rôle des patients eux-mêmes et de leurs aidants-proches. Dans cette optique, la notion de « délégation de soins » doit être développée.

Un principe « d'échelonnement » consiste à inviter le patient à consulter prioritairement son médecin généraliste (premier niveau) pour tout problème de santé. Ce dernier, ainsi que d'autres prestataires proches du milieu de vie (pharmacien.ne, infirmier.ère, etc.) sont en mesure de résoudre 80 à 90% des problèmes présentés par les patients, mais aussi d'assurer de la prévention, du dépistage, du conseil, etc.. Le médecin généraliste est aussi responsable de rassembler toute l'information pertinente concernant la santé du patient au cours de sa vie, pour en faire la synthèse et la rendre accessible aux autres prestataires de santé (avec l'accord du patient).

Au second échelon, on trouve les prestations dispensées par les prestataires spécialistes en extra-hospitalier ou à l'hôpital lorsqu'elles demandent une technologie plus élaborée, un niveau de spécialisation plus pointu ou une surveillance plus étroite (hospitalisation).

Enfin, **des situations particulièrement rares ou compliquées nécessitent de faire appel à un niveau encore plus pointu en termes d'accès, à certaines techniques diagnostiques, de compétences ou de traitements très spécialisés (troisième niveau).** Ces prestations plus « sophistiquées » seront fournies par un plus petit nombre de services, répartis équitablement sur le territoire, et permettant de rassembler des techniques et les situations de manière à maintenir un niveau de compétence adapté (parce qu'on ne fait bien que ce qu'on fait souvent).

Traditionnellement les institutions de niveau universitaire rassemblant enseignement, recherche et un pôle de haute technologie exercent ce troisième niveau. De plus, l'articulation entre recherche, enseignement et dispensation de services ne doit pas concerner uniquement le troisième niveau : la recherche et l'enseignement doivent être au service de l'amélioration de la qualité à tous les niveaux du système.

Depuis quelques années, les politiques de santé tendent à s'inscrire dans cette tendance d'échelonnement, mais insuffisamment. Inversement, la dernière réforme de l'État entraîne un transfert des tâches des professionnels financés par le Fédéral vers les professionnels financés par les entités fédérées, sans transfert financier équivalent ni complémentarité.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- [12] La population devrait être largement informée et des incitants financiers ad hoc doivent être mis en place** pour encourager les personnes à s'adresser d'abord aux acteurs de soins qui leur sont les plus proches. Le passage préalable du patient chez son médecin généraliste (qui gère son Dossier Médical Global) devrait permettre d'avoir accès à des délais d'attente raccourcis. Dans ce cadre, les tickets modérateurs devraient être modulés de manière à mieux rembourser les soins spécialisés à haute valeur ajoutée.
- [13] L'installation de l'offre de première ligne doit être mieux encadrée et orientée** : il s'agit de favoriser l'installation notamment de maisons médicales et de médecins généralistes dans les zones rurales peu équipées en matière de première ligne (et de freiner l'installation surnuméraire dans d'autres zones).
- [14] La première ligne devrait être largement refinancée et majoritairement au forfait à la capitation**, complété par d'autres méthodes de financement. Si le financement à l'acte est maintenu, la première ligne devrait être accessible sans déboursier d'argent (suppression du ticket modérateur et tiers payant).
- [15] La première ligne de soins doit être mieux financée et équipée**. Pour cela, les possibilités légales prévues dans la loi sur la réforme de l'Etat doivent être activées afin que les transferts de tâches soient suivis de transferts de financements de l'hôpital vers l'aide et les soins à domicile.
- [16] Mettre en place un échelonnement des soins suppose aussi de faire évoluer la formation des soignants** pour une meilleure répartition des tâches, et pour une meilleure communication et collaboration entre eux.

Photo by Natanael Melchor on Unsplash



3.2. Une approche intégrée des soins au niveau de la première ligne

Si une personne peut s'adresser à différents professionnels comme « point d'entrée » dans le paysage de la santé (infirmier.ère pour une plaie, kinésithérapeute, diététicien.ne, dentiste, médecin généraliste, pharmacien.ne, ou encore assistant.e social.e), ce professionnel sera souvent amené à orienter le patient vers un autre professionnel.

Inégalités de santé, croissance des maladies chroniques, mauvaise répartition des tâches entre professionnels : **la nécessité d'améliorer la collaboration entre les différents professionnels de la santé semble aujourd'hui une évidence.**

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

(17) Mettre en place une coordination des soins, à l'échelle de chaque patient qui le nécessite.

Un des professionnels peut être désigné par le patient. Le « coordinateur des soins » s'efforcera d'optimiser l'intégration des soins, de veiller à ce que les choix du patient soient au centre du processus de soins et aidera l'équipe à organiser des soins de qualité et efficaces. Pour mettre en œuvre cette intégration, tous les membres de l'équipe de soins devraient participer de façon équitable au processus de décision dans le cadre d'une approche « horizontale » et prenant en compte la participation des usagers.

(18) Des « zones de soins », couvrant un territoire d'environ 100.000 personnes, devraient être mises en place. Ces zones de soins favoriseront une approche de santé publique et de prévention, visant notamment les populations défavorisées. Elles auraient aussi pour responsabilité de développer une offre couvrant la totalité de la population.

(19) Au sein de ces zones de soins, les équipes interprofessionnelles bio-psycho-sociales sont soit « sous le même toit » (modèle des maisons médicales) soit sous la forme de petits réseaux prenant en charge entre 5.000 (zones rurales) et 10.000 (zones urbaines) personnes, et regroupant des professionnels ayant l'habitude de coopérer : médecins de famille, infirmier.ère.s, kinésithérapeutes, diététicien.ne.s, logopèdes, pharmacien.ne.s, psychologues de première ligne, hygiénistes bucco dentaires, travailleurs sociaux et travailleurs communautaires. Cette offre de soins devra interagir avec le secteur social, de l'éducation, du travail, du logement, mais aussi avec la structure hospitalière loco-régionale. En s'inscrivant dans un réseau, le patient aurait accès à tous ces services.

(20) L'organisation et le financement du système à l'échelon local doivent tenir compte du nombre croissant de patients nécessitant une prise en charge complexe, que ce soit pour des raisons sociales, de santé physique et/ou de santé mentale.

(21) Pour que le système des « zones de soins » fonctionne, le patient devra être sensibilisé à ce mode d'organisation et au principe de subsidiarité qui en découle. Ce concept consiste, dans le champ de la santé, à rechercher le niveau pertinent pour chaque action (ce n'est pas au médecin de réaliser tous les soins). Le patient pourra aussi opter pour le choix d'un ou deux généralistes qu'il souhaite voir « de préférence » (notion de « dispensateur choisi »).

(22) La formation des soignants devra être amenée à évoluer afin de prendre en compte cette nouvelle manière d'organiser les soins de santé. Dès les premières années d'études, des expériences de terrain au niveau des soins de santé primaire doivent être organisées, en intégrant un contexte interprofessionnel. Dans le cadre professionnel, des « groupes d'intervision interprofessionnels » peuvent aussi contribuer à améliorer cet objectif. Il est aussi recommandé de prendre appui sur des expériences passées et en cours en termes de formation/sensibilisation des professionnels par les patients et associations de patients.

3.3. Une approche coordonnée des soins entre la première ligne et l'hôpital et la médecine spécialisée

Le **virage ambulatoire** (notion née au Québec dans les années 80) **consiste à intégrer au sein de la première ligne (en ambulatoire, à domicile) des prises en charge et des soins jusqu'alors réalisés en hôpital, ainsi que d'y affecter les moyens nécessaires à la réalisation de ces tâches.**

Si en toile de fond de ce mouvement on retrouve souvent un objectif de maîtrise des dépenses (les soins hospitaliers sont coûteux), l'enjeu est bien plus profond : la recherche d'une meilleure qualité des soins pour les patients et leur entourage, ainsi que la prise en compte de leurs besoins et demandes au niveau le plus adéquat.

Aujourd'hui ce sont des soins techniques et complexes traditionnellement prodigués à l'hôpital qui sont amenés à être traités par la première ligne, que ce soit par des équipes pluridisciplinaires ou sous la forme de projets pilotes. On parle d'« hospitalisations à domicile » (ou plus précisément de « soins techniques complexes à domicile », STCD). L'objectif

est de trouver un nouvel équilibre entre la technicité, l'humain, la sécurité et le bien-être, dans un coût abordable et justifiable, sachant que l'hospitalisation à domicile et le maintien à domicile ne sont pas toujours plus efficaces que l'institutionnalisation. De plus, pour que cette transition se fasse de manière idéale, certains principes devraient être respectés: impliquer une plus grande collaboration entre acteurs de deuxième ligne et de première ligne, selon le principe de subsidiarité décrit plus haut ; ne pas se contenter d'un transfert pur et simple des acteurs hospitaliers au domicile du patient.

