

# Au chevet des soins de santé

**Ghislaine De Smet.**  
<ghislaine.desmet@skynet.be>.  
médecin généraliste, et  
**Jean-Michel Melis.** <Jean-Michel.Melis@village.uu.net.be>.  
secrétaire général du GBO  
(Groupement Belge des Omnipraticiens, membre du Cartel (voir site internet : <http://users.swing.be/gbo>) ; le Cartel est le syndicat médical majoritaire chez les médecins généralistes.

Ce dossier est une actualisation du dossier publié en février 1994 par « Solidarités en mouvement », qui avait été réalisé par Axel Hoffman, Ghislaine De Smet et Jean-Michel Melis. A l'heure où le Ministre Franck Vandenbroucke semble vouloir prendre des mesures structurelles pour corriger certains effets pervers de notre système de santé, nous voulons apporter nos réflexions et nos analyses.

Nous craignons que la pression gouvernementale pour imposer des économies en matière de soins de santé ne permette pas au ministre de mûrir suffisamment ses propositions en concertation avec les acteurs concernés. Les mesures récentes en matière de kinésithérapie sont pour le moins inquiétantes, et remettent en question l'accès de tous aux soins. Nous reviendrons bien sûr sur ce sujet. N'hésitez pas à nous communiquer vos réactions et vos interrogations !

Soumise à de sérieuses difficultés sociales, politiques et économiques, la politique des soins de santé en Belgique connaît une lente dérive vers la dualisation et la privatisation. L'assurance maladie invalidité est en danger !

Nous avons tenté d'éclairer les problèmes en quatre chapitres :

- I - L'hémorragie...
- II - Les garrots
- III - Enfin un traitement plus adapté ?
- IV - Les véritables enjeux.

## I. L'hémorragie...

Le budget des soins de santé a explosé ces dernières années. La croissance des dépenses est continue, supérieure à la croissance du PIB<sup>1</sup>, et le budget a crû, en francs constants, de 300 % en 20 ans<sup>2</sup>. Cette augmentation est un phénomène bien évidemment complexe, multifactoriel.

Pointons quelques éléments :

### ● Evolution de la technologie médicale

La technologie médicale de pointe évolue de façon très rapide, toujours plus performante et toujours plus coûteuse. A peine mis sur le marché, les appareils sont déjà dépassés et doivent être remplacés par d'autres. Comme « la santé n'a pas de prix, n'est-ce pas... », les fabricants ne s'oublient pas au passage. L'industrie du médicament en est un bon exemple. Les nouvelles molécules ont des prix de vente qui se chiffrent en

dizaines d'euros par boîte. Il y a quelques années on en était encore à compter en quelques euros...

### ● Prise en charge sophistiquée de maladies chroniques

Ces avancées techniques ont amélioré de façon importante la prise en charge des maladies chroniques autrefois rapidement fatales (cancers, troubles cardiaques, greffes d'organes, etc.). Ces prises en charge demandent des moyens techniques très lourds (chirurgie de pointe, techniques coûteuses, médicaments très performants, services de réanimation très outillés avec personnel abondant et cher...) durant de longues périodes. Le coût final est à la hauteur des espérances.

A côté de ces éléments somme toute très « modernes », communs à toutes les entreprises qui jouent la course d'une efficacité toujours plus grande, interviennent des facteurs sociologiques :

### ● Vieillesse de la population

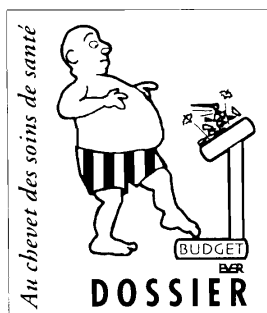
C'est un phénomène observé dans toute l'Europe occidentale. Dans trente ans, 30 % de la population belge aura plus de 60 ans ! Statistiquement on constate que la consommation en soins de santé augmente avec l'âge (sans qu'il y ait cependant un lien entre l'espérance de vie et la quantité de soins consommés...!).

### ● Régression socio-économique et dégradation des conditions de vie

La dégradation des conditions de vie (l'habitat, l'alimentation, le bien-être psychologique...) retentit évidemment sur l'état de santé de la

(1) Produit Intérieur Brut.

(2) Le budget est actuellement de ± 580 milliards de bef (soit 14,4 milliards d'euro).



population et donc sur ses dépenses en soins de santé. Il y a un lien démontré entre la maladie et la précarité des conditions d'existence.

● **Développement rapide de maladies dites « de société »**

On estime que d'ici 2010, le nombre de diabétiques aura doublé et que le coût annuel de cette seule maladie s'élèvera à 2,5 milliards d'euro, soit 1/5 du budget total actuel ! Cette augmentation du diabète est liée à l'augmentation de la fréquence de l'obésité, dès l'enfance, et est due aux mauvaises habitudes alimentaires (chips, chocolat, coca...) et à la sédentarité.

