



ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

Introduction générale

Le présent Focus valorisée en tant qu'étude au sens du décret "éducation permanente" recense les travaux des cinq webinaires virtuels organisés par DéFI et le Centre d'études Jacques Georgin au cours du printemps 2021 et qui étaient consacrés à différents dossiers relatifs à la santé publique, dans la suite de la plus grave crise sanitaire que nous ayons eu à connaître depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

La santé, première des libertés.

C'était déjà la première préoccupation des Belges avant la pandémie, et la covid-19 n'a fait qu'exacerber la tendance : la santé est ce qui nous touche le plus. La nôtre, celle de nos enfants, celle de nos parents, celle de nos proches. Ce lieu de l'intime, de la fragilité de chacun est aussi un sujet politique majeur.

La crise du covid a montré le pire et le meilleur: le meilleur parce que notre système de soins, nos hôpitaux, nos infirmières et infirmiers, nos médecins ont tenu globalement le choc de cette épreuve terrible, et ont protégé la société. Le pire car les désorganisations, les divisions, les pénuries et le définancement mis en place par les gouvernements précédents ont montré toute la gravité d'une gestion qui fait de ce secteur essentiel une variable d'ajustement budgétaire.

DéFI et le CEG ont consacré à ce sujet des "Etats généraux de la santé" sous le mode de rencontres virtuelles. Avec des spécialistes internes et externes au parti, nous avons mis sur la table toutes les questions, et surtout celles qui fâchent: comment lutter contre la pénurie des soignants ? Comment mieux organiser notre système de soins ? Comment mieux s'occuper de nos aînés ?... Des constats importants et des pistes de solution ont émergé autour de ces rencontres riches.

Un acquis indiscutable : le secteur doit être mieux respecté, mieux financé et, surtout, mieux concerté. La santé ne doit plus, à l'avenir, être le lieu de divisions partisans et politiques. La santé, et plus globalement la sécurité d'existence, devrait constituer des socles pour l'ensemble du pays. A quoi cela rime-t-il de compter neuf ministres de la santé ? A quelle logique répond l'idée d'avoir séparé politiques de prévention et de soin ? De quelle inefficacité sommes-nous tributaires lorsque les nécessaires coordinations, comme sur la vaccination, sont assurées par des "task force" administratives ?

En dépit de toute logique, pourtant, PS, Ecolo et MR ont accepté de signer un accord de gouvernement fédéral qui entend continuer à régionaliser et diviser la politique de soins. Contre l'avis des principaux concernés, qui une fois de plus n'apparaissent guère consultés. Et surtout contre toute logique.

DéFI continuera à se battre, aux côtés des prestataires de soins de santé, pour que leur parole soit entendue et pour que ce secteur, si cher à nos concitoyens, fasse enfin l'objet d'une politique unie et respectueuse. Nous protégerons la santé des querelles de clocher, afin de préserver la qualité des soins dont notre pays bénéficie, et qui doit profiter à tous.

François DE SMET
Président de DéFI

Christophe VERBIST
Directeur du Centre
d'études Jacques Georgin



Webinaire I

Introduction par Sophie ROHONYI, députée fédérale DéFI

Les présents webinaires qui constituent nos Etats généraux de la santé sont la concrétisation d'une ambition que DéFI et le CEG nourrissent depuis plusieurs mois parce que nous nous sommes rendu compte - l'intensité de la crise sanitaire a servi de caisse de résonance amplifiée - de la nécessité d'avoir des soins de santé qui soient à même de pouvoir soutenir tous et toutes, en tous cas tous nos concitoyens.

Pour cela, et c'est l'objet de notre premier webinaire, il faut soutenir aussi le personnel soignant, les médecins, les infirmiers. Nous avons constaté à quel point ils ont été sollicités durant cette crise et aussi à quel point les autorités n'étaient pas toujours à la hauteur de pouvoir être à leurs côtés comme il se doit.

Je suis heureuse que la conférence-débat de ce soir mette en lumière ce personnel soignant qui aujourd'hui porte à bout de bras notre système de soins de santé et qui aussi dans le même temps, est en surcharge continue et notamment parce qu'il est en sous-nombre depuis très longtemps, voire trop longtemps.

Ce problème de pénurie est grave parce qu'il compromet le droit d'accès à des soins de qualité pour tous. Je pense en particulier à deux volets de cette pénurie qui seront mis en exergue parmi les exposés de nos orateurs.

Le premier volet, c'est la pénurie de médecins; on en a déjà beaucoup parlé et c'est d'ailleurs un problème que j'ai pu porter au Parlement fédéral et qui revient depuis

plusieurs législatures, et sous celle-ci, nous avons à nouveau déposé une proposition de loi qui vise à mettre fin à ce fameux contingentement fédéral pour les diplômés en médecine, système que l'on juge arbitraire et contre-productif puisqu'il limite dans chaque Communauté le nombre de numéros Inami qui est à attribuer aux étudiants qui terminent leurs études de médecine.

Nous avons mené en commission parlementaire un travail de longue haleine qui s'est malheureusement soldé par un rejet de notre proposition de loi par la majorité Vivaldi avec l'appui de la NVA qui a même parlé de manière scandaleuse de slogans populistes scandés par des personnes qui n'y connaissent rien.

Outre le fait qu'il s'agit d'une insulte au travail parlementaire, ces considérations du parti nationaliste m'ont surtout choquée parce que c'est avant tout une injure à tous les étudiants en médecine, aux médecins et aux experts en première ligne durant cette crise et qui tirent régulièrement la sonnette d'alarme face à ce problème de pénurie de médecins.

Je pense également à ces organisations étudiantes comme la FEF et le CIUM, cette dernière ayant délégué son président ce soir pour participer à notre webinar et qui ne cesse de clamer qu'un médecin sur deux qui part à la retraite ne sera pas remplacé si rien n'est fait demain.

Ce rejet de la proposition de loi est également injuste parce qu'il l'a été en refusant d'entendre au préalable les premiers concernés, les étudiants en médecine et les médecins.

La justification qui a été avancée par le Gouvernement fédéral, fait référence à l'accord de Gouvernement lequel prévoit d'évaluer le système tout en mettant en place simultanément un mécanisme de responsabilisation au cas où le contingentement n'est pas respecté, à savoir que s'il y a trop de numéros Inami qui sont dévolus aux étudiants en médecine, il y aurait un mécanisme de sanction.

Pour notre parti, ce n'est pas acceptable, d'autant plus qu'en attendant, il n'y a aucune solution concrète qui est apportée par le Gouvernement et que ce faisant, on laisse quelque part pourrir la situation sur le terrain et donc les médecins face à des situations de travail qui sont très difficiles et aussi face à des patients qui parfois rencontrent de grandes difficultés pour obtenir un rendez-vous à temps, ce qui est en termes de prévention est totalement contre-productif.

Pour terminer cette introduction, permettez-moi d'aborder l'autre volet de la pénurie, à savoir celle qui touche le personnel infirmier.

Quelques chiffres pour comprendre à quel point celle-ci est criante : on estime aujourd'hui que sur les 210.000 infirmières qui sont diplômées en Belgique, seules, 120000 (c'est un tout petit peu plus de la moitié) sont encore actives ; parmi cette moitié qui est encore active, il y aurait entre 15 et 20% qui seraient aujourd'hui en congé maladie.

Et autre preuve du mal être dans la profession, 20% des infirmières envisagent aujourd'hui de quitter la profession, soit le double d'avant la crise sanitaire.

En dépit de ce constat alarmant, j'ai pu observer, durant ces derniers mois de travail parlementaire en pleine crise sanitaire, deux gifles qui ont été adressées à l'encontre

du secteur infirmier : la première, c'est la loi portant délégation d'actes infirmiers à du personnel qui n'est pas qualifié ; et puis il y a eu aussi une proposition de résolution qui a été déposée par la majorité Vivaldi et qui était censée améliorer les conditions de travail des infirmiers en particulier ceux qui travaillent à domicile.

On s'est très vite rendu compte que le texte avait été édulcoré pour finalement ressembler à un catalogue d'invitations à destination du Gouvernement pour réfléchir à certaines choses, pour envisager certaines réflexions ou certaines réformes, mais rien de concret, aucune demande au Gouvernement pour l'appeler enfin à des actes concrets de soutien auprès du secteur infirmier.

Cela a constitué une grande déception, d'autant que j'avais demandé à mes collègues d'entendre le secteur infirmier pour faire en sorte qu'il y ait du concret justement dans ce texte et là aussi, je me suis vue essayer un refus.

Avant de céder la parole à nos intervenants que je vous remercie encore infiniment pour leur présence, je rappelle qu'il était essentiel que l'on puisse organiser ce webinaire et que l'on puisse donner la parole à vous, premiers concernés au secteur et que l'on puisse ainsi vous donner l'occasion de nous exposer votre ressenti, votre pratique sur le terrain et aussi que vous puissiez nous dire à quel point vous n'êtes pas des machines et à quel point vous avez besoin du soutien des autorités dans votre pratique.

En tout état de cause, vous pouvez compter sur le nôtre plein et entier parce que sincèrement, le message qu'on ne cesse de marteler à travers notre travail parlementaire et politique, c'est que maintenant on ne peut plus se contenter de vagues promesses et que des actes concrets doivent être posés.

Je suis donc très heureuse d'écouter vos réflexions et témoignages ce soir et d'avoir un échange avec vous sur cette problématique on ne peut plus criante et importante.

Christophe Verbist, directeur du centre d'études Jacques Georgin

En complément à l'excellente introduction de Sophie, je vais dire un bref mot pour présenter au Centre d'Études Jacques Georgin, qui est le centre d'études du parti Défi. Parmi nos intervenants de cette soirée, nous avons le docteur Delrée qui avait participé à une matinée d'études que nous avons organisée en mai 2016 sur la désertification médicale en milieu rural.

La problématique reste criante aujourd'hui.

Au CEG, nous sommes convaincus qu'être à l'écoute des acteurs de terrain nous permettra de déterminer les meilleures solutions et tenter de pouvoir résoudre structurellement ce à quoi nous sommes confrontés.

Nous lançons un module de webinaire, le premier d'une série de cinq, consacrés aux états généraux de la santé et qui concerneront différentes facettes des soins de santé que ce soit la prévention, le renforcement des soins de première ligne, le refinancement des soins de santé et également les soins à accorder aux aînés.

Ces webinaires se dérouleront durant tout le printemps et entendent explorer des

problématiques de santé qui, même en dehors de cette période particulièrement grave de crise sanitaire où elles ont été mises en exergue plus fondamentalement, sont essentielles afin de brosser avec des experts et des acteurs de terrain, un état des lieux aussi éclairant que possible de la situation de la santé publique en Belgique.

Je vous remercie encore de votre participation, d'avoir répondu présent et donc, pour le premier intervenant, je cède la parole au Dr Michel De Volder qui est Président de la Fédération de l'Association des Médecins Généralistes Bruxellois.

Docteur Michel De Volder, président de la Fédération de l'Association des médecins généralistes bruxellois ***Médecins généralistes, stop ou encore ?***

Je suis médecin généraliste et Président de la Fédération de l'Association des Médecins Généralistes Bruxellois, cercle qui représente pas moins de 1500 médecins généralistes bruxellois.

Les missions d'un cercle comme le nôtre c'est comme toutes les autres dans le pays : participer, collaborer, coordonner les plans de santé, les projets de santé pour un territoire donné -pour ce qui nous concerne c'est toute la région bruxelloise et la deuxième mission essentielle, c'est d'organiser la garde de la médecine générale sur le territoire en question.

J'ai intitulé mon intervention de manière assez provocatrice "Médecins généralistes : stop ou encore?" parce qu'effectivement, la situation est préoccupante. J'ai toute une série de chiffres dans le tableau à vous présenter et qui sont issus d'un travail conjoint que nous avons fait avec le FAMGB-BHAK qui est notre homologue néerlandophone en région bruxelloise et qui comprend une centaine de médecins ainsi qu'avec l'Observatoire de la Santé et du Social (COCOM).

Un travail a été effectué sur base de ce qui a été fait sur base de données qu'on a croisées les unes avec les autres.

Ce que l'on constate à la lecture de ces données 2017, c'est que dans la tranche d'âge des 55 et plus, on additionne $30 + 13 + 1 = 44$ % des médecins généralistes sur la région bruxelloise sont à 10-12 ans de la retraite.

Ces 44% effectuent encore des contacts patientèle et on se trouve avec une population de médecins âgés.

Au niveau du genre, l'on voit très clairement qu'au-delà de 55 ans, on a essentiellement des hommes (c'est issu des générations précédentes et des auditoires des universités qui étaient effectivement majoritairement masculins à l'époque) mais avec une féminisation accrue du métier et depuis facilement quinze voire vingt ans.

Ce qui est intéressant à cet égard, c'est le fait que la répartition dans les pratiques de groupe essentiellement les maisons médicales se fait essentiellement évidemment parmi les tranches d'âge plus jeunes qui sont essentiellement féminines. C'est là qu'on retrouve la plus grande pratique de groupe. Les jeunes, les jeunes femmes et essentiellement s'installent surtout en pratique de groupe.

Un autre élément intéressant d'analyse est la répartition entre les pratiques de médecine générale de groupe et les pratiques de médecine générale individuelle dans les différentes communes de Bruxelles. Celles-ci se retrouvent essentiellement en faisant une large projection géographique sur le nord du pentagone, le nord-ouest, le nord et le nord-est du pentagone, des communes à forte densité de population et particulièrement jeune. C'est là que se retrouvent essentiellement les pratiques de groupe, les nouvelles installations et donc la population du métier essentiellement féminine.

Entre 2007 et 2017, on a relativement perdu peu de médecins. C'est encore fort heureux de le constater.

Ce qui est intéressant également, c'est l'évolution des médecins généralistes qui sont agréés par tranche d'âge et ici également on se retrouve avec essentiellement une population fort âgée de médecins agréés (tranches 55-60 ans) au regard de médecins jeunes promus. En termes de projections qu'on a pu faire tenant compte des départs à la retraite (nombre total de médecins actifs de moins de 70 ans en 2017 : 1398), on a ainsi déterminé qu'avec les départs à la retraite des tranches 50-55, 70 et plus, on va se retrouver en 2027 une chute de plus de 25%, et en 2037 à situation constante, une perte de près de 721 médecins sur la région bruxelloise. On a donc vraiment un problème en perspective si les choses restent en l'état.

Au niveau des paiements, les paiements forfaitaires sont essentiellement effectués dans les maisons médicales, les pratiques par prestation quant à elles se retrouvent essentiellement dans les cabinets où il y a peu de médecins ensemble et la plupart du temps d'ailleurs, des médecins qui pratiquent individuellement.

Si l'on prend en considération, le nombre de médecins par commune, on se retrouve avec des zones vertes au nord du pentagone nord-ouest nord-est, là où on avait effectivement la majorité des pratiques de groupe se sont installées ; par contre, du côté d'Anderlecht, d'Uccle également ou encore d'Evere, la présence de médecins généralistes s'avère très faible.

Le constat posé plus haut est clair: ce sont donc bien toujours dans les mêmes quartiers verts du nord du pentagone nord-ouest nord-est que les médecins sont beaucoup plus jeunes et y exercent leur profession.

Si les médecins continuent à s'installer aux mêmes endroits - si l'on compare sur une période de dix ans entre 2007 et 2017 - Il n'y a toutefois pas d'incitant à l'installation pour des jeunes médecins dans les quartiers confrontés à une pénurie prochaine de médecins ou qui voient des populations de médecins relativement âgés rester en poste.

Un autre constat pertinent consiste dans le fait que la population plus jeune consulte peu de façon générale le médecin généraliste.

On est donc en présence à Bruxelles d'une population plus jeune qui est largement desservie par des pratiques de groupe avec également une très forte densité de médecins jeunes mais pour une population qui consulte peu. Il est assez paradoxal de constater qu'au fond ces pratiques de groupe dans les maisons médicales sont installées majoritairement à Bruxelles, là où la population est jeune et qui consulte peu.

Au niveau des consultations des visites en médecine générale sur base des arrondissements, l'on constate que Bruxelles étant en dessous de la moyenne nationale

(de 50 à 30% de consultations et de contacts avec la médecine générale par rapport au reste du pays) Il y a un arrondissement dans le bassin de Charleroi sud qui dispose des mêmes paramètres.

Au niveau de la constitution du dossier médical global (DMG), on assiste également à une moins forte pénétration du dossier médical global en région bruxelloise que dans le reste du pays alors qu'il existe une densité certaine de maisons médicales et de pratiques de groupe. C'est assurément révélateur du fait qu'il existe une carence en termes de consultation de façon globale de la médecine générale sur Bruxelles.

Les primes Impulseo à l'installation initiées au niveau de la Région bruxelloise ne portent pas encore leurs fruits puisque ses conditions ont été mises en place et sont valables seulement depuis le 1er janvier 2020. Il faudra attendre encore un peu pour affirmer l'effet positif desdites primes dans les quartiers qu'on pourrait qualifier en pénurie ou en pénurie prochaine.

Ainsi que je l'ai déjà dit, côté sud de Bruxelles, Uccle qui est une grande commune est dans une situation préoccupante et cela pose question par rapport à la pénurie annoncée si on laisse les choses en l'état et quant à l'avenir de la médecine générale.

Selon l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, à politique inchangée, Bruxelles sera en légère pénurie de médecins avec 80 médecins pour 100.000 habitants en 2027 et en pénurie sévère en 2037 avec 56 médecins pour 100.000 habitants.

Est-ce qu'on sera à ce point-là en voie de disparition demain ? La question n'est pas anodine et je remercie DÉFI et le CEG de m'avoir offert cette tribune car il est important que les politiques soient sensibilisés sur cette question.

Je me suis permis de poser des constats interpellant à la fois en amont sur l'installation des médecins généralistes et en aval sur l'âge des médecins et aux modalités de consultation, le problème se situant certes au niveau de la pénurie "sensu stricto" de médecins généralistes mais également quant à la manière dont les gens appréhendent la médecine générale en tous cas en région bruxelloise.

On a beaucoup parlé de besoins, d'incitants. Aussi, maintenant à travers les zones de soins à créer, on parle parfois de bassins de vie, ici peut-être ce sont des bassins de soins peut-être à mettre en place pour permettre un meilleur maillage au niveau de l'occupation des médecins généralistes sur le plan des différents territoires.

Basil Sellam, président du CIUM - Comité Interuniversitaire des étudiants en médecine

Nous sommes une organisation syndicale d'étudiants en médecine depuis 15 ans maintenant. Nous défendons les étudiants notamment sur les dossiers qui leur sont plus spécifiques, notamment sur les quotas Inami, sur les questions de contingentement. L'intérêt c'est vraiment que tout un chacun puisse se rendre compte du ridicule de la situation dans laquelle on se trouve.

Je vais d'abord commencer par vous expliquer comment cela fonctionne actuellement, quelles sont les failles du système actuel et comment on peut améliorer la situation.

Ce fameux numéro INAMI est un numéro attribué aux prestataires de soins, médecins, pharmaciens, kinés, et qui permet de recevoir un remboursement pour les soins qui sont dispensés par ces différents prestataires. Pour les médecins, tout ce qui est consultation, pratique d'actes techniques est remboursé grâce au numéro INAMI. Ici en Belgique, la médecine curative (médecine hospitalière, chirurgie, médecine générale n'est pas possible sans disposer de numéro INAMI).

On a mis en place, fin des années nonante, un système de quotas et de régulation de ces numéros INAMI, dans un but économique en partant de cette théorie de l'induction des besoins par l'offre, en se disant que plus il y a de médecins, plus on va avoir de consultations et d'exams superflus et plus les coûts des soins de santé vont augmenter une théorie assez simple qui est de dire que moins on a de médecins, moins on va avoir de dépenses inutiles et moins on aura de coûts pour la société.

Pour cela, il faut donc estimer le nombre de médecins qui pratiquent en Belgique et pour cela, on a un cadastre de l'offre médicale qui permet de voir le nombre de médecins qu'il y a sur le territoire en Belgique.

A partir de ce nombre de médecins, la Commission de planification analyse les carences ou pas de médecins dans telle spécialité et sur telle partie du territoire, et en détermine les fameux quotas.

Ce régime, pour notre organisation, ne fonctionne pas car il repose sur deux erreurs :

La première erreur, c'est la théorie de l'offre induite, de la demande induite par l'offre. Le KCE (ndlr: Centre fédéral d'expertise des soins de santé) qui est l'organe fédéral qui analyse ce qui se passe au niveau des soins de santé en Belgique, nous montre que, dès 2008, on ne dispose pas de preuve formelle que la demande peut être induite par l'offre. Cette relation de causalité entre ces deux éléments n'est pas démontrée ici en Belgique de manière certaine et scientifique et donc dans la situation dans laquelle on se trouve, qui est celle d'une pénurie, la diminution de médecins ne permet pas de faire des économies, au contraire, elle engendre des coûts supplémentaires.

On peut l'observer de manière concrète dans la crise que l'on vit actuellement avec une pénurie de médecins: lorsqu'on est face à des médecins qui sont surchargés et lorsqu'on a moins de médecins, c'est la disponibilité en médecins qui diminue.

En conséquence, cela va prendre plus de temps pour avoir un rendez-vous chez son spécialiste avec une prise en charge tardive, et donc plus complexe qui entraînera des traitements plus lourds, qui vont donc nécessiter des coûts supplémentaires.

Dans la situation actuelle, diminuer le nombre de médecins diminue la disponibilité de ceux-ci et augmente les coûts en soins de santé.

Une deuxième erreur, c'est au niveau du cadastre : on ne peut simplement pas en regardant le nombre de médecins qu'il y a sur le territoire, en déterminer les besoins de la population. Il manque beaucoup d'autres éléments.

Simplement affirmer qu'il y a tel nombre de médecins dans telle spécialité sur le territoire en Belgique, dispersés de telle manière, n'autorise pas, selon nous de déduire que la population a besoin de telle spécialité en particulier.

Le résultat de ce régime de quotas consiste donc en une situation détachée de la réalité, laquelle au sein de laquelle lesdits quotas ne répondent pas aux besoins par rapport à la pénurie, avec un nombre de médecins qui va continuer de diminuer, une pénurie qui va s'aggraver et en fin de compte entraîner une diminution de la qualité des soins.

Cette diminution de la disponibilité des médecins, avec comme corollaire la diminution de la qualité des soins à cause justement de cette prise en charge tardive que j'ai évoquée, risque d'engendrer l'accélération de ce qu'on appelle « la médecine à deux vitesses » qui est une autre catastrophe de ce système.

En effet, les personnes qui émargent aux classes socio-économiques plus défavorisées n'ont pas accès à certains avantages de certaines classes plus aisées, dont notamment le fait de payer une consultation trois ou quatre fois le prix chez un spécialiste pour avoir un rendez-vous plus tôt. Ce ne sera pas le cas pour des personnes qui ont besoin d'avoir une consultation conventionnée et donc remboursée en totalité, qui elles auront un rendez-vous dans plusieurs mois.

On assiste à ce décalage entre les différentes classes socio-économiques avec d'une part des personnes aisées qui ont droit à une prise en charge à temps et de qualité et d'autre part les personnes qui sont de classe socio-économique plus précarisée soignées de manière tardive et avec une qualité moindre.

Ce système organisé de contingentement de médecins va accroître encore ce phénomène de disparité ce qui constitue une catastrophe d'un point de vue social .

Comment peut-on donc améliorer la situation à partir de tous les éléments que j'ai déjà livrés dans mon exposé ?

D'une part, il faut mieux évaluer les besoins, ce qui nécessite d'ajouter des paramètres au-delà uniquement de l'offre de médecins en Belgique.

Il est essentiel d'ajouter d'autres paramètres tels que la disponibilité en médecins (quel est le temps moyen pour avoir une consultation chez un spécialiste; quelle est la distance moyenne qu'une personne doit parcourir pour aller chez son spécialiste, quelle tranche d'âge de la population a besoin d'aller voir des spécialistes).

Aujourd'hui, en Belgique, les statistiques démontrent que la population globalement vieillit. Ce vieillissement de la population augmente les maladies chroniques ce qui nécessite un suivi plus étroit qu'auparavant.

Aujourd'hui, en 2021, quelle est la tranche de population qui a besoin d'un suivi régulier chez un cardiologue ? S'agit-il de la même proportion de la population qui a besoin de ce suivi qu'il y a 20 ans ?

La réponse est négative : le vieillissement de la population fait que l'on a besoin de plus de médecins et pourtant on ne sait pas l'observer dans les chiffres.

Un autre paramètre à prendre en considération est le côté multidisciplinaire.

La médecine est un travail d'équipe et on sait pertinemment qu'une pénurie dans certaines spécialités va entraîner en aval des pénuries dans d'autres spécialités. Une pénurie en médecine générale fait que des patients qui ne peuvent plus aller chez leur

médecin généraliste vont se tourner directement vers des spécialistes, avec des longs temps d'attente, ce qui va accroître encore le déséquilibre et diminuer cette disponibilité du côté des médecins.

Parmi d'autres paramètres nécessaires pour évaluer objectivement la situation, on peut ainsi citer sous forme de questions. Dans quel état de santé sont les médecins ? Combien y a-t-il de consultations/semaine ? Quel est le nombre estimé de consultations qu'ils devraient avoir de consultations pour être à l'écoute de leur patientèle ? Qu'en est-il de leur santé mentale? Sur ce point, on constate que les médecins sont de plus en plus en burnout, voire en dépression et cela se manifeste notamment chez les jeunes médecins. Ainsi, les jeunes médecins assistants qui font des horaires absolument catastrophiques, qui approchent d'une centaine d'heures de prestation par semaine. Quelle est leur situation ? On ne sait pas le savoir de manière sûre.

Le CIUM considère qu'il faut former plus de médecins pour contrer cette pénurie. Il faut savoir qu'actuellement pour contrer cette pénurie, en partie en tous cas, c'est par l'intermédiaire de l'afflux de médecins étrangers en provenance d'autre pays de l'Union Européenne qui ne sont soumis à aucun filtre pour venir pratiquer ici en Belgique.