De même, certains actes tels que le suivi des pathologies chroniques stabilisées ne nécessitant pas nécessairement de technologie lourde, aujourd'hui réalisés de manière majoritaire par des spécialistes, devraient être re-transférés vers les acteurs de première ligne. Cela permettrait de libérer le temps et les compétences de ces spécialistes pour les problèmes plus complexes et ainsi de réduire les files d'attente.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- [23] Les soins qui sortent des murs de l'hôpital doivent être pris en charge par les soignants de la première ligne, et non par une équipe issue de l'hôpital.** Ceux-ci doivent donc être renforcés (plus d'effectifs) et formés dans leurs nouvelles missions (formations initiales et continues).
- [24] Des équipes hospitalières, plus expertes dans certains domaines, et notamment dans les nouvelles technologies, viendraient en appui aux équipes de première ligne** pour les soutenir dans certaines prises en charges plus rares, les former.
- [25] Plutôt que de rester dans des logiques de concurrence entre les différentes lignes de soins, il s'agira de développer une culture de collaborations et d'échanges, de respect des complémentarités et apports mutuels** et de prévoir les modes de financement qui permettent à ces collaborations de se développer.
- [26] Il s'agit de limiter drastiquement les pratiques «privées» complémentaires** aux pratiques conventionnées hospitalières, source de dualisation des soins.
- [27] Pour l'entourage du patient, le maintien à domicile plutôt que l'hospitalisation peut être synonyme d'une charge supplémentaire parfois insurmontable, notamment professionnellement. Les « aidants-proches » devraient être soutenus par des mesures fiscales et législatives** (par exemple via des crédits temps suffisamment longs et rémunérés, et assimilés à la carrière).
- [28] De même, les maisons de repos et de soins (MRS) ne devraient pas se transformer en de pseudo-services hospitaliers.** Elles demeurent des lieux de vie où peuvent être assurés les soins de première ligne et les soins techniques complexes si nécessaire
- [29] La nomenclature et le mode de remboursement doivent être revus,** la population informée, et le système organisé de manière à encourager l'exercice de certains actes de manière plus subsidiaire : par exemple frottis de col, suivis de grossesse, bilans de vue, etc. Certains métiers devraient être revalorisés à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays occidentaux : optométriste, par exemple.
- [30] Nous voulons favoriser et développer les projets-pilotes visant à développer et améliorer les soins intégrés.**

3.4. L'hôpital au service des patients

L'immense majorité de la population peut accéder à des soins hospitaliers corrects, accessibles (géographiquement, sans délais injustifiés) **et à un prix abordable**. Au cours des dix dernières années, d'importants efforts ont été réalisés par les travailleurs de la santé pour améliorer l'efficacité des prises en charge hospitalières. La Belgique fait partie du peloton de tête des pays offrant une large gamme de soins spécialisés, avec un personnel hospitalier de haut niveau recourant aux technologies médicales et matériels récents.

Mais le système n'est plus tenable en l'état : l'organisation hospitalière est à la croisée des chemins en raison d'évolutions démographiques, technologiques et financières. L'absence d'un débat collectif structuré génère chez les dirigeants du secteur (autorités publiques, fédérations hospitalières, directions hospitalières, organisations professionnelles...) **d'incessantes luttes budgétaires**. Le discours « financieriste » entraîne en cascade, chez tous les acteurs hospitaliers, **une perte de sens, des contradictions éthiques de plus en plus évidentes. La tension ainsi générée entraîne une multiplication des arrêts de travail (burn-out et réorientations)**. Ceux-ci augmentent à leur tour la pression sur les acteurs et risquent, in fine, de **générer des pratiques et comportements déshumanisant les soins** (voir chapitre 5 « Prendre soin des professionnels de la santé »).

Les évaluations incessantes des activités hospitalières se transforment en tribunaux budgétaires recourant à des structures de consultance sans compétence en santé publique, qui analysent le secteur hospitalier uniquement à travers le prisme d'un marché à (dé)réguler, et en y ouvrant une place significative aux assurances, fournisseurs et entreprises sous-traitantes privées (stérilisation, nettoyage, catering, etc.).

Le contour même de l'hôpital est remis en question, en visant à resserrer l'activité hospitalière à différents niveaux :

« hospitalisation » (donc en excluant l'hôtellerie nécessitée par le séjour), diagnostic (de nombreux services médico-techniques sont parfois sous-traités ou regroupés hors de l'hôpital), prise en charge médicale (certains médecins viennent avec leur « clientèle » privée en louant l'espace hospitalier) ... Dans ces conditions, un dumping social s'installe, favorisé par un financement comparatif dans lequel les performances budgétaires prédominent sur la qualité des prises en charge.

L'hôpital n'est pourtant pas une entreprise comme une autre. **Il s'agit d'une organisation non marchande remplissant des missions de service public**. Elle est donc « redevable » à la collectivité du bon usage des fonds mis à sa disposition. Dans ce cadre, il s'agit d'interroger la notion d'« hôpitaux », y compris à travers le prisme des sous-traitances: jusqu'où iront-elles? Que ne doit-on absolument pas soumettre au marché? Ainsi, le remplacement de lits hospitaliers par des hôtels de soins, ou le regroupement de certains pans de l'activité hospitalière (laboratoire, imagerie, etc.) ne peuvent pas être l'occasion de la marchandisation des services de santé. L'hôpital doit rester un acteur au service du public, des usagers, des patients.

La qualité en milieu hospitalier dépend très largement des moyens que l'on veut bien y consacrer, tant sur le plan financier que sur le plan humain. La mise en place d'un processus d'amélioration continue de la qualité et de principes d'accréditation (deux dispositifs issus des méthodes de gestion et de management des secteurs privés productifs) ne peuvent fonctionner que si les normes d'encadrement et de personnel (médical, paramédical et autres) sont revues à la hausse. Il est à noter que, dans le même temps, la mise en réseau des hôpitaux, si elle vise des objectifs budgétaires, ne participera pas à l'amélioration de la qualité dans le secteur hospitalier mais, à moyen terme, à une déconstruction des normes d'encadrement et de personnel (en se basant paradoxalement sur les principes de la qualité).

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- [31] L'accessibilité universelle aux soins hospitaliers doit être réaffirmée**, notamment
- par des mesures garantissant la prise en charge des patients précarisés dans tous les hôpitaux ;
 - en supprimant les suppléments d'honoraires par un refinancement de l'hôpital sur une base solidaire et équitable;
 - en contrôlant mieux les prix et l'utilisation des médicaments et implants ;
 - par une couverture maximale de l'assurance obligatoire;
 - en améliorant la lisibilité des factures et par la possibilité d'obtenir une estimation indicative préalable des coûts .
- [32] Il faut garantir à chaque hôpital un financement suffisant, adapté et lisible**, favorisant une prise en charge qualitative et multidisciplinaire, sans sélection des patients solvables ou des pathologies, et en tenant compte des caractéristiques psychosociales de ces patients. Il est indispensable que ce financement permette de combler les besoins en personnel et en équipement technologique adapté au niveau de soins, sans avoir recours à des activités ou des pratiques marchandes.
- [33] Des activités et projets innovants d'appui aux acteurs de première ligne devraient être financés**, plutôt que de favoriser l'intervention des acteurs hospitaliers à domicile (parfois même indépendamment des acteurs de première ligne).
- [34] Le financement à l'acte des médecins hospitaliers doit être supprimé**. Les conditions de travail, de carrière et de rémunération des médecins hospitaliers doivent être réorganisées sur base de critères tels que la charge de travail (lourdeur, gardes...), l'expérience, et en réduisant les écarts entre spécialités.
- [35] Les normes d'encadrement infirmier et les modes d'organisation des services infirmiers doivent être revus et adaptés** pour promouvoir une démarche qualitative via un accompagnement plus global et plus humain des patients. Il s'agit à la fois de garantir une présence effective du personnel (donc un remplacement du personnel absent par du personnel supplémentaire), l'effectivité d'équipes pluridisciplinaires organisées pour une prise en charge globale autour du patient (intégrant des aides soignant.e.s, des infirmier.ère.s, des paramédicaux...), et dont le dialogue interdisciplinaire est organisé sur une base moins hiérarchisée, permettant aux complémentarités de se déployer.
- [36] La réforme hospitalière initiée par Maggie De Block doit donner le temps nécessaire aux acteurs pour mettre en place des réseaux qui tiennent compte de ces différents objectifs**, en garantissant que toute économie produite sera réinjectée en amélioration de l'encadrement en personnel et/ou en développement des complémentarités avec la première ligne.
- [37] Les initiatives et démarches participatives initiées au sein des hôpitaux** (par exemple comités des patients au CHU Liège, appel à projets et évaluation par les patients au sein du CHU Brugmann...) **doivent être valorisées**.

3.5. Des soins « evidence-based » et une recherche adaptée

De bons services de santé sont ceux qui fournissent **des prestations efficaces, sûres et de qualité, à ceux qui en ont besoin, tout en garantissant une utilisation aussi efficace que possible de l'assurance maladie.**

Les études cliniques se sont fortement développées dans les années 70-80 parallèlement à l'utilisation croissante d'un outil théorique d'analyse : l'**Evidence Based Medicine** (EBM en Anglais, « médecine basée sur les données probantes » en français). Son principe : les connaissances et expériences du prestataire de soins doivent intégrer les données probantes scientifiques, de même que les besoins individuels et les préférences du patient.