● **Médicalisation des problèmes de société**

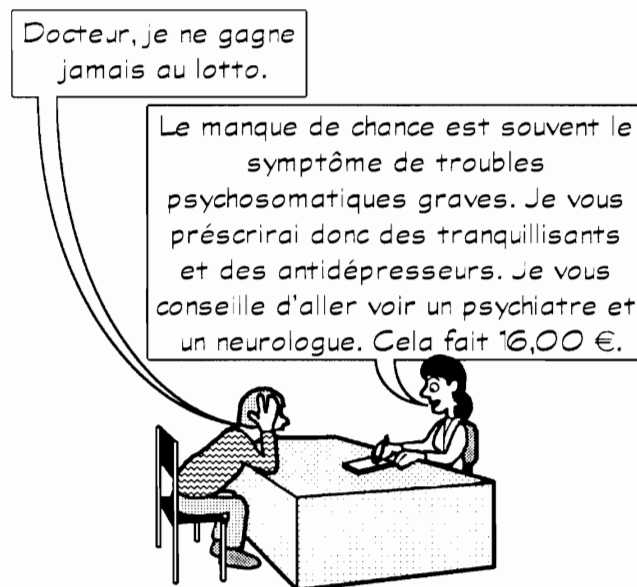
Il y a convergence d'intérêts entre le socio-politique qui déplace la gestion de ses impuissances et de ses échecs sur le monde médical, et ce dernier qui a tout intérêt à s'auto-promotionner. C'est moins cher et plus facile de mettre des ouvriers sous calmants, plutôt que de modifier des cadences de travail ou de combattre le bruit dans les usines. Donc on dit : « *le stress, c'est une maladie et cela se soigne : consultez votre médecin* ».

Et les voilà lancés dans le carrousel médical, à la recherche d'une solution à des problèmes non-médicaux, à un « *mal-vivre* ». Comme les remèdes qu'on leur propose sont évidemment peu adaptés, ils sont vite engagés dans une quête sans fin du « *bon docteur* » ou du « *remède miracle* ». Cet abus de soins génère des pathologies de plus en plus fréquentes et de plus en plus graves. La Belgique détenant le record mondial de consommation de tranquillisants...

● **Médiatisation des techniques médicales**

Des « *monsieur santé* » à la radio, des « *Dr. X* » dans les magazines, des « *professeur Schmoll* » à la télévision donnent leur avis sur tout et sur rien. Les exploits chirurgicaux les plus surréalistes, les « *progrès* » techniques les plus ésotériques font la une. Tout cela explique aussi la consultation de plus en plus fréquente en milieu spécialisé et à l'hôpital, et donc la consommation répétée d'examen parfois inutiles. Les patients passent d'un spécialiste à l'autre, sans que personne n'assure la synthèse. Les médecins généralistes qui assurent cette synthèse, mais ne présentent pas d'actes techniques, sont souvent déconsidérés

et donc de moins en moins consultés. D'autres éléments sont liés directement à l'organisation des soins de santé en Belgique :



● **Augmentation des charges des structures hospitalières**

BER

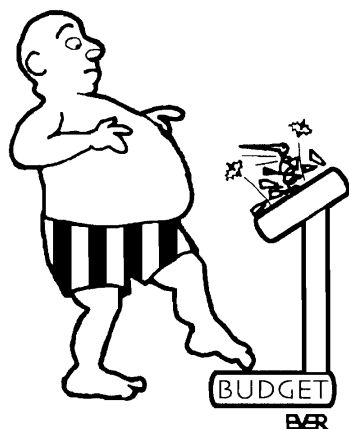
En 10 ans, 41% de la hausse du budget (de 285 à 517 Milliards de francs belges) sont dûs à l'augmentation des frais de personnel hospitalier<sup>3</sup>. Cela pousse les gestionnaires d'hôpitaux à prélever une part de plus en plus importante des honoraires médicaux. Dans certains hôpitaux ce prélèvement atteint 50%. Face à cela, on assiste à une multiplication d'actes et de contacts de la part des médecins spécialistes qui tentent de maintenir ainsi le niveau de leurs revenus.

● **Prescription des médecins parfois sujette à caution**

Les techniques de pointe dernier cri viennent s'ajouter aux examens plus anciens sans qu'un choix soit toujours fait. Le scanner vient confirmer la radio... sans que personne ne se demande si la radio est encore nécessaire. La formation des médecins ne les prépare d'ailleurs pas à faire des choix économiques : au cours de leurs études on leur a appris à prescrire ce qui a été décrit comme étant le meilleur pour leur patient, sans tenir compte du coût engendré. La plupart des médecins ne connaissent d'ailleurs pas le prix des

(3) voir « *Contrastes* », bimestriel d'information des Equipes Populaires, n° 88 jan/fév 2002.





examens ou des médicaments qu'ils prescrivent.

L'institution qui les emploie leur impose aussi sa logique marchande. Tous ceux d'entre vous qui ont déjà été hospitalisés se rappelleront du « *bilan standard d'entrée* » qu'ils ont dû subir (électrocardiogramme, analyse de sang et radiographie des poumons) - dont l'intérêt médical est souvent douteux - mais qui vise le financement même de l'institution et l'amortissement du matériel, sous prétexte de sécurité pour le patient.