En ce qui concerne le vieillissement de la population de médecins, un tiers des médecins généralistes ont plus de 60 ans, 62 % des médecins généralistes ont plus de 50 ans sur un quartier du territoire en Belgique.

Pour contrer ce vieillissement de la population, former de jeunes médecins est le meilleur moyen de l'endiguer.

De ce fait, doit-on supprimer le système de contingentement tel qu'il existe aujourd'hui ? Pour le CIUM, il paraît clair que si les chiffres sont récoltés de manière claire et efficace et qu'ils correspondent à une situation de terrain, ils permettront d'évaluer les besoins en santé en Belgique; même si le contingentement demeure il n'y aura qu'une seule observation à faire, ce sera un système de sélection qui sera hypothétique parce que les besoins sont tels qu'on aura plus besoin de filtre. Pour notre association, même en ouvrant les vannes et en laissant entrer les étudiants en médecine sans examen d'entrée, sans système de sélection, on assistera quand même à une diminution irrémédiable de médecins.

**Jean-Noël Godin , directeur du GBO
(Groupement Belge des Omnipraticiens)**

Bientôt une planification de l'offre médicale en Communauté française ?

Je vais tâcher d'aborder la pénurie sous un angle un petit peu différent.

La réflexion que je me fais depuis de nombreuses années, et c'est l'un des problèmes de notre société et de nos gouvernants en général, consiste dans le fait de privilégier la croissance économique en oubliant de valoriser, comme il le faudrait, les métiers qui ont un rôle sociétal parmi les plus importants pour notre bien-être, pour notre éducation, et les deux métiers auxquels je pense fréquemment, c'est le métier d'enseignant d'une part et le métier d'infirmier, d'autre part.

A ce propos, je vais vous parler brièvement du contexte actuel et de la vision de notre organisation.

Ensuite, je vous parlerai d'un projet de décret qui est actuellement au Conseil d'Etat, projet de décret présenté par le Gouvernement de la Fédération Wallonie Bruxelles relatif à la création d' une Commission de Planification des sous-quotas.

Je vous ferai part bien entendu des préoccupations du GBO en matière de pénurie médicale et des prestataires de soins en général et je terminerai par des pistes constructives et positives qui donneront des idées à la parlementaire DéFI qui est présente parmi nous.

- Le contexte et la vision du GBO

Je voudrais vraiment encadrer mon propos au préalable par un constat qui est le suivant: les soins primaires sont vraiment le socle de tout notre système de soins de santé, dont l'application doit être le principe de subsidiarité qui signifie qu'on doit pouvoir être pris en charge par la personne de santé la plus proche de soi ou la structure de soins et si celles-ci ne peuvent pas offrir les soins requis, pour diverses raisons, il faut alors recourir pour des soins plus complexes à la deuxième ligne que sont les soins hospitaliers et puis le cas échéant, à la troisième ligne, qui sont les hôpitaux académiques.

Je ne vais pas reparler de la problématique du vieillissement de la population de la médecine générale, le docteur De Volder l'a fait beaucoup mieux que moi, je voudrais simplement vous préciser quelques idées que le GBO défend depuis longtemps.

Nous sommes donc partisans du principe de la subsidiarité selon lequel les soins doivent être les plus proches du patient. Bien sûr, les soins doivent être accessibles à tous et correctement remboursés et prodigués par un nombre suffisant de prestataires et de préférence par le prestataire le plus adéquat.

Une question essentielle à se poser, nous semble-t-il, est la suivante : est-ce qu'on peut parler de pénurie de médecins sans parler des autres métiers de santé et d'un réajustement entre ces différents métiers de santé ? Réajustement possible, souhaitable, c'est une question à poser.

De fait, ces soins doivent être évidemment octroyés au moment le plus opportun, donc comme le disait mon prédécesseur, il faut à tout prix éviter les files d'attente et encore plus des files avec des passe-droits pour ceux qui peuvent payer des suppléments. Et enfin, il faut que les soins soient prodigués au juste coût et donc avec une pluralité de paiements possibles que ce soient à l'acte, au forfait, etc.

Tout cela pour aboutir à une meilleure prise en charge des patients, au bénéfice du patient lui-même, ce qui est le but principal : que le patient soit le plus heureux possible et le mieux pris en charge.

Cela devrait également déboucher vers une possibilité non pas d'économies (il n'y a pas d'économie en soins de santé) mais de nouveaux moyens financiers à pouvoir dégager pour rendre les soins de santé les plus performants possible.

- Les sous -quotas en Fédération Wallonie-Bruxelles

La deuxième partie de mon exposé va consister à vous présenter cet important projet de la Communauté Française (Fédération Wallonie Bruxelles) qui est parti d'une réflexion de l'Association Royale de Médecine de Belgique et de son secrétaire Jean-Michel Foidart, à l'occasion d'un colloque organisé le 30 avril 2019.

Parmi les conclusions de ce colloque figurait la nécessité de définir une politique de santé efficace et soutenable pour la sécurité sociale sans surconsommation, parce qu'une pléthore de médecins peut entraîner une surconsommation.

Je fais une petite incise, pour souligner que parmi les grands défenseurs d'un numerus clausus à contingentement strict, il y a d'autres syndicats médicaux notamment essentiellement de spécialistes qui évidemment préfèrent partager un gâteau sans un trop grand nombre de portions car moins qu'il y a de participants au gâteau, plus la portion est importante.

Et puis, il y a certes le rôle essentiel des médecins généralistes qui défendent une approche holistique du patient, mais d'autres intervenants de soins de santé ou sociaux tels que les infirmières à domicile peuvent également connaître le patient avec une grande capacité de gestion déontologique.

La future commission Wallonie-Bruxelles de planification aura pour mission essentiellement d'être un organe consultatif pour conseiller le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles sur le nombre de candidats pouvant accéder à une formation débouchant sur un titre.

Très concrètement, cela signifie qu'on doit pouvoir, dans un premier temps, bétonner les 43% minimum de médecins généralistes qui sont « produits » par les universités chaque année pour arriver à un nombre bien plus important puisque la littérature évoque en général un pourcentage de 55% de médecins généralistes sur l'ensemble des médecins.

On peut se féliciter de l'influence exercée dans le bon sens du terme par les médecins généralistes afin d'aboutir dans la composition de cette commission de planification à une bonne représentation de la médecine générale avec six membres qui seront proposés par le Collège de Médecine Générale qui joue un rôle de plus en plus important pour porter une seule voix de la médecine générale dans les cénacles de décisions.

Notre approche du contingentement consiste à définir les pourcentages qui ne sont pas des adaptations de ce qui a été historiquement très mal fait par les différents gouvernements fédéraux.

Au contraire, on doit partir d'une approche qui est celle des besoins de la population dans une perspective de répartition la plus adéquate possible des tâches, entre les généralistes et les spécialistes mais aussi entre les médecins, d'une part, et les autres soignants d'autre part.

En ce qui concerne la répartition des tâches, celle-ci induit un échelonnement qui est bien pensé et il est certain que le passage par le médecin généraliste peut faire gagner à la fois du temps et à la fois et surtout beaucoup d'argent.

Pour cette commission de planification des sous-quotas, il est important de tenir compte des besoins bruxellois car l'approche au niveau de la planification a toujours été communautaire. Il s'agit d'un problème essentiel car cette approche communautaire ne cadre pas avec la réalité régionale avec une population multiculturelle et aussi trois universités sur le territoire bruxellois (une flamande et deux francophones) et qui produisent de nouveaux « médecins ». Pour nous, cette approche bruxelloise n'est pas suffisamment prise en compte au niveau des travaux de cette commission de planification.

Une autre préoccupation du GBO, c'est que l'université doit beaucoup plus valoriser la médecine générale aujourd'hui et pour avoir entendu certains doyens dans un autre métier il y a quelques années, c'est vraiment catastrophique de constater la manière dont ils présentent la médecine générale qui est pour certains la voie de garage à défaut de pouvoir obtenir une spécialité.

J'ai rencontré, à l'époque des grands débats sur le numerus clausus, des parents qui venaient m'expliquer que leur enfant voulait se spécialiser et qu'il était obligé de faire la médecine générale, comme si la médecine générale était une punition, et constituait le dernier des métiers. Il y a une grande responsabilité des universités, des facultés de médecine. Il faut évidemment augmenter l'attractivité de la médecine générale.

Le souci en Belgique avec cette multiplication des compétences et cette répartition des compétences, c'est que la médecine générale est financée par le fédéral ; c'est la nomenclature, les sous-quotas sont au niveau de la Fédération Wallonie Bruxelles, et l'organisation est de la responsabilité de la Région. Ces trois niveaux de pouvoirs différents doivent se compléter mais la Région est en tous cas compétente pour les incitants-Impulseo bien sûr qu'il faut maintenir, mais il faudra certainement aller plus loin.

Il y a des multiples pistes possibles, par exemple, pour certaines communes wallonnes, c'est la mise à disposition d'infrastructures communales pour créer des maisons de médecins, des maisons médicales pas au sens juridique du terme, mais des maisons où des soignants dont des médecins peuvent venir s'installer. Il y a aussi des incitants à pratiquer en groupes et ces pratiques peuvent revêtir différentes formes.

Il est clair que la pratique de groupe permet aux jeunes de mieux s'épauler, de mieux distribuer, de se répartir les frais et c'est vraiment important pour les jeunes afin d'acquérir un meilleur équilibre possible entre leur vie professionnelle et leur vie privée.

Osons ouvrir le débat sur la planification régionale à l'installation et j'en terminerai avec l'exemple italien. En Italie, un médecin généraliste doit faire son stage obligatoirement dans une toute autre région que celle dont il est originaire; s'il habite la Lombardie, il peut partir pour les Pouilles, et s'il habite la Sicile, il peut partir pour le Piémont.

Au travers des zones de soins à créer, on parle parfois de bassins de vie, on parlera des bassins de soins peut-être à mettre en place pour permettre un meilleur maillage au niveau de l'occupation des médecins généralistes sur le plan des différents territoires.

**Arnaud Bruyneel, doctorant /assistant en santé publique à l'ULB,
infirmier aux soins intensifs au CHU Tivoli (La Louvière)**

Pénurie infirmière en Belgique: les causes et l'impact du COVID 19

Trois facteurs influencent l'analyse de la pénurie infirmière en Belgique. La Belgique, si l'on examine les chiffres de l'OCDE, se situe plutôt au-dessus de la moyenne de l'Europe en termes de pénurie infirmière, mais plus en bas si l'on considère les pays scandinaves et l'Allemagne. Il faut toutefois ne pas prendre ces chiffres de manière "brute".

Si l'on prend en considération le nombre d'infirmières diplômées par habitant en

Belgique, le chiffre est élevé. Il y a pas moins de 210.000 infirmières en Belgique, ce qui est un nombre conséquent, mais le problème se situe au niveau du nombre d'infirmières actives.

Nous sommes aux alentours de 130.000 infirmières actives; il existe donc un écart entre le nombre d'infirmières diplômées et le nombre d'infirmières qui travaillent. Le premier facteur à prendre en compte dans l'analyse de la pénurie infirmière est le taux d'activité.

Un deuxième facteur qui est problématique dans l'analyse de cette pénurie, c'est que beaucoup d'infirmier.e.s travaillent à temps partiel (en moyenne à 82% du temps de travail) ce qui diminue l'équivalent du temps de travail. Notre pays disposerait de 103000 infirmier.e.s ETP ce qui nous situerait juste en dessous de la Slovénie, ce qui diminue le niveau du nombre d'infirmières par habitant et donc on peut clairement parler de pénurie infirmière.

Le troisième facteur est le nombre d'étudiants qui diminue en hautes écoles et dans les autres écoles d'infirmières, surtout depuis que la durée des études est passée de trois à quatre ans, auquel aucune valorisation académique et financière n'a été adjointe. Selon le Forem, on constate une augmentation croissante des demandes d'infirmiers et aides-soignants.

Pourquoi quitte-t-on précocement une carrière d'infirmier.e ?

La cause principale est à trouver dans l'épuisement émotionnel appelé burnout et à ce propos l'on dispose de plusieurs études belges. Un rapport du KCE établi au départ des données obtenues auprès de 5.000 infirmiers en 2019 avant la crise de la Covid, mettait en lumière une prévalence du burnout à 36% et est plus marquée dans le Sud du pays que dans le Nord du pays.

J'ai procédé à une autre étude à la fin de la première vague de la pandémie de COVID 19 entre avril et mai 2020, auprès de 4.500 infirmiers francophones sondés et cette prévalence était cette fois de 71%, donc quasiment le double des 36% précédents tout en considérant que l'échantillon était composé exclusivement d'infirmier.e.s francophones et que les facteurs de risque avaient été identifiés.

Précisons que la prévalence la plus élevée dans cette étude concernait les infirmiers dans les maisons de repos souvent peu sondés, et puis celles et ceux des unités Covid ensuite urgences et soins intensifs ; puis les infirmiers jeunes en dessous de 30 ans et enfin aussi une prévalence élevée chez les infirmiers qui n'avaient pas suffisamment d'équipement professionnel.

Dans le cadre de mon doctorat sur la charge de travail aux soins intensifs, j'ai effectué une étude dans trois hôpitaux du Hainaut au sein duquel j'ai comparé la charge de travail infirmier aux soins intensifs pendant la première vague chez 100 patients avec celle située pendant la période juste avant la Covid 19 et ce pendant un an. J'ai pu ainsi remarquer une augmentation de charge de travail de 20% chez les infirmiers aux soins intensifs dans le cadre de la pandémie du Covid 19, ce qui peut expliquer cette prévalence du burnout qui a plus que doublé dans notre étude en avril par rapport à cette étude du KCE.

Il me paraît important d'évoquer également cette intention de quitter le métier qui est plus que jamais présente dans la profession d'infirmier.e. J'avais fait une étude à cet effet avec l'université d'Anvers sur base d'un questionnaire mensuel où on constatait que

l'intention de quitter la profession était de 13% en mai 2020 et en octobre 2020 de l'ordre de 20%, cette dernière donnée ayant été confirmée par une étude de Sciensano qui a constaté la même prévalence de 21% pour une période similaire. La crise sanitaire a accentué un phénomène qui était déjà prégnant, conjugué au burnout. On ne s'étonnera donc pas que l'OMS craigne une pénurie encore plus importante dans les prochaines années dans la profession, lorsque l'on sera sorti du COVID 19.

En ce qui concerne les étudiants en soins infirmiers, j'ai effectué une étude durant la deuxième vague où j'ai interrogé 2000 étudiants en soins infirmiers. Des résultats assez interpellants sont à noter dès lors que l'on constate que 50% des répondants constituent une catégorie à risque de subir un burnout académique. Ceci corrobore l'élément dont je vous ai parlé précédemment relatif à l'étude du burnout chez les infirmiers selon lequel les infirmier.es. jeunes étaient plus à risque de faire un burnout sans parler du fait que pas moins de 70% des répondants des étudiants en soins infirmiers pensaient de toute manière, au moins une fois par mois, arrêter leur formation en soins infirmiers.

Je terminerai cet exposé par quelques pistes permettant d'endiguer cette pénurie tout en atténuant ce risque réel de burnout qui gagne du terrain dans la profession.

La première piste a trait à la charge de travail dans les unités classiques ; je reviens à cette étude du KCE dont j'ai parlé en début d'exposé mais à propos de laquelle malheureusement, la Ministre de la santé de l'époque, Maggie De Block avait estimé qu'il s'agissait d'un problème d'organisation.

Pour moi, c'est bien davantage qu'un problème d'organisation. En effet, selon une autre étude réalisée également auprès de 5.000 infirmiers, il s'est avéré que les infirmiers prenaient en moyenne en charge 9,4 patients en charge alors que les recommandations internationales énoncent une charge de moins de 8 patients par infirmière.

D'autres données interpellantes peuvent être mises en exergue. Ainsi, 82% déclarent devoir servir des repas, 61% devoir véhiculer les patients- on est donc en manque de personnel administratif et logistique, 37% n'ont pas le temps de surveiller correctement leurs patients, et près de 70% indiquent ne plus avoir de temps de parler avec leurs patients alors que le relationnel est au coeur de la profession d'infirmière.

Il s'agit pourtant d'une évidence scientifique depuis plus de 15 ans selon laquelle plus la charge de travail de la profession d'infirmière augmente, plus la mortalité augmente.

Du reste, nous sommes avec un ratio infirmière / patient qui est l'un des plus défavorables en Europe.

En juillet 2019, j'ai mené une étude dans seize hôpitaux en fédération Wallonie Bruxelles au sein de leurs unités "soins intensifs" qui est le sujet de mon doctorat, auprès de 3.700 patients avec 30.000 enregistrements d'une charge de travail qu'on appelle NAS.

Notre législation en matière de soins intensifs et qui date de 1998, prévoit que pour normes de permanence infirmière, celle-ci peut prendre 3 patients.

A titre personnel, régulièrement j'en suis parfois à 4 patients et pourtant cette étude avait démontré qu'il faudrait maximum 1,5 patient le matin et 2 patients l'après-midi et la nuit, et on était avant la crise COVID 19. Cette étude publiée dans une revue médicale importante et que j'avais adressée à l'ensemble des ministres de la santé n'a pourtant

reçu aucun accusé de réception.

Au-delà de la charge de travail, il y a l'environnement de travail et la satisfaction. A cet égard, une étude belge menée par l'Université d'Anvers a démontré qu'il faut absolument travailler sur un environnement de travail qui soit amélioré dans les hôpitaux, qui soit sûr et qui favorise la collaboration (contexte dit de « l'hôpital magnétique »). Cette étude démontre que cela permet de diminuer de manière significative la prévalence du burnout.

Il faut également améliorer absolument l'image de la profession infirmière qui a évolué énormément ces dernières années alors que dans la vision des politiques et de la population globale, celle-ci n'a pas du tout évolué et c'est pour ça que d'ailleurs.

Avant la crise de la Covid, l'OMS avait décrété que 2020 serait l'année internationale du personnel infirmier considérant que le personnel infirmier constitue la colonne vertébrale du système de santé dans les pays industrialisés et même dans les pays en voie de développement.

En termes économiques, je peux faire référence à une étude américaine où l'on compare plusieurs hôpitaux répartis en deux groupes : les hôpitaux qui investissent énormément dans la profession du personnel infirmier et d'autres hôpitaux qui en ont moins. Ce qui est remarquable, c'est que les hôpitaux qui ont investi beaucoup dans le personnel infirmier, sont plus rentables au niveau économique ou en tous cas sont toujours en bénéfice que les autres car cela a pour conséquence de diminuer le risque de mortalité mais surtout de diminuer en amont le risque d'infections nosocomiales, et donc diminuer le nombre d'admissions.

Au final, investir dans la profession infirmière permet vraiment de faire des économies à long terme dans le système de santé .

J'en viens à l'attractivité qui est également un élément important

Selon Statbel, les infirmiers touchent en moyenne 3.652 € mensuel brut, salaire qui est légèrement au-dessus de la moyenne nationale mais qui est bien inférieur par rapport au travail moyen d'un titulaire bachelier en soins infirmiers, qui est passé en 4 ans sans vraiment de valorisation financière et académique. Avec la nouvelle classification qui va être mise en place, on va clairement toucher de manière inéquitable la profession infirmière en fonction du diplôme.

Je termine mon exposé par la question de la pénibilité. Le MR avait promis d'en faire un point essentiel durant la première vague de la pandémie mais finalement notre métier n'a pas été reconnu comme métier pénible. Pourtant, les études démontrent l'espérance de vie par profession. On peut voir que l'espérance de vie des infirmiers est bien inférieure à l'espérance de vie d'autres professions, et j'estime que cela pourrait constituer un indicateur de pénibilité.

Pour conclure, je dirais que l'OMS appelle ses partenaires à investir de manière urgente dans le personnel infirmier. Cette recommandation date du 7 avril 2020. Le KCE avait postulé la même analyse avant la crise de la Covid. Écoutons donc les experts et agissons.

Christophe Verbist :

Cette transition vers notre dernier orateur me permet de faire une petite incise par rapport à une des conférences-débats que nous avons organisé avec le CEG.

En effet, outre le fait qu'on avait tenu en mai 2016 une conférence-débat sur la désertification médicale en milieu rural, nous avons organisé une soirée-débat en décembre 2015 à l'Hôpital Vésale à Charleroi sur la problématique du statut des infirmiers.

Existaient déjà des études qui démontraient combien finalement investir dans les soins infirmiers permettait effectivement de réduire considérablement aussi la morbidité à l'intérieur même de l'hôpital. Par conséquent, il s'agit d'un investissement sur du long terme au niveau des soins de santé.

Docteur Guy Delrée, Président des Associations des Généralistes de Wallonie

Pénurie, attractivité, et rétention de la médecine générale en milieu rural.

Arnaud Bruyneel avait conclu avec l'OMS. Pour ma part, je commencerai avec l'OMS.

En 2008, Margaret Chan, directrice générale de l'OMS avait déclaré qu'elle était convaincue que nous ne pourrions atteindre les buts en matière de soins de santé pour ce millénaire, si nous ne retournions pas vers les valeurs, les principes et les approches de soins primaires.

Pour diriger les systèmes de soins de santé vers une meilleure performance, notre rapport appelle à un retour vers les soins de santé primaires. Cela place l'importance des soins de santé primaire qu'ils soient infirmiers, de médecine générale à la fois dans le paysage et dans l'efficacité de l'efficience des soins de santé.

J'avais déjà eu l'occasion de participer à un colloque organisé par la Chambre et Sénat, à l'invitation de la sénatrice luxembourgeoise du MR Dominique Tilmans, et on avait déjà parlé de la pénurie de médecins en milieu rural.

J'ai repris des éléments de ce colloque qui parlait déjà de définition, des caractéristiques du milieu rural, qui constitue un milieu où la densité de population est faible, où les distances entre les gens, entre le médecin et son malade mais aussi entre l'endroit où il pratique et l'hôpital, par exemple, sont élevées. Certains parlent de désert socioculturel, car c'est un terme qui avait été utilisé lors d'un sondage effectué parmi les étudiants en médecine, et c'est assez peu flatteur pour la province de Luxembourg, vous en conviendrez. La ruralité n'est d'ailleurs pas l'apanage de la province du Luxembourg ou de l'arrondissement de Dinant. Le sud et la botte du Hainaut sont également concernés.

Un premier élément d'analyse est la distance que doit parcourir le SMUR pour arriver à un endroit où a été signalé une urgence médicale et beaucoup de communes sont ainsi confrontées au fait que plus de 15 minutes seront nécessaires au SMUR pour s'y rendre. Cela souligne la ruralité mais également l'isolement des médecins ruraux par rapport à la deuxième ligne qui vient en appui notamment en cas d'urgence.

Un deuxième élément d'analyse est le nombre de médecins en dessous de 65 ans par rôle de garde en 2025.

Je vais évoquer la problématique de la garde en médecine générale parce que quand on parle d'attractivité ou de rétention, la garde est un paramètre à prendre en considération. J'ai comparé la province de Luxembourg et l'arrondissement de Dinant.

Imaginons un jeune médecin qui veut s'installer, à Léglise (province de Luxembourg) où il y a actuellement 2 médecins, ceci signifie que s'il devient le troisième médecin dans l'entité, il va être de garde un jour sur trois et cela n'est pas acceptable, et si l'on prend en considération également l'âge de ces 2 médecins qui ont au-dessus de 65 ans. Ceci a pour conséquence que dans 5 ans, ils seront dispensés de garde, et que le dernier arrivé devra effectuer des gardes à lui seul et la loi oblige une continuité des soins 24h/24, 7jours/7.

Le Conseil Général des Cercles qui a été dissous avec la réforme de l'Etat et la régionalisation de la compétence du Cercle des médecins généralistes, première ligne, a considéré qu'il fallait 12 médecins généralistes pour former un rôle de garde correct, avec une charge de travail qui soit supportable.

En province du Luxembourg, on a estimé que, pour la période entre 2016 et 2025, on s'attend à 132 départs, pour un total de 241 médecins généralistes, et que, pour compenser ces départs, seulement 56 arrivées sont prévues. On risque de perdre 31,5% des médecins généralistes en moins de 10 ans.

Ainsi, le secteur comme Libramont, où il y avait déjà que 29 médecins généralistes, on passait à 15 médecins généralistes qui assument des gardes dans une région qui fait 1/5 de la superficie de la Belgique et qui est plus grande que la Région bruxelloise.

Je conclus ce point en disant que si la garde était par le passé reconnue comme gratifiante car elle permettait de se faire connaître et de construire sa patientèle, dorénavant la garde est plutôt considérée comme pesante voire insécurisante.

Un autre élément d'analyse est la charge de travail, qui sera considérable et qu'il va falloir absorber, dès lors qu'elle va peser essentiellement sur les médecins de plus de 65 ans avec une population en province de Luxembourg où les plus de 65 ans va augmenter de 26 % dans les prochaines années.

S'agissant du nombre d'habitants par médecin et, considérant 1.000 comme étant une moyenne, si dans le Hainaut on parle de pénurie quand un médecin dispose de plus 800 patients par médecin, les zones en rouge en province de Luxembourg démontrent un ratio à 1600 par médecin. La situation est donc périlleuse, voire grave.

Il faudrait aussi définir la pénurie non pas uniquement en fonction du nombre de médecins généralistes mais aussi en fonction du travail qu'on va leur demander. En effet, des réformes aussi, notamment en collaboration avec les infirmiers, doivent pouvoir être entreprises quant à savoir s'il n'y a pas des tâches qu'on pourrait éventuellement déléguer.

Le contexte général change et je vais d'emblée m'inscrire en faux par rapport au fait qu' on en tiendrait responsable la féminisation de notre métier. Il est injuste et simpliste de déterminer la féminisation comme étant responsable de différents changements de

mentalités.

Que l'on soit jeune médecin, homme ou femme, on aspire maintenant à une vie privée et à ne pas être mangé par une vie professionnelle qu'on ne conçoit plus comme étant un sacerdoce.

Auparavant, le revenu du médecin était souvent le seul revenu au sein d'un ménage. Son épouse était femme au foyer et assurait une part non négligeable du secrétariat, en prenant les contacts téléphoniques.