Il ne s'agit pas de développer des soins standardisés, découplés du contexte de chaque patient. **La prise en compte des données probantes constitue un des aspects d'une bonne pratique clinique qui doit inclure également le point de vue du patient, l'expérience et l'éthique du professionnel, dans un contexte déterminé.** L'objectif est de pouvoir délivrer des soins de haute qualité à tous les patients, indépendamment de leurs moyens financiers.

La pratique de la médecine factuelle implique donc de produire des données pertinentes, d'intégrer l'enseignement de cette médecine à tous les niveaux de la formation et de fournir aux professionnels un accès aux ressources scientifiques. Pour rencontrer ces conditions, **trois institutions ont été créées en Belgique :**

- Le KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé), qui a pour mission de fournir des analyses et des études scientifiques rigoureuses et objectives sur base desquelles les pouvoirs publics, ou les prestataires de soins, pourront fonder leurs décisions en matière de soins de santé et d'assurance maladie. Le KCE n'est pas impliqué dans les choix politiques qui s'ensuivent.
- Le CEBAM (Centre Belge pour l'Evidence Based Medicine), qui organise des cours méthodologiques à destination des prestataires de soins. Il valide les recommandations de bonnes pratiques cliniques, accompagne la préparation et la diffusion de revues systématiques, et permet à chaque prestataire de soins d'avoir accès à des informations scientifiques objectives, et ce à un prix abordable (Digital Library for Health).
- L'EBM Practice Net accompagne le prestataire dans sa pratique en lui fournissant des informations disponibles par le biais de son dossier médical informatisé.

- D'autre part, les Universités ont intégré l'apprentissage de l'EBM dans le cursus de base de formation des médecins et dans la formation continue.

La médecine basée sur les données probantes suppose la production de données probantes, et objectives. Les dernières années mettent en lumière le déficit d'informations objectives et pertinentes dans la littérature, pour diverses raisons, dont la privatisation croissante du domaine de la recherche et l'importance du lobby pharmaceutique. Certains sujets ne sont jamais étudiés, certains résultats jamais publiés. La recherche nécessite donc que l'on s'y penche.

Une première initiative a été prise, donnant pour mission au KCE de mener ou soutenir certaines recherches, en collaboration avec des organismes d'autres pays. Au-delà de la production de données probantes, leur diffusion reste nécessaire au travers de structures indépendantes non commerciales qui les traduisent en recommandations utilisables dans la pratique. Cependant, la volonté politique actuelle est de faire fusionner au sein d'une même structure, le Sciensano (Institution publique déjà issue de la fusion entre l'ancien Centre d'Etudes et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé Publique (ISP)), le KCE et le Conseil supérieur de la santé.

D'autre part, la prise en charge médicale ne peut se résumer à cette seule approche.

Le CEBAM² décrit ainsi les soins « evidence-based » : le prestataire de soins intègre ses connaissances et son expérience clinique avec les données probantes scientifiques ('evidence') et les besoins individuels et les préférences du patient.

Nous considérons également que le choix de la médication des patients et la détermination des politiques de santé doivent intégrer les éléments susmentionnés. De surcroît, nous considérons que l'impasse ne peut être faite sur une réelle expertise des patients, au-delà des « besoins et préférences ». En tant qu'experts de leur propre vécu, ils connaissent les réactions de leur corps face à tel traitement ou telle médication. De par leur connaissance très concrète des effets de la maladie sur leur quotidien, et leur vécu et parcours au sein de notre système de santé, les patients ont également un rôle important à jouer dans la détermination des politiques de santé, qui ne peuvent être fondées exclusivement sur des données d'ordre scientifique.

[2] CEBAM, <https://www.cebam.be/fr/ebm/Pages/Wat-is-EBM.aspx>

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- (38)** Assurer un financement adéquat du KCE, du CEBAM et de l'EBM Practice Net.
- (39)** Préserver l'autonomie et l'indépendance de ces structures de toute influence du pouvoir politique et de tout autre groupe de pression.
- (40)** Soutenir financièrement la recherche et la publication des données objectives, notamment dans des domaines actuellement laissés pour compte.
- (41)** Soutenir un organisme indépendant de diffusion de l'information auprès des prestataires.
- (42)** Valoriser les approches orientées patient/qualité de vie de l'EBM et non pas les approches strictement économiques ou gestionnaires en termes de coûts/bénéfices.

3.6. L'informatisation : par et pour les soignants et les patients

La révolution digitale induite par l'informatique, puis les Smartphones et les réseaux sociaux, a largement pris sa place dans le champ de la santé. D'un côté les outils informatiques destinés aux professionnels de santé se généralisent. De l'autre, le nombre d'applications santé grand public pour Smartphones se compte en centaine de milliers. Ces nouveaux « services », dont la majorité n'a pas subi de processus de validation, peuvent être coûteux pour les usagers (puisqu'ils ne sont pas remboursés). En outre, les compagnies d'assurances surfent sur la vague, proposant des applications qui leur permettent de profiler leurs utilisateurs selon leurs comportements afin de personnaliser les primes, avec pour conséquence une sélection des publics qui peuvent y avoir accès, ce qui constitue une véritable entrave à la couverture universelle.

L'émancipation, la coopération, la réduction des inégalités sociales doivent rester le centre de nos préoccupations.

Les acteurs dominants de ces développements technologiques doivent être régulés. Avec une certaine volonté politique, ce tournant pourrait même être bénéfique au secteur de la santé. Car face à ces tendances marchandes, commencent à se théoriser les communs - qu'ils soient du domaine privé ou du domaine public - qui proposent tout un spectre de modèles de partage. Ceux-ci pourraient permettre de sortir d'une conception basée sur les droits de propriétés ou les brevets, qui brident l'accès à la connaissance et l'innovation.

La politique numérique du gouvernement s'incarne dans le plan e-santé et la plateforme e-health.

L'open source a été choisi judicieusement afin de favoriser la diffusion et l'interopérabilité (capacité que possède un produit ou un système à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes sans restriction d'accès ou de mise en œuvre).

Ce ne sont pas les chercheurs et les décideurs qui sont les cibles prioritaires du système d'information mais bien les usagers et les professionnels de terrain. Ces derniers doivent conserver une capacité de décision locale sur base d'une information globale, totalement sécurisée et cryptée pour toutes les données d'identification personnelle. Un système d'information pertinent, basé sur des informations de qualité, fiables et récentes, fournies par les professionnels de la santé et la population elle-même, permettrait d'élaborer un ensemble

d'indicateurs (de processus et de résultats) quantitatifs et qualitatifs pour évaluer les pratiques de terrain, l'impact de l'offre de soins et des déterminants de santé. La pertinence de ces indicateurs (sensibilité, spécificité, validité... suivis au cours du temps) doit être définie et assurée par de nouveaux laboratoires de recherche transdisciplinaires intégrant informatique, linguistique, sciences humaines et de la santé, ... pour produire un système d'information de qualité au service de la population, des soignants et des décideurs. Ce n'est que de cette manière que l'information sanitaire servira véritablement la démocratie sanitaire, en excluant radicalement l'utilisation des big data à des fins commerciales.

Dans le cadre de e-health, la création d'un répertoire web public de documentation doit favoriser la transparence et l'interopérabilité de systèmes qui touchent aux droits fondamentaux des personnes. Dans le même esprit, les standards de document belgo-belges, qui avaient dû être élaborés en leur temps, devraient progressivement laisser la place à des standards internationaux.

La mainmise historique des administrations publiques sur les systèmes d'information et leur volonté, souvent prégnante, de les utiliser comme systèmes de contrôle rompt la confiance des différents acteurs. Il est souhaitable de financer des missions d'accompagnement sur le terrain afin d'améliorer la confiance envers l'informatisation des soins de santé.

L'informatisation des processus de santé entraîne un remodelage des processus de communication entre soignants et soigné, et parfois un accès par des non-soignants à certaines informations, avec toutes les garanties de la subsidiarité, de la loi sur les droits du patient, et du secret partagé, permis par les nouvelles technologies. La poursuite du développement du dossier médical informatisé partagé (propriété du patient et géré par le médecin généraliste) et l'incitation à utiliser les nouveaux outils de numérisation de l'imagerie (télé-dermatologie, partage du suivi des paramètres physiologiques et biologiques, concertation par vidéoconférence...) doivent être encouragés et soutenus par une structure publique ad hoc.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- [43]** Développer systématiquement des canaux de communication et de traduction entre les multiples outils existants, ou développés dans le futur, pour assurer une véritable **interopérabilité** entre tous les flux d'informations probantes.
- [44]** Veiller à l'utilisation optimale des données disponibles, dans un objectif d'efficacité maximale, en apportant toutes les garanties pour leur protection, en utilisant les technologies de cryptage et/ou d'anonymisation les plus récentes, en les analysant selon des méthodologies et pour des objectifs définis a priori, et en veillant à travailler activement la confiance des prestataires dans l'outil informatique.
- [45]** Mettre sur pied une entité publique d'information et de médiation sur les questions numériques, identifiable par le grand public, indispensable pour améliorer la connaissance du grand public sur ces sujets.
- [46]** Etudier la faisabilité d'une cotisation sociale sur les algorithmes (ou sur les logiciels), permettant de sortir le financement de la sécurité sociale de sa dépendance exclusive aux revenus d'un travail humain, dont la part dans l'économie globale diminue progressivement depuis 150 ans avec la mécanisation puis l'informatisation.