- **Pléthore de médecins et multiplication d'actes médicaux**

Tous essaient de se faire une petite place au soleil. D'où la tentation d'offrir plus, de se concurrencer (généralistes-spécialistes-hôpitaux, dans et entre chaque groupe), avec la possibilité d'abus sans que la santé du patient en soit le moins du monde améliorée (ce serait plutôt l'inverse !).

Comme le système actuel permet la répétition d'actes à l'insu même des médecins (puisque nulle part on ne répertorie les examens effectués chez un même patient par des médecins différents) des mises au point diagnostiques similaires sont parfois répétées par des médecins différents.

Cette pléthore peut aussi expliquer la diminution de l'expérience du praticien qui voit moins de patients et cherche donc à « *se couvrir* » en prescrivant davantage d'examen techniques.

- **Développement insidieux d'une médecine « défensive »**

De peur de passer à côté d'une quelconque maladie, parfois très rare, les médecins multiplient les examens « *de sécurité* ». Il s'agit d'une réponse inadéquate mais humaine à la multiplication des procès intentés contre les médecins. Cette attitude, déjà très répandue aux Etats-Unis, commence à s'observer chez nous aussi.

## II. Les garrots

Pour faire face à l'augmentation des coûts, on peut chercher à augmenter les recettes ou à diminuer les dépenses. Mais toute une série de mesures, prises depuis plusieurs années dans l'urgence et à court terme, n'apportent bien sûr qu'une solution temporaire, et ne répondent pas à la menace qui pèse sur l'avenir de notre assurance-maladie.

### 1. Augmenter les recettes

L'INAMI<sup>4</sup> tire ses ressources des cotisations sociales, payées par les employeurs et les travailleurs. Pour augmenter les recettes, il faudrait donc augmenter ces cotisations. Comme l'Etat a décidé de bloquer sa quote-part pour les cotisations des chômeurs et des invalides, c'est du côté des actifs que tous les regards se tournent.

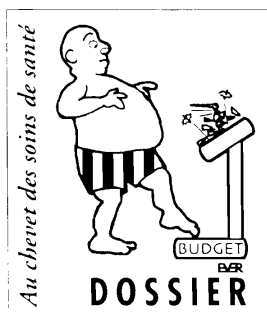
L'augmentation des cotisations sociales est une solution peu prisée des patrons qui au nom de la compétitivité des entreprises poussent des hurlements chaque fois qu'on en parle. Les employés et les ouvriers, par la voix de leurs représentants syndicaux au Conseil général de l'INAMI tiennent le même discours. En gros : « *pas un sou de plus dans les soins de santé avant de nous avoir démontré que le budget actuel est utilisé de façon optimale* ».

Restent quelques sources de financement que l'Etat n'hésite pas à utiliser (taxes sur tabac et alcools par ex.) mais qui ne sont que des mesures marginales.

### 2. Diminuer les dépenses

Comme ni les patrons, ni les travailleurs ne désirent cotiser plus, il reste la « *solution* » de faire payer les malades ou de s'arranger pour que les soins qu'ils consomment coûtent moins. Donc, pour diminuer la note finale on peut soit diminuer le remboursement de chaque acte (= faire pression sur les malades), soit diminuer le prix de chaque acte et/ou diminuer le nombre total d'actes prestés (= faire pression sur les médecins). L'Etat joue savamment sur ces deux ressorts budgétaires.

(4) Institut National d'Assurance Maladie Invalidité.



### ● « Modérer » les malades en les faisant payer plus

C'est est un moteur puissant de la politique de santé en Belgique, utilisé depuis plusieurs années déjà. Le patient a donc dû apprendre à payer plus pour ses médicaments (augmentation du ticket modérateur<sup>5</sup> sur certains médicaments, suppression du remboursement pour d'autres), à augmenter sa quote-part dans la journée d'hospitalisation, à payer plus pour certains actes médicaux (suppression du remboursement de certains actes comme les extractions dentaires, augmentation du ticket modérateur de certains actes infirmiers et kinésithérapeutiques etc.).

Les conséquences s'en font cruellement sentir : les dettes qui concernent les soins de santé touchent 50% des ménages surendettés en Wallonie...<sup>6</sup>

Ces décisions ont inspiré les compagnies d'assurances et les mutuelles qui proposent leurs services pour adoucir la facture. Nous y reviendrons (page 34).

Pour atténuer l'impact de l'augmentation de la part payée de sa poche par le patient, la notion de sélectivité avait été introduite il y a quelques années, et deux mécanismes avaient été introduits : la franchise fiscale et la franchise sociale<sup>7</sup>.

Le Ministre F. Vandenbroucke a introduit récemment le système du « Maximum à Facturer » (MAF) qui englobe les 2 franchises décrites et y ajoute les tickets modérateurs sur les médicaments (gros poste de dépenses s'il en est). Nous y reviendrons également.