Désormais, notamment avec la féminisation aussi mais pas seulement, le conjoint travaille et le revenu du médecin n'est plus forcément le seul revenu ce qui fait qu'il y a quand même des pratiques qui s'organisent avec des temps partiels, et si fort logiquement il y a des congés de maternité, des congés de paternité aussi apparaissent.

En ce qui concerne les critères d'installation notamment en milieu rural, ceux-ci ont également évolué. Si l'on cherchait auparavant à s'installer là où il y avait du travail, pour être sûr de pouvoir bien gagner sa vie, désormais on regarde un endroit où il y a un confort et une vie sociale possible, la proximité de la famille, nouer des liens amicaux, les activités socio-culturelles, la possibilité de prendre des vacances selon son propre choix, le travail du conjoint...

Pour illustrer mon propos à cet égard, j'ai récemment croisé dans une maison de repos une stagiaire venant de Bouillon, un endroit où on manque de médecins, et je lui ai dit qu'elle allait pouvoir revenir dans sa région d'origine et qu'on l'attendait avec grande impatience. Elle m'a rétorqué que son compagnon était ingénieur et travaillait dans une boîte dans le Brabant Wallon et que par conséquent elle allait s'enquérir d'une maison médicale, une pratique de groupe dans le Brabant Wallon, considérant que son conjoint avait une carrière en devenir et qu'il était hors de question pour lui de travailler au Brabant Wallon tout en s'installant dans le Luxembourg.

D'après un récent sondage, pas moins de 26% des personnes interrogées n'imaginaient pas exercer leur médecine générale en milieu rural notamment parce que c'est plus difficile de trouver une équipe. Selon moi, c'est un cliché auquel on peut tordre le cou.

Bien entendu, la deuxième ligne qui offre des équipements médicaux de pointe n'est pas forcément très proche et la troisième ligne (ndlr: les hôpitaux universitaires) est forcément encore plus loin, mais la médecine rurale permet quand même d'avoir une pratique qui est plus variée, qui est plus riche et ceci constitue un point favorable et attirant pour qui veut exercer la médecine générale complète.

J'en viens à l'attractivité des jeunes médecins, la rétention.

On a attiré pas mal de stagiaires en milieu rural notamment en leur offrant l'hébergement, dont beaucoup sont devenus des assistants, en découvrant la richesse de leur travail. Pour cela, on a aussi développé beaucoup de techniques de groupe.

J'insiste sur ce point : il faut d'abord avoir un groupe, une dynamique locale, une volonté de plusieurs personnes et puis passer à la mise à disposition du local. Les communes qui ont mis à disposition des locaux en espérant à l'instar d'une ruche vide, ça allait attirer l'essaim, cela ne fonctionne pas forcément.

La synergie dans la profession, notamment avec la deuxième ligne, constitue cette ri-

chessse en milieu rural qu'on connaît tous, et qui constitue un plus par rapport à la situation dans une grande ville. Après l'attractivité, il y a la rétenion à laquelle il va falloir travailler. En effet, ce qui importe, c'est de pouvoir permettre aux jeunes médecins attirés en zone rurale d'y rester et, de préférence, longtemps. Je vais prendre mon exemple personnel : j'ai goûté au plaisir d'avoir un assistant pour varier ma pratique, pour diminuer ma charge de travail mais des effets pervers existent : en effet, dans les endroits où persiste un manque de médecins, quand ce médecin a eu un assistant, il a attiré une patientèle (NDLR: de 1800 à 2500 patients).

Dans un an ou deux, on ne disposera plus de cette "double cohorte", comme je l'appelle qui ne bénéficiera plus dans les zones rurales qui débordent d'étudiants qui n'ont pas trouvé une place à Liège, à Bruxelles, et les médecins devront s'organiser pour satisfaire sa patientèle désormais plus nombreuse.

J'en viens aux conclusions.

Une meilleure préparation aux examens d'entrée s'avère essentielle et je ne suis pas opposé à la suppression du numerus clausus mais cela ne suffit pas. Il faut aussi pouvoir intégrer les changements de mentalité des jeunes et ne pas faire fausse route en accusant la féminisation d'être à la source de la pénurie.

Je pense aussi qu'il y a un problème de manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste versus médecin spécialiste et il faut rester attentif à ce qu'on puisse faire une bonne promotion de la médecine générale dans les amphithéâtres, car elle est fortement dévalorisée au sein de nos facultés de médecine. Dans le même esprit, la place du médecin généraliste dans la société et dans le système de soins doit être revalorisée également.

Démystifier la ruralité c'est aussi la mission de l'université formatrice. Est-ce qu'on ne devrait pas mettre en place un binôme entre un maître de stage urbain et un maître de stage rural et faire en sorte que l'étudiant puisse faire son stage une fois en milieu rural et une autre en milieu urbain ? Ce serait assurément formateur pour les étudiants de voir ces deux manières d'exercer.

La compétitivité de nos zones rurales sur le plan du travail est également un défi important.

La garde médicale telle que je l'ai évoquée, constitue un problème important qui est nié par le Fédéral, et je tiens à tirer la sonnette d'alarme, parce que si, certes, il y a eu une organisation possible au niveau des postes de garde en week-end, nous ne sommes pas écoutés quant à cette organisation en semaine.

Sur la rétenion, une étude a été menée récemment par l'Université de Liège et a montré qu'entre 25 et 30% des médecins arrêtaient leur pratique de médecine générale après cinq ans, mais cette rétenion existe également chez les médecins surchargés à 50 ans ou à 60 ans.

Faire en sorte que le médecin trouve du sens dans sa pratique, dans ce qu'il fait, au sein système de soins de santé, est essentiel. N'être utile que pour ouvrir un DMG pour des remboursements de logopédie ou se rendre directement chez un diabétologue après avoir reçu une prise de sang chez leur médecin généraliste sans le prévenir ces pratiques à la longue sont toxiques pour la profession. Je le dis en toute franchise, dans ce cas, les médecins généralistes ne servent à rien. La valorisation de la profession est avant tout une

question qualitative au niveau du travail .

On peut réfléchir également à une meilleure répartition des tâches, en attribuant certaines aux infirmiers, d'autres aux aides-soignants, et les médecins généralistes pourraient en reprendre certaines de la médecine spécialisée qui, à tort, je pense, occupe trop le terrain de la médecine générale.

Enfin, j'estime que la formation continue doit être encouragée, malgré des journées chargées, et avoir lieu pendant les heures de travail. Une réforme est en cours mais elle n'a pas abouti jusqu'à présent.

Conclusions par Gaëtan Mestag, infirmier indépendant et vice-président de Union 4 U

J'ai la délicate mission de faire part de quelques conclusions de ce webinaire qui a été très instructif.

Les constats qui ont été posés sont très interpellants. On sait que la société repose au minimum sur trois grands piliers que sont les soins de santé, l'éducation, l'économie. Malheureusement, les soins de santé sont encore et toujours considérés comme un coût alors qu'on devrait les considérer comme un investissement. Il faut revoir le système de fonctionnement en profondeur parce que tout le monde dirige tout et rien et les Régions renvoient vers les Communautés, qui renvoient vers le Fédéral, qui renvoie vers les Régions, les Communautés donc, personne n'est responsable de rien et tout le monde est responsable de tout quand tout se passe bien.

On se rend bien compte après tous ces exposés que les experts de terrain sont mis de côté et qu'il n'y a pas de concertation ou en tout cas elle s'avère insuffisante. C'est un constat qui revient en ce qui concerne la vaccination, mais aussi la gestion de la crise, alors qu'ils ont énormément de choses à apporter. Le morcellement des compétences encore renforcé par la Sixième Réforme de l'Etat est d'une inefficacité cruelle et j'ai la franchise de le dire, cela a coûté pas mal de vies lors de cette crise.

Au niveau des différents secteurs des soins de santé dont on a pu parler ce soir, je pense qu'il faut revaloriser les différentes professions, en tous cas, dans le secteur qui me concerne, à savoir le secteur infirmier, notamment quant à son expertise, et reconnaître la pénibilité de la profession, et ce pas nécessairement pour une meilleure pension - je fais particulièrement référence à l'excellent exposé d'Arnaud Bruyneeel - et, enfin, revoir la charge de travail pour tendre vers une plus grande attractivité car n'oublions pas que nous sommes une profession qui compte 90% de femmes.

Sur le numerus clausus, je suis plutôt d'avis d'augmenter l'offre pour réduire les coûts, alors que c'est le contraire qu'on fait depuis de nombreuses années.

En augmentant l'offre, on va peut-être créer une certaine concurrence qui va rediriger des médecins vers les zones plus rurales où ladite offre est plus restreinte et avec un peu plus de patients que dans des régions qui sont plus chargées comme Bruxelles et d'autres grandes villes qui attirent beaucoup de médecins par facilité probablement.

Je me permets également de mettre en évidence certains points évoqués lors de la séance de questions/réponses.

Un premier élément soulevé par nos intervenants médecins mis en exergue est le fait que la médecine générale dans son ensemble a été trop peu écoutée, soutenue, voire écartée par les autorités dans la stratégie, l'évolution, la discussion, dans la reconnaissance lors de la gestion de la crise sanitaire. Et pourtant, si on a pu contenir le système de soins de santé durant la crise sanitaire et notamment durant la première vague, c'est parce que les généralistes ont été très présents auprès de leur patient, le plus souvent par téléphone mais aussi via les services de garde, sans oublier bien sûr le personnel infirmier.

A cet égard, a été relevé que dans la stratégie de vaccination, les médecins généralistes n'ont jamais pu être représentés dans la Task Force fédérale, ce qui est paradoxal alors qu'ils sont en première ligne. C'est certainement imputable au fait que notre système est encore beaucoup trop axé sur l'hôpital car celui-ci reste le pivot central de toute l'organisation des soins alors que cela devrait être l'inverse, les docteurs De Volder et Delrée l'ont dit, ce sont d'abord les soins primaires autour du patient et de ses proches qui doivent être la structure au sein de laquelle doit se construire le système.

Un deuxième élément est la notion de « pratique de groupe », au-delà des maisons médicales qui ne sont qu'une facette des pratiques de groupe; celles-ci sont appelées à devenir plus fréquentes à l'avenir surtout en milieu urbain bien que le docteur De Volder nous a indiqué qu'à Bruxelles, l'on constate une forte densité de « maisons médicales » et pas moins de 30% de médecins généralistes bruxellois qui sont en « maisons médicales » et on ne parle pas en l'espèce de « pratique de groupe », car si on ajoute « pratique de groupe », on arrive plutôt à 60 - 65%. Ce qui justifie ces pratiques de groupe, c'est un confort de travail, un meilleur équilibre vie professionnelle/ vie privée, mais aussi la nécessité d'avoir des échanges, dans une perspective multidisciplinaire et de complémentarité.

Jean-Noël Godin a rappelé que les généralistes dans la tranche d'âge 30-50 ans sont vraiment de plus en plus rares à vouloir travailler seuls et à privilégier les pratiques de groupe, avec un certain pourcentage en maison médicale.

Un travail important doit être fait parmi le monde académique, pour préparer les jeunes médecins à plus de communication avec les autres métiers de santé et à apprendre autre chose que la médecine pure et dure: la gestion du cabinet, l'aspect psychologique, la prise en charge des patients en détresse en santé mentale, sont des paramètres qui sont devenus désormais essentiels.

Le traitement de la problématique de la pénurie médicale ne peut faire l'économie d'un examen approfondi de la manière dont au sein de chaque Région voire sous-région, ou bassin de soins, est vécue la pratique de la médecine générale.

Est-ce que le traitement de ce problème ne réside pas dans la combinaison de différents acteurs? Est-ce que pour régler durablement la question de la pénurie, ne faut-il pas envisager à la fois le contingentement au niveau fédéral avec une vision idéologique divergente au Nord et au Sud avec une résolution partielle avec la création de sous-quotas, davantage d'incitants via les Régions et aussi d'attractivité en amont de la profession de médecin généraliste car nos intervenants médecins l'ont dit et rappelé: le titre même de médecin généraliste est quelque part dévalué.

Un autre élément et cela a été évoqué par Basil Sellam du CIUM c'est ce manque d'attractivité pour la médecine générale chez les étudiants en médecine.

Notre métier est vu essentiellement par le prisme des spécialistes. Tous nos cours sont donnés par des spécialistes : un cours de cardiologie est dispensé par un cardiologue, et le cours de dermatologie par un dermatologue. Il existe une carence au final en tant qu'étudiant de toute l'implication, tout le travail que peut fournir un médecin généraliste, et le docteur Delrée a opportunément rappelé la difficulté de pouvoir accompagner des patients atteints de diabète en tant que médecin généraliste.

Il a également évoqué le fait que la question de la pénurie consiste également en une adéquation entre l'effort de travail et la charge de travail. On peut aussi voir que la charge de travail. Un équilibre doit pouvoir être trouvé avec le soutien des stagiaires, infirmiers, et assistants qui peuvent assumer une série de tâches dévolues au généraliste.

Un autre élément évoqué est le fait que le financement induit des activités de la médecine générale qui ne comportent pas nécessairement une grande plus-value. En effet, si la majorité des revenus des médecins généralistes étaient constitués des consultations de routine avec traitement de maladies chroniques il y a 10-15 ans, alors qu'aujourd'hui l'on constate des consultations avec des contacts longs, des traitements plus complexes, pour le même revenu, pour la même consultation.

Il faut peut-être accepter de dire à la médecine générale : "vous allez vous occuper de cas plus complexes, vous ferez moins de chroniques, ça vous prend plus de temps, vous ferez moins de patients au bout de la journée, mais on vous assure que vous aurez le même revenu à la fin de la journée". Il faut pouvoir aussi envisager ces aspects-là. Il serait peut-être utile de regarder aussi ce que font d'autres pays, je ne connais pas.

On a également abordé la question du numerus clausus "sensu stricto" qui suscite assurément une approche différente au Nord et au Sud du pays.

Jean-Noël Godin nous a rappelé que l'approche flamande en matière de soins de santé est très différente et trouve son origine aussi dans les formations qui sont dispensées dans les facultés de médecine des universités flamandes par rapport aux francophones. Sous la précédente législature avec Maggie De Block, comme ministre fédérale de la santé, des métiers de santé ont été créés, qui étaient vraiment orientés pour les néerlandophones alors que les demandes francophones, comme celle des psychomotriciens par exemple, n'ont pas été entendues.

Existe également une volonté à peine camouflée de pénaliser les Francophones pour des médecins sortis en surnombre pendant de trop nombreuses années : on est clairement dans le rapport de forces mais comme on l'a rappelé la place de Bruxelles dans cette question du contingentement devra impérativement être évoquée car on doit quitter une logique purement communautaire "Flandre/ Wallonie" et se centrer sur les besoins qui ont une dimension régionale. Ignorer ceux-ci et plus particulièrement en Région bruxelloise n'est plus acceptable.

Arnaud Bruyneel a confirmé les propos de Jean-Noël Godin tant au niveau d'une forme de déni néerlandophone de cette question mais aussi au niveau d'un trop grand laxisme côté francophone en termes de sorties d'étudiants en médecine.

Puisque nous sommes toujours dans cette crise sanitaire, s'est posée la question de la vaccination par le fait de médecins généralistes afin de venir en appui de la stratégie mise en place par les biais des infrastructures au niveau fédéral et des Régions. Le docteur De Volder a déploré le manque de communication avec les autorités sur ce plan-là et le fait

que les médecins généralistes n'avaient pas intégrés dans ce processus depuis le début mais a rappelé justement que le point prioritaire était le nombre de doses disponibles.

Par ailleurs, nombre de situations existent pour lesquelles ces grands centres de vaccination même multiples, ne répondent absolument pas aux besoins de la population pour toute une série de raisons qui ne concernent pas que la mobilité. La situation sur Bruxelles est critique parce que le taux de vaccination ne progresse pas et de surcroît comme évoqué par les exposés, le fait d'administrer les vaccins par le médecin généraliste, pratique à laquelle souscrit la majorité de la corporation, est rendu plus difficile eu égard aux nouvelles pratiques de santé en Région bruxelloise où les pratiques de groupe sont majoritaires et le recours au médecin généraliste délaissé.

Je voulais remercier DéFI d'avoir organisé ce webinaire et d'avoir compris la plus-value apportée par tous ces acteurs de terrain. Je pense qu'aujourd'hui, les médecins généralistes et les infirmiers sont la base qui permet de garder l'équilibre de nos soins de santé et qu'il est vraiment temps de réveiller le gouvernement sur l'importance de cette base, de ce socle de stabilité que nous formons et la crise sanitaire dans sa gravité aura apporté encore plus de collaboration entre les médecins, les infirmiers, en tous cas entre les acteurs de première ligne. C'est une norme plus-value pour l'avenir. Il faut qu'on la bonifie pour les années qui viennent parce que sinon on va droit dans le mur. C'est un constat que je pose ce soir après nos débats.



ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

Quelle(s) politique(s)
de prévention ?

le 20 avril 2021
à 18H



Webinaire II

**Introduction par Jonathan de Patoul, député bruxellois,
et Christophe Verbist, directeur du Centre d'études Jacques GeorGIN**

La prévention au niveau de la santé, c'est quelque chose de fondamental. C'est un gain important. Un gain considérable en termes de santé aussi qu'en termes économiques. Je pense que l'ensemble de nos invités, que je remercie pour leur participation, auront plus d'une occasion de nous en parler tout au long de la soirée.

Nous avons imaginé dans le cadre de ce cycle de webinaires consacrés aux états généraux de la santé, d'envisager la problématique de la prévention des soins de santé sous l'angle des cycles de la vie, de la naissance à l'adolescence, puis passant par l'âge adulte et le troisième âge.

Une des questions qui sera assurément posée en filigrane de ce webinaire, c'est la question de la place de la prévention.

La prévention à l'adolescence et notamment le rapport aux écrans est une question sensible. A titre personnel, j'estime que ces écrans nous ont sauvés la vie pendant le confinement. Mais à quel prix ? J'ai lu récemment un livre qui s'appelait « *La fabrique à crétins digitaux* » très intéressant et évocateur, nos intervenantes sur ce sujet particulier lors de ce webinaire y reviendront certainement.

Selon les statistiques du SPF Santé et Sécurité sociale, en 2018, le total des dépenses en Belgique, bien que les compétences comme vous le savez sont des compétences communautaires, le total des dépenses s'élevait uniquement à 1,7% des dépenses totales en soins de santé. La plupart des acteurs estiment que c'est à juste titre largement insuffisant. Elle sera certainement exposée en filigrane de vos exposés dont je vous remercie.

**Dr. Ingrid Morales, directrice médicale de l'ONE,
Marie Gérard, responsable de la direction coordination
accompagnement de l'ONE**

La médecine préventive en Fédération Wallonie-Bruxelles, le rôle de l'ONE

Dans le cadre de notre exposé, nous allons essayer de répondre à trois questions :

- Quel est le rôle de l'ONE en médecine préventive en Fédération Wallonie Bruxelles ? (ndlr: en ne faisant pas l'impasse quant à l'avant et l'après Sixième Réforme de l'Etat).
- Quelle est la politique de médecine préventive menée par l'ONE ?
- Quels sont les programmes de médecine préventive gérés par l'ONE ?

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est un organisme d'intérêt public, type B, qui offre des services intégrés et cohérents à toute la population de la Fédération Wallonie-Bruxelles de manière décentralisée. Cela signifie que nous fonctionnons avec une administration centrale et six «sub-régions» qui correspondent à Bruxelles et aux provinces wallonnes.

On propose des outils de prévention et d'accompagnement, on participe à la formation des professionnels (que ce soit la formation initiale et continue), et nous collaborons à cet égard avec le monde académique et les associations professionnelles et des associations de terrain.

Une des principales actions de l'ONE, c'est de contribuer à la réduction des inégalités sociales en matière de santé. Pour ce faire, l'ONE conçoit la prise en charge médico-psychosociale de l'enfant et de sa famille. Il offre des services universels, gratuits et sur base volontaire. Ces pratiques diminuent, minimisent les problèmes d'accessibilité. Par ailleurs, l'ONE ajuste l'offre aux besoins de l'enfant, de la femme enceinte et/ou de la famille, notamment en adaptant la fréquence des rendez-vous.

Le principe est de ne pas avoir un nombre de rendez-vous limité. Lorsqu'on identifie une famille ou un enfant avec une vulnérabilité, on va proposer de le voir plus souvent, de l'accompagner de manière renforcée. Pour nous, la santé publique passe par la médecine préventive.

Pour élaborer toutes ces recommandations, pour mettre en place tous ces programmes, l'ONE s'entoure de professionnels. Nous avons les collègues médicaux qui viennent nous appuyer que ce soient des conseillers gynécologues et sages-femmes, des pédiatres ou pour la médecine scolaire, des conseillers PSE. Ils constituent un précieux support scientifique pour l'élaboration de toutes nos publications.

Nous travaillons aussi avec une multitude de réseaux qui font que l'ONE est reconnue comme une institution de qualité.

Quelle est la responsabilité médicale de l'ONE avant et depuis la Sixième Réforme de l'Etat ? Quelles ont été les implications ?

Jusqu'en 2015, à la Fédération Wallonie-Bruxelles, il y avait la Direction générale de la Santé qui assurait la gestion des principaux programmes de médecine préventive. L'ONE ne faisait que les opérationnaliser dans cette structure.

Après la Sixième Réforme de l'Etat, l'ONE devient responsable sur tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la santé à l'école maternelle jusqu'aux écoles supérieures hors université, du programme de vaccination, des programmes de dépistage néonatal de la surdité et des maladies métaboliques (la petite goutte aux talons des nouveau-nés), de la prévention bucco-dentaire qui vient s'ajouter à ce que l'ONE fait déjà dans ses consultations. Cela nous a permis d'améliorer l'efficacité opérationnelle des programmes en les articulant les uns aux autres, en mettant en place un continuum de soins qui accompagne l'enfant depuis sa conception et tout au long de sa croissance et permet une prise en charge globale de l'enfant et de la famille.

Pour ce faire, on dispose de deux piliers principaux :

1. Le premier pilier concerne les structures de suivi, l'accompagnement, nos consultations qui sont présentes dans pratiquement tout le territoire de la FWB, et on dispose de cars sanitaires, qui nous permettent, pour les femmes enceintes, de suivre leur grossesse presque dans leur intégralité. On a aussi assuré le suivi de pas moins de 158.625 enfants pour l'année 2019 : ce qui correspond à trois enfants francophones sur quatre qui sont suivis ou sont vus par l'ONE à certains moments de leur vie.
2. Le deuxième pilier, c'est l'accueil. Certes, cela évoque les crèches, le gardiennat, les accueillantes conventionnées, mais rappelons qu'il y a également l'accueil temps libre, l'accueil extra-scolaire, les écoles des devoirs, les centres de vacances, les services d'accueil spécialisé de la petite enfance au bénéfice des enfants dont les parents sont déçus de leurs droits parentaux.

On essaie aussi de collecter des données avec une base de données médico-sociale notamment en ce qui concerne les indicateurs de vulnérabilité, qui nous permet de voir par exemple que l'isolement des femmes n'est pas homogène et que certaines communes ont plus de problèmes que d'autres. Cela nous permet d'ajuster notre offre de services.

Avec cette base de données, l'ONE peut analyser les taux de couverture par exemple, pour le vaccin « Hexavalents » (ndlr: un vaccin hexavalent est un vaccin qui comporte 6 valences et protège contre 6 maladies ou 6 germes occasionnant une même maladie. La valence est la partie d'un vaccin correspondant à la protection contre un germe unique. Un vaccin multivalent peut protéger contre plusieurs germes occasionnant une même maladie (comme le vaccin 13-valent contre le pneumocoque) ou contre plusieurs maladies (comme le vaccin RRO : rougeole, rubéole, oreillons).

Pendant la crise COVID 19, plus de 9 enfants sur 10 ont été vaccinés via le vaccin Hexavalent. L'ONE est le premier vaccinateur en FWB.

Depuis la Sixième Réforme de l'Etat, la promotion de la santé à l'école fait également partie des attributions de l'ONE. Nous travaillons aussi sur un soutien à la parentalité avec des actions transversales, en produisant des outils de prévention pour les parents, des outils à destination des professionnels. Nous mettons en place des recommandations pour les programmes de santé, à destination de tous les enfants en Fédération Wallonie Bruxelles pour que la médecine préventive arrive à tous.

J'ajoute que pour accompagner les professionnels, des ouvrages de référence, pour les parents, des outils et pour les professionnels aussi sont à disposition sur notre site internet, et tout est libre d'accès.

En conclusion, je dirais que la Sixième réforme de l'Etat a permis l'intégration des services à finalité publique pour offrir un suivi préventif global des enfants, des femmes enceintes et des familles avec plus d'efficacité et d'efficacé.

Marie Gérard :

Je vais faire un focus sur l'offre de service d'accompagnement des familles proposée par l'ONE et évoquer le programme "Naître et Grandir".

Naître et grandir, c'est le programme que nous avons développé, en tant qu'offre de service de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, et qui est porté par nos partenaires enfants-parents sur le terrain.

En ce qui concerne la collaboration avec « Born in Brussels », l'ONE accepte de collaborer dans la mesure où, s'il y a des femmes vulnérables détectées par « Born in Brussels », on les prend en charge dans nos consultations déjà dans la manière dont on a travaillé jusqu'ici car notre institution a une longue expérience de travailler avec les femmes enceintes vulnérables. Mais ce programme constitue un outil de référence des réseaux qui est tout à fait intéressant.

Pour vous donner une idée de ma présentation, je vais vous parler de nos structures d'activité, des différents acteurs qui promouvent le programme « Naître et Grandir » et ensuite je vais entrer dans la présentation de l'offre de services avec nos repères et nos types de suivi.

Le programme « Naître et grandir » est un programme qui a pour vocation de pouvoir être accessible pour l'entièreté de nos populations et d'accompagner les familles dès la conception de l'enfant jusqu'à ses six ans. Pendant toute cette période, les familles vont avoir accès à des rencontres avec des partenaires « enfants-parents », des consultations médicales préventives qu'elles soient prénatales ou postnatales, et également des dépistages visuels ou encore des activités collectives.