Photo by rawpixel on Unsplash





Photo by rawpixel on Unsplash

CHAPITRE 4

LES PATIENTS, ACTEURS DE LEUR SANTÉ ET DU SYSTEME DE SANTÉ

Avant d'être patients (ou professionnels de santé d'ailleurs), nous sommes citoyens impliqués dans notre environnement, et impactés par les déterminants sociaux de la santé.

Comme patients, il est impératif de pouvoir s'impliquer dans les soins et leur organisation. Cela a des conséquences positives, tant pour sa santé que pour le système de soins de santé. Cette approche permet une réduction du nombre de tests diagnostiques et de renvois vers des spécialistes, ce qui conduit à une réduction des dépenses totales de soins de santé. Ainsi, **le professionnel de santé et le patient partenaire s'engagent dans une relation de partage et de co-apprentissage en mutualisant et combinant leurs savoirs scientifiques et d'expérience.** Ils co-construisent le

projet de soins. Dans ce partenariat avec les professionnels de santé, les patients développent leurs habiletés pour prendre en main leur santé et prendre les décisions qui les concernent.

La participation se décline aussi à un niveau plus collectif et institutionnel. Que ce soit dans un hôpital, un service de santé mentale, une maison de repos, une maison médicale, il existe des dispositifs participatifs et porteurs de changements. Il en va de même pour le niveau de la gestion du système de santé : comment faire participer davantage les patients à la démocratie sanitaire ? Comment permettre aux mutuelles de faire vivre cette démocratie en leur sein ? Comment mobiliser les patients-citoyens dans l'action sur leur environnement et sur les déterminants sociaux de santé ?

4.1. Vers l'empowerment³ individuel et collectif des patients

Le concept de santé communautaire (Déclaration d'Alma Ata 1978) reconnaît l'importance de la participation des patients mais aussi le rôle des communautés à l'amélioration de la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent ensemble à leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces

priorités. Pour y parvenir, il est nécessaire de se placer dans un cadre mêlant intersectorialité, interdisciplinarité, transversalité et partenariat afin de favoriser le partage des savoirs et des pouvoirs.

En santé communautaire, la citoyenneté et la participation sont considérés comme prépondérants dans la possibilité qu'a un bénéficiaire de pouvoir prendre des décisions éclairées pour sa santé. La démarche en santé communautaire semble être une

[3] A comprendre ici comme un pouvoir d'agir.

démarche puissante pour faire face aux ressources limitées d'une société en termes de santé.

Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (MPHS) s'inscrit dans la volonté d'améliorer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients. Il est fondé sur des valeurs de respect, d'autonomie de la personne, d'égalité dans la relation, de croyance dans le potentiel de chaque être humain, de fidélité dans ses engagements. Le MPHS s'appuie sur les savoirs issus de l'expérience des patients, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur leur vie personnelle et celle de leurs proches.

L'empowerment ou le pouvoir d'agir collectif des patients nécessite d'amplifier le caractère démocratique du système de santé. Des mécanismes de concertation des prestataires de soins de santé, des mutualités et des patients eux-mêmes **doivent permettre, à tout niveau, une participation de ces acteurs à la prise de décision.** La participation de tous les acteurs au cœur du système de santé est non seulement

légitime, **mais elle permet aussi des décisions plus justes et plus efficaces.** En effet, l'expertise de vécu avérée des patients permet de déceler les problématiques prioritaires et d'envisager des pratiques innovantes. En outre, de par leur confrontation très personnelle avec la maladie et le système de santé, les patients sont les mieux placés pour valoriser et défendre le respect des droits des patients et la prise en compte de leurs priorités.

Le développement du pouvoir d'agir des patients et la reconnaissance de leur rôle d'acteur et de sujet va de pair avec une information de qualité, une autonomisation et plus encore une prise de conscience par les patients, en tant que citoyens, de leur propre capacité de parole et d'action.

Pourtant, les patients et usagers, premiers concernés par les politiques de santé publique, et les mesures qui touchent aux déterminants de la santé, constituent toujours une catégorie d'acteurs insuffisamment et trop indirectement représentée.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- (47) La démocratie sanitaire doit être considérée comme un déterminant de la santé,** tout comme cette citoyenneté, pour laquelle la santé communautaire est un levier.
- (48) Il faut une collaboration entre tous les acteurs et disciplines concernés :** avant tout, les membres de la collectivité, mais aussi les professionnels de santé, les institutions et organisations des services publics, les CPAS et les acteurs politiques. **Une horizontalité des relations avec le ou les bénéficiaires est nécessaire.**
- (49) Les patients doivent être considérés comme des partenaires par les professionnels de santé** afin de **développer leurs habiletés à prendre en main leur santé** et prendre les décisions qui les concernent.
- (50) Il s'agit de favoriser le développement et la reconnaissance des associations de patients** et de proches, notamment au sein des hôpitaux, des maisons médicales, des mutualités...
- (51) La participation des patients dans un système de santé démocratique doit se concrétiser à plusieurs niveaux :**
 - dans la relation entre les patients et les prestataires de soins ;
 - dans les institutions de soins, où les patients participeront à la vie collective de l'institution et seront associés au même titre que les autres acteurs aux prises de décision dans les diverses instances de l'institution ;
 - dans la formation des futurs professionnels pour partager leur expérience et leur vision de la relation soignant-soigné ; des expériences concluantes existent déjà et sont à partager de manière plus large ;
 - au niveau politique, avec des mécanismes institutionnalisés et permanents de concertation à développer du bas vers le haut, avec une place plus importante donnée aux usagers et aux patients, tant au travers des mutualités que des organisations de patients porteuses d'expertise du vécu ;
 - de même, les patients-citoyens doivent être impliqués dans la démarche d' « évaluation-santé » des politiques diverses, au niveau local, régional et national.

4.2. Attention à la sur-responsabilisation des patients

Les droits des patients et l'accessibilité de leurs soins de santé **ne peuvent en aucun cas être conditionnés au suivi d'un « bon » comportement ou au respect de procédures trop strictes.**

Au niveau sociétal, l'idée de sur-responsabiliser les patients gagne du terrain. Face à la surconsommation d'antibiotiques, les prix augmentent afin de responsabiliser, par le portefeuille, les patients qui seraient soi-disant trop avides de cette médication. Des discours se développent concernant le remboursement de soins et de médicaments, par exemple en lien avec l'obésité et la dépendance à l'alcool, sans pour autant qu'une perte de poids ou un sevrage soit une nécessité d'un point de vue thérapeutique. La montée en puissance de la logique de type assurantiel (assurances complémentaires, services de soins privés...) participe également de ce mouvement de responsabilisation du patient. Or **le seul argument financier**

(augmentation des prix ou non remboursement de médicaments ou de soins si le patient est considéré comme « responsable » de son état) **ne servira qu'à culpabiliser le patient, et non à le responsabiliser.**

D'un autre côté, **les patients possèdent une capacité de résilience individuelle et collective, qu'il faut renforcer.** En ce sens, une responsabilisation des patients ne peut exister que s'il est reconnu comme acteur de sa santé, s'il reçoit des informations compréhensibles et fiables, et s'il est accompagné. Les politiques de prévention jouent un rôle crucial pour que les patients soient véritablement acteurs de leur santé.

Bien plus que la responsabilité individuelle, il s'agit de mettre en lumière la responsabilité sociétale des industries et des États (par exemple accessibilité et publicité pour des produits « non sains »), cfr. chapitres 1 et 2 ci-dessus.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- (52) Renforcer et développer les politiques de prévention prioritairement collectives**, en les articulant entre elles, en tenant compte des déterminants de la santé, et en travaillant avec tous les partenaires possibles (patients, professionnels, associations, mutuelles...).
- (53) Interdire de lier le comportement du patient à l'accès aux soins** (y compris le remboursement qui doit être inconditionnel).
- (54) Les décisions politiques doivent se prendre en cohérence avec les questions de santé publique et en excluant l'intervention des lobbies.**

4.3. Et les groupes plus vulnérables dans tout ça ?

Nous devons bien constater que des mesures globales et linéaires ont des impacts particulièrement amplifiés pour les catégories les moins aptes à faire valoir leurs spécificités ou leurs intérêts. Ainsi, les personnes porteuses de handicap, les sans-papiers, les familles monoparentales, les personnes âgées... nécessitent une attention et des protections particulières dans les initiatives à mener pour garantir un accès à la santé et une participation démocratique.