### ● « Modérer » les médecins en rendant les actes médicaux moins chers

#### Diminuer le prix des actes médicaux

Cela a déjà été décidé à de nombreuses reprises, soit sélectivement dans les secteurs dont les budgets dérapaient gravement (les analyses de sang par exemple) soit linéairement quand le « trou de la sécu » était global. La logique marchande étant ce qu'elle est, l'INAMI<sup>4</sup> a rapidement pu constater que dans certains secteurs, la diminution du prix unitaire par acte se traduisait par une augmentation symétrique du nombre total d'actes prestés !

### Enfermer les actes médicaux dans une enveloppe budgétaire fermée

Une manière de lutter contre les dérapages budgétaires est d'obliger un secteur particulier à travailler avec un budget pré-défini, inélastique. Si le budget est dépassé, le secteur dans son ensemble est prié de rembourser l'excédent à l'INAMI. Ce système pénalise évidemment les prestataires qui travaillent correctement. Ils doivent payer pour ceux qui dépensent exagérément !

#### Payer les actes médicaux forfaitairement

Pour augmenter la pression sur les médecins et les institutions on a alors introduit le concept de **forfait**, qui correspond à un financement global pour un groupe d'actes. Cela a été introduit d'abord pour la biologie clinique (les analyses de sang) où le laboratoire est rémunéré par « *paquets d'analyses* » et non plus en additionnant les prix de chaque analyse effectuée.

Ces mesures ont eu des résultats spectaculaires : une chute importante des coûts dans ce secteur,... et la fermeture de certains labos, trop petits. Devant le succès de l'opération, le système d'enveloppes a été introduit dans d'autres secteurs, en radiologie notamment. Exemple : pour examiner un genou en radiologie, l'INAMI paye le radiologue X francs, quel que soit le nombre de clichés effectués. Ce système a engendré un fouillis complexe de règlements administratifs, qui au fil des ans constitue un casse-tête invraisemblable.

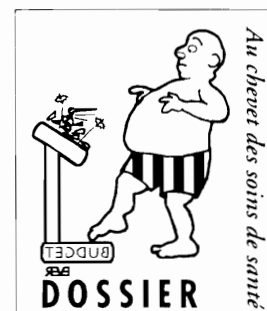
(5) partie non remboursée par la mutuelle et qui reste à charge du patient.

(6) voir article « Surendettement en Wallonie, rapport 2001 », Journal n°30, janvier/février 2002.

(7) Voir article « La santé à quel prix ? » (janvier-février 2001); disponible sur notre site internet, rubrique « les facettes de l'exclusion »

## III. Enfin un traitement plus adapté ?

Des mesures structurelles ont par ailleurs été prises, ou se pointent à l'horizon... Ces mesures sont d'après nous très importantes, car elles sont plus à même de garantir la sauvegarde de notre système de soins de santé, qui est performant, et encore relativement accessible



financièrement pour tous les patients...

## 1. Les enveloppes par pathologie

Actuellement on réfléchit à l'application de ce concept en chirurgie. On propose un financement forfaitaire d'un acte chirurgical donné, quel que soit l'hôpital, et quelle que soit la technique utilisée. Dans ce système, enlever une appendice coûterait X francs, partout en Belgique. Les éventuelles différences de facture entre hôpitaux ne proviendraient plus que des différences dans le prix de l'hôtellerie. Techniquement assez compliqué à mettre en place, ce système correspond cependant à ce que le patient attend d'une hospitalisation : la prise en charge d'un problème de santé.

Ce mode de rémunération entraînerait une véritable révolution dans le monde hospitalier, et se heurte à bien des réticences. Tout acte représente actuellement un gain pour l'hôpital, via sa facturation à l'INAMI<sup>4</sup>. Dans un système de financement au forfait, tout acte représente une dépense. On peut espérer que dans cette situation, seuls les actes utiles et nécessaires seront réalisés. Ce sera tout profit pour le malade. Les dernières négociations au sein de la Commission Nationale médico-mutualiste<sup>8</sup> (octobre/novembre 2001) ont mis ce problème enfin sur la table et des propositions concrètes ont été formulées.

## 2. Le Dossier médical global (DMG)

L'introduction du concept de DMG vise à favoriser financièrement le patient qui désigne un médecin généraliste pour gérer son dossier médical. Le patient « fidélisté » bénéficie d'un meilleur remboursement pour ses consultations chez son médecin. Actuellement cette possibilité n'existe que pour les patients de plus de 50 ans, mais l'extension à tous les patients est prévue pour le mois de mai 2002 (?).

Les avantages espérés de cette mesure sont la diminution du « shopping médical » avec son lot d'examen techniques répétés inutilement et une meilleure prise en charge des problèmes de santé du patient, en remplaçant le médecin

généraliste, et la fonction de synthèse qu'il peut assurer, au coeur du système de santé. Le DMG représente la première initiative d'envergure en faveur de la médecine de première ligne qui ait été mise sur pied depuis 30 ans. Elle est d'autant plus remarquable que ses effets favorables n'apparaîtront que graduellement, alors qu'elle exige un investissement financier important dès son lancement. Cela n'a été possible qu'après les premières élections médicales (1998) qui ont vu la représentativité du syndicat des spécialistes, l'ABSyM (toujours majoritaire au niveau des négociations médico-mutualistes), farouche adversaire du DMG, baisser au profit du Cartel, syndicat majoritaire chez les généralistes.