Quand on parle de nos structures, on parle des lieux où nous rencontrons les parents. Nous avons des consultations prénatales, nous avons des consultations pour enfants, nous rencontrons également les familles à la maternité puisque les partenaires enfants-parents sont présents dans l'ensemble des maternités de la Fédération Wallonie Bruxelles.

Nous effectuons également des consultations mobiles qui constituent des cabinets médicaux montés au sein d'un véhicule, pour parcourir les régions plus rurales dans lesquelles nous n'avons pas nécessairement des locaux de consultations qu'on appelle « fixes ». Un levier important dans l'activité enfants-parents, c'est la possibilité de pouvoir accompagner les familles dans leur cadre de vie et de réaliser des visites à domicile.

Nous disposons aussi d'un service « ONE Adoption » qui encadre les procédures d'adoption et d'un service « ONE SOS » qui est un service de prévention de la maltraitance et enfin d'un protocole qui nous permet d'accompagner les mères en situation d'emprisonnement.

Sa première mission, c'est vraiment d'accompagner, d'encadrer, d'agrémenter les services « SOS enfants », qui sont des services externes à l'ONE, qui sont des services spécifiques, qui ont des missions d'aide aux familles qui ont besoin d'accompagnement en situation de maltraitance.

A l'intérieur de l'ONE, c'est une mission via nos partenaires enfants-parents qui accompagne les familles et qui propose des suivis adaptés dans les familles où il y a des situations de maltraitance ou de négligence, en tous cas où il y a besoin d'un travail en réseau et de pouvoir soutenir ces familles-là, ce qui peut passer par des collaborations avec l'aide à la jeunesse.

Pour aider nos partenaires enfants-parents dans l'analyse des situations, dans la prise de décisions par rapport à ces situations-là, nous avons une personne-clé au sein de l'ONE qui s'appelle le « référent maltraitance » et qui ont des formations de psychologue ou de criminologue ou d'assistants sociaux qui vont vraiment pouvoir aider nos partenaires enfants-parents à faire une analyse de la situation et prendre les décisions adaptées.

Enfin, l'ONE essaie d'améliorer justement la transmission des données d'informations vers la médecine scolaire, vers les PMS de tous les examens, de tous les tests qui sont faits par l'ONE et vice versa les vaccinations par exemple. Mais à ce jour, il n'y a pas de logiciels mais on travaille sur l'informatisation du dossier médico-social de l'enfant de manière à pouvoir partager ces informations dans un objectif de simplification administrative.

Qui sont les acteurs du programme « naître et grandir » ?

Nous pouvons en identifier trois: le médecin, le partenaire enfants-parents et l'aide qui nous est amenée par des bénévoles.

- Le médecin :

Son rôle est d'assurer la consultation médicale, notamment la consultation prénatale (où l'on va retrouver un gynécologue et/ou une sage-femme qui vont veiller au bon déroulement médical de la grossesse), mais aussi dans les consultations pour enfants afin de procéder à une série d'examen selon un calendrier établi par l'ONE. L'objectif est évidemment de nous assurer que l'enfant se développe harmonieusement et d'effectuer également la vaccination de ceux-ci. Le rôle du médecin pendant la consultation à l'ONE, n'est pas de soigner ou de guérir mais bien d'assurer à titre préventif le bon développement de l'enfant et de prévenir d'éventuels problèmes de santé en renvoyant alors vers un médecin généraliste qui se chargera de

la prise en charge.

■ Le bénévole :

Les bénévoles représentent pas moins de 3300 personnes qui donnent de leur temps à l'ONE, qui sont présents dans nos consultations pour enfants, avec pour rôle d'accueillir les familles, de procéder aussi aux prises de mesures de l'enfant (poids et taille) , de compléter des données dans le carnet de santé, mais aussi de faire des animations dans les coins lecture ou les coins éveil musical ou encore d'assurer une gestion administrative de la consultation.

■ Le partenaire enfants-parents :

Ce sont des personnes qui ont suivi une formation soit d'assistante sociale, soit d'infirmière ou de sage-femme et qui sont donc les agents de l'ONE, elles travaillent évidemment en étroite collaboration avec les médecins (le gynécologue en consultation prénatale ou le médecin pédiatre ou généraliste de la consultation pour enfant). Leur rôle est de soutenir les parents ou les futurs parents en leur offrant une écoute, de les accompagner durant la grossesse, autour de la naissance, ou que ce soit lorsque l'enfant est né. Nous sommes vraiment sur un accompagnement très pratique des familles et des futurs parents pour l'accompagnement prénatal mais également pour tous parents d'enfants de 0 à 6 ans.

Ces partenaires enfants-parents sont également présents au cours des consultations médicales et prénatales, dans les services d'unité de néonatalogie où ils exercent un travail d'accompagnement auprès des parents qui malheureusement doivent subir une hospitalisation de ce nouveau-né, après la naissance, ainsi que dans nos permanences. Il s'agit d'un accompagnement personnalisé, à chaque fois adapté aux besoins et aux demandes des familles avant, pendant et au-delà de la grossesse jusqu'aux six ans de l'enfant.

L'accompagnement de ces partenaires enfants-parents peut se décliner sous forme de trois repères (le dernier décliné en plusieurs phases) ou moments-clés dans le développement de l'enfant ou en tous cas dans le devenir parent.

1. *En attendant bébé*

Nous sommes dans le suivi prénatal; l'on possède à l'ONE trois types de structures qu'on appelle consultation hospitalière, consultation de quartier et plateforme prénatale.

Le suivi prénatal hospitalier concerne partenaires enfants-parents directement présents dans l'hôpital et qui vont collaborer avec le gynécologue de l'hôpital, suivi qui va s'opérer d'une double manière :

- Le "suivi de base", qui est un suivi pour lequel l'intervention du partenaire enfants-parents sera légère parce qu'il n'y a pas de demande particulière de la famille, et ce sera de l'éducation à la santé, qui s'effectuera sous forme de deux à trois rendez-vous durant la grossesse. Je tiens à souligner que tous les gynécologues qui collaborent avec nous,

rendent les soins médicaux gratuits pour les futures mères.

- Le "suivi renforcé". Si l'on doit sortir de ce suivi de base parce que la famille présente des demandes, des besoins ou est en situation plus vulnérable, nous entrons alors dans ce qu'on appelle un suivi renforcé où le partenaire parent/enfant va vraiment s'adapter aux besoins de la famille et faire le nombre de contacts nécessaires pour que cette famille soit dans les meilleures conditions possibles pour accueillir l'enfant à naître.

Une deuxième forme de suivi prénatal à l'ONE, c'est le suivi en prénatal de quartier. Celui-ci s'effectue dans les locaux de l'ONE, en collaboration, avec des gynécologues, et en appliquant le principe de la gratuité. Dans ce cadre, les contacts avec la famille vont évidemment suivre le rythme des consultations médicales et des besoins de la famille et ce suivi médical sera complété par une possibilité de suivi à domicile.

Et enfin, nous avons le suivi prénatal en plateforme.

La plateforme est développée dans des régions plus rurales pour lesquelles il n'est pas toujours évident d'avoir une présence dans l'hôpital où nous n'avons pas d'offre de service prénatale. Cette plateforme fonctionne uniquement avec des suivis plus renforcés au bénéfice de familles en situation de vulnérabilité, pour lesquelles leur médecin, à un moment donné, va leur demander de s'adjoindre les services de nos partenaires enfants-parents pour pouvoir mener la grossesse dans des conditions les meilleures.

Nous sommes vraiment en présence de situations plus délicates et les contacts vont se faire au plus près des réalités des futurs parents, au plus près de leurs besoins, l'objectif de la prise en charge est de mener la grossesse et de l'enfant à naître dans les meilleures conditions possibles en ayant un impact sur des indicateurs médicaux tels que le petit poids de naissance par exemple ou la prématurité.

2. *Autour de la naissance*

C'est la fin de la grossesse. Commencent alors les questions : quand dois-je partir à l'hôpital, que vais-je mettre dans ma valise, est-ce que je vais allaiter mon bébé ou pas, comment va se passer l'accouchement, comment va se passer l'organisation à la maison une fois de retour ?

Toutes ces questions-là vont être abordées avec nos partenaires enfants-parents dans un contact avant la naissance, dans le cadre de ce qu'on appelle le contact périnatal.

Ce contact va être l'occasion pour l'ONE de pouvoir déjà présenter l'offre de services de l'enfant de 0 à 6 ans et de d'ores et déjà projeter les parents dans des questionnements et en tout état de cause informer les familles qu'elles auront la possibilité de recourir à nos partenaires enfants-parents et de recevoir de la part de l'ONE un accompagnement.

Je précise que si les familles le souhaitent, déjà en fin de grossesse, elles peuvent

faire connaissance avec le médecin ou le partenaire enfants-parents qui suivra l'enfant une fois que celui-ci sera né.

Ce contact-là est une nouveauté de notre programme « naître et grandir ». Précédemment, il s'agissait d'une information qui se donnait à 100% une fois l'enfant né en chambre à la maternité.

L'ONE a décidé d'anticiper ce contact-là tout simplement, parce que le séjour en maternité est désormais plus court que précédemment et que cela paraissait être un moment privilégié que de pouvoir rencontrer les futurs parents avant la naissance de l'enfant pour capter leur attention et vraiment faire en sorte que la famille dispose de toutes les informations en vue de l'arrivée de ce bébé.

Les PEPS (ndlr: partenaires enfants-parents) interviennent dans les unités néonatales également pour soutenir les parents dans ce passage de vie périlleux qui est le transfert de l'enfant dans une unité néonatale.

3. Suivi médical préventif

Le suivi médical préventif des enfants de 0 à 6 ans représente les 5 derniers repaires de la ligne du temps.

Le premier repère, c'est « à la rencontre du bébé »: bébé vient de naître, maman est rentrée à la maison, nos partenaires enfants-parents sont là pour déjà aborder des contacts avec les parents.

Ceux-ci ne sont pas autorisés à agir avant le 8ème jour de vie de l'enfant afin de laisser place à l'action de la sage-femme qui est tout fait primordiale pendant cette période-là puisque la priorité de donner aux soins et le l'ONE ne dispense pas de soins.

Par contre, l'ONE reste à la disposition des familles et par conséquent si une famille nous demande de passer à domicile avant le 8ème jour de vie de l'enfant, nous n'allons pas refuser.

Dans cette hypothèse, nous avons une attention particulière sur les éventuels secteurs où malheureusement, il n'y a pas de sage-femme qui sait prendre en charge la famille. De nouveau, pas pour dispenser des soins mais pour déjà répondre à des questions en lien avec l'enfant.

Notre objectif est de pouvoir proposer aux familles un service qui s'étend dans le temps et de pouvoir leur rappeler à des moments-clés que le programme « naître et grandir » pourrait toujours être intéressant pour eux.

Pendant cette période particulière, qui s'étend jusqu'au 42ème jour de vie de l'enfant, vont être abordés des sujets en lien avec le suivi médical, ainsi que la question du recours à un pédiatre privé, les premières questions en lien aussi avec la vaccination ou avec les pleurs de l'enfant, celles-ci aussi en lien avec l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel. Les partenaires enfants-parents peuvent amener des conseils, peuvent aider les parents à décoder les pleurs de l'enfant, face auxquels les parents peuvent être désemparés.

Nous arrivons ensuite dans la période où bébé s'éveille, entre 2 et 9 mois.

A ce moment-là également, nous avons cette possibilité de contact qui sera adaptée aux

besoins des parents, avec les consultations médicales et la vaccination. A chaque repère, on est attentif à développer du contenu approprié: dans ce cadre-ci, l'orientation se fera sur tout ce qui est alimentation, la reprise du travail, l'entrée en milieu d'accueil, etc.

Ensuite, nous avons la période "bébé découvre" où l'enfant grandit, est entre 9 et 18 mois et de nouveau l'ONE opère une alternance de contact que ce soit à domicile ou en consultation, avec un contenu approprié : seront ainsi évoqués, les colères de l'enfant, les limites, la sécurisation de la maison, les jeux, le langage,...

Nous proposerons aux parents un dépistage visuel qui est gratuit et indolore pour l'enfant qui peut vraiment permettre de dépister de façon précoce les anomalies de la vision qui pourront être beaucoup plus rapidement et beaucoup mieux prises en charge.

Arrive ensuite la phase de l'autonomie, entre 18 mois et 3 ans: des sujets toujours en lien avec le dépistage visuel et donc le port de lunettes, la propreté, les résistances de l'enfant, l'âge du non, la préparation à la première fois à l'école...

Et enfin, la dernière période de notre programme s'appelle mon "enfant grandit" ; il s'agit de la période de trois à six ans où on propose une consultation médicale annuelle et qui se clôture avec la vaccination de 6 ans, période durant laquelle les contacts sont possibles à domicile sur des sujets évidemment qui concernent désormais des enfants plus grands : le dentiste, l'hygiène bucco-dentaire, que faire après l'école, quelles activités extra-scolaires, les collations, le sport, le rappel de vaccin, etc.

Je me permets de revenir en conclusion sur cette période particulièrement difficile de la crise sanitaire COVID 19. Depuis le début de la crise, nous n'avons pas arrêté nos activités. Les consultations sont restées tout à fait ouvertes et accessibles au public moyennant des adaptations pour respecter les gestes barrières et éviter le croisement des personnes. Nous avons poursuivi la vaccination des enfants et nous n'accusons pas de retard en particulier en matière de vaccination. Pour le moment, il n'y a pas de problème particulier. On continue à suivre les familles, on continue à offrir la possibilité de visite à domicile quand c'est indispensable au suivi de la famille.

Sinon, pour éviter de trop grandes interactions dans les domiciles privés pour les autres situations, on propose de continuer l'accompagnement en dehors de la consultation médicale mais dans nos locaux. On continue d'offrir cet accompagnement et depuis le mois de mars 2020, depuis le début du confinement, on n'a jamais arrêté.

Ceci a vraiment permis de maintenir toute cette couverture vaccinale dont vous a parlé Madame Morales.

Séverine DARRENOUGUE et Véronique DECARPENTRIE,
chargées de projet à Prospective Jeunesse asbl
***Accompagner les usages
des écrans des jeunes***

En quelques mots, on va vous présenter Prospective Jeunesse :

Notre association a pour mission d'informer, de renforcer les savoirs, les connaissances sur toutes les questions liées aux drogues, à la santé et à la prévention.

Elle a également comme mission de dispenser des formations principalement aux adultes relais comme on les appelle, c'est-à-dire les professionnels qui sont en contact avec les jeunes.

L'accompagnement fait également partie de nos attributions : on se rend dans les institutions d'aide à la jeunesse, dans les écoles, pour accompagner le développement des programmes de prévention, et renforcer les pratiques éducatives.

On dispose également d'un petit service de consultation où on reçoit des jeunes mais aussi des adultes, des familles, des proches qui traversent des difficultés de consommation ou qui se posent des questions par rapport à leurs proches.

Notre porte d'entrée est toujours liée aux consommations au sens large, pas uniquement les produits, mais aussi les comportements ou les écrans par exemple.

Dans une logique de promotion de la santé, nous allons tenter de transmettre en quelques minutes les principes de base.

En ce qui concerne l'identification d'une augmentation d'une problématique liée aux écrans, puisque nous sommes toujours en crise sanitaire et que le confinement a mis en évidence l'usage plus intensif des écrans, c'est que le contexte a probablement amplifié certaines situations qui étaient déjà au préalable potentiellement problématiques, et à peut-être réguler des situations où l'écran n'était pas forcément un problème en permutant plutôt déjà des espaces de réflexion sur la place des écrans.

Je pense que cette crise sanitaire a permis de s'interroger sur notre usage sociétal des écrans, pas uniquement ceux des jeunes parce qu'on a tendance à pointer ou avoir le problème que les jeunes peuvent avoir avec leurs écrans et finalement on se rend compte qu'on est extrêmement sollicité peut-être même trop sollicité par les écrans.

La question des écrans fait l'objet d'une analyse approfondie de notre association depuis quelques années suite à des interpellations assez nombreuses de professionnels avec lesquels on travaillait, qui commençaient à réellement s'inquiéter des usages des écrans.

Le constat que l'on pose à travers le travail qu'on a développé, la réflexion qu'on a commencé à avoir, c'est qu'il y a un discours médiatique autour des écrans qui est assez inquiétant, qui diabolise énormément les usages, qui est pas mal dramatisant par rapport à la relation que les jeunes développent avec leur tablette, leur téléphone, leur ordinateur, etc. On s'est rendu compte que le fait de diaboliser finalement ces usages, entraînait de la peur et donc des actions qui étaient guidées majoritairement par la peur, un besoin d'interdire, de sanctionner parfois dans des conflits, qui génèrent des conflits parfois terribles, et qui impactent avant toute chose sérieusement la communication et le dialogue qu'on peut avoir avec nos jeunes.

Jonathan parlait justement de « La fabrique du crétin digital » qui est un livre qui personnellement me fait très peur, en tant que professionnelle, je relativise un peu par rapport

à ça. Parce que voilà la conséquence de ce discours dramatisant, c'est que finalement, on se sent un peu dépossédé, on a l'impression de ne pas pouvoir agir face à ces toutes puissances des écrans surtout dans un contexte comme le nôtre, amplifié par la Covid où il y a vraiment cette injonction à la connectivité. Le sentiment d'être totalement dépassé, qui va générer, comme je le disais, ces conflits et qui va impacter cette communication avec les jeunes.

Finalement, le fait d'avoir des difficultés, d'avoir trop peur de dialoguer avec les jeunes engendre le fait qu'on ne peut pas accompagner finalement correctement le développement de nos compétences, à savoir comprendre ce qu'ils font derrière leurs écrans pour pouvoir identifier de quoi ils ont réellement besoin pour se construire avec ces écrans.

Notre approche de la prévention dans ce cadre-là, que l'on essaie de développer dans les institutions avec lesquelles on travaille, consiste en un engagement en faveur de la reconnaissance de l'enjeu des compétences médiatiques, à savoir comment peut-on apprendre à nos jeunes à développer cet esprit critique, comprendre quelles sont les attitudes relationnelles à avoir, comment peut-on développer une éthique en rapport avec nos usages derrière les réseaux sociaux ?

En fin de compte, comprendre aussi toute cette mécanique qui est en jeu à travers l'industrie des jeux vidéo, celle également des réseaux sociaux, etc. pour finalement, petit à petit, développer une réelle culture d'usage.

Nous pensons que les jeunes d'aujourd'hui ont déjà développé des usages qui ne sont plus pareils que ceux d'il y a cinq ans, par exemple vis-à-vis des réseaux sociaux (Facebook, etc).

Nous constatons un esprit beaucoup plus critique, une façon d'agir qui permet d'éviter les dangers qu'on aurait identifiés cinq ans auparavant.

Cette culture d'usage qui est en train de se développer, s'accompagne d'une réflexion de balises qui vont nous permettre de nous orienter à travers cette sorte de jungle sur les écrans.

Nous avons cette balise de 3-6-9-12, que j'imagine beaucoup d'entre vous connaissez déjà :

- pas d'écran avant 3 ans;
- de 3 à 6 ans, on limite et on en parle surtout. donc, c'est partager ce qu'on fait et surtout amener de la parole et du discours autour de ce qu'on voit, de ce qu'on fait, de ce qu'on va choisir comme programme ou comme jeu;
- de 6 à 9 ans, c'est surtout s'interroger sur comment on va pouvoir s'approprier cet outil, comment peut-on créer certaines choses avec les écrans, comment peut-on accompagner le jeune à comprendre quelles sont les ressources possibles et qui le rendent acteur de son usage;
- de 9 à 12 ans, il devient aussi important d'accompagner, de comprendre comment on peut limiter les risques, comment mieux se protéger, comment peut-il configurer son profil, comment développer une éthique dans ces échanges, comprendre que ce qui va être posté maintenant, dans plusieurs années, sera toujours présent, et peut se retourner contre lui.

Nous encourageons un autre lexique, et pas l'utilisation de l'addiction, de la dépendance parce qu'elle véhicule des représentations qui sont issues de la dépendance d'un produit et dont les mécanismes biologiques et autres ne sont pas du tout pareils à ce qu'on peut retrouver dans la situation problématique.

La vraie question à se poser consiste à savoir si le jeune fait des écrans un usage problématique ou non.

Il faut identifier les autres ressources, les autres espaces d'activités. Est-ce que le jeune a un réseau social en dehors des écrans ? Est-ce qu'au niveau scolaire, cela fonctionne bien ? Est-ce que cette forme d'addiction n'empiète pas trop sur tous ses hobbies, sur ses autres passions ?

Nous estimons qu'à partir de ce moment-là, on peut avoir une analyse problématique ou non: il est certain que si le jeune n'a plus que cette addiction, alors nous sommes en présence d'un problème sérieux.

L'écran n'est pas forcément le problème. Existe probablement autre chose sous le symptôme « écran ».

Faire en sorte de comprendre ce qui serait de l'ordre « je partage en privé » ou de l'ordre du public, consiste en une réflexion qu'il faut développer absolument avec nos jeunes.

Autour de cette culture d'usage, existe aussi la métaphore de la culture de l'alimentation qu'on trouve assez intéressante de Serge Tisseron qui est un psychiatre français, qui fait le parallèle entre la culture et l'alimentaire, au regard de notre rapport avec les écrans. Comme par exemple, on ne va pas donner un steak-frites dans le biberon d'un enfant, d'un bébé, et on ne va pas donner à boire n'importe quoi à un jeune enfant, ni commencer à grignoter à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit.

C'est pareil par rapport aux écrans et il est nécessaire de cadrer des espaces où on va en faire usage.

Comment exercer notre capacité de choix aussi ? Comment à travers cet accompagnement, cette réflexion, décider de ce qu'on a envie de voir, de ce qu'on n'a pas envie de regarder ou de faire sur les écrans et surtout, d'en discuter que ce soit dans les espaces, dans les institutions familiales, dans les institutions scolaires, et partager les expériences.

Partager sa propre expérience sur les écrans va pouvoir donner un sens à cette expérience et donc en faire quelque chose de constructif.

Éviter de consommer de l'alimentation dans la chambre peut parfaitement s'adapter à la problématique des écrans.

En parler, commenter, créer, moins en quantité, plus en qualité, sont des repères qui, petit à petit, sont en train d'émerger, qui sont assez intéressants et qui vont dépendre évidemment de chaque culture familiale ou de chaque culture scolaire.

Dans notre approche de la prévention, on accompagne des adultes, et des institutions, et

on développe cette culture.

Comment retrouver un dialogue, un dialogue partagé et à travers ces dialogues, pouvoir ouvrir les yeux sur les motivations à utiliser tous ces écrans, d'office positives à la base, que ce soit la socialisation, le plaisir, la détente, même le renforcement de l'estime de soi, etc.

Lorsque l'on voit on voit certains jeunes qui ont des grosses difficultés scolaires, par exemple, et qui trouvent dans les jeux vidéos un espace de renforcement d'estime de soi, où ils se sentent à nouveau valorisés, où ils ont des compétences reconnues et admirées par un groupe de pairs, ces motivations qui sont essentielles permettent un discours qui va mettre l'accent sur les risques et les dangers essentiels.

A travers ce dialogue, on peut aussi identifier les ressources que possèdent les jeunes, ils sont en général plus doués que nous en technologie, en connaissance de différentes applications, des différents réseaux sociaux, etc.

Mais cela ne signifie pas pour autant dire qu'ils n'ont pas, contrairement à ce que l'on pense souvent, besoin de l'adulte, besoin d'un regard qui justement va donner sens à leur expérience et qui va, avant tout, reconnaître les propres compétences des jeunes. Nous entendons souvent les adultes dire « *je suis complètement dépassé, on a besoin de faire appel à des experts en réseaux sociaux et des experts ...* ». Finalement, être expert du bien-être de son enfant, ou du bien-être de ses élèves ou des jeunes que l'on accompagne, l'adulte qui vit avec eux au quotidien, est bien davantage meilleur expert que nous, qui sommes parfois éloignés de tout ça.

Nous pouvons transmettre des outils, travailler cette posture relationnelle, les croyances qui vont impacter notre manière d'agir en prévention.

Toutes ces actions vont finalement agir sur le contexte, sur l'environnement, sur les différents milieux de vie des jeunes, et renforcer les compétences de ceux-ci.

Cette question des écrans, que nous avons abordée, peut s'appliquer à n'importe quelle problématique ou n'importe quel type de dépendance dans la vie.

Notre idée de la prévention pour les soins de santé, consiste à pouvoir renforcer ces différentes sources, identifier, renforcer une compétence ou participer à cette construction, sera à chaque fois, une ressource supplémentaire pour faire face aux différents défis de la vie, faire face au stress, faire face aux difficultés.

Finalement, il s'agit de reconnaître, d'identifier notre propre expertise en tant qu'adulte - relai et ensuite identifier l'expertise du jeune quant à sa propre problématique et faire ressortir ses propres compétences.

On a l'impression qu'il existe un énorme décalage entre nous et eux, et ce qu'ils attendent de nous, c'est qu'on puisse accompagner, qu'on puisse surveiller les expériences qu'ils font, sans contrôler, sans s'infiltrer.

Ils sont tous unanimes pour dire qu'ils ont besoin de cet espace d'intimité, cette espèce de liberté et ils ont quand même énormément d'attentes par rapport à l'adulte et surtout

qu'on leur fasse confiance, dans leurs connaissances et dans leurs compétences.

Il existe aussi une attente à accompagner leurs expériences même au niveau émotionnel : comment se sentent-ils à travers les usages, à travers tel réseau social, ce qui leur procure du plaisir, et c'est à partir de ce moment-là qu'on crée ce dialogue. Il ne faut pas non plus déconnecter les jeunes de cet outil qu'ils vont devoir utiliser à l'avenir. Cette question : comment faire ?

Ce que l'on encourage, c'est plutôt découvrir des nouvelles sortes de plaisir au sein de la famille, le plaisir à l'extérieur, de comment axer par une approche positive la recherche d'autres ressources finalement plutôt qu'une action qui va viser à limiter le temps alors qu'on sait que cela génère souvent des frustrations.