Le vieillissement de la population par exemple, est un élément incontournable de cette réflexion sur le modèle de partenariat en santé, la santé communautaire et l'empowerment : il s'agit de permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans la dignité ; dès lors, d'avoir des points d'attention spécifiques aux personnes âgées, en cessant de considérer ces dernières comme des objets mais bien comme sujets de soin.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

Cela doit se décliner à plusieurs niveaux. Il s'agit :

- (55)** De prendre en compte et de **respecter leurs choix de vie**, tout en tenant compte des réalités du milieu et de l'environnement dans lesquels elles vivent (autonomie) et dans une optique privilégiant la qualité de vie (ne pas rajouter à tout prix des années à sa vie, mais plutôt essayer de rajouter de la qualité de vie à ses années).
- (56)** De soutenir les projets où des personnes âgées prennent elles-mêmes leur santé en main, par exemple dans **les comités d'usagers** (conseils des résidents en Maisons de repos, p. ex.).
- (57)** De soutenir les initiatives au sein desquelles **les personnes âgées réfléchissent aux politiques** et aux services qui leur sont destinés.
- (58)** De prévoir un **système de solidarité** qui assure une réponse adéquate à leurs problématiques spécifiques (perte d'autonomie, maladies chroniques, difficultés financières...).





CHAPITRE 5

PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Prendre au sérieux les besoins, les attentes des patients ne peut se faire sans considérer les professionnels comme des acteurs à part entière. Il serait dommage de parler d'empowerment, de participation, de dynamiques nouvelles avec les usagers et les patients sans **appliquer la même volonté de participation pour les professionnels**. Or la culture de travail dans le domaine des soins de santé est souvent pyramidale voire autoritaire. Les lieux d'échange et de feed-back sont insuffisants. On constate une perte de sens et une démotivation dues à la multiplication et l'intensification des tâches, ainsi que le sentiment de ne pas être considéré et reconnu... **Ces situations produisent souvent de la souffrance, des malaises au travail** et peuvent contribuer au burn-out.

Les institutions de santé n'échappent pas au culte de la performance et de l'excellence. La fascination pour le modèle privé commercial a envahi le secteur des soins de santé par nécessité ou désir de « moderniser » et d' « évoluer ». Les

révolutions numérique et managériale se sont développées de manière simultanée. Conséquence, de nouvelles exigences dans un contexte socio-économique où règnent compétitivité, flexibilité, réactivité, adaptabilité, rentabilité. Cela, au nom de la nécessité d'une nouvelle gouvernance, du management par l'excellence et de l'évaluation productive.

Le nouveau management se traduit concrètement par un nouveau profil de direction et du service du personnel. On est passé à la gestion des ressources humaines qui assimile le personnel à une composante du système productif, voire à une charge. Paradoxalement la mise au centre de l'humain est contredite par les réalités du terrain où les personnels de santé sont de plus en plus astreints à être des « outils » impersonnels d'un système visant la performance. C'est le comble quand on connaît les attentes des patients pour davantage d'humain et de qualité dans les prises en charge.

5.1. De bonnes conditions de travail pour des soins de qualité

De cette nouvelle situation, où les personnels de santé sont davantage considérés comme un coût plutôt qu'une ressource humaine garante d'une qualité des soins, **découlent des tensions et des souffrances étouffant le sens du travail et l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle**.

Et pourtant, la qualité des soins est directement liée à la qualité des conditions de travail. Il y a un accord théorique unanime là-dessus. La réalité quotidienne du terrain n'en tient absolument pas compte.

Amélioration des connaissances médicales, évolutions techniques et technologiques (techniques de soins,



Photo by Linda Léonard

médicaments innovants, techniques opératoires, matériel médical...), exigences des patients, nouveaux modes de gestion... tous ces éléments imposent au personnel de travailler dans l'urgence, dans l'aigu (raccourcissement des hospitalisations), dans un environnement qui se déshumanise.

Les travailleurs de la santé sont exposés à une augmentation de leur charge de travail physique, psychologique ou psychosociale. Les risques et les maladies professionnels ont changé. Les risques psychosociaux prennent une ampleur démesurée : agressivité des patients, familles, collègues ou supérieurs hiérarchiques, doubles contraintes permanentes, inconstance de la ligne hiérarchique, harcèlement, impuissance face à la douleur, la maladie, la mort, pas de temps pour en parler, pour « digérer »... Les postures contraignantes, la mobilisation des patients et les risques liés aux substances dangereuses sont, eux, à l'origine de nombreux problèmes physiques (tels que les troubles musculosquelettiques ou des maladies professionnelles telles que l'eczéma, l'asthme, ...).

En conséquence, les absences se multiplient et s'allongent ; le nombre de travailleurs présents sur le terrain est trop souvent insuffisant, avec une charge et un rythme de travail qui s'intensifient. Les horaires sont variables, inconfortables et difficilement conciliables avec la vie privée. Le personnel est coincé entre les exigences imposées par le management et le sens qu'il veut donner à son travail.

Une politique de santé doit pouvoir répondre aux besoins de ses bénéficiaires, mais aussi de ses travailleurs, qui doivent être reconnus et respectés. L'encadrement doit permettre d'assurer des soins de qualité tant au niveau technique et sécurité qu'au niveau humain. Autrement dit, il

faut un nombre suffisant de travailleurs de manière globale, mais aussi par type de profession et effectivement sur le terrain. La complémentarité des professions doit être prise en considération pour assurer une multidisciplinarité. Chaque travailleur, quel que soit son secteur d'activité, doit pouvoir exercer un travail tenable, à temps plein, tout au long de sa carrière. En outre, les infrastructures et l'environnement doivent être plus fonctionnels, mais aussi être sains et agréables.

Trop souvent on exige du travailleur qu'il s'adapte au poste de travail plutôt que d'adapter le poste de travail au travailleur. Et, dans les situations où on veut prendre en compte le patient dans son milieu de vie, c'est le personnel qui devient la variable d'adaptation : les contraintes physiques s'imposent, sans que le financement ne permette d'élaborer des solutions.

Au-delà des conditions de travail, se pose aussi **le manque de reconnaissance**. A la fois, en matière d'expertise de terrain, de participation aux orientations et choix de gestion, mais aussi au niveau des barèmes et statut social. L'attractivité de ces professions est largement minée par un manque de perspective de revalorisation professionnelle et sociale.

Le bien-être au travail et la reconnaissance passe aussi **par une participation collective aux décisions** en matière d'objet social, d'organisation... Or, on constate que les « impératifs économiques » sont souvent pris comme excuse pour réduire, combattre le fait syndical au sein des institutions de soins. La culpabilisation des militants syndicaux est une des méthodes pour individualiser la relation de travail, et ainsi responsabiliser le travailleur par rapport à des insuffisances organisationnelles ou institutionnelles.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- (59)** Les rôles, compétences et missions, les liens et les lignes hiérarchiques doivent être clarifiés afin de permettre une optimisation et une qualité des prises en charge et des prestations.
- (60)** Le personnel des institutions de soins doit être fortement impliqué dans la définition de l'objet social, la philosophie des prises en charge, et la conception de l'organisation du travail. L'activité syndicale doit être considérée comme une force dans la recherche de la concordance conditions de travail / conditions de prise en charge. Dans ce sens, elle doit être intégrée dans les normes de personnel.
- (61)** L'attractivité du personnel de santé doit être amplifiée par une revalorisation barémique et du statut social.
- (62)** Les normes d'encadrement doivent être adaptées pour répondre à l'intensification des prises en charge, à l'évolution des besoins et réalités des patients et des travailleurs tels que le vieillissement du personnel soignant, l'évolution des pathologies, dont les pathologies psychiatriques...
- (63)** La robotique et la numérisation doivent être considérés comme une aide pour les travailleurs. Ces nouvelles technologies doivent être implantées de manière mesurée et réfléchie, en tenant compte de la réalité du personnel (âge, ancienneté, formation...) et en octroyant le temps nécessaire pour en faire usage.
- (64)** Des plans de prévention et de lutte spécifiques et permanents qui répondent aux risques encourus par les travailleurs doivent être mis en place. Il faut donner aux travailleurs les moyens pour s'adapter à l'évolution de la charge de travail physique et mentale (temps pour l'aspect humain, pour échanger entre collègues, lieux de paroles, formation, réflexion sur les horaires de travail difficile et adaptation des horaires...).
- (65)** Les réglementations sociales doivent permettre une stabilité des horaires (prévisibilité, remplacement du personnel absent, limitation des prestations inconfortables...) et une conciliation de la vie privée avec la vie professionnelle (garde des enfants, temps de repos, vacances annuelles...).
- (66)** La carrière doit être pensée dans sa globalité, valorisant chaque période (facilités d'apprentissage technique et technologique en début de carrière, « vitesse de croisière » en milieu de carrière, expérience en fin de carrière) pour une plus-value globale de tous.
- (67)** Il s'agit de prendre en compte les différences dans les conditions de travail en institution de celles à domicile, et y développer une plus grande créativité dans l'adaptation du poste de travail.
- (68)** La médecine du travail doit être intégrée dans les équipes multidisciplinaires ; des passerelles beaucoup plus nombreuses doivent être mises en œuvre entre la médecine du travail et la première ligne. Favoriser/faciliter/encourager les liens entre médecin du travail et acteurs du monde du bien-être au travail (ergonome, conseiller en prévention spécialisé en aspects psychosociaux, hygiéniste) et médecin traitant et spécialistes – former des infirmier.e.s spécialisé.e.s en santé au travail (cf. pénurie de médecins du travail).