Dans certains pays, les patients possèdent un « Carnet de santé », qui reprend les éléments principaux de leur histoire médicale. Ce dispositif est très intéressant pour rendre les patients « acteurs » de leur santé. Il comporte cependant le risque majeur de voir des employeurs et des assureurs, par exemple, prendre connaissance de données médicales confidentielles.

## 3. La promotion des médicaments génériques

Cette importante mesure, prise par le Ministre F. Vandebroucke fin 2001, n'a pas tardé à montrer ses effets.

Dès l'extinction de la période protégée par le brevet commercial, un médicament peut être copié par d'autres firmes. Ce sont des copies ou des génériques. Pour pouvoir porter le nom de **génériques**, les copies doivent être vendues minimum 16% moins cher que le médicament original, doivent introduire un dossier d'enregistrement, comme tout autre médicament, et sont soumis à toutes les normes de qualité en vigueur.

Le mécanisme introduit par le Ministre consiste à fixer le remboursement des médicaments pour lesquels il existe des génériques 16% plus bas que celui de la molécule originale, non générique. Le médicament de la « marque » devient donc automatiquement plus cher pour le patient, puisque le ticket modérateur

(8) organe où se négocient les conventions médico-mutualistes, qui détermine les prix des actes médicaux. Elle réunit trois partenaires : l'INAMI, les mutuelles et les syndicats médicaux. Le gouvernement est présent au travers du Président de la Commission, nommé par le Ministre.



augmente de 16%.

Le ministre supposait que les patients allaient faire pression sur leur médecin pour prescrire moins cher.

De nombreuses firmes ont quasi immédiatement baissé le prix de leurs médicaments, pour que les patients puissent continuer à les acheter sans augmentation, et ce pour le plus grand bénéfice de l'INAMI. Elles se sont mises aussi à fabriquer elles-mêmes des médicaments génériques, pour ne pas perdre leurs parts de marché... Encore mieux : depuis l'entrée en vigueur de ce nouveau mécanisme, certaines firmes diminuent à présent le prix de leurs médicaments... dès qu'ils entrent dans le domaine public, avant que les génériques n'apparaissent ! De toutes façons, les médicaments sont vendus à un prix élevé en Belgique, alors que les mêmes molécules sont commercialisées à des prix nettement plus bas au Portugal, ou en Espagne, par exemple. Les firmes s'adaptent au « pouvoir d'achat » des différents pays, et leurs bénéfices restent importants.

Cette mesure est de toute première importance quand on connaît le coût annuel des médicaments pour l'INAMI, et pour les patients.<sup>9</sup>

### 3. La restructuration du parc hospitalier

Lorsque Monsieur J.L. Dehaene s'occupait de la santé, il a décrété la suppression des hôpitaux de moins de 150 lits, ou leur regroupement/réorganisation en plus grandes entités. L'idée sous-jacente était que de nombreuses petites entités hospitalières génèrent plus de frais qu'un grand complexe bien équipé. On estimait également que le nombre de lits hospitaliers était trop élevé en Belgique.

Il est difficile de juger si ce genre de mesure a amené de réelles économies. Par contre ce qui est sûr c'est que de telles mesures budgétaires ont renforcé le modèle médical techniciste : les mammoths hospitaliers offrent un « plateau technique » de premier ordre, mais la déshumanisation y règne. La méconnaissance du cadre de vie des patients, les moins bons relais avec les médecins habituels du patient, la rotation du personnel, etc... font que l'hospitalisation dans ces grandes structures a

un effet pervers sur la santé du patient, et ce malgré le dévouement du personnel, notamment du personnel infirmier, dont on connaît par ailleurs les difficultés à faire reconnaître ses mérites...

### 4. Le contrôle de la pléthore médicale

Il est communément admis qu'il y a trop d'intervenants en soins de santé en Belgique (1 médecin pour 300 habitants en moyenne !). Cette situation risque d'accroître la quantité des soins dispensés (l'offre crée la demande) et de diminuer la qualité de ces soins (moins d'expérience par intervenant).

C'est particulièrement vrai en médecine spécialisée. En médecine générale, on ne constate quasiment pas d'augmentation du nombre d'actes prestés au cours des dernières années. Ils se répartissent simplement sur un nombre de plus en plus grand de praticiens. Le problème de la pléthore est actuellement solutionné par des mesures de contingentement (numerus clausus), dont les modalités font couler beaucoup d'encre et se heurtent encore à de vives oppositions.