Les écrans ont un rôle à jouer, une fonction de valorisation du jeune. Si on limite le temps d'écran, cela va être d'autant plus compliqué pour lui parce que c'est sa source de valorisation; par contre, si on lui propose des activités alternatives, en collaboration, en dialogue avec lui, pour identifier d'autres sources de renforcement d'estime de soi, ce sera certainement plus productif que la limitation du temps passé sur écran.

Pour nous, le dialogue, c'est la base de la prévention.

Jonathan de Patoul :

Merci pour cette présentation qui est quelque peu rassurante.

Je vous propose sans plus tarder de passer à la catégorie d'un âge supérieur : les adultes avec Marie-Cécile Remy, qui est psychologue clinicienne et psychothérapeute. On a abordé la question des écrans avec les adolescents mais finalement, le droit à la déconnexion pour les adultes est aussi une question fondamentale et qui est certainement d'actualité. Il est vrai qu'avec les technologies qui se développent de plus en plus, on est censé, paraît-il, se libérer du temps de cerveau disponible, mais finalement, est-ce que c'est le cas ? Comment cela fonctionne ?

Marie-Cécile Remy, psychologue clinicienne et psychothérapeute ***Le droit à la déconnexion, un des outils pour prévenir le burn-out?***

Mon intervention portera essentiellement sur l'articulation entre le burnout et le droit à la déconnexion. De ce point de vue-là, on va partir de la définition du burnout que je soutiens, qui est celle du Conseil supérieur de la santé.

Le burnout est défini comme un processus multifactoriel (plusieurs facteurs) qui résulte de l'exposition prolongée à un état de stress persistant dans une situation très spécifique, qui est une situation professionnelle.

Pourquoi cette définition est-elle importante ? Parce qu'elle va permettre finalement de

différencier d'une part une situation de burnout et d'avoir, ce qu'on appelle des diagnostics différentiels tels que plutôt une dépression, des états dépressifs - mais l'un n'exclut pas l'autre- et, d'autre part, un continuum qui existe entre le début d'un état de burnout et la fin qui peut se terminer par une dépression (mais ce n'est pas mon propos).

Ce qui est intéressant ici de bien comprendre, c'est l'idée selon laquelle il y a plusieurs portes d'entrée au niveau des états de burnout parce qu'il y a une symptomologie très diverse avec différents types de plaintes qui peuvent mener soit chez le généraliste, soit chez le psychologue ou à l'inverse, auprès de ses proches puisque les plaintes commencent aussi au sein même de la maison, du domicile familial.

Nous avons des plaintes de type somatique (tout ce qui touche au corps) à savoir celles relatives à un constat de changement dans tout ce qui est rythme circadien, des changements au niveau du sommeil, une apparition par exemple de réveil nocturne, des insomnies d'endormissement, des pertes d'appétit ou à l'inverse une augmentation d'appétit: ces plaintes au niveau du corps ramènent généralement vers le généraliste.

Nous avons par ailleurs des plaintes plutôt de l'ordre émotionnel avec des personnes qui ne comprennent pas ce qui leur arrive, qui explosent à un moment donné en termes de gestion émotionnelle, ou à l'inverse, qui se coupent complètement d'un vécu émotionnel pour pouvoir se prémunir ou se protéger.

Nous avons aussi des plaintes de type cognitif à savoir la perte de mémoire, des problèmes de concentration, des choses en tous cas que la personne va remarquer et qu'elle va associer finalement à sa situation professionnelle.

Pourquoi est-ce important de parler du burnout ? Parce que lorsque l'on est face à une situation de stress, on va adopter une série de stratégies d'adaptation.

Or, bien souvent, ces stratégies d'adaptation sont inefficaces: si elles sont efficaces à court et moyen terme - c'est pour cela que souvent on les mobilise - sur le long terme, c'est évidemment ce qui nous amène à perdre notre énergie de façon tout à fait prolongée.

C'est là où l'articulation au droit à la déconnexion peut s'inscrire. Pourquoi ? Parce que bien souvent, dans le travail qu'on fait avec des personnes qui sont en situation de burnout quand on les accompagne, on va toujours poser la simple question « qu'est-ce qui vous donne de l'énergie et qu'est-ce qui vous en fait perdre ? : nous avons les « in » et les « out ».

Pour expliquer ce phénomène, j'évoque souvent cette métaphore de la voiture en disant « *si à un moment donné on ne remplit pas son réservoir d'essence, il n'y a pas de secret, on peut rouler, et puis on tombe en panne.* ».

De ce point de vue là, ce qui est important, c'est de se dire que cette idée de quand on est dans cette hyperconnexion, cette hyperconnectivité, par exemple, dans une situation de stress au travail où l'on se dit « *je prends des congés, je suis en vacances mais à la rentrée, je n'ai pas envie d'avoir une masse de mails, je n'ai surtout pas envie d'ouvrir ma boîte mail, donc je vais anticiper, je vais prendre du temps et ce temps, je vais le prendre sur mon temps de vacances, sur mon temps de repos.* ».

Dans cette hypothèse, on sent bien que cette impossible déconnexion va participer au maintien du problème puisque finalement le patient aura le sentiment d'avoir le contrôle sur la situation, qu'il aura peut-être regardé sa boîte mails, en aura fait le tri, en pensant préparer vraiment bien la rentrée, et finalement, n'aura pas déconnecté.

En soi, je parle ici de manière très concise et je voudrais vraiment prendre des précautions verbales: il n'y a évidemment pas une seule situation type. Le burnout, puisqu'il est lié à une situation de travail, est contextuel. Cela signifie qu'il est important d'avoir en tête qu'il existe un niveau organisationnel, à savoir l'organisation du travail dans laquelle on retrouve la nature du travail, le type de tâche qu'on fait, les horaires finalement les missions qui nous sont assignées..., et qu'il existe aussi un niveau avec des facteurs individuels. S'y retrouvent nos enjeux de reconnaissance, pourquoi on fait ce travail, qu'est-ce qui nous convient dans ce travail et, en conséquence, on a finalement cette interaction entre l'organisation du travail et le fait de se retrouver face à soi-même et à notre perception à un niveau individuel.

Pourquoi est-ce important de bien avoir ces deux niveaux à l'esprit ? Parce que le droit à la déconnexion va s'inscrire dans ce cadre: c'est-à-dire qu'il faut bien comprendre que le droit à la déconnexion n'existe pas en tant que tel, ce n'est pas un droit.

En tant que psychologue, n'étant pas juriste, ce que j'en ai saisi par rapport à la volonté du législateur qui a inscrit finalement ce droit à la déconnexion, dans une loi de 2018 sur la croissance économique et la cohésion sociale: on y retrouve finalement la volonté de préserver les temps de repos du travailleur, ses congés et cet équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle.

Cela ne constitue pas cependant pas un droit "mobilisable" comme tel. La loi oblige l'entreprise ou le secteur dans lequel on travaille, de négocier avec le comité pour la protection et la prévention du travail pour que ce soit inscrit dans le règlement de travail.

En effet, il existe des secteurs, comme le secteur politique, où le droit à la déconnexion est extrêmement difficile à mettre en œuvre ou d'autres tels que le secteur boursier ou financier.

Le droit à la déconnexion va se décliner différemment selon les secteurs en tenant compte aussi des réalités du travail. Ce droit à la déconnexion est un objet qui se négocie.

L'objectif à atteindre consiste à faire en sorte que les moyens digitaux ne viennent finalement pas opérer cette non-différenciation entre l'espace de la vie professionnelle et celui de la vie privée. On a donc politisé ce concept de connexion et de déconnexion en légiférant. Il s'agit de protéger le travailleur en protégeant ses temps de repos, ses vacances, afin qu'il puisse vraiment garder un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, c'est un niveau général et sociétal qui consiste à protéger et veiller au bien-être du travailleur.

Oui, l'obligation de traiter la question, mais cette question-là se traite avec les comités pour la protection et la prévention au sein même de l'entreprise en tenant compte des réalités du secteur.

Il existe un niveau du secteur de l'entreprise ou de l'association dans laquelle on travaille et ce droit doit se matérialiser dans le règlement de travail ou dans le règlement d'ordre intérieur.

Il existe enfin un troisième niveau qui consiste à ce que le travailleur puisse effectivement mobiliser ce droit.

Les obstacles, les entraves à cette mobilisation sont prégnants dans une culture d'entreprise où tout le monde est hyperconnecté tout le temps avec des groupes whatsapp en permanence, certains vont répondre, d'autres ne vont pas répondre.

Si on est dans une culture d'entreprise où on admet que « *tant mieux, chacun répond quand il le souhaite, et personne n'est obligé* », c'est très bien. Mais si 99% des personnes répondent en permanence, et que je n'ai pas envie de répondre le week-end, je risque peut-être d'être en porte à faux par rapport à mon futur en entreprise, et cela pourrait constituer une première entrave.

Des facteurs inhérents à l'individu lui-même sont les enjeux de reconnaissance, cette idée qu'on a peur d'être oublié, cette envie d'être indispensable. Je précise quand même, parlant du burnout, que le cimetière est rempli de gens indispensables.

L'intitulé de l'exposé était « un outil parmi d'autres » comme prévention du burnout parce qu'effectivement le burnout ne se résume pas à cette non-différenciation des espaces qui est finalement générée par cette hyperconnectivité, mais cela peut être effectivement la cause pour un facteur de maintien.

La crise sanitaire a engendré ces modifications de notre espace-temps et donc il convient évidemment d'être attentifs à la manière dont on va utiliser finalement cette nouvelle digitalisation qui s'insinue dans nos relations professionnelles.

Il n'existe de bonne ou mauvaise limite, il faut que ce soit une limite qui convienne et qui respecte le rythme de l'individu et mettre le curseur pas nécessairement à un niveau bien défini, mais de pouvoir le mettre et bien prendre conscience que c'est bien là peut-être où se trouve le problème ou une des sources d'un problème de stress ou de burnout.

S'il y a un besoin de se déconnecter dans le réel, si on sent qu'on est vraiment toujours dans l'instrumentation mentale, dans les pensées liées au travail, je puis prendre un exemple personnel lié au confinement et au télétravail qui en a résulté : l'espace où je travaille en téléconsultation est une pièce de l'habitation au sein de laquelle quand je suis en vacances, je sais que je ne peux plus y mettre un pied. Il y a quelque chose de symbolique qui s'active, couper le « robinet de la pensée » ... Cela dépend de la capacité de chacun à mettre la limite dans la réalité mais si l'individu peut très bien dormir, partir à l'autre bout de la terre, si il est toujours dans la rumination mentale, finalement, on peut couper tout ce qu'on veut de la réalité, cela ne changera strictement rien. D'abord, l'individu doit travailler son rapport à ses pensées.

Est-ce qu'il y a un temps minimum de déconnexion à respecter ?

Là où il faut être attentif, c'est qu'à un certain moment, le travail est utilisé dans ce qu'on appelle une forme de suractivation comportementale ce sont des évitements comportementaux.

Par exemple, si je suis en contact avec des émotions négatives, il ne s'agit pas forcément de la colère ou de la tristesse, cela peut relever juste de l'ennui, à un moment, on peut retrouver cela chez des personnes cette nécessité d'être en activité, d'aller voir ses mails, de

réfléchir, etc. En fait, c'est un évitement, c'est l'évitement de l'ennui.

Le temps idéal de déconnexion à respecter n'existe pas vraiment et dépend de notre parcours de vie.

Quels sont les signes du burnout ?

Parmi les signes spécifiques, il convient d'être attentif à tout ce qui est au niveau de notre corps, si l'on tombe malade souvent. Tomber malade ne signifie pas que l'on est en burnout mais si on le relie finalement et qu'on arrive à associer cela à notre situation professionnelle, les signaux que le corps nous envoie, une forme d'anxiété et de rumination mentale, si les conversations sont occupées par ces éléments, il y a lieu de se questionner.

Ce que je propose souvent comme petit exercice à ma patientèle, c'est de remplir leur planning idéal et leur planning réaliste, parce que dans l'idéal, on aimerait avoir une journée de 52h, mais dans la réalité finalement de combien de temps je dispose pour manger, me reposer, parler avec mes proches, finalement, pour pouvoir utiliser ce temps. Ce qu'on peut demander aussi, si par exemple, on sent que la personne est très anxieuse, qu'elle vient avec une problématique du cœur, on lui demanderait « *si vous voulez faire une crise cardiaque, quels seraient les bons ingrédients que vous pourriez mettre pour aller au travail ?* ». Ce procédé permet de conscientiser aussi une série de choses. Je pense aussi parfois au fait d'écrire, de rematérialiser.

Je travaille beaucoup avec l'auto-observation, le fait de matérialiser ce qui se passe au jour le jour nous donne vraiment parfois une conscientisation d'un problème qu'on pense qui existe mais qui est finalement inexistant.

La Fedris, l'Agence fédérale des risques professionnels a lancé récemment un projet pilote burnout, qui est très intéressant parce qu'il agit à la fois sur les causes organisationnelles et sur les facteurs individuels et permet de travailler sur l'interaction entre les deux.

Il est évidemment destiné à des secteurs bien spécifiques ; j'invite toute personne qui aurait un doute quant au fait de pouvoir rentrer dans ce trajet d'accompagnement, à interroger son médecin généraliste pour qu'il puisse identifier si cette personne peut, dans ce trajet d'accompagnement, dans les critères du projet Fedris, ou alors s'adresser à une clinique du stress qui existe dans bon nombre d'hôpitaux.

**Olivier Gillis, directeur de l'Observatoire
de la Santé et du Social (COCOM)**

La santé et l'accès aux soins des personnes âgées à Bruxelles : Etat des lieux, enjeux et défis

Je travaille à l'Observatoire de la Santé et du Social. Nous sommes le centre de recherche régional bruxellois et nous sommes chargés de l'observatoire des questions sociales et de santé.

Aujourd'hui, je vais vous parler de la question de la santé, du bien-être des aînés mais avec

un axe préventif dans la mesure où c'est une question effectivement très large et donc, je vais aborder ici quelques éléments clés plutôt liés à la prévention.

Mon exposé sera divisé en quatre parties.

Même si je vais me concentrer plutôt sur des comportements de santé et le recours aux soins préventifs, il est nécessaire de recadrer le fait que les déterminants du bien-être et de la santé sont beaucoup plus larges et ne dépendent pas uniquement de comportements individuels et du recours au système de santé.

Ensuite, je présenterai quelles sont les maladies qui sont les plus fréquentes en tous cas en termes de principales causes de décès chez les personnes de plus de 50 ans.

Dans une troisième partie, je ferai un focus sur ces déterminants : pourquoi existe-t-il une forte augmentation des maladies cardio-vasculaires et des cancers ? quels sont les déterminants ? Je me concentrerai sur des facteurs plutôt individuels.

Enfin, je terminerai par la grande dépendance et la prévention qui sont liées à la perte d'autonomie chez des personnes plus âgées, au-delà de 70 ans.

1. Comportements de santé et recours aux soins préventifs

Comme je le disais, je vais plutôt me concentrer dans cette partie, sur les comportements de santé d'une part, l'hygiène de vie, le tabagisme et d'autre part, sur le recours aux soins préventifs.

Le fait d'être en bonne santé est beaucoup plus large que cette prémisse liée à l'état physiologique et psychologique d'un individu.

Des éléments tels que la situation socio-économique d'une personne, sa capacité à pouvoir se loger, dans un logement de qualité, de pouvoir vivre dans un environnement sain, de pouvoir disposer un emploi de qualité vont avoir un impact directement sur la santé mais également sur les comportements par rapport à la santé.

Le fait d'avoir une bonne alimentation et une hygiène de vie saine est fort lié à ce contexte de vie et donc il faut relativiser le degré de responsabilité individuelle par rapport à certains comportements qu'on peut avoir en matière d'hygiène de vie.

De manière plus générale, notre situation socio-économique, notre capacité à pouvoir nous former, à pouvoir avoir un emploi de qualité, à pouvoir vivre dans un logement de qualité, dépendent des politiques qui sont plus globalement mises en place.

Comme je le disais, ce ne sera pas le cœur de mon exposé, je vais me concentrer plutôt sur les comportements de santé individuels et sur les dispositifs développés en matière de soins préventifs dans notre système de santé.

Il y a des exemples pour montrer que, quelque part, il y a toute une série d'autres éléments qui vont avoir un impact sur l'état de santé.

Si l'on mesure les résultats de l'enquête de santé sur la qualité du logement, l'on constate globalement que les personnes moins favorisées ont un risque plus important de vivre dans des logements avec des problèmes d'humidité, ce qui peut avoir un impact sur certaines maladies respiratoires.

Si on prend une carte de Bruxelles qui montre les niveaux de concentration polluante, on constate aussi que ce sont des quartiers plutôt autour du pentagone avec les principaux accès routiers, où se concentrent les populations les moins favorisées qui sont plus exposées aux concentrations de polluants et qui ont également un impact sur certains cancers et sur les maladies cardio-vasculaires.

2. Principales causes de décès et indicateurs chez les plus de 50 ans

Quelles sont les principales causes de décès ?

- Un tiers des décès sont liés aux maladies cardio-vasculaires qui sont la première cause de décès en Belgique et à Bruxelles.
- La deuxième cause de décès, ce sont les cancers. Les quatre cancers les plus fréquents sont les cancers du sein, du poumon, du côlon et de la prostate. Si l'on examine les causes de décès en termes relatifs selon les tranches d'âges, avec l'augmentation du vieillissement, il y a un risque plus important de souffrir de maladies cardio-vasculaires ou de cancers.

Si globalement on traite mieux les cancers, globalement le taux de survie pour les cancers augmente grâce aux améliorations de la médecine, on observe en termes absolus, une augmentation du nombre de cancers liée au vieillissement de la population. Maintenant, si on regarde en termes relatifs, en tous cas pour Bruxelles, le nombre de cancers est relativement stable; par contre, les maladies cardio-vasculaires augmentent très fortement, notamment l'augmentation des personnes qui souffrent de surpoids ou de diabète qui sont un des facteurs qui peuvent causer pareilles maladies.

Quelles sont les principales causes de ces deux types de pathologie ?

D'une part, il y a l'hygiène de vie, principalement le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique, c'est la principale cause du risque de souffrir de maladies cardiovasculaires et de certains cancers comme le cancer du poumon.

D'autre part, c'est l'environnement: on constate que ces vingt dernières années, une amélioration de la situation est palpable, même si à Bruxelles, on constate en tout cas que les niveaux de concentration polluants restent trop élevés.

Qu'en est-il des comportements individuels en matière d'hygiène de vie ?

Au niveau du tabagisme, premier indicateur, on voit globalement qu'il y a une diminution du nombre de fumeurs à Bruxelles, maintenant, une personne sur quatre se déclare fumeur, selon les données de l'enquête de santé ; ce qui est positif, c'est qu'on voit que chez les jeunes, c'est là qu'il y a la diminution la plus importante.

Un deuxième indicateur intéressant, ce sont les habitudes nutritionnelles : si 70% de la population bruxelloise consomme des légumes en suffisance, ils ne sont que 60% à consommer des fruits; sur ce point , par rapport aux résultats de 2013, on voit une relative diminution.

Et enfin, troisième indicateur important, c'est l'activité physique: seulement une personne sur quatre de plus de 18 ans pratique suffisamment d'activité physique.

Même si dans certains cas les choses s'améliorent, comme le tabagisme, il y a réellement un travail de prévention à renforcer en matière d'hygiène de vie, sachant que ces trois comportements de soins de santé vont avoir un impact par exemple, sur l'hypertension, sur le cholestérol, sur la glycémie, qui sont des facteurs de risques en matière de risques cardiovasculaires et de diabète.

Maintenant, comme je le disais en début d'exposé, il faut être attentif dans la mesure où il y a un certain gradient social (ndlr: indice qui représente non seulement les effets du revenu sur la santé mais aussi l'importance du revenu comme moyen pour avoir accès aux autres déterminants sociaux de la santé, comme l'instruction , les aliments, le logement, les activités récréatives, et autres ressources sociétales) pour le tabagisme, la consommation de fruits et légumes: à mesure qu'on descend le long de l'échelle sociale, à mesure que les comportements sont défavorables, le contexte de vie joue.

Il ne faut pas stigmatiser certaines personnes et éviter ce type de responsabilisation telle que dire à des personnes qui continuent à fumer malgré le fait qu'elles ont déjà eu des hospitalisations, qu'on va arrêter de rembourser certains types de soins...

Par contre, pour l'exercice physique, là, on n'observe pas de gradient social.

Si l'on fait état des inégalités (par exemple, en matière de consommation de médicaments contre le diabète), le croissant pauvre ressort très fort.

3. Les déterminants

On voit globalement que les déterminants les plus importants en matière de bien-être de santé en tous cas, sont fort liés au comportement, à l'hygiène de vie, au comportement individuel.

Au niveau du système de santé, en tous cas pour ce qui concerne les plus de 50 ans, il y a deux dépistages qui sont organisés, pour deux cancers comme on l'a vu, qui sont les causes principales, qui sont les cancers les plus fréquents.

Le recours à des soins préventifs, principalement le cancer du sein et le cancer colorectal permettent de dépister très tôt le développement de ces cancers, de pouvoir avoir une prise en charge le plus tôt possible. Par rapport au cancer de la prostate, qui est également un des cancers les plus fréquents, les causes sont assez peu connues.

En ce qui concerne le cancer du sein , il existe un programme organisé pour toutes les femmes de 50 à 69 ans, qui reçoivent un courrier tous les 2 ans.

Si je m'en réfère aux derniers chiffres, le constat est éclairant et interpellant: seulement 53% des femmes ont recours au dépistage du cancer du sein et dans cette hypothèse, il existe une forme de gradient social, et dans l'absolu, 1 femme sur 2 qui n'y a pas recours, est dans le groupe-cible, et ce sont plutôt des femmes qui sont issues de classe sociale plus favorisées (l'est de Bruxelles) qui y ont recours.

Pour le cancer colorectal, il y a également un programme organisé au niveau de la Région bruxelloise depuis 2018 et seulement 20% du groupe cible a recours au programme de dépistage organisé.

L'examen consiste à faire une recherche de traces de sang dans les selles tous les 2 ans, et dans l'affirmative, on invite la personne à faire une colonoscopie. Si on examine les chiffres de colonoscopie, nous sommes à 30%, c'est un peu plus élevé.

Il faut relever que toute une série de personnes font des colonoscopies sans passer par le programme de dépistage, et à l'instar du dépistage du cancer du sein, globalement les personnes plus favorisées y ont davantage recours.

Maintenant, concrètement, si on se concentre sur les dépistages, quelles recommandations peut-on faire ?

En matière de cancer du sein, c'est principalement sensibiliser les professionnels de santé (le médecin généraliste, les gynécologues) sachant qu'il existe une forme de quasi consensus de la part de tous les professionnels de santé par rapport à la pratique du programme de dépistage du cancer du sein.

Un travail de sensibilisation des médecins généralistes eux-mêmes, par rapport au dépistage notamment du cancer du sein et du cancer colorectal est nécessaire.

En ce qui concerne le cancer colorectal, il existe tout particulièrement un problème d'information et de connaissance de l'existence du programme. Il y a beaucoup de perception en matière de tabou, de gêne par rapport à la pratique du dépistage. Le fait qu'il existe une carence de recours au dépistage, n'est pas tellement lié à la pénurie de médecins généralistes, mais au fait de revaloriser la médecine générale dans son rôle de prévention et peut-être en passant par une valorisation financière.

Maintenant, il y a des évolutions au niveau des technologies qui peuvent éviter des cas de faux positifs et un projet européen en cours vise, plutôt que d'inviter toutes les femmes qui sont dans cette classe d'âge, de plutôt de travailler à partir du risque individuel et d'essayer de plutôt cibler le dépistage sur des femmes qui ont un risque plus élevé notamment sur base de facteurs génétiques ou de l'exposition hormonale.

Pour ce qui a trait au cancer colorectal, pour Bruxelles, la visibilité n'était pas assurée jusqu'à il y a peu, car il était organisé d'une part par la Communauté française et d'autre part par la Communauté flamande, ce qui signifiait que les Bruxellois ne recevaient pas d'invitation individuelle ou pas systématiquement ou des deux côtés.

Il est difficile de se prononcer à ce stade quant à savoir dans quelle mesure l'organisation bruxelloise permettra une meilleure information. Nous n'avons en effet pas encore beau-

coup de recul par rapport au dépistage du cancer colorectal. Au regard des pratiques médicales en cours ici en Région bruxelloise, l'idéal serait de pouvoir aller chercher le kit en pharmacie plutôt que de se rendre chez le médecin généraliste, pour des raisons d'accessibilité.

Il faut également tenir compte de la forte réticence du public-cible dans la mesure où le dépistage est perçu comme tabou, gênant ou sale et donc là aussi, il y a un travail à faire surtout à partir des professionnels de santé.

Par ailleurs, au-delà du cancer du sein et du cancer colorectal, il y a aussi toute la question de l'amélioration du contexte de vie des personnes: par exemple, les comportements alimentaires sont fort liés à l'éducation, au bien-être psychique, à toute une série d'éléments.

4. Dépendance et prévention chez les personnes de 70 ans et plus.

En ce qui concerne la grande vieillesse, l'enjeu c'est de pouvoir prendre en charge de manière précoce la dépendance sans tout de suite favoriser le bien-être à domicile et le cas échéant, d'organiser l'accueil en maison de repos.

Il y a toute la question, au-delà de la santé, de pouvoir s'assurer qu'une personne ne soit pas isolée chez elle et que quelque part l'éventuel accueil en maison de repos puisse être organisé et ne se fasse pas suite à un moment de crise suite à une chute ou une hospitalisation.

A titre indicatif, on a fait une étude qualitative pour tenter d'identifier quelque part les raisons pour lesquelles les personnes viennent en maison de repos.

Toute une série de personnes y viennent de manière préventive, c'est-à-dire dans un souci d'être protégées, d'autres, suite à un événement de santé (des chutes à répétition, des problèmes cognitifs) et j'appuie donc une recommandation c'est vraiment de travailler de manière préventive et donc d'anticiper la survenance des événements de santé de manière à pouvoir éviter un accueil en maison de repos qui se fasse de manière trop abrupte.

Conclusions par Nicole Bomele, députée bruxelloise

Je voudrais remercier tous les intervenants pour leur expertise et j'aimerais conclure en rappelant à tous que la prévention en matière de santé est primordiale.