5.2. Une formation adaptée aux besoins et nouveaux enjeux

Nous avons mis en lumière la part relative du système de soins dans le bénéfice-santé pour la population : **les modes de vie et les environnements ont toute leur place pour expliquer l'état de santé de la population** (cfr. chapitre 1).

Pourtant le système de santé reste essentiellement centré sur le soin. Éducation, prévention, promotion de la santé, et même réhabilitation, sont désinvestis, ce qui s'explique en partie par un éclatement des compétences institutionnelles. Et malgré certains aménagements en faveur de la médecine générale, **l'hôpital et la spécialisation demeurent le référentiel de l'excellence** de la pratique médicale et du cadre académique.

Or, les questions de santé ne se cantonnent plus aux maladies mais s'élargissent aux problèmes de santé, liant la souffrance somatique à son environnement relationnel et social. **Cette nouvelle lecture doit trouver sa place** dans la pratique et,

en amont, **dans la formation des professionnels.** Au niveau international, les études de médecine, mais aussi d'autres professions de santé, ont fait l'objet de réformes récentes afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, définis à travers les cadres conceptuels de la promotion de la santé et des critères de qualité de la santé publique.

De plus, les lieux de définitions des nombres, des compétences, des formations... des différents métiers sont dispersés alors que les besoins de la population, eux, nécessitent l'intégration.

Un consensus politique et scientifique sur «ce qui fait santé» est, dès lors, aujourd'hui nécessaire en Belgique, de même qu'une dynamique participative et collaborative entre les acteurs du secteur.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- (69)** Un organe intégré, **multidisciplinaire et intersectoriel doit être mis en place pour la définition des stratégies en fonction des besoins de santé** : prévention, promotion de la santé, soins, réhabilitation. Il intégrerait les milieux académiques (universités et hautes écoles), les observatoires et banques de données de santé publique, les centres de sociologie et d'économie de la santé, les unités pédagogiques, les pouvoirs publics et un conseil pluridisciplinaire de la santé regroupant les différents métiers et usagers de la santé. Au sein de cet organe, des chambres seront chargées de **définir les compétences nécessaires, les métiers et les fonctions relatives des uns et des autres, de même que des modalités d'apprentissage à développer pour chaque filière professionnelle.**
- (70)** Des « **pôles santé** » **sous-régionaux** rassemblant les acteurs d'un territoire (enseignement universitaire et supérieur, associations de formation continue, écoles de santé publique...) pourraient travailler sur **l'adéquation entre la formation avec les besoins du bassin et les réalités locales.**
- (71)** Le modèle de formation doit défendre **une approche de la santé dans un modèle bio-psycho-social.** Il se fonde sur la **multidisciplinarité entre les filières** (interdisciplinarité) **et au sein de chacune d'entre elles** (pluridisciplinarité), et ce tout au long des cursus. Ce modèle doit intégrer un écolage au travail de collaboration entre les métiers de la santé, notamment au travers d'un tronc commun / partagé entre les filières, ainsi que la possibilité de réorientations et de passerelles au cours des premières années principalement.
- (72)** La formation **devra, à tout le moins, intégrer six axes thématiques** :
- **le « projet d'acteurs de santé »** (concept de santé dans ses diverses dimensions individuelle, collective, préventive, curative, multifactorielle..., éventail des métiers de la santé et de leurs complémentarités) ;
 - **la santé et la société** (sécurité sociale, histoire des métiers de la santé, cadre législatif et fonctionnement du système de santé - assurance et solidarité -, les politiques de santé, la promotion de la santé et les déterminants de la santé, les législations sociales dans le secteur) ;
 - **les sciences exactes** (biologie, anatomie, physiologie de base, santé publique et épidémiologie, méthodes statistiques appliquées à la santé) ;
 - **les sciences humaines**, en ce compris les approches liées à la relation avec le patient (philosophie des sciences, questions éthiques ou de la sociologie de la santé, communication avec les usagers, dimension psychosociale dans les questions de santé) ;
 - **les technologies de l'information**, y compris documentation et communication professionnelle (nouvelles technologies de l'informatique, recherche documentaire et bibliographique, utilisation des plateformes de transmissions des données) ;
 - **les stages**, avec une dimension pluridisciplinaire (en ce compris dans des structures sociales et de prévention, dans le secteur ambulatoire, de la recherche et de la santé publique, dans l'hospitalier).
- (73)** La responsabilité des centres de formation est aussi de se préoccuper, avec les syndicats, les associations professionnelles et les pouvoirs publics, **des dispositifs de formations continuées tout au long de la vie professionnelle, d'outiller la gestion et la qualité des pratiques et de soutenir un travail de recherche et de recherche action.**
- (74)** **Développer la participation des usagers et des associations de patients à la formation des futurs professionnels de la santé** pour apporter leur regard et leur expertise de vécu sur l'empowerment, la communication soignants-patients, le système de soins de santé, l'éducation thérapeutique... Des expériences existent actuellement et montrent que cela a une valeur positive tant pour les usagers que pour les professionnels et futurs professionnels de la santé.



CHAPITRE 6

LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

6.1. Les soins de santé : un équilibre financier impossible ?

Le budget des soins de santé dans le cadre de l'assurance-maladie (Mutualités, Inami) s'élève à près de 34 milliards d'euros (2017). Il constitue le plus gros budget de la sécurité sociale après les pensions et est soumis à une norme de croissance, autrement dit une marge de croissance budgétaire autorisée négociée annuellement. Celle-ci a beaucoup varié au cours du temps, passant de 1,5% dans les années 1995-2000 à 4,5% entre 2005 et 2011. Sous le gouvernement Michel elle a été rabotée de 3 à 1,5%.

À la suite de la sixième réforme de l'État, une partie des compétences gérées par l'Inami ont été transférées de l'assurance-maladie fédérale vers les entités fédérées (principalement les maisons de repos et maisons de repos et de soins). Les Régions sont amenées à gérer, dès le 1er janvier 2019, une manne financière de 4,6 milliards d'euros auparavant du ressort de l'Inami. À ces 34 milliards d'euros, il convient d'ajouter une série d'autres dépenses publiques qui se situent en dehors de l'assurance-maladie (prévention, promotion de la santé, médecine scolaire...). Les dépenses totales - publiques et privées - de la Belgique en matière de santé atteignent ainsi la somme de 41,7 milliards d'euros (2014).

Ces coûts en matière de soins de santé peuvent être influencés par divers facteurs.

- L'augmentation du nombre des personnes assurées (environ 0.5 % par an). En Belgique, au moins 100.000 personnes sont exclues de la couverture santé: principalement les personnes sans droit de séjour (couvertes par l'aide médicale urgente), les réfugiés couverts par l'aide médicale octroyées par les CPAS, des personnes sans abri qui ne sont pas en ordre de mutuelle ou encore les personnes en détention dont le financement des soins de santé incombe à l'administration pénitentiaire.
- L'extension de la couverture à des soins de santé non couverts. 47% des soins dentaires par exemple tombent en dehors de l'assurance-maladie.
- L'augmentation de la hauteur de la couverture, par exemple permise par la réduction du montant des tickets modérateurs et des suppléments à charge des patients.
- La surconsommation de soins et la dispensation de soins « inutiles » (par ex. les hospitalisations de personnes qui vivent seules et ne peuvent être soignées adéquatement à domicile, sans soins de proximité de qualité et sans un réseau de contacts sociaux). On estime ainsi que 35% des admissions à l'hôpital pourraient être évitées.

- Ce sont aussi les évolutions sociétales qui impactent les coûts en matière de soins de santé : les évolutions technologiques, le développement des maladies liées au vieillissement ou aux modes de vie (maladies chroniques, multi morbidité...) ou encore la croissance de la masse salariale dans un secteur où le travail ne peut pas être automatisé.

Les dépenses publiques en matière de soins de santé sont principalement couvertes par un prélèvement des cotisations sociales dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale, mais aussi par un financement alternatif reposant sur des recettes d'impôts indirects (TVA), ainsi que par des subsides.

À côté de cela, le citoyen paye de sa poche les tickets modérateurs, suppléments, dispositifs et médicaments non remboursés. En Belgique 75% des soins de santé sont financés par l'État, contre 25% par des sources privées (bénéficiaires et assurances complémentaires privées). Ce dernier pourcentage est élevé par rapport à celui d'autres pays européens.

Même si les dépenses des patients sont restées plutôt stables au cours des dernières années, elles sont inégalement réparties : tandis que 5% de la population est responsable de 53% des coûts en soins de santé, ce sont ces mêmes 5%, principalement des patients âgés, qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance complémentaire privée, qui supportent 42% des suppléments non couverts par l'assurance-maladie. Cette population est certainement celle qui court le plus de risque d'exclusion des soins de santé.