### 5. L'échelonnement

On classe les échelons d'interventions en soins de santé en 4 niveaux :

- 1<sup>er</sup> échelon : soins de première ligne (médecine générale, kiné, infirmier/ère en ambulatoire, ...)
- 2<sup>ème</sup> échelon : médecin spécialiste « de ville » ou extra-hospitalier
- 3<sup>ème</sup> échelon : hôpital général
- 4<sup>ème</sup> échelon : hôpital universitaire

Idealement, tout acte médical devrait être réalisé au niveau de l'échelon le plus adapté.

Des études ont démontré que le traitement d'une grippe (par exemple) dans un hôpital universitaire coûte plus cher que son traitement à la maison et que le malade n'est pas mieux soigné pour autant.

Les médecins généralistes gèrent avec efficacité  $\pm$  90% des problèmes de santé avec un coût minimal. L'accès aux échelons supérieurs plus spécialisés et plus onéreux devrait

(9) budget annuel des remboursements INAMI pour les médicaments = 2,5 Milliards d'euro.



être réservé aux  $\pm 10\%$  restants. Cela permettrait aux échelons supérieurs de se consacrer avec plus d'efficacité aux cas graves ou difficiles.

En Belgique cet échelonnement n'existe absolument pas. Tout le monde peut consulter directement l'échelon le plus spécialisé, quelle que soit la maladie. Des opposants au système d'échelonnement se retrouvent tant chez les patients, habitués à aller consulter « *le professeur* » pour le moindre bobo, que chez les médecins spécialistes qui verraient leur gagne-pain mis en danger.

Les propositions actuelles en matière d'échelonnement consistent à encourager l'échelonnement par des mesures qui favorisent à la fois les patients et les médecins spécialistes. C'est ainsi que le Cartel propose que le patient qui est adressé à un spécialiste par son médecin traitant, voie son ticket modérateur diminué (c'est à dire sa quote-part personnelle sur le prix de la consultation), tandis que le spécialiste consulté verrait le montant de ses honoraires revalorisé. Ce type de mesure favoriserait aussi la bonne collaboration entre les prestataires d'échelons différents. Mais ces propositions sont combattues par beaucoup.

En ce qui concerne les hôpitaux généraux et universitaires, il est tout à fait concevable de limiter le « *prix universitaire* » d'un lit hospitalier aux cas médicaux qui nécessitent réellement une prise en charge de ce niveau. Les pathologies courantes traitées dans les hôpitaux universitaires doivent être honorées de la même façon que dans un hôpital général. Cela diminuerait « l'absorption » des patients par les hôpitaux universitaires au détriment des hôpitaux généraux, et libérerait aussi des lits universitaires pour les personnes qui en ont réellement besoin (et qui doivent parfois attendre). Sans compter bien sûr les économies conséquentes pour le budget de l'INAMI !

## 6. Contrôler les gestionnaires

Pour couper la pression productiviste que les gestionnaires d'hôpitaux font peser sur les médecins hospitaliers, en puisant presque librement dans la masse des honoraires médicaux pour

financer tout et n'importe quoi, il est indispensable de renégocier fondamentalement l'article de loi qui régit cette matière (article 140). Cette question bute actuellement sur un refus obstiné des gestionnaires, qui s'est révélé une fois de plus lors des négociations fin 2001.

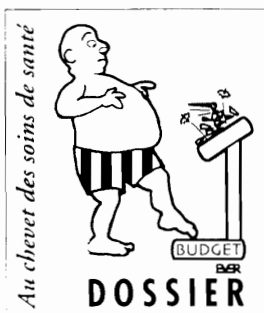
# IV. Les véritables enjeux

Vous l'aurez compris, pour sauver notre système de soins, il est temps de prendre des mesures qui permettraient de le réorganiser. Mais il importe également de prendre un peu de hauteur, et de reconsidérer la santé d'une façon globale. C'est ce que nous développons dans ce chapitre.

## 1. Quels principes de solidarité voulons-nous ?

L'augmentation lente mais continue des coûts à charge des patients a inspiré les compagnies d'assurances et les mutuelles qui proposent leurs services pour adoucir la facture : Plan Multi-rente des Assurances Patriotiques, assurance Hospi-solidaire des Mutualités Chrétiennes, assurance Médi-kids des Mutualités Socialistes, etc. Nous glissons ainsi insensiblement vers le système américain, où l'assurance est devenue indispensable si on veut pouvoir prétendre à des soins de qualité. Le même mécanisme s'observe dans la promotion de l'épargne-pension, censée assurer pour nos vieux jours les revenus que ne pourra nous allouer un Etat indigent, dans le projet d'assurance dépendance de la Région flamande, etc...

Comme les compagnies d'assurance ne sont pas des organismes philanthropiques, elles n'accepteront de couvrir que les risques « *rentables* », et rejetteront dans l'assurance publique les mauvais risques. A supposer que



le montant de ces assurances privées soit déductible, on arriverait ainsi à diminuer encore les recettes publiques, accroissant la nécessité d'une assurance privée... avec effet de spirale. Il y a donc un risque à moyen terme de voir se développer une couverture en soins de santé à deux vitesses : ceux qui ne pourront assumer la cotisation obligatoire et les primes d'assurance, seront seulement couverts pour des soins de base minimums.