Les différentes thématiques évoquées l'ont été aussi abordées sous le prisme de la pandémie

On sait bien que de nombreuses personnes n'ont pas accès au généraliste.

Les représentantes de l'ONE ont bien expliqué que lors de la maternité ou la période post accouchement, il y a très peu de mamans qui arrivent à être suivies correctement.

Les représentantes de Prospective Jeunesse ont mis quant à elles en évidence, les conséquences qui découlent du temps passé sur les écrans pour les jeunes, c'est-à-dire les pro-

blèmes d'humeur, du sommeil, l'endommagement du cortex, responsable du traitement de l'information des cinq sens.

Madame Rémy a évoqué le droit à la déconnexion et le fait que l'usage mal traité du télétravail peut aboutir au burnout.

Et enfin, Monsieur Gillis a mis en exergue beaucoup de problèmes concernant les personnes âgées.

Ces thématiques ont pu éclairer les consciences et surtout nous permettre à trouver des solutions par rapport à cet enjeu sociétal qu'est la prévention sur le plan de la santé publique.



ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

Comment renforcer
la 1^{ère} ligne ?

le 4 mai 2021
à 18H



**Introduction par Christophe Verbist,
directeur du Centre d'Etudes Jacques Georgin :**

Je voudrais tout d'abord d'abord remercier tous nos intervenants de ce soir : Monsieur Paul De Munck, Monsieur Chassepierre, Monsieur Lothaire, Madame Herzeel, Madame De Wilde d'avoir accepté notre invitation à participer à ce troisième webinaire du cycle des états généraux de la santé que DéFI organise durant ce printemps 2021.

Nous avons déjà organisé un premier webinaire au mois d'avril sur la question de la pénurie médicale, un deuxième consacré à la prévention. Le prochain sera consacré au financement des soins de santé. Nous terminerons par les soins aux aînés.

Ici, nous allons discuter du présent et surtout de l'avenir pour la première ligne d'aide et de soins.

Je cède immédiatement la parole au premier intervenant de cette soirée, Monsieur Paul De Munck, Président du GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens).

**Paul De Munck ,
président du Groupement belge des Omnipraticiens :**
***“Une première ligne de soins forte ,
pourquoi et comment ?”***

Je vais vous parler de quelque chose qui me tient fort à coeur, à savoir le renforcement de la première ligne et je vais axer mon intervention sur le pourquoi et le comment.

1. Le pourquoi du renforcement des soins primaires ?

D'entrée de jeu, de quoi parle-t-on lorsque l'on fait allusion à la première ligne de soins, soins primaires ? Soins primaires constitue un terme qui prête un peu à confusion. C'est un terme qui est mal traduit de l'anglais : *primary* : de base, essentiel, les soins premiers, certains disent soins premiers ou de premier échelon.

Par ailleurs, je pense qu'il ne faut pas confondre avec les soignants en première ligne au service des urgences ou des hospitalisations, par exemple. On a beaucoup entendu dans les médias depuis plus d'un an, comme vous le savez, parler des soins intensifs qui sont "en première ligne" pour accueillir des malades. Il ne s'agit pas, évidemment, vous l'aurez compris, des soignants dont on va parler aujourd'hui dans la première ligne de soins.

Cela ne fait pas non plus référence à tout soignant consulté en premier recours par le patient, quelle que soit sa spécialité. Si vous allez voir un ophtalmologue, un pédiatre, un gynécologue, un ORL, bref, toutes les spécialités médicales, de votre propre initiative, vous consultez un soignant mais qui ne correspond pas à la définition qu'on en donne au niveau de la littérature scientifique internationale et de la santé publique, un soignant de première ligne. C'est déjà tout un débat. Vous aurez compris la différence entre les soignants dont je vais vous parler aujourd'hui, c'est que ce sont d'autres métiers.

Dernier élément, quand on parle de première ligne de soins, cela fait référence à un ensemble de soignants (on va y revenir) et pas uniquement à la médecine générale.

A quoi font référence les soins de santé de première ligne ? A la déclaration d'Alma Ata de l'OMS de 1978.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s'est réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978 avait souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Les soins de santé primaires y avaient été définis comme suit :

"Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire."

Cette définition un peu aride et abstraite est cependant importante pour cadrer les choses.

Il s'agit du premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec ce qui devrait être le système national de santé, et ce niveau rapproche le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent. Il constitue le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

En guise d'anecdote, notez que l'on utilise souvent des termes guerriers en santé publique et en médecine: la première ligne de front reçoit les premiers assauts de l'ennemi, si on parle d'une armée, au fond, c'est un peu la même chose au niveau de la première ligne de soins, on reçoit la grande majorité des problèmes de santé. Je vais y revenir tout à l'heure. Et on ne laisse passer en deuxième et troisième ligne que ce qu'on ne peut pas prendre en charge.

La première personne qui a au fond déterminé la première ligne, deuxième ligne, troisième ligne de soins, c'est Bertrand Dawson médecin de la famille royale britannique qui est le père fondateur du National Health Service en Angleterre.

Dawson fut mandaté alors qu'il était président du Conseil consultatif sur les services médicaux et alliés en 1919 par le Premier ministre britannique de l'époque à produire un rapport sur les « plans requis pour la fourniture systématique de ces formes de services médicaux et alliés qui devraient, de l'avis du Conseil, être disponible pour les habitants d'une zone donnée».

Un rapport provisoire sur la fourniture future de services médicaux et alliés [9] a été produit en 1920, et a établi des plans détaillés pour un réseau de centres de santé primaires et secondaires, ainsi que des plans architecturaux de différents types de centres. Le rapport a été très influent dans les débats sur le National Health Service lors de sa création en 1948.

Bertrand Dawson (1875-1964) fut le premier médecin à décrire le fait que dans tout bon système de soins, il existe nécessairement une définition nécessaire, une structuration nécessaire en première ligne.

Il avait ainsi identifié des Primary health centers, des centres de soins essentiels de premier échelon, la médecine générale, les maisons médicales, etc, et puis des hôpitaux secondaires qu'on pourrait appeler chez nous des hôpitaux régionaux et puis les hôpitaux universitaires qu'il décrivait comme la troisième ligne parce que lorsque l'on se situe au niveau universitaire, on parle de troisième ligne.

La Fédération des Maisons Médicales quant à elle caractérise les critères de qualité d'un bon système de soins de santé primaires, comme des soins généralistes, qui doivent être globaux, continus, intégrés, et accessibles, et qui coordonnent et intègrent des services nécessaires à d'autres niveaux de soins.

Voici pour les définitions théoriques.

Et ceci correspond à près de 90% des problèmes de santé d'une population non sélectionnée du tout venant.

Assurément, une médecine de première ligne performante signifie des économies dans d'autres secteurs et disciplines des soins de santé. Barbara Starfield, qui était pédiatre

américaine (1932-2011) et qui l'auteure la plus citée dans la littérature scientifique internationale, a montré, dans une étude portant sur toute la littérature jusqu'en 2012, qu'une position forte du généraliste se traduisait par moins d'opérations inutiles, moins d'exams inutiles, moins de réadmissions dans les hôpitaux et moins de visites inutiles aux urgences.

Elle considérait qu'un système de soins basé sur des soins primaires, se trouve directement lié à faibles coûts, à un sentiment de satisfaction accru de la population, et en conséquence à une meilleure qualité de soins, à un usage plus modéré de médicaments et un taux inférieur d'interventions superflues.

Il ne s'agit pas d'une déclaration dogmatique ou de posture, c'est vraiment prouvé scientifiquement.

Autre personnalité marquante dans ce domaine, Kerr White, un médecin chercheur interniste et épidémiologique responsable de l'enseignement de l'Université de Caroline du Nord dans les années 50, qui a conçu ce qu'on appelle le "Carré de White".

Pour appuyer son programme de formation de la médecine générale (médecine de famille), il avait réalisé avec son équipe de recherche des entretiens auprès de patients, de personnes ne se sentant pas malade et des médecins, avec pour objectif de décrire l'utilisation des soins de santé sur un mois des personnes de plus de 16 ans aux USA.

Quels enseignements en ont été tirés ?

- Les patients qui consultent en CHU (soins tertiaires) ne représentent que 0,1% de la population exposée à un problème de santé par mois.
- L'enseignement des futurs médecins devrait inclure l'ensemble des problèmes de santé les plus courants en soins primaires c'est-à-dire les maladies chroniques à prévalence élevée en médecine générale.
- Les soins primaires ont une logique (ndlr ; il parle d'écologie) différente de la médecine hospitalière: le médecin de soins primaires est confronté au diagnostic de maladies à un stade précoce et indifférencié et à des maladies bénignes à résolution spontanée ; les stratégies diagnostique et thérapeutique des médecins généralistes ne devraient pas être dérivées de celles des hospitaliers. Carré de White » en 1961. Vous voyez de nouveau, ce n'est pas tout neuf. Il a l'avantage d'avoir représenté de manière graphique, l'écologie des soins de santé et la place du médecin généraliste dans le système. Il n'était pas lui-même médecin généraliste, c'est un interniste, mais qui avait compris qu'il fallait enseigner la médecine générale d'une autre façon.

Prenons un exemple pour illustrer ce propos :

Si vous prenez 1.000 adultes exposés à un trouble de la santé, quel qu'il soit, dans le sens le plus large possible, dans le mois, sur ces 1000 adultes, il n'y en a que 750 qui vont ressentir un trouble de santé. Dès lors, ce n'est pas parce qu'on est exposé à quelque chose qu'on ressent tout de suite un trouble de santé. Sur ces 750, il y en a 250 qui vont consulter un médecin dans le mois. Et sur ces 250, il y en a 9 qui vont être admis à l'hôpital, il y en a 5 qui vont se référer à un autre médecin et il y en a un seul qui va s'adresser au CHU..

Le carré des soins primaires, les soins ambulatoires, la médecine générale, représente ces

fameux 250 patients qui auront été voir un médecin de première ligne.

Ces carrés de White ont été confirmés notamment dans le *New England Journal of Medicine* en 2001, et ces proportions demeurent globalement inchangées. Tout ça reste vrai aujourd'hui si on veut vérifier ça dans les chiffres.

Le système idéal répond au fait que la majorité des patients sont d'abord vus en soins primaires, puis, ils sont référés en soins secondaires et puis encore une petite minorité doit être référée en soins tertiaires plus sophistiquée et il s'agit du modèle théorique qui est le modèle scientifique, La réalité ne correspond pas à ce système idéal car tout le monde ne passe pas d'abord par des soins primaires, des soins chez un médecin généraliste, chez le pharmacien ou chez d'autres spécialités de la première ligne, et consulte un gynécologue, un pédiatre, un ophtalmo, un ORL, etc. sans nécessairement passer par le médecin généraliste.

On peut parfois constater un shift entre les soins primaires et les soins secondaires, par exemple, lorsque les médicaments ne sont remboursés par la mutuelle que dans la mesure où vous avez une consultation et l'avis d'un médecin spécialiste et pas uniquement la prescription du médecin généraliste. C'est une réalité que nous vivons aujourd'hui.

Dans le système idéal, si on était bien organisé entre tous les soignants de première ligne, on ferait de sérieuses économies parce qu'on limite non seulement les gens qui ont vraiment besoin de soins du niveau secondaire, mais aussi les gens qui auront besoin de niveau tertiaire.

On assiste aujourd'hui à des mutations (la pratique en groupe que ce soit mono ou pluridisciplinaire, les maisons médicales, etc).

Par ailleurs, les métiers sont appelés à se transformer : il existe des débats entre les médecins généralistes et les pharmaciens, les infirmiers de pratiques avancées dans l'ambulatorio ou ailleurs quant à ce fameux partage de tâches entre différentes disciplines, auparavant réservées ou préservées ou farouchement défendues par un métier, pas toujours disposé à partager une partie de leur métier avec d'autres.

Il existe également des problèmes de planification et d'attractivité dans nos métiers de première ligne et on doit vraiment réfléchir à la rétention pour certains métiers, je pense aux médecins généralistes, aux psychologues, aux infirmiers où parfois, c'est très difficile de les garder dans le métier parce que les conditions ne sont pas toujours optimales pour qu'ils puissent s'y retrouver et trouver leur bonheur.

L'e-santé évolue à toute vitesse évidemment. Un important débat existe au niveau des prestataires de soins mais aussi au niveau de la société pour le transfert et le partage des données de santé comme nœud de la collaboration.

L'apprentissage de la collaboration en cours de formation constitue également un challenge important car on n'apprend pas assez dans la formation de nos métiers respectifs de la première ligne, à travailler ensemble.

J'espère vous avoir convaincu qu'on a vraiment tout intérêt à tout point de vue, de restructurer et renforcer la première ligne.

2. Le comment du renforcement de la première ligne ?

Je vais partir d'un document qui a été réalisé par la Plateforme de Première Ligne Wallonne, qui a été transmis à la Ministre Morréale et qui est une note de réflexion et d'orientation justement pour restructurer la première ligne.

Quel en est le constat ?

Beaucoup de praticiens travaillent en cabinet individuel, d'autres prestataires exercent en groupe ; il y a la création des associations de santé intégrée (maisons médicales, etc.). Le paysage change, il y a des groupes multidisciplinaires qui se sont constitués et puis il y a des groupements salariés qui regroupent différents prestataires de soins et de services.

Comment est organisée la continuité des soins ?

Par les cercles de médecine générale, qui ont la charge de la garde en médecine générale et des postes médicaux de garde et par l'organisation des gardes des pharmaciens.

Il y a également des accords formels ou informels qui sont passés entre infirmiers, certaines structures d'appui telles que les équipes de soins palliatifs et de santé mentale dont certaines qui ont un service de garde, comme les services de garde de sages-femmes, etc.

Nous ne sommes ni à Bruxelles ni en Wallonie en manque de structures bien qu'on soit loin d'un guichet unique pour les citoyens et pour le professionnel pour savoir à qui se référer et comment organiser par exemple la prise en charge à domicile de quelqu'un qui revient de l'hôpital.

Il existe assurément un manque de cohérence, de transversalité et de vision globale, on travaille beaucoup en silos, il y a un manque d'ancrage local, on n'est pas toujours adapté au contexte dans lequel on vit et on exerce voire de nombreux doublons, une dispersion des moyens qui occasionne un épuisement des acteurs.

De nouveaux enjeux apparaissent : vieillissement de la population, maladies chroniques, insuffisance des politiques de prévention, transfert de certains soins de l'hôpital vers le domicile (ndlr: le débat actuel de la tentation des hôpitaux de descendre sur le terrain de l'ambulatoire pour organiser par exemple ce qu'ils appellent les hospitalisations à domicile), pénurie locale de soignants, développement de e-santé.

Pour les patients et leur famille, on doit identifier les besoins, on doit faciliter l'accès et on doit promouvoir, soutenir la santé pour mobiliser les ressources du patient et sa famille.

Pour les professionnels, on doit soutenir les professionnels aussi pour qu'ils connaissent mieux les ressources locales, renforcer la concertation autour du patient, renforcer la communication et le partage d'informations, inciter chaque profession à s'organiser en cercles et enfin promouvoir les compétences des professions de la première ligne.

Pour le système de santé, si on prend un peu de hauteur, il est essentiel d'identifier l'offre existante, et d'améliorer la communication et la collaboration. Un effort absolu doit être consenti afin de mutualiser nos moyens et puis de développer le concept de responsabilité territoriale.

Pour aborder ce concept de responsabilité du système sur le plan territorial, il est nécessaire de déterminer un territoire sur lequel, en première ligne, la population réside, et puis identifier cette population pour réaliser ses besoins et recenser l'offre.

Au niveau des territoires, essentiellement, on se calque sur ce qui existe ailleurs et ce qui est écrit dans la littérature internationale. On décrit essentiellement 4 niveaux :

- le niveau nano : il représente la plus grande proximité entre le soignant de première ligne et le citoyen au niveau d'un quartier, d'un petit village, de petites villes.
- le niveau micro : il s'agit de l'échelle de plus ou moins de 100.000 à 150.000 habitants. Une ville moyenne avec une zone rurale avec ses alentours et qui correspond aussi à la taille moyenne normale d'un hôpital quant à sa "zone de chalandise". Par exemple, en Flandre, ils ont organisé des zones de première ligne qui, en fait, couvrent une population dont la taille avoisine les 150.000 habitants.
- le niveau méso: celui-ci représente un niveau de 300.000 à 500.000 habitants, qui correspond, de fait, aux sous-régions en Wallonie qui sont bien connues; cela diffère du découpage provincial mais se rapproche du niveau des systèmes intégrés de soins à domicile.
- le niveau macro : cela correspond au territoire de l'ensemble de la Région Wallonne ou de la Fédération Wallonie Bruxelles si on parle d'hôpitaux universitaires, etc; au niveau de la structure publique, c'est l'AVIQ (Agence pour une vie de qualité) de la Région wallonne qui est désormais compétente.

La création, à partir du terrain, de la plateforme de la première ligne wallonne est extrêmement positive: ceci signifie que l'ensemble ou la plupart des métiers de la première ligne se retrouvent autour de la table, et se réunissent très régulièrement : les syndicats médicaux, les kinés, les représentants des infirmiers, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, des ergothérapeutes.

Je tiens à souligner le respect, l'échange qui président à son fonctionnement depuis sa création en 2018, et notez que cette plateforme est désormais presque reconnue par les pouvoirs publics et politiques comme un interlocuteur d'aujourd'hui et de demain pour restructurer la première ligne.

Le second pas qui a été ou qui va être franchi au niveau politique, c'est le fait que la Ministre de la Santé en Région wallonne, Christie Morreale, s'est engagée avant le Covid déjà à organiser les assises de la première ligne qui doivent rassembler tous les acteurs de la première ligne pour enfin aborder ce que ça pourrait être demain une structuration de la première ligne en Wallonie.

A Bruxelles, la mise en place d'une grosse structure d'appui à la première ligne "Brusano" a eu lieu, résultat d'un processus qui a été piloté par les pouvoirs publics.

Je me permets également de citer la recherche scientifique qui se fait au niveau de la première ligne car il s'agit d'un fait tout à fait nouveau en Belgique.

Il y a ainsi eu la création grâce au Fonds Daniel Deconinck, logé à la Fondation Roi Baudouin de deux chaires de première ligne, » du côté francophone et « Academie Voor De Eerste Lijn » du côté néerlandophone.

Le morcellement de compétences n'est pas un facteur favorisant pour bien structurer une première ligne.

Il faudra trouver un financement pour mettre en œuvre véritablement cette structuration et cette opérationnalisation de ce travail multidisciplinaire.

Les compétences morcelées ont fortement influé la crise sanitaire Covid, lorsque cela arrangeait le fédéral, ils disaient que tout ce qui est prévention, c'est régional et lorsque cela ne les arrangeait pas, ils disent non, c'est le fédéral qui décide.

Je ne dois pas préciser que neuf ministres compétents ou secrétaires d'État compétents pour gérer la santé ne constituent évidemment pas le cadre le plus performant.

La Flandre est beaucoup plus avancée en termes de structuration de première ligne que du côté francophone, mais cela reste un défi à l'avenir en termes de fonctionnement et de financement.

Ce dont on est certain et tous les intervenants l'ont dit et redit, mieux vous financerez, structurerez une première ligne, plus on va faire des économies dans les soins de santé globalement. Le but n'est pas de faire des économies, le but est de rechercher plus d'efficacités et plus de qualité. Je crois que là, tous les gens qui sont intervenus aujourd'hui, je crois qu'on est tous sur la même longueur d'onde en tous cas à ce point de vue là.

On a ainsi fait une recherche-action en Wallonie justement sur la collaboration entre la médecine générale et les infirmiers au niveau des soins ambulatoires en médecine générale.

Il convient de reconnaître que ce qui bloque, c'est le financement d'activités prévues au niveau des soins infirmiers n'est pas couvert par l'Inami.

Vous l'aurez compris, une première ligne forte, structurée, reconnue, connue, visible, est un défi qu'il faut réussir de manière collective, on a besoin de soutien politique, de co-construire avec tous les acteurs, et d'enfin oser territorialiser de manière cohérente, c'est-à-dire délimiter des zones de première ligne de soins.

Par ailleurs, la satisfaction des professionnels au travail ainsi qu'une meilleure structuration, constituent aussi des priorités car il convient de trouver des solutions aux incohérences liées aux morcellements des compétences.

Je ne dois pas vous rappeler combien la crise du COVID 19 a été vécue douloureusement par bon nombre de membres du personnel de la première ligne avec burnout, voire même de bore-out. Un soutien bienveillant des pouvoirs publics et des employeurs pour pouvoir réaliser tout cela, s'avère nécessaire.

Mon dernier message s'adresse aux professionnels de la santé: il faut quitter impérativement cette logique de concurrence et de combat entre première ligne et deuxième ligne, entre professions et services, ne plus être concurrents mais complémentaires. Et la vision de mon organisation, consiste à assurer les meilleurs soins possibles, à l'endroit le plus approprié, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun et à un juste coût.

Ne nous voilons pas la face cependant, il y a beaucoup encore de résistance. Je pense que nous ne sommes toujours pas bien éduqués au niveau de nos formations respectives à travailler ensemble dans la multidisciplinarité et dans le respect de nos missions, de nos fonctions, de nos compétences respectives.

Permettez-moi de faire un bref écho à mon expérience personnelle. La moitié de mon parcours professionnel se situe en Afrique. J'y étais à une période pendant 2 ans sur une île où il n'y avait pas moyen de faire des anesthésies générales, et donc, je n'avais pas le choix, je devais opérer tout ce qui était abdominal sous rachianesthésie (ou anesthésie spinale est une technique d'anesthésie locorégionale consistant à injecter une solution anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien au travers d'un espace intervertébral de la colonne lombaire, au contact des dernières racines nerveuses médullaires..) des césariennes etc. J'avais appris à un des infirmiers du petit hôpital de brousse où je travaillais à faire des rachianesthésies. Au terme de 2-3 rachianesthésies, il faisait ça évidemment beaucoup mieux que moi.

Je donne cet exemple pour dire que je crois vraiment qu'on doit switcher, qu'on doit changer de paradigme et non plus réfléchir en termes de, non plus penser, non plus former, non plus organiser en termes de hiérarchisation de ce qu'on fait dans les soins de santé mais de subsidiarité.

Je crois qu'effectivement il y a encore beaucoup de peur. Et la peur, comme tout le monde le sait, est mauvaise conseillère et engendre des résistances. Ces réflexes peuvent être expliqués aussi par le fait que les gens n'ont pas suffisamment de vision de comment peut évoluer leur métier et comment on peut faire évoluer les différents métiers ensemble. Un métier qui a peur de partager ce qu'il sait faire ou ce qu'il fait avec d'autres métiers est un métier qui est en danger. Parce que c'est un métier qui ne se projette plus alors qu'il y a dans une évolution. Le médecin généraliste doit évoluer.

Croit-on que dans quelques années, nos jeunes médecins généralistes auront encore un stéthoscope autour du cou ? Moi, je n'en suis pas convaincu: une échographie leur parviendra par voie électronique qui posera le diagnostic beaucoup mieux que son oreille.

Moi, je suis persuadé qu'on gagnerait beaucoup de temps si on éduquait tous les métiers de santé à mieux travailler ensemble avec des formations communes pour un certain nombre de choses. C'est en apprenant le métier de l'autre que l'on constate qu'on peut, au fond, confier tel acte à une autre profession.

On doit changer le paradigme et cela doit passer par la formation des soignants.

**Alain Chaspierre, secrétaire général de l'APB
(Association Pharmaceutique Belge) :**
***“Le nouveau rôle du pharmacien ;
l'exemple de la prévention et le dépistage
précoce des patients diabétiques”***

Le renforcement de la première ligne de soins, fait partie des recommandations notamment celle de l'OMS qui a réaffirmé encore tout récemment le fait que renforcer la première ligne de soins, est tout simplement positif pour les systèmes de santé.

La multidisciplinarité est aussi essentielle, et Paul De Munck l'a bien dit, l'existence des plateformes où les métiers de la santé se parlent, constitue une bonne pratique, parce qu'elles permettent en fait de mieux se connaître et d'appréhender la réalité des métiers de chacun.

Le renforcement de la première ligne passera assurément par la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité avec évidemment des objectifs centrés sur l'efficacité des soins et centrés sur le patient.

Paul De Munck l'a également dit, il est important de définir des zones de soins à taille humaine, où la proximité avec la population est présente, la proximité avec les acteurs de soins est un vecteur d'avenir.

Il est important également de disposer de référentiels pour permettre d'orienter au mieux les patients vers des compétences optimales en cas de besoins.

Développer l'E-Santé n'est pas neuf en Belgique. Notre pays est assez en pointe en la matière: la prescription électronique, la dématérialisation de l'ordonnance, sont des exemples éclairants.

Bien évidemment, il faut l'organiser de manière intelligente avec l'aval des acteurs de soins parce que ceux-ci vont effectivement utiliser ces outils et donc ce qui importe dans l'e-santé, c'est de disposer d'un pilote dans l'avion et de la cohérence du système.

Actuellement, beaucoup de systèmes avancent à géométrie variable, mais je pense qu'il y a besoin de retrouver cette cohérence dans le développement des outils de l'e-santé. Ce sont des outils essentiels qui vont permettre le partage de données et il s'agit de permettre à chaque acteur de soins, dans un cadre multidisciplinaire, d'exploiter au mieux ces compétences dans l'intérêt et au service du patient.

Le partage de l'indication de la part du médecin généraliste vers d'autres acteurs de soins et le pharmacien en particulier peut améliorer certains éléments clés qui aujourd'hui font défaut dans les systèmes de santé notamment l'adhésion thérapeutique.

J'ajoute que la profession de pharmacien est en plein développement, je peux citer le dossier pharmaceutique partagé qui contient (pharmaceutical care data hub), ce qui signifie que les actions des pharmaciens seront portées à la connaissance des autres acteurs de soins et du médecin généraliste.

Il convient également de décloisonner les pratiques, dans un modèle intégré de qualité. Paul De Munck l'a dit dans la présentation précédente, et je permets de le rappeler, la formation de base notamment commune entre acteurs de soins dès le parcours universitaire est essentielle pour que les gens apprennent à collaborer, connaissent les différences de métier et les atouts des différents métiers.