Photo by rawpixel on Unsplash



Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

Sur le long terme

- (75) Il faut non seulement stopper les réductions de cotisations sociales sur le travail, mais aussi développer d'autres **sources de financement de la sécurité sociale**. Cette réforme doit mettre en œuvre des dispositifs qui s'inscrivent dans une logique d'amplification de la **solidarité redistributive**, et poursuivre l'objectif de la **démocratie sanitaire**.
- (76) Une réforme de l'organisation et du financement des soins de santé, cohérent avec les rôles de chaque échelon, doit refléter un changement global du système des soins de santé, basé tant sur la mise en place de **soins humanisés, l'intensification de la première ligne**, que sur la prise en compte des **déterminants sociaux** de la santé (travail, logement, lien social...). Pour ce faire, des moyens doivent être attribués aux acteurs locaux, en se basant sur les besoins perçus par la population sur un territoire restreint, et analysés.
- (77) Le **financement des prestataires** de soins doit être questionné car le remboursement à l'acte entraîne une inflation de soins parfois inutiles, voire nocifs. Nous préconisons la mise en place progressive d'un système de financement majoritairement **forfaitaire**, qui doit être associé à des critères de qualité. Les salaires des médecins doivent faire l'objet d'un débat et les **suppléments d'honoraires supprimés**.
- (78) La **marchandisation** dans le secteur des soins de santé doit être **combattue**. Le financement public solidaire doit couvrir beaucoup plus largement le coût. Tout doit être fait pour réduire l'influence des assurances privées, notamment en matière de dualisation de l'offre de soins. Les prestataires à but lucratif doivent être exclus des prestations, et en tout cas des remboursements. De même, les négociations avec les firmes pharmaceutiques concernant les prix des médicaments et du matériel médical doivent être totalement transparents.

A plus court terme

- (79) La **norme de croissance** actuelle de 1,5% n'est pas réaliste. A minima, il faut tendre vers une norme de 3% pour couvrir les dépenses pour des soins de santé de qualité et accessibles à tous.
- (80) Il faut améliorer le dispositif du **Maximum à Facturer (MAF)**.
- (81) Des mécanismes doivent être mis en place pour assurer dans les différentes entités fédérées un **financement suffisant** et adéquat des **compétences transférées** au cours de la sixième réforme de l'État.
- (82) Il doit être **interdit** de faire couvrir par assurance des suppléments d'honoraires.
- (83) Des **projets pilotes locaux** doivent être mis en place et financés pour tester de nouvelles manières d'améliorer la santé de la population d'un territoire donné. Ils devront se baser sur une analyse des besoins locaux et sur la mise en place de réseaux associant médecine ambulatoire, médecine hospitalière, patients, pouvoirs publics et acteurs sociaux.
- (84) L'ensemble de la population (détenus, personnes en séjour illégal, réfugiés ...) doit être intégrée dans le système de l'assurance-maladie, en lieu et place des différents régimes subsidiaires.
- (85) Le dispositif de financement de médicaments « innovants » à travers l'« **article 81** » doit être **supprimé**. Des mesures concrètes de soutien des médicaments génériques et de mise en concurrence des molécules, doivent être amplifiées.
- (86) En matière de matériel médical, de prothèses, ... la Belgique doit s'inspirer des pays qui parviennent à lutter contre les prix excessifs via, par ex. un **mécanisme d'appel d'offre** (transparence, appel d'offre, favoriser les fournisseurs non-marchands...).
- (87) Au niveau hospitalier, nous préconisons des **honoraires médicaux « purs »**, visant à rémunérer les médecins correctement, à l'exclusion de rétrocession vers l'hôpital. Le financement hospitalier doit être suffisant afin de ne pas encourager la multiplication des actes.
- (88) Le **financement au forfait** à la capitation doit être amplifié pour les services de première ligne.

6.2. Médicaments : le prix de la santé

Toute une série de médicaments (cancers, hépatite C notamment) ont des coûts difficilement supportables par l'assurance maladie-invalidité des pays occidentaux. Deux évolutions expliquent cette flambée des prix.

La première : les modèles de « recherche et développement » changent radicalement. Alors que dans le passé la découverte d'un nouveau médicament comportait une bonne part de chance (p. ex. la pénicilline), depuis les années septante, les chercheurs fabriquent de plus en plus les molécules dont ils ont besoin. La probabilité que celles-ci soient efficaces augmente donc, mais les efforts de développement doivent sans doute être plus importants. Les avancées de la biologie moléculaire permettent aussi de développer des produits orientés vers le profil génétique des personnes et des tumeurs. Plusieurs produits sont donc développés pour soigner de très petits groupes de patients ou de tumeurs, porteurs l'un ou l'autre de certains profils génétiques.

Comme par le passé, les firmes pharmaceutiques travaillent avec des chercheurs fondamentaux et/ou académiques dans les premières phases de la recherche. Les découvertes prometteuses sont ensuite brevetées et donnent lieu à la création de startups. D'habitude, au moment de la phase III du développement, ces startups sont rachetées par des firmes qui ont les capacités de tester les produits à grande échelle, de les produire et de les commercialiser. La plupart de ces évolutions permettent aux firmes de déclarer de plus hauts coûts de recherche ou de plus petits marchés. Elles servent de justification à des prix plus élevés.

La seconde évolution est liée à la dynamique de fixation des prix. Traditionnellement, ceux-ci étaient fixés par la détermination d'une marge bénéficiaire sur le coût total du médicament (recherche et développement - y compris le coût des essais qui n'aboutissaient pas - production et marketing). Ce modèle a été remis en question, sur la base de l'argument qu'il encourageait l'inefficience. Son successeur est donc le modèle du « value based pricing » : une mesure unique permet de comparer l'efficacité de tous les médicaments et

le « marché » détermine ensuite quelle est la valeur de cette mesure. Mais cette attribution est évidemment très politique et sujette aux pressions : il est très délicat pour des élus de refuser le remboursement par la sécurité sociale d'un médicament efficace, même pour une seule personne. Cette valeur peut donc varier de quelques dizaines de milliers à quelques centaines de milliers d'euros.

Ce mécanisme, imparfait, offrait quelques bases de négociation « objectives ». Il a récemment été remplacé par la détermination, plus simple aux yeux de l'industrie du médicament, de la « disposition à payer ». Par exemple, le prix du Sofosbuvir® (médicament contre l'hépatite C) a été déterminé aux États-Unis sur base de focus groups interrogeant la disposition à payer de plusieurs acteurs du monde de la santé. Il n'y a donc non seulement plus de lien avec les coûts, mais même la valeur ajoutée du médicament ne doit désormais plus être démontrée de façon objective.

Cette dynamique de fixation des prix a aussi tendance à envahir le marché d'anciennes molécules, qui sont vendues très cher dans le cadre de « nouvelles » indications. Mais elle n'arrive pas à promouvoir la recherche dans des domaines où les besoins ne sont pas couverts, comme la multi-résistance aux antibiotiques p.ex.. **Les prix, devenus exorbitants, rendent certains médicaments inaccessibles à la sécurité sociale et donc à la majorité des personnes qui en ont besoin.**

Vu les conséquences pour la sécurité sociale, on pourrait s'attendre à des réactions nationales et internationales vives. Or les quelques efforts fournis ne semblent pas suffire. Les différents états entrent en négociation individuellement et à huis clos avec les firmes. Les leviers économiques – principalement la protection de l'emploi – rendent ardue toute négociation. Ni le citoyen, ni le politique ne sont finalement au courant du prix réellement payé. En outre, d'autres technologies de santé, comme les outils de diagnostic et de suivi des maladies chroniques, les vaccins, les matériels médicaux implantables et la robotisation des soins, entrent progressivement dans cette même logique commerciale agressive.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- [89]** Une politique des médicaments au service de la population et non des multinationales pharmaceutiques implique **la négociation transparente** des prix des nouveaux médicaments ; **la limitation du système des brevets** ; et **la priorisation des ressources génériques par le biais des marchés publics**.
- [90]** Le « **delinkage** ». Dans cette approche, **l'État prend un rôle plus important dans le financement direct de la Recherche & Développement** tout en laissant le financement des coûts de production et de marketing aux firmes pharmaceutiques. L'État doit alors imposer des conditions plus importantes sur la disponibilité du produit et sur les prix de vente finaux. Cette approche peut prendre plusieurs formes. Les **mécanismes de financement « pull »** correspondent principalement à **des prix donnés à des chercheurs (ou des firmes)**, par exemple par des fondations publiques à travers des concours, pour des innovations faites. **Dans les mécanismes « push », l'État finance p. ex. des organismes de recherche en leur donnant une mission particulière.** Le résultat des recherches correspondantes sont ensuite soumis à des conditionnalités de prix lors de leur mise sur le marché.
- [91]** Remplacer la négociation individuelle et secrète de chaque pays avec la firme détentrice d'un brevet par **une négociation collective et transparente**. La Belgique doit promouvoir au sein du Conseil des ministres européens une telle coopération et l'abolition du système de conventions permettant des remises de prix secrètes.
- [92]** Mettre en place **des appels d'offres internationaux** pour les achats de médicaments couverts par la sécurité sociale.
- [93]** Encourager l'accès au marché et la prescription des **médicaments biosimilaires et génériques**, en limitant l'impact du marketing des firmes pharmaceutiques (information, quotas, remboursement des hôpitaux en tenant compte des ristournes commerciales, ...).