Nous défendons au contraire un système de sécurité sociale solidaire qui garantisse l'accès à tous aux meilleurs soins possibles. Cette égalité dans l'accès doit être un DROIT et non une faveur. S'il y a des restrictions à ce droit, elles doivent être les mêmes pour tous. Toute décision en matière de soins de santé doit d'abord être évaluée à l'aune de ce principe fondamental.

Dans toute société, modifier l'accès à la satisfaction des besoins fondamentaux (se nourrir, se loger, se soigner, ...) c'est modifier la société elle-même. Il est trompeur de se réfugier derrière l'apparente insignifiance des obstacles nouveaux mis à l'accès aux soins de santé (par exemple en comparant des problèmes d'accès aux soins de santé dans les pays en voie de développement). Déjà les quelques centaines d'euros supplémentaires que doivent déboursier chaque année nos concitoyens pour payer les tickets modérateurs représentent un effort important pour les plus démunis.

Certes, des mesures spéciales sont prévues à leur intention (voir encadré), mais cela ne fait qu'entériner leur qualité de citoyens « différents » ! De plus, lorsqu'on lie la hauteur des remboursements au niveau des revenus on en revient à de l'assistance sociale. Et c'est particulièrement dangereux car l'assistance n'est pas un droit mais une faveur sous conditions. (cfr l'évolution dans le droit au minimex, au plan d'accompagnement des chômeurs etc.).

Les « solutions techniques » proposées aux problèmes budgétaires posent donc très clairement la question du choix de société que nous voulons : solidaire ou duale, centrée sur la présence de l'économique ou axée sur des valeurs. Quand Gouvernement et Chambres Syndicales des médecins (ABSyM, syndicat

majoritaire chez les spécialistes, toujours majoritaire au niveau des négociations médico-mutualistes) déclarent tout faire pour éviter une médecine à deux vitesses, ils se trompent. La médecine à deux vitesses existe déjà !

## 2. Quelle qualité de soins voulons nous ?

Dans les secteurs marchands, la technicité accroît la productivité et la compétitivité pour améliorer la rentabilité économique. En matière de soins de santé, il n'en va pas de même. L'accroissement de l'arsenal technique se traduit en médecine par un coût accru pour la société, mais il n'est pas sûr que cela s'accompagne d'une augmentation parallèle de la santé et du bien-être des gens.

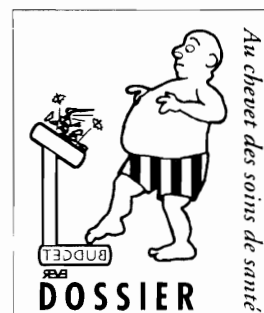
### MAF (Maximum à facturer)

La mutuelle calcule ce que chacun paye en tickets modérateurs en 1 an (pour les consultations, les visites, les soins de kiné, les médicaments ...). Lorsque le total dépasse un certain plafond, le patient ne paye plus de ticket modérateur du tout. Ce plafond est fixé en fonction des revenus.

Il peut donc varier dans le temps en fonction de l'évolution du statut du patient (chômeur trouvant du travail, travailleur devant chômeur...) et les complications administratives ne sont donc pas minces. En plus, il implique que les mutuelles aient un accès continu aux informations concernant le revenu de leurs affiliés.

Par ailleurs, la lenteur de facturation de certaines institutions de soins fait que les informations disponibles auprès de la mutuelle ne seront que rarement exactes en temps réel. Bonjour les complications comptables !

Le propre du système de soins de santé est de produire des soins et non pas de la santé. On peut supposer que de meilleurs soins donnent une meilleure santé, mais ce n'est pas toujours le cas. La technique médicale peut induire des maladies (iatrogénèse) et ce phénomène prend de plus en plus d'importance actuellement. Par exemple, des examens invasifs à visée diagnostique (ex. radiographie des coronaires) peuvent entraîner des complications graves, ou même causer le décès.



(11) Il va de soi que la médecine et les soins de santé ne sont pas que cela, que des succès sont obtenus, et que nous ne désirons ni les condamner ni plaider pour un quelconque obscurantisme.

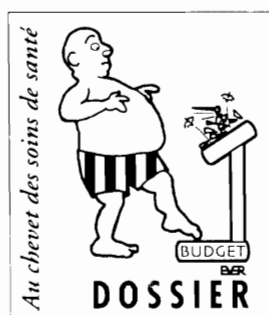


Les indicateurs utilisés pour évaluer les retombées des dépenses en soins de santé (par exemple la diminution de la mortalité infantile, l'allongement de l'espérance de vie, etc.) sont certes utiles, mais permettent difficilement de juger de la rentabilité en terme de santé de tel ou tel investissement : ces indicateurs sont influencés par des multiples facteurs (alimentation, conditions de logement et de travail, etc). Ils ne se modifient d'ailleurs



que très lentement, et ne suivent absolument pas le galop des dépenses. Cette évaluation est complexe. Des recherches en ce sens sont possibles : l'expérience de la médecine d'autres pays pourrait être féconde (Canada, Hollande), et certaines structures locales en Belgique s'y attellent. Il n'est pas exclu que l'on puisse garder ou améliorer le niveau de qualité de nos soins de santé à moindres frais pour la société et à moindres risques pour le patient.