Des gains d'efficacité significatifs peuvent en résulter si on organise la première ligne

de manière forte et structurée. Il convient de réfléchir à la manière dont les métiers sont financés.

Certes, l'Inami travaille en silo, mais l'on constate que le nouveau ministre de la santé a effectué un exercice d'une trajectoire budgétaire 2022-2024 avec, plutôt un élément transversal et il s'agit d'une bonne initiative en tous cas pour soutenir la première ligne et dans d'autres secteurs.

Par ailleurs, les soins transmuraux ne doivent pas être occultés. Les soins transmuraux peuvent être définis comme des formes de soins dispensés en fonction des besoins du patient sur la base de négociations de collaboration, d'harmonisation et de coordination entre les prestataires de soins généralistes et spécialistes, avec une responsabilité globale conjointe et des responsabilités déléguées explicites.

Renforcer la première ligne, c'est aussi permettre qu'entre la première et la deuxième ligne, dans les deux sens, les soins transmuraux soient qualitatifs auxquels l'échange des données de santé va certainement contribuer.

Il est en effet anormal qu'au XXI^e siècle, le partage d'informations sur la médication dispensée à l'hôpital ne soit pas accessible notamment aux pharmaciens d'officine, qui, dans pratiquement 70% des cas constituent le premier acteur que voit le patient quand il sort de l'hôpital.

Le développement d'e-santé et la collaboration transmurale sont des bonnes voies qui sont en tous cas étudiées aujourd'hui.

Par ailleurs, la crise Covid a relevé certains éléments et des enseignements qui doivent être exploités.

la profession de pharmacien: les pharmaciens ont montré certains atouts dans la crise Covid; tous les développements professionnels aujourd'hui que l'on met sur la table et qu'on porte depuis plusieurs années, sont toujours conçus dans un contexte multidisciplinaire et intégré.

Le niveau de fidélisation de la population au pharmacien est fort élevé en Belgique. Les gens choisissent en général la pharmacie qui est plus proche de leur habitat d'où l'importance de maintenir un réseau officinal proche de l'habitat.

D'après une enquête récente, 85% des gens considèrent le pharmacien plutôt comme un conseiller santé. Je fais référence aux éléments de la présentation de Paul De Munck selon lesquels sur 750 problèmes en santé, 250 personnes se rendent chez le médecin généraliste pour le traiter, et il est probable que les 500 autres personnes considèrent leurs problèmes comme étant mineurs et vont sans doute essayer de se soigner par eux-mêmes et donc trouver leur pharmacien.

Pour l'ouverture et l'accessibilité dans la première ligne, le pharmacien peut jouer un rôle important.

Dans les développements du futur, trois axes de développement professionnel peuvent

être priorisés:

- L'axe 1 est l'action des pharmaciens vu la proximité avec la population dans des politiques de prévention: on parle beaucoup aujourd'hui de vaccination, notamment la vaccination antigrippale, et le pharmacien, dans un mode intégré, peut aussi collaborer pour soutenir un mode de vie plus sain.
- L'axe 2 consiste dans le fait que le pharmacien peut être un excellent acteur de soins pour orienter les gens en fonction de leur problème de santé (cfr supra) comportant des symptômes mineurs.
Auparavant, dans les anciens enseignements universitaires, on apprenait aux pharmaciens à définir sur base d'une plainte de santé, les signaux d'alarme et référer vers le médecin généraliste au cas où l'automédication ne serait pas quelque chose de positif pour le patient.
Aujourd'hui, on est dans un système où on prône une automédication, avec une certaine volonté de mettre ses médicaments en dispensation libre dans d'autres canaux que l'officine. Il importe donc d'avoir une réflexion sur le fait qu'il y ait un acteur de soins qui dispense un médicament de conseil, pour à la fois orienter les gens, donner le bon médicament et éviter les usages inappropriés.
L'axe 2 comporte également l'aide au dépistage de certaines pathologies chroniques; à Bruxelles, par exemple, le fait que les pharmaciens participent à la dispensation des kits du cancer colorectal, constitue une très bonne chose.
- L'axe 3 constitue le suivi des soins pharmaceutiques qui est en plein développement aujourd'hui depuis l'arrivée de la fonction de pharmacien de référence qui agit sur 3 niveaux.

Le premier niveau, c'est la polymérisation: en Belgique, il y a 42.000 hospitalisations par an avec une dépense de 200.000.000 € dont la moitié serait évitable; le niveau de santé n'est pas optimal puisque plus de 30% de la population n'a pas ce niveau, et dans les maladies chroniques, 1 patient sur 2 ne prend pas correctement son traitement.

Le pharmacien pourrait agir sur ces différents éléments. C'est d'ailleurs ce qu'on propose dans les différents modèles dans la trajectoire budgétaire 22-24.

Le deuxième niveau consiste dans le fait que le pharmacien agit évidemment à tous les niveaux de soins (prévention, maladies chroniques, pathologies lourdes nécessitant chez le patient des interventions multiples et complexes de différents acteurs de soins) en dispensant les médicaments.

Le troisième niveau, et je me permets d'insister tout particulièrement sur ce point, c'est cette relation de travail entre le médecin généraliste et le pharmacien pour des patients chroniques qui ne sont pas encore dans un haut niveau de complexité mais qui prennent plusieurs médicaments, ne sont pas toujours bien adhérents à leur traitement ou n'ont pas nécessairement bien compris leur maladie.

A ce stade, ce binôme pharmacien/médecin généraliste peut agir pour éviter que la santé de ces patients qui ont des pathologies chroniques se dégrade et que cela n'engendre des situations beaucoup plus complexes qui évidemment coûtent de plus en plus chers: il y a donc moyen d'avoir des gains d'efficacité.

La fonction de pharmacien de référence relève d'une fonction importante puisqu'elle

veille au bon usage des médicaments pour des patients chroniques qui prennent cette médication chronique. Les statistiques démontrent que la majorité des gens qui disposent d'un pharmacien de référence sont des patients polymédiqués au nombre d'environ 800.000 personnes.

Je vais également dire un mot sur les différents projets du dépistage du diabète puisqu'ils ont eu lieu en Belgique notamment dans la province du Limbourg, en province du Luxembourg et du Hainaut et dans un tout récent projet de la ville de Bruxelles qui s'appelle le « Projet Care Test » qui a été encadré par les universités et par un groupe de parrains dont faisait partie la Fédération des Médecins Généralistes de Bruxelles.

Le protocole a été validé par la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale; dans ce cadre, se sont noués des partenariats avec les laboratoires de biologie clinique pour contrôler la qualité des PEC (prises en charge) qui permettent de mesurer l'hémoglobine glyquée, et lors des formations de la PPLW (cfr infra) notamment pour référer les gens qui n'étaient pas diabétiques mais qui avaient des problèmes de prédiabète.

Le diabète est une autre pandémie. Certes, plus discrète que la COVID mais qui touche de plus en plus de personnes. Une prévention et une détection précoce sont essentielles.

Les résultats s'avèrent assez édifiants et montrent à quel point on pourrait beaucoup plus agir dans des systèmes intégrés pour permettre un dépistage plus précoce avec une orientation des personnes dépistées vers la médecine générale ou vers des diététiciens dans le cadre d'un mode de vie plus sain.

La Ville de Bruxelles a décidé de soutenir l'APB (Association Pharmaceutique Belge) dans un projet pilote : le projet Care test. Celui-ci vise à dépister gratuitement le public à risque de Laeken, Molenbeek ainsi qu'Anderlecht via les pharmacies participantes. Pour les communes de Molenbeek et d'Anderlecht, ce dépistage a été entamé fin 2020 avec déjà de très bons résultats. Les patients qui sont inclus dans le projet Care Test sont des patients qui ont entre 40 et 65 ans ou à partir de 25 ans s'ils sont d'origine nord-africaine, turque ou sud asiatique, pour des raisons génétiques. On exclut les gens qui ont déjà un diagnostic posé par le médecin généraliste (maladies cardiovasculaires, diabète, maladies rénales). Il s'agit de sujets qui ne sont pas nécessairement suivis et qui entrent en pharmacie pour acheter quelque chose et proposer un dépistage du diabète.

Comment cela fonctionne-t-il?

Cela commence par un questionnaire d'inclusion qui permet d'évaluer le niveau de risque de diabète. Le dépistage consiste à identifier l'hémoglobine glyquée qui est la forme glyquée de la molécule d'hémoglobine dont la valeur biologique permet de déterminer la concentration de glucose dans le sang, la glycémie, sur trois mois. Elle est particulièrement utile et constitue le paramètre de référence dans la surveillance de l'équilibre glycémique des patients diabétiques.

Une analyse préliminaire nous apprend déjà que 1/5 des patients devraient être renvoyés vers le médecin pour diagnostic. Un projet a également lieu à Laeken.

Il faut savoir que la prévalence du diabète est en moyenne de 6,7 % dans la population adulte belge.

À l'heure actuelle, on considère que cette prévalence atteindra 7,9 % vers 2040. 1/3 des personnes diabétiques ignorent qu'elles le sont et ne seront pas traitées précocement.

Si je peux m'exprimer de la sorte, environ 1 million de Belges sont "éligibles" pour la prévention. Nous pensons que les pharmaciens peuvent contribuer à la prévention et à une orientation plus précoce en bonne relation avec les médecins généralistes.

Pourquoi? Car la pharmacie et le pharmacien jouissent d'une grande accessibilité et d'un haut niveau de contact et de confiance avec l'ensemble de la population y compris des personnes qui n'ont pas de médecin généraliste.

Dépister un diabète plus précocement évite évidemment de détériorer la qualité de vie des gens et évite d'initier des traitements beaucoup plus précoces qui entraînent des coûts pour la sécurité sociale moins élevés

Ainsi, 70% des personnes qui sont en état de prédiabète vont développer un diabète dans les dix ans. Pourtant, avec un peu d'exercice physique et si on adapte un peu son régime alimentaire de façon à perdre un peu de poids (ndlr: 10% de la masse corporelle) la moitié de ces gens ne deviendront pas diabétiques.

Je pense que ce projet a été mené de manière complètement pluridisciplinaire intégrée. On disposait même des contacts avec la plateforme d'échanges de données pour que le pharmacien puisse encoder le résultat afin que le médecin généraliste puisse y accéder. Je partage l'avis de Paul De Munck selon lequel il y a de la résistance par rapport à ce type d'approche nouvelle notamment de la part des syndicats médicaux. Mais j'estime que cette collaboration sur la première ligne en se basant surtout sur les résultats des expériences pilotes, doit être développée, c'est un fait certain.

Vous conviendrez du potentiel de ce simple projet pilote en termes d'économie de la santé mais aussi de qualité de vie des personnes.

Ces éléments doivent être mis dans la balance pour essayer d'organiser la première ligne de manière la plus efficace, pour que les soins soient prestés de manière plus précoces mais aussi pour qu'on veille notamment avec l'aide des pharmaciens dans le bon usage des médicaments en collaboration avec les médecins généralistes. Cette collaboration avec les médecins généralistes s'organise au travers de la PPLW mais aussi au travers d'une asbl que nous avons créée et qui réunit les différents syndicats des médecines générales.

Je voudrais dire un mot de la PPLW : celle-ci regroupe les fédérations des professionnels de première ligne de soins de santé et d'aide de Wallonie. Elle rassemble ces métiers intervenant de façon multidisciplinaire en ambulatoire dans le parcours de vie du patient. Elle vise à promouvoir le décloisonnement des pratiques et une coordination efficiente et entend être à l'avenir un interlocuteur de référence des pouvoirs publics pour tout sujet concernant la première ligne de soins.

L'APB est en train d'élaborer un document qu'on appelle les « pistes de collaboration de première ligne » afin de sélectionner à quel niveau médecins et pharmaciens pouvaient collaborer pour essayer d'améliorer justement les prises en charge notamment des patients chroniques mais aussi sur certains autres éléments.

Globalement, je pense que la profession de pharmacien, et je l'ai vécu au sein de mon

association, est souvent une profession qui est souvent perçue dans un angle qui n'est pas le bon.

Aujourd'hui, ce qui est important c'est de montrer les véritables atouts de la profession, c'est-à-dire son accessibilité, sa proximité avec la population, et le fait que dans de nombreux pays du monde et d'Europe, on utilise beaucoup plus les pharmaciens que dans notre pays.

Par exemple, on a depuis le début de l'épidémie mentionné auprès des autorités fédérales la possibilité pour les pharmaciens de faire du testing et pour cela, établi des protocoles très stricts qui ont été validés et qui permettaient de le faire, on ne l'a pas fait en définitive.

Par rapport au suivi des traitements chroniques et la continuité des soins, on a ainsi remarqué que les pharmaciens faisaient 4 fois plus de portage à domicile de médicaments qu'en période normale, durant cette crise sanitaire. C'est dire l'importance d'assurer cette continuité des soins.

Aujourd'hui, il y a cependant un projet pilote développé dans les pharmacies bruxelloises qui montrent déjà des résultats qui sont quand même, en termes d'efficacité, plus efficaces que certains autres systèmes de testing, et certainement moins coûteux.

En ce qui concerne la vaccination, si il est patent que cela ne fait pas partie des prérogatives des pharmaciens actuellement en Belgique, celles-ci dans plusieurs pays européens par exemple, vaccinent contre la grippe.

En France, lors de la dernière campagne de vaccination, 2,4 millions de personnes ont été vaccinées par les pharmaciens; ce qui est intéressant de noter c'est que ce ne sont pas des gens qui se rendaient habituellement chez leur médecin généraliste, qui se faisaient vacciner pour la première fois, étaient dans le public cible mais qui ignoraient les appels des autorités. Cela devient une complémentarité par rapport à ce que fait le médecin généraliste et l'on doit s'orienter vers cela.

Un rapport du KCE (ndlr: centre fédéral d'expertise en soins de santé) constate que la couverture vaccinale contre la grippe en Belgique est en moyenne de 46% et estime qu'il faudrait 75% de couverture vaccinale serait de nature positive pour faire des économies et gagner en efficacité en matière de soins de santé.

Si je prends l'exemple de la polymédication (- 42.000 hospitalisations par an pour un coût de 200 millions d'euros dont la moitié pourrait être évitable, c'est-à-dire 100 millions d'économies), combien coûte la non-adhésion thérapeutique au traitement ? C'est de nouveau énorme, et on a des études économiques qui le montrent.

Ann Herzeel (co-présidente de l'Union des Pharmaciens de Bruxelles)

En complément aux propos d'Alain, je vais évoquer le projet pilote de testing rapide qu'on a mené dans huit pharmacies à Bruxelles en tentant de toucher un public qui ne va pas dans les centres des tests, qu'on n'arrive pas à motiver pour prendre un rendez-vous pour

se rendre dans le centre de test ni chez leur médecin généraliste.

Quels sont les enseignements ?

On a observé un taux de positivité de 14% chez ces patients-là, ce qui est significatif, et un relais est disponible auprès de Sciensano. L'UPB a été impliquée également dans les centres de vaccination (de la préparation de seringues à la sensibilisation).

Dans les premiers temps, les gens venaient chez nous avec leur lettre d'invitation à la vaccination et on prenait rendez-vous pour eux.

Il est important que le citoyen ait un prestataire de soins en qui il accorde confiance: c'est capital et encore plus dans une grande ville avec une multitude de réalités telle que Bruxelles.

La crise sanitaire nous a permis de faire en sorte que des patients n'interrompent pas leur traitement car on a rencontré nombre de patients qui n'avaient pas de médecin généraliste.

Le fait qu'il n'y ait pas d'interruption de la médication est important dans certaines pathologies et constitue un gain d'efficacité énorme.

Christophe Verbist :

Merci à nos deux premiers intervenants dès à présent pour la qualité de leurs exposés; parmi les éléments de langage que l'on a pu déjà distinguer, revient la question notamment de la multidisciplinarité, ainsi que la nécessité de ne pas travailler en silo, de renforcer un système intégré.

Je cède la parole maintenant à Monsieur Thierry Lothaire qui est Président Union4U, qui est le syndicat belge autonome des praticiens de l'art infirmier.

**Thierry Lothaire, président de UNION 4 U
(Syndicat autonome belge des praticiens de l'art infirmier)**

***“Sans réforme structurelle,
pas d'attractivité des soins”***

Nous constituons une nouvelle structure syndicale, depuis fin octobre 2020, ; étant donné que nous n'étions pas vraiment soutenus par les structures syndicales traditionnelles, la profession a souhaité, en tenant compte d'un ensemble d'impératifs, c'est-à-dire à la fois les aides-soignants et les infirmiers qui représentent de loin la plus grosse profession de santé dans le pays, permettre d'avoir une structure syndicale en tant que telle et nous avons des statuts qui ont été déposés et publiés fin du mois d'octobre à cet effet.

Le titre de mon exposé « Sans réforme structurelle, pas d'attractivité des soins » paraît bien évidemment pour le commun des mortels, une forme de parole forte.

Sachez cependant que depuis trente ans, on revendique une réforme structurelle des soins et spécifiquement tout ce qui tourne autour de la sphère infirmier et aide-soignant, tant en amont qu'en aval, tant au niveau formatif qu'au niveau de l'expertise et du travail sur le terrain.

Notre syndicat a comme volonté de protéger les acquis sociaux de nos infirmiers et aides-soignants, d'améliorer aussi leurs conditions de travail, de représenter ces travailleurs de la santé au niveau des instances de décision et de promouvoir la formation et l'expertise de l'art de soigner.

Union4U est attachée à garantir une sécurité et une qualité des soins apportés à la population, que celle-ci soit saine ou malade, et nous voulons absolument que nos démarches soient centrées sur le patient qui en a plus que besoin en ces périodes très difficiles.

Une de nos valeurs prioritaires, c'est la liberté. Notre syndicat se veut en effet « autonome ».

Solidarité, responsabilité et créativité guident vraiment notre vision syndicale. Notre objectif n'est pas de créer et de faire des manifestations, des grèves à tout va, mais bien d'essayer de co-construire tant avec l'individu malade, les familles, les patients, mais aussi tous nos partenaires médecins, pharmaciens et toutes les autres catégories professionnelles.

A cet effet, j'ai apprécié dans l'intervention de Monsieur Chaspierre et du Dr De Munck cette vision de ce qu'on appelle le trinôme à savoir médecins, pharmaciens, infirmiers, que l'on n'utilise malheureusement pas suffisamment notamment en milieu hospitalier mais qui est pourtant déterminant et essentiel dans le cadre du fonctionnement des soins de santé.

L'esprit de multidisciplinarité, d'interdisciplinarité où le patient est au centre de toutes actions est aussi essentiel. Ce trinôme doit être développé beaucoup plus.

On évoque très souvent le binôme médecins-infirmiers, mais en ce qui nous concerne dans les soins directs aux patients, je suis convaincu qu'il faut vraiment faire appel également aux pharmaciens. Dans ma vie professionnelle, j'ai eu la chance de travailler avec des pharmaciens cliniciens hospitaliers en soins intensifs, et c'était vraiment un partenariat d'efficacité majeure lorsqu'on prend en considération le nombre de médicaments qu'un patient peut recevoir par jour, chez les grands brûlés ou en soins intensifs, c'est colossal.

Fort peu de personnes connaissent le parcours de ces différents médicaments dans le corps du patient. Après une réflexion notamment pharmacologique, on parvient à avoir des résultats beaucoup plus intéressants et l'on diminue largement le nombre de médicaments administrés aux patients. Le gain se révèle alors efficace.

Ce que j'ai vécu en soins intensifs, on peut certainement le vivre de façon beaucoup plus prégnante pour une population beaucoup plus large dans les soins de première ligne, les soins à domicile.

Comment renforcer les soins de première ligne ?

Les soins de première ligne font partie intégrante de cette nouvelle vision des soins qui sont à la fois institutionnels mais aussi intra hospitaliers.

J'ai apprécié aussi tantôt l'intervention de Monsieur De Munck qui a parlé de l'infirmière de pratique avancée: à titre indicatif pour le grand public et pour les professionnels, sachez que l'infirmière de pratique avancée va voir le jour de façon officielle en Belgique puisque nous avons, du côté francophone, et la réflexion est déjà de mise depuis plusieurs années en Flandre, nous avons un accord du ministère depuis la semaine dernière concernant l'ouverture d'un nouveau master en sciences infirmières avec une finalité d'infirmière de pratique avancée.

Cela constitue un quatrième échelon après aide-soignant, infirmier, infirmier spécialisé, on dispose enfin d'un niveau universitaire académique en master 2, après 4 ans d'études, et voir 5 ans après une spécialisation.

Le monde infirmier est aujourd'hui en pleine effervescence tant en institution que dans les soins à domicile. La profession, de première ligne ou dans le milieu institutionnel, doit être valorisée, reconnue pour ses compétences et son expertise. Il est assez incongru de les applaudir il y a un an d'ici et aujourd'hui d'être violent à l'encontre des infirmiers dans les soins d'urgences.

Je profite de la présente tribune pour saluer nos dizaines de milliers de travailleurs infirmiers et aides-soignants qui, tous les jours, sont face aujourd'hui à des réalités de vie et de mort mais aussi à des réalités de violence qu'ils ne méritent absolument pas.

Nous souhaitons aussi être au chevet des patients, auprès des familles et des proches, des infirmiers et des aides-soignants mieux formés, plus qualifiés, réflexifs et compétents, et enfin reconnus et payés en regard de leurs responsabilités et expertises afin d'être représentés de façon effective dans tous les organes de décisions et secteurs du système de soins de santé en Belgique.

La situation critique du recrutement est par ailleurs problématique : comment voulez-vous motiver des jeunes à s'orienter vers la profession infirmière si d'une façon générale on ne parle que d'abandon professionnel de recrutement et de difficulté de rétention des praticiens.

La réalité de l'épidémie COVID 19 fait que depuis un an, un an et demi la situation devient intenable.

Nos gouvernants doivent impérativement prendre la mesure du fait que les soins de santé sont un investissement et non pas un coût.

A titre indicatif, je prends souvent l'exemple suivant : on a depuis toujours défini le marchand et on le compare au non marchand.

Que signifie le non marchand ?

C'est comme faire une distinction entre essentiel et non essentiel. Si je prends l'hypothèse d'une toiture et puis subitement une tempête qui fait que 3 tuiles partent, à partir du moment où on a quelqu'un qui vient réparer le toit et remet les 3 tuiles, il y a une TVA, il

y a une valeur ajoutée. Si une infirmière fait un pansement sur l'abdomen d'un patient nouvellement opéré, là, on va dire qu'il y a un coût, et on ne va pas considérer qu'il s'agit d'un investissement.

Je plaide pour la suppression de cette distinction marchand et le non marchand dans le vocabulaire socio-politique et médiatique.

Les changements doivent être réels, significatifs et structurels, donc durables.

Le 12 mai prochain, on profite de la « journée internationale des infirmières » pour faire un acte fort. Un acte fort au niveau de l'ensemble des politiques locaux, régionaux, nationaux mais tous les médias également ainsi que les professionnels de la santé, en déposant notre manifeste pour l'attractivité des praticiens de l'art infirmier en Belgique : le plan d'attractivité d'Union4U à l'horizon 2030.

Ce manifeste se veut positif, pas uniquement critiquer, et entend surtout apporter une réflexion pour obtenir une réforme structurelle et surtout attractive qui exige un courage politique. Dire « *il n'y a qu'à recruter du personnel en plus* » n'a aucun sens. J'ai donné 35 ans de ma vie à l'enseignement, pour former une infirmière, il faut 4 ans, quand tout va bien, c'est-à-dire pour 10% des étudiants, les autres mettent déjà 5 ans.

Avant 2026-27-28, il ne faut pas rêver, il n'y aura pas beaucoup d'infirmières dans les soins intensifs. Il faut être conscient que tout ça prend du temps et que les décisions politiques, c'est maintenant qu'elles doivent être prises et pas demain.

Il faut également qu'on ait l'adhésion de ces politiques et de la population. Je crois pouvoir affirmer qu'on a l'adhésion de la population.

Des politiques, beaucoup de discours, mais pas beaucoup d'actions.

Quels que soient le secteur et le lieu d'exercice, la charge de travail par professionnel de soins doit être adaptée aux réalités quotidiennes.

Nous militons également pour un environnement durable de travail, qui soit à la fois attractif et motivant, et qui favorise l'épanouissement et la rétention du personnel.

Le respect du praticien de l'art infirmier, en termes d'horaire, d'heures de travail, de rémunération et responsabilités, renforce son identité professionnelle et surtout, optimise la qualité et la sécurité des soins.

L'affirmation « c'est très beau les primes, 950€, eux, ils ont des primes » est tout autant à nuancer : des 950€, la plupart des infirmiers qui ont reçu eu les primes "COVID", entre 350€ et 450 € nets sont réellement dans leur poche et cela dépend du statut.

Une des seules fois où l'on a obtenu une revendication efficace avec 11% d'augmentation, c'est en 1990, et le Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales s'appelait Philippe Busquin. Depuis lors, on attend toujours d'avoir une augmentation salariale digne de ce nom. Et donc, on veut des mesures concrètes et structurelles.

La forfaitarisation a, comme avantage, de globaliser un ensemble de soins, et donc vraisemblablement au travers d'une somme en espérant qu'elle soit suffisante, ça correspond à un remboursement pour prestations d'un ensemble d'actes sur une journée notamment.

L'acte proprement dit, le paiement à l'acte, est beaucoup plus réducteur, notamment, n'est pas toujours en lien avec tel ou tel prix. C'est évident que si vous avez un sous-financement pour une injection, je ne sais plus exactement (5€ par injection), on est dans un schéma qui est difficilement compréhensible et pas apprécié.

Je crois que l'on peut imaginer des forfaits qui soient tout à fait adaptés à l'évolution des pathologies chez des patients aujourd'hui en comorbidité et de grands âges, en tenant compte des échelles d'évaluation qui soient crédibles et pas des échelles qui parlent uniquement de dépendance.

Il faut vraiment aller de l'avant et faire en sorte que les multiples pathologies soient prises en compte de façon qualitative.