CHAPITRE 7

EUROPE ET SANTE : « Je t'aime, moi non plus »

Nos politiciens le disent souvent quand ils veulent nous imposer une réglementation impopulaire : « Ce n'est pas nous, c'est l'Europe qui nous l'impose... ». Mais quel impact a réellement l'Europe sur nos soins de santé? Si, en matière de santé, **l'Union Européenne (UE) n'a pas de compétence formelle, elle influence significativement notre système de santé à travers diverses autres compétences** : gouvernance, contrôle budgétaire et fiscalité, marché intérieur et libre concurrence, liberté d'installation et réglementation des professions, droit des patients d'un pays à l'autre, droit du travail, environnement et alimentation...

La Commission Européenne est **notamment garante de l'orthodoxie budgétaire et du respect des « règles d'or » en matière de déficit public et de dette**. La crise a modifié de manière importante la nature de l'intervention des institutions européennes dans les réformes nationales des soins de santé, passant d'un rôle d'échange de bonnes pratiques à des appels chaque jour plus contraignants via, entre autre, des « examens périodiques » qui traitent également les dépenses en soins de santé. La Commission peut ainsi mettre les États en demeure de prendre des décisions, avec des sanctions financières à la clef.

Quand un pays fait appel à une aide financière européenne, il se soumet à une surveillance complète et signe un protocole avec les institutions compétentes qui prévoient généralement d'importantes réformes visant, par exemple, des économies à court terme dans le système de santé de ce pays.

Les recommandations de la Commission Européenne pour la Belgique, pour 2018-2019, **tiennent uniquement compte d'une vision économique et non des besoins dans les secteurs en lien avec la protection sociale, comme la santé**. Pour l'année 2019, elle impose un taux de croissance de maximum 1,8%, et recommande de contenir les dépenses liées aux soins de longue durée. Or, en quelques années en Belgique, le taux de croissance des dépenses dans les secteurs de la santé est descendu de 3 à 1,5%. (Pour 2017 il a même été réajusté à 0,5% !) Pourtant, pour garantir une continuité des soins avec la même qualité, on devrait disposer d'une croissance de minimum 3% (le bureau du plan, lui, admet 2,2%).

La Commission **incite aussi la Belgique à favoriser l'esprit d'entreprise et à intensifier la concurrence dans les services professionnels** en réduisant les charges administratives et réglementaires. La directive européenne relative aux services va dans le même sens. Ces pressions européennes créent une incitation à réduire les cotisations sociales, considérées comme une charge, et les dépenses publiques en matière de protection sociale (pension, chômage, mais aussi santé), de services publics / collectifs (enseignement, petite enfance, aide sociale, accueil des personnes âgées...) ou même d'infrastructures.

Sans surprise, quand le public se retire c'est le secteur privé à but lucratif qui se développe. Petit à petit, nous créons des soins de santé à deux vitesses. Depuis plusieurs années, la Belgique a ouvert la porte aux acteurs marchands dans



Photo by Linda Léonard

différents domaines tels que les maisons de repos, l'accueil de la petite enfance et des personnes handicapées, certains services hospitaliers... Ces acteurs à but lucratif, qui cherchent des marges bénéficiaires, sélectionnent les publics solvables et les prestations rentables, laissant au secteur public et non lucratif les prestations « déficitaires ». Ce retrait du public se paie cher : **en 2012, un belge sur quatre renonçait à des soins de santé pour des raisons financières.**

Les **traités de libre-échange et de libre investissement** vont dans le même sens : garantir des investissements privés sur les segments rentables de la protection sociale et des soins de santé et protéger les monopoles de certaines entreprises pharmaceutiques. Le tribunal arbitral proposé dans des traités comme le CETA est un exemple très parlant qui privilégie les intérêts des multinationales au bien-être de la population.

L'Union Européenne influence donc significativement les systèmes de santé. **Mais de nombreuses économies budgétaires sont aussi des choix politiques internes.** Ainsi,

l'arrivée des groupes commerciaux en maisons de repos ou dans les crèches en Belgique est un choix politique fédéral, régional et/ou communautaire et non imposé par l'Europe. De même, les restrictions budgétaires imposées par Maggie De Block dans le secteur de la santé, la volonté de rationaliser les hôpitaux, la mise en concurrence de la sécurité sociale avec des assureurs privés, la pression mise sur les malades et invalides de longue durée, les cadeaux aux multinationales pharmaceutiques... ne sont pas imposés par l'Europe.

La santé est pourtant un droit humain universel, pour tous et tout au long de la vie, qui doit être considéré dans ses aspects les plus larges et globaux, notamment les déterminants de la santé. Les choix politiques, qu'ils soient européens ou nationaux, doivent être posés pour assurer à l'ensemble de la population des services accessibles, fiables, de qualité, non commerciaux, financés par un système solidaire. Le droit à la santé et la protection sociale nécessitent une action du secteur sanitaire, mais également de nombreux autres secteurs sociaux, environnementaux et économiques.

Recommandations

Changer la santé en moins de 100 coups

- [94]** L'UE doit assurer un financement suffisant pour les services de santé publics et non marchands des États membres, garantissant un système de protection sociale solidaire et universel offrant des services accessibles, de qualité. Un développement économique et social équitable exige le rejet du paradigme néolibéral et l'établissement d'un ordre économique durable et équitable au niveau mondial, européen et national.
- [95]** Quand le public se retire c'est le secteur privé à but lucratif qui se développe, ouvrant la porte à une médecine à deux vitesses. L'UE doit **protéger la population contre les dérives commerciales**, car la santé et la protection sociale sont des biens communs et ne sont pas à vendre. La Belgique ne peut se cacher derrière l'Europe pour prendre des mesures de protection anti-commerciales.
- [96]** Nous sommes témoins de l'augmentation des inégalités et de l'appauvrissement croissant de la population au niveau économique et social au sein de nombreux pays européens, dont la Belgique. **L'UE doit viser une réduction des inégalités sociales, notamment en matière de santé, et à cette fin garantir une accessibilité financière, géographique, temporelle, culturelle** à la santé pour toutes les populations, sans restriction d'aucune sorte, en tenant compte des réalités locales .
- [97]** Une politique de santé démocratique est une politique qui part des besoins de la population et dans laquelle celle-ci participe activement dans l'organisation des systèmes de santé et la protection sociale. L'UE doit **stimuler la démocratie sanitaire** en impliquant la société civile, les travailleurs et les bénéficiaires, dans la définition des objectifs et moyens des politiques de santé.
- [98]** Il est urgent de reconnaître les interconnexions entre la protection de l'environnement, le système économique et la justice sociale dans nos sociétés. L'UE a un rôle central à jouer dans l'amélioration de la santé en attaquant les causes profondes telles que **les déterminants sociaux, environnementaux, écologiques et de genre de la santé**. Nous demandons à la Belgique et à l'Europe **de mettre en place une approche intersectorielle des politiques en évaluant les conséquences de chaque décision dans tous les secteurs sur la santé**, conformément aux recommandations de l'OMS « **health in all policies** ».
- [99]** L'UE a mis en place un modèle fiscal, de recherche, de développement et de marketing extrêmement favorable aux sociétés pharmaceutiques. L'augmentation des prix fixés par le « big pharma » met en péril les budgets nationaux des systèmes de santé. **La politique des médicaments doit être au service de la population** et non des multinationales pharmaceutiques.

Changer la santé en moins de 100 coups

Après une législature marquée par

- un virage franc vers des soins de santé de plus en plus marchands,
- un accroissement des inégalités d'accès aux soins de santé,
- un impact accru des déterminants de santé sur les catégories les plus fragiles de la population,
- une attaque en règle des mécanismes de solidarité, des modes de participation et de gestion démocratique de nos dispositifs de protection sociale,...

La tentation est grande de se laisser convaincre qu'il n'y a pas d'autre voie que celle d'un système de santé soumis aux lois du marché.

Et pourtant :

- techniquement, pratiquement, et politiquement, le présent document démontre qu'une alternative est possible
 - possible dans une perspective budgétaire crédible !
 - faisable dans des délais tenables !
- les recommandations que nous émettons sont non seulement possibles, mais surtout, il est indispensable de les mettre en œuvre rapidement ;
- à l'heure où les gilets jaunes nous interpellent sur les inégalités sociales ;
- à l'heure où les jeunes accusent le monde politique d'immobilisme face à l'urgence climatique.

La santé pour toutes et tous nous semble être un défi capable de mobiliser largement chaque citoyen.ne, chaque collectif, mais aussi de susciter des engagements fermes de la part du monde politique.

Ensemble, faisons de cette alternative une réalité !



Changer la santé en moins de 100 coups