Il n'y a d'ailleurs pas que le problème de la technique médicale. Il y a également la question de l'intrusion de la médecine dans de nombreux domaines de la vie en société. Le triomphalisme médical a une capacité énorme à tout incorporer. C'est la « médicalisation ». L'échec scolaire, l'éducation des enfants, la drogue, les problèmes de couple, la sexualité, les activités sportives... tout est analysé,



commenté et supervisé par de doctes professeurs, qui ont sur ces sujets un discours réducteur et normatif. C'est à dire : pour être en bonne santé, il faut manger comme cela, dormir comme cela, copuler comme cela, s'aérer comme cela... etc, etc.

Cela ne serait qu'anecdotique, si malheureusement ce genre de discours n'avait des conséquences parfois fâcheuses. Rappelez-vous ce qui s'est passé en Angleterre (un cardiologue a refusé d'opérer un patient cardiaque parce qu'il était fumeur ; le patient est mort peu de temps après). Voir aussi l'article paru dans « Le Soir » en 1991 qui se passe de commentaires....

### GROS PAYEURS

La proposition a fait grand bruit : le président de la Fédération des médecins allemands a affirmé, mardi, que les associés sociaux devraient mettre fin à leur solidarité avec leurs compatriotes obèses.

Il a également suggéré une taxe sur les produits sucrés, ainsi que des mesures financières dissuasives contre les fumeurs, buveurs, conducteurs de motos et adeptes du deltaplane (il a oublié de mentionner les fous de la trottinette).

Le président de la caisse maladie lui a gentiment fait remarquer que tous les gens enrobés ne sont pas malades, et qu'il est des maigrichons souffreteux. Faut-il être président de l'association des médecins pour l'ignorer ? (AFP)

(LE SOIR, 20-21 juillet 1991)

Cette évolution est insidieuse mais nous devons y être extrêmement attentifs, au risque de voir s'installer une autre dualisation de la médecine, basée cette fois sur la concordance avec des normes. « On » aura des réticences à soigner les trop gros, les trop sédentaires, les trop vieux, les trop bêtes, ...<sup>10</sup>.

### 3. Quelle éthique médicale voulons-nous ?

Le sentiment de toute puissance de la médecine occidentale, nourri des prouesses technico-chimiques et des deniers publics,

autorise tous les fantasmes. Manipulations génétiques, « miracles » de la fécondation assistée, « ressuscitation », etc... suscitent admiration, enthousiasme et... questionnements, ce qui a entraîné la floraison de Comités d'éthique. Chargés de donner un avis sur ce qui est « bien » et « mal » dans le domaine des nouvelles possibilités de la médecine, ils servent de garde-fou de l'humain. Ils peuvent prêter le flanc à bien des critiques mais leur rôle est essentiel, tant qu'ils gardent leur indépendance...

Laisser « l'éthique » à des comités de sages ne suffit cependant pas. S'il faut chercher des remèdes à la gabegie, aux mésusages des fonds publics, à la primauté des intérêts particuliers ou des lobbies, s'il faut réfléchir sur les implications éthiques des nouvelles possibilités médicales, il faut autre chose. C'est toute la dynamique sociale qui est en jeu.

Notre société a la médecine qu'elle mérite : brillante, performante, chère, déshumanisée. D'un côté, une recherche scientifique prometteuse, mais coûteuse, qui ne survit que comme n'importe quel secteur industriel et commercial : par sa rentabilité. De l'autre, un système de sécurité sociale nourri essentiellement des cotisations des citoyens, à la merci des difficultés économiques.

L'évolution vers la faillite de notre système actuel n'est pas un hasard de l'histoire : les soins de santé sont une marchandise comme une autre dans le jeu de la compétition et du rendement. Il en ira de l'accès aux soins de santé comme de l'accès au travail, au logement, à l'éducation : les exclus sont déjà là, peu nombreux et cachés par la honte et par l'efficacité relative des actions caritatives. Et pendant que des comités d'éthique débattent s'il faut permettre une grossesse assistée aux femmes de plus de soixante ans, faute de moyens, des enfants souffrent aujourd'hui de maladies qu'on croyait depuis longtemps évacuées dans les poubelles du passé.

Notre système de soins de santé est probablement encore très bon. Basé sur le dévouement et la compétence de beaucoup de soignants, il ne fonctionne que grâce à la solidarité. Devant les menaces qui pèsent sur lui, nous devons nous poser la question du rapport entre la qualité de notre système de soins et son coût. Parfois il est justifié, parfois

non. C'est à ce « non » que nous devons porter remède, mais sans oublier que si c'est sur le coût que nous agissons, c'est pour la santé de tous que nous agissons.