Dans la dernière partie de mon exposé, je vais essayer de tracer ce que nous pensons utile pour les soins de première ligne en tant que syndicat.

1. Il convient tout d'abord revoir la nomenclature Inami infirmière qui est depuis longtemps obsolète et pas ou peu valorisée pour l'ensemble des prestations techniques. Car en effet, il n'y a pas que les prestations techniques, il faut absolument tenir compte de la charge de travail effective notamment de la charge de travail intellectuelle.

On évoque souvent cette charge de travail au niveau des médecins, mais sachez qu'au niveau des infirmiers et infirmières, que ce soit celles et ceux de pratique avancée ou au niveau des spécialisations, nous devons aller de l'avant et avoir une réflexion appropriée.

Il est révolu le temps de dire que l'infirmière, c'est la piqueuse et la panseuse. Par exemple, et il s'agit d'un constat qui a été quand même accepté par les mutuelles, les conventions Inami, une aide-soignante, une infirmière spécialisée en soins à domicile aura une même rémunération pour un acte presté. L'image de l'infirmière purement exécutante, continue à être véhiculée et pourtant elle est particulièrement dévalorisante, restrictive et réductrice.

Il faut absolument qu'on tienne compte de la nécessité de prendre en charge qualitativement les soins complexes. La profession d'infirmier ne se définit pas seulement au travers d'actes ou de prestations techniques.

Prenons la rotation trop rapide de pas mal de patients qui reviennent ou qui vont d'abord dans les soins à domicile dans des conditions parfois très difficiles de soins, le retour dans les milieux hospitaliers de patients qui sont sortis beaucoup trop rapidement ou encore des jeunes mais aussi parfois des personnes âgées ou des personnes avec des comorbidités importantes. A cet effet, nous souhaiterions qu'il y ait un renforcement majeur de la visibilité et de la reconnaissance de ses compétences par la prise en compte notamment de la nomenclature Inami (in-

firmière) et la reconnaissance de son expertise en les intégrant notamment dans des groupes de réflexion, de décisions locale, régionale voire nationale au travers par exemple des conventions Inami.

La profession infirmière représente près de 65% d'indépendants dans les soins à domicile et pourtant ne dispose pas de représentation dans les conventions Inami, et cela constitue selon nous une carence historique qui, en termes de justice sociale, n'est peut-être pas tout à fait correcte aujourd'hui.

Le terme "les oubliés du système du santé " était adéquat notamment lors de la première vague en mars et avril 2020. Le collectif d'infirmières de soins à domicile de Wallonie et de Bruxelles-Capitale, dont Aurore De Wilde faisait partie, a créé lui-même, par manque de réactivité de la Ministre Maggie De Block, les premières procédures et recommandations Covid-19 pour les soins à domicile et les ont proposées aux autorités.

Il est quand même édifiant que les autorités aient attendu que les professionnels eux-mêmes proposent des solutions pour pallier le mieux possible à une crise, une pandémie qui avait été reconnue comme « gripette », au début mars 2020. Il en a été de même, pour les maisons de repos pour personnes âgées, les MRS, et où là, l'armée a été réquisitionnée comme d'autres bénévoles pour essayer de trouver des solutions par manque évident et parfois criant de personnel et de matériel.

2. Il nous paraît important de parler de l'accès et de la reconnaissance de légale de la consultation et de la prescription infirmière.

J'ai abordé cette problématique lorsque je présidais le groupe de travail à la Commission Technique de l'Art Infirmier concernant la consultation et la prescription infirmière, et ce besoin de reconnaissance existe.

Cette démarche est bien évidemment soumise à une réglementation qui doit être adaptée et qui incombe aussi des structures de formation. Ce n'est pas le tout de dire « il faut prescrire », faut-il encore savoir comment prescrire. Dans notre pays, pratiquement personne, aucun infirmier ou aucune infirmière n'a cette compétence actuellement pour pouvoir l'enseigner. C'est complexe: cela demandera du temps mais il faut y arriver.

Il faut également reconnaître et valoriser cette approche au travers de la notion d'approche réflexive au travers de l'anamnèse, de la consultation, de diagnostic infirmier et la prescription infirmière. Alors que depuis bien longtemps, les prescriptions infirmières existent dans la plupart des pays anglo-saxons (USA, Royaume-Uni, Australie), c'est tout à fait fonctionnel, alors que chez nous cela reste à la traîne.

Dans la nomenclature infirmière Inami, il faut revoir cette tarification consultation, renforcer et valoriser l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage et bien sûr renforcer l'éducation des soins techniques spécifiques plus complexes.

L'infirmière de pratique avancée peut vraiment faire la jonction entre l'institution, le monde institutionnel hospitalier notamment, mais aussi d'autres institutions

(polyhandicapés et autres).

Si on avait pu disposer de ces infirmières formées dans la crise Covid, je peux vous garantir qu'en termes de coordination des soins, cela aurait été beaucoup plus efficace. A cet égard, et ceci corrobore ce que je viens de dire, l'évaluation de la prescription infirmière dans de nombreux pays, montre une diminution des rappels des patients, une meilleure adhésion des patients aux plans de traitement, l'amélioration de l'absorption des médicaments et de meilleurs résultats de santé pour les patients.

La tarification de la consultation infirmière s'entend en plus de la tarification des actes et forfaits de soins.

La nomenclature infirmière prend en compte un numéro à encoder qui est spécifique à chaque situation ou prestation, ce qui permet de savoir précisément qui fait quoi, qui a délégué quoi et à quelle personne.

Je me permets de reprendre mon argumentaire en guise de conclusion :

- Revoir le financement de la consultation infirmière car la réflexion est un acte infirmier.
- Renforcer et financer l'éducation thérapeutique du patient et/ou de son entourage.
- Renforcer le financement de l'éducation des soins techniques spécifiques complexes,
- Soutenir les alternatives à l'hospitalisation dans un esprit de multidisciplinarité et de collaboration inter professionnelle.
- Valoriser les pratiques de groupe y compris entre infirmiers indépendants, -Adapter les structures de remboursement,
- Envisager la création de nomenclatures spécifiques, des soins infirmiers, entre l'hôpital et les MRS, selon le modèle des soins infirmiers à domicile.

Je conclus avec l'assertion suivante « le futur des soins de santé doit se conjuguer avec nous, les professionnels de soins ».

Et comme le disait déjà en 1933 dans un manifeste Franklin Roosevelt, président des Etats-Unis : « Sans vision, le peuple meurt ».

**Aurore De Wilde, présidente de la FIIB
(Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique)**
“L'avenir de la profession infirmière”

Il y a probablement une pénurie d'infirmières parce que les conditions de travail, comme vous l'a expliqué tout à l'heure Thierry, ne sont pas optimales.

Il faut savoir que statistiquement parlant, la carrière moyenne d'une infirmière est aujourd'hui de 7 ans et on ne fait plus du tout une carrière de 30 ou 40 ans aujourd'hui. Les infirmières souffrent des conditions actuelles et/ou elles entament carrément dans une autre carrière ou alors, elles reprennent des études pour obtenir un master, mais certainement plus travailler dans les soins infirmiers.

Vous devez savoir, que depuis de nombreuses années, les associations de défense professionnelles tirent vraiment la sonnette d'alarme sur la nécessité d'une revalorisation de notre profession. Nous sommes entendus certes mais guère écoutés.

La profession et la pratique infirmières suivent l'évolution de la médecine et de la science, mais aussi celle de la société. Ce qui était la réalité des soins il y a vingt ans, ne l'est plus du tout aujourd'hui. Nous voyons en soins à domicile des patients polypathologiques beaucoup plus âgés, nonagénaires, même centenaires.

La philosophie des soins a également beaucoup changé ces dernières années: aujourd'hui, l'infirmière est une professionnelle de la santé et elle travaille en collaboration avec le médecin, en pluridisciplinarité (du moins en soins à domicile).

Elle travaille aussi en partenariat avec les autres professionnels de la santé que ce soient les médecins bien sûr, les kinés, les logopèdes, les ergothérapeutes, les psychologues quand il y en a, mais dans le respect et la reconnaissance des compétences et des connaissances de chacun.

Pour reconnaître notre profession, je pense qu'il y a différents éléments à cibler.

- Nos compétences et nos connaissances :

Existente les connaissances que nous avons engrangées dans notre cursus infirmier de par la théorie et la pratique mais, il y a surtout les compétences que nous avons apprises avec notre expérience professionnelle et qui ont évolué aussi avec nos spécialisations, nos qualifications et nos formations continues. Nous avons une expertise de terrain.

A titre personnel, je suis infirmière à domicile, j'ai une expertise de terrain et je sais très bien comment je dois me comporter face à mon patient, à son entourage, que je dois le vouvoyer, le patient est chez lui, je fais ce que je peux et pas ce que je veux, je dois aussi m'adapter au manque de matériel, aux problèmes liés parfois aux facultés intellectuelles de certains patients, je dois me mettre vraiment au diapason du patient.

L'infirmière dispose aussi d'un savoir-faire: depuis plusieurs années que je fais du domicile, je sais comment je dois me comporter, je sais justement les liens, les réseaux, les centres de coordination, je téléphone au pharmacien quand il y a un problème, etc. J'ai vraiment acquis un savoir-faire pour les soins à domicile.

- La valorisation financière et le statut social :

Il me revient que la motivation serait en carence pour le cursus en soins infirmiers: je considère que c'est assez normal et que la pandémie qui dure depuis un an et demi, n'a pas arrangé les choses bien évidemment.

Ensuite, les études sont passées de trois à quatre ans, le salaire n'est pas attractif, les horaires sont inconfortables, la reconnaissance des compétences et la pénibilité de notre métier ne sont pas reconnues.

Les jeunes étudiants, plutôt que d'aller dans le cursus infirmier, vont plutôt faire des études où ils vont gagner plus, où ils ne devront pas travailler ni les week-ends ni les jours fériés.

Permettez-moi de cibler plus particulièrement le secteur des soins à domicile. Comme

l'a dit déjà Thierry, il faut vraiment une réévaluation totale de la liste d'actes et de la nomenclature. Prenons un soin d'hygiène chez un patient; nous devons remplir une échelle qui s'appelle « l'échelle de Katz ». Depuis des années, on prône l'autonomie du patient, cette échelle de Katz prône la dépendance du patient.

Nos fédérations demandent depuis des années de mettre plutôt la pathologie du patient sur l'échelle de Katz pour que l'on se rende compte de la charge de travail parce qu'un patient n'est pas l'autre, mais jusqu'ici, nous n'avons pas été écoutés...

De surcroît, chez de nombreux patients chez qui nous allons déjà, nous prenons des paramètres, tension artérielle, saturation, test de glycémie, et ces actes ne sont pas rémunérés.

Par ailleurs, en soins à domicile, nous voyons beaucoup de patients qui sont incapables de se médicamer correctement ou qui se surmédiquent.

Je précise que pour la préparation de médicaments, même si le médecin nous demande de venir préparer les médicaments et donner les médicaments deux fois par jour à nos patients, nous ne pouvons pas le faire. Pourquoi ? Parce que la préparation quotidienne des médicaments chez le patient, c'est uniquement pour les patients schizophrènes ou bipolaires, chez les autres, c'est une préparation hebdomadaire. Inutile de vous préciser qu'un patient anxieux, un patient qui ne dort pas, si on lui prépare son pilulier pour la semaine, il va prendre trop de médicaments dans les jours suivants. Nous sommes impuissants puisqu'on ne peut pas aller tous les jours chez les patients.

L'adaptation du plafond journalier s'avère également nécessaire: exemple: je vais faire un soin d'hygiène chez un patient, ce patient a besoin de trois doses d'insuline par jour et d'un pansement d'une escarre du sacrum : chez ce patient, même si je me rends chez lui trois fois par jour, le plafond journalier atteint 15,75€ brut par jour.

J'aborde la problématique du forfait.

Prenons l'exemple de deux patients octogénaires qui sont tous les deux grabataires, ce sont des forfaits C. Chez le premier patient, je passe deux fois par jour, je fais sa toilette, je le lève au fauteuil, et le soir, je retourne le rafraîchir et je le remets au lit.

Le second patient, c'est un forfait C aussi, octogénaire, ce patient je fais ses soins d'hygiène, j'ai 3 insulines par jour, une alimentation entérale et le soir, j'ai une perfusion à lui mettre.

Pour les deux patients, je vais avoir exactement la même rémunération. Pourtant, chez le premier patient, je vais passer une heure sur la journée, chez le deuxième patient, je vais passer deux heures sur la journée et je vais avoir le même tarif. Je trouve que c'est tout à fait inacceptable.

Nous souhaitons au sein des fédérations ne pas s'orienter vers de la délégation à du personnel moins qualifié.

Nous savons que les aides soignantes n'ont pas démerité mais il y a un problème de responsabilité en soins à domicile. Pourquoi ? Pour qu'on puisse déléguer des soins aux aides soignantes, nous devons ficeler un dossier avec des protocoles d'alertes de détresse pour que l'aide-soignante sache, en cas de problèmes, nous appeler. Nous devons superviser ces soins.

Imaginons, un patient avec une toilette, deux doses d'insulines par jour et un pansement complet, l'aide-soignante va pouvoir faire la toilette mais l'infirmière va devoir aller réaliser les insulines et le pansement complexe.

Lorsque j'évoque une vision d'aide, nous voyons plus l'aide-soignante comme un partenaire et qu'elle vienne avec nous faire les soins, qu'elle puisse nous aider pour lever les patients, tourner le patient, ce serait beaucoup plus logique que d'avoir cette responsabilité sur des soins que nous faisons.

Évoquons ensuite le statut social :

On ne donne pas non plus envie aux infirmières de travailler en soins à domicile. Le statut social, octroyé en 2017, est de 500 € annuels ; il doit être adapté à l'instar des kinés, des logopèdes ou des médecins traitants.

Nous devons avoir une prime télématique correcte (actuellement, elle est de 800 euros annuels) et être informatisés en tant qu'infirmier en soins à domicile car les logiciels coûtent chers.

Si l'obligation de lire la carte du patient à chaque passage a été abolie pendant cette pandémie pour éviter les manipulations et donc la contamination, et ce à notre demande. Cependant, nous avons dû acheter des tablettes pour y inscrire nos observations, l'évaluation afin que nos dossiers soient synchronisés ; cette maintenance coûte annuellement 300€ minimum. Cette prime de 800 euros s'avère donc foncièrement insuffisante. Aussi, nous voudrions une pension raisonnable.

Une infirmière indépendante qui a fait toute sa carrière en soins à domicile bénéficiera de 1.250 € nets de pension.

Nous souhaitons également moins de charges administratives car celles-ci sont vraiment exagérées et nous n'avons pas les moyens de nous payer une secrétaire, ce qui ne nous empêche pas d'être pleinement favorables à la mise en route du réseau de santé wallon qui implique un suivi administratif de qualité.

Lorsque Thierry parlait tout à l'heure de changement de procédure à la commission de convention Inami, ce point est en effet très important.

En Wallonie, 70% des patients sont soignés par des infirmières indépendantes. Pourtant, en commission de convention, il y a 8 mandats, 4 occupés par des structures salariées néerlandophones et francophones et 4 autres pour les néerlandophones.

Pourquoi ? Cela dépend du système de comptage et les associations néerlandophones ont un esprit germanique et les infirmières se cotisent et se fédèrent beaucoup plus qu'en Wallonie. En Wallonie, les fédérations ont moins de membres cotisants ce qui fait que lors du comptage, nous sommes toujours les parents pauvres et ce sont toujours les fédérations indépendantes néerlandophones qui ont un siège. Donc, nous revendiquons un siège francophone.

J'en viens aux conclusions de mon exposé.

Pourquoi faudrait-il rendre le métier plus attractif pour que les infirmières travaillent plus en soins à domicile ?

Il faudrait un salaire plus valorisant et une reconnaissance de la pénibilité du métier. En soins à domicile, nous sommes seules face au patient. Il y a des environnements où il est impossible de mettre des personnes: les patients sont quelquefois deux à trois fois plus lourds que nous. Vous imaginez bien que nous avons un métier pénible avec des horaires inconfortables. Nous soignons de plus en plus de patients en soins palliatifs, nous sommes rappelés la nuit.

En ce qui concerne la reconnaissance de la maladie professionnelle : quand nous avons levé pendant 25-30-35 ans des patients lourds, nous avons souvent des lombalgies, et ce n'est pas reconnu en maladie professionnelle.

Nous demandons aussi une adaptation de fin de carrière. En effet, si j'ai des lombalgies, je travaille à 3/4 temps ou à mi-temps, ce serait intéressant de pouvoir disposer d'un aménagement financier correspondant. Il faut une reconnaissance de nos compétences et je m'inscris dans ce qu' a dit Thierry à propos: nous avons tous des compétences, nous avons fait des études, nous avons de l'expérience, nous avons fait des spécialisations, des qualifications, nous sommes obligés maintenant depuis 2021 de faire des formations continues et on ne reconnaît pas nos compétences.

Pour la prescription infirmière : Thierry en a parlé. Je pense qu'il est important aussi qu'il y ait des soins de prévention et d'éducation. Il y a déjà l'éducation en diabétologie, il y a déjà l'éducation pour l'insuffisance rénale mais je pense que si nous avions eu des soins dans la liste des actes des soins de prévention, face à la pandémie, la population aurait déjà réagi autrement.

Vous devez savoir qu'il y a beaucoup de patients qui auraient pu éviter d'être contaminés s'ils avaient pu avoir plus d'informations.

Ces soins de prévention, nous les donnons tous les jours aux patients, mais effectivement, ils ne sont pas rémunérés.

Vous savez comme moi que les soins se complexifient de plus en plus, que les sorties de clinique sont de plus en plus précoces et que l'infirmière en soins à domicile doit par la formation continuée apprendre toutes les nouvelles techniques en vue d'optimiser les soins donnés aux patients pour que le patient ait des soins de qualité.

Je vais enfin parler de la formation continue.

Pour la formation continue, nous avons 175 € annuellement. Pour ce faire, l'infirmière indépendante doit prendre congé et elle n'aura que 175 € sur l'année. elle doit suivre 5h minimum, 4h sur la nomenclature et 1h sur les directives qui gèrent notre métier. Il faut savoir également que de plus en plus de patients désirent être soignés et terminer leurs jours à leur domicile. La non-institutionnalisation de ces patients apporte plus de confort et de liberté à la population.

Je pense que les soins à domicile sont l'avenir et qu'il convient absolument d'augmenter

l'enveloppe des soins à domicile. Je pense les soins de santé comme des investissements, à l'instar des autres intervenants de ce webinaire. Il faut éviter les visions à court terme, cibler le long terme.

On l'a bien vu, on a voulu faire des économies, on a fermé les lits et pendant la pandémie, il n'y avait pas suffisamment de lits.

Il est impératif de collaborer avec les associations de défense professionnelles, demander l'avis de l'UGIB, par exemple, au syndicat professionnel, qui rassemble les prestataires infirmiers tous secteurs confondus, de leur avis avant de prendre toute décision qui concerne notre métier.

Nous avons essayé de motiver les patients à suivre les recommandations, de se masquer, de se laver les mains, de se désinfecter, etc. mais ce n'est pas évident du tout. Nous avons dû nous protéger, nous avons eu un kit stratégique avec des masques, des surblouses, une visière et une boîte de gants.

Jusque là, depuis le début de la pandémie, la boîte de 100 gants est passée de 7€ à 18-22€ la boîte de 100. Une infirmière qui fait une tournée moyenne, a besoin d'une boîte de 100 gants tous les 2 jours. Nous aurions dû avoir depuis septembre 2020, 2,5€ pour 200 contacts maximum avec les patients et à ce jour nous ne voyons rien venir.

On pourrait estimer à 500 € par mois depuis septembre 2020, ce que nous aurions pu obtenir comme pécule mais nous n'avons toujours rien. Nous devons investir pour soigner nos patients.

Depuis quelques mois, beaucoup de prestataires se sont investis dans les centres de testing et de vaccination, et ils le font sur leur temps libre, les we, les jours fériés, puisque la plupart des centres sont ouverts 6 à 7 jours sur 7. Une fois encore, une reconnaissance a été accordée pour les pharmaciens et les médecins vaccinateurs. mais pas pour les infirmières.

Il est impératif de rendre notre merveilleux métier attractif par une revalorisation à court terme, par des perspectives professionnelles essentielles et réalistes. Ecouter le terrain. Qui est expert de terrain ? Qui connaît mieux le terrain que les gens de terrain?

Le gouvernement doit se pencher d'urgence sur des mesures d'amélioration de nos conditions de travail sur une réforme complète et une conception participative avec le secteur infirmier. Le rôle de l'infirmier est fondamental dans tous les secteurs de soins de santé, notre travail réalisé avec responsabilité et aptitude est essentiel pour la continuité de soins de qualité.

Un jour, chacune et chacun d'entre nous risque d'être malade et alité, pouvez-vous vous imaginer de recevoir des soins par du personnel peu ou pas qualifié et ce par manque d'infirmière ? Je pense que nous devons tous en prendre conscience, et de cette façon, respecter notre métier.

Conclusions par Christophe Verbist, directeur du Centre d'études Jacques Georgin.

J'adresse mes remerciements à tous nos intervenants.

Je crois que le débat était riche et en tous cas multiple et complexe.

Le premier moteur c'est effectivement cette recommandation de l'OMS qui appelle effectivement à renforcer les soins de première ligne. On en a parlé, Monsieur De Munck a parlé de soins primaires, ça n'a strictement rien de péjoratif.

On est bien ici dans des soins primaires tout à fait essentiels: les structures se mettent en place, en Wallonie et à Bruxelles.

Bien que cela va se heurter prochainement au financement, il s'agira de voir dans le chef du politique, si cette volonté d'accompagner la création de cette plateforme de première ligne et de mettre en place ce que Monsieur Lothaire appelait trinôme entre le médecin, le pharmacien et l'infirmière, est bien présente.

En tous cas, dans le chef de vos organisations respectives cette volonté d'assurer cette multidisciplinarité, le mot est revenu plusieurs fois, cette intégration pour, à la fois, assurer une meilleure qualité et de continuité des soins existait bel et bien.

Pour permettre en aval des économies d'échelle. il faudra aussi en amont, outre la question évidemment du financement de ces soins de première ligne, on peut espérer, notamment, les assises qui doivent avoir lieu pour permettre notamment d'avoir des réflexions à cet égard.

Les plateformes de soins de première ligne sont maintenant une réalité, il faut en rendre compte dans l'évolution des soins de santé.

Se rendre compte aussi que vos métiers de médecins, de pharmaciens, d'infirmiers évoluent sans cesse. Ils sont plus complexes et il y a sans doute la nécessité de ne plus travailler en silo et on a aussi beaucoup évoqué cette reconnaissance toujours plus affirmée de la profession principalement de la profession d'infirmier.

Ce qui est aussi marquant, c'est le phénomène de la recherche pour les plateformes de soins en première ligne: c'est neuf et il faut le souligner.

Je voulais encore vous remercier pour votre participation, vous dire que ces webinaires vont être implémentés dans un corpus plus général, qui rassemblera l'ensemble des « actes » des webinaires consacrés aux soins de santé.





ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

Comment mieux
prendre soin
de nos aînés ?

le 1^{er} juin 2021 à 18H



Christophe Verbist, Directeur du Centre d'études Jacques Geogin

Bienvenue à notre quatrième webinaire des Etats généraux de la santé coorganisé par le parti DéFI et par le Centre d'Études Jacques Geogin. Après la pénurie médicale, les politiques de prévention, le renforcement des soins de première ligne, nous allons nous pencher ce soir, sur la question des soins à apporter à nos aînés. C'est une formule qui, je crois, est fort à propos, parce que s'il y a bien une phrase que l'on a prononcée durant cette période de pandémie, et qu'on continue de prononcer, c'est « prenez-soin de vous ». Et cette phrase de bienveillance s'adresse plus particulièrement aux séniors qui ont payé un lourd tribut à cette terrible pandémie.

Avec des orateurs de qualité qui émanent tant des CPAS, d'institutions telles qu'ENEO, la Fondation Roi Baudouin, ou encore Infor Home, nous allons réfléchir sur demain, sur comment faire face à ce vieillissement de la population et comment permettre que les personnes âgées soient au mieux intégrées dans notre société et comment leur apporter les soins qu'elles méritent dans tous les domaines.

C'est un triple enjeu, un enjeu humain et relationnel, c'est aussi un enjeu institutionnel au travers des infrastructures à mettre en place, et c'est enfin un enjeu et il faut bien le dire, important sur le plan financier. En effet, des formules existent.

Je peux citer des exemples que j'ai moi-même rencontrés, que ce soient les cantous, les modes de vie communautaires pour les personnes atteintes de démence, ou encore les formules de colocation, etc. on aura certainement l'occasion d'entendre au cours de ce webinaire des formules imaginatives et créatives pour mettre en place les structures adéquates pour les personnes âgées.

Je cède maintenant la parole, et je remercie encore tous les orateurs et oratrices présents ce soir, à Marie Nagy députée bruxelloise, qui va introduire notre événement de ce soir.

Marie Nagy, députée bruxelloise DÉFI

Merci Christophe et merci à Défi et au Centre GeorGIN d'organiser ce webinaire, merci à tous les invités d'avoir accepté de partager notre possibilité d'échange et d'informations sur le sujet et merci aussi à tous ceux qui, sur les réseaux sociaux, nous suivent.

L'année écoulée fut en tous les cas marquée fortement au niveau de la prise de conscience, des difficultés que connaissent les personnes âgées lorsqu'elles sont, à un moment donné de leur vie où elles ont besoin peut-être d'être entourées, d'être prises en charge de manière plus ou moins importante.

En tant que membre de la Commission Spéciale COVID au Parlement Bruxellois, j'ai vécu et écouté des récits qui étaient très forts et très impactant sur le plan humain.

Les maisons de repos n'étaient pas préparées à une pandémie. On a, je pense de manière assez préventive, considéré qu'en enfermant les personnes âgées dans les maisons de repos, on allait les protéger de l'épidémie et en réalité, dans beaucoup de maisons de repos, on y a développé les clusters et des situations difficiles se sont présentées soit pour les résidents, qui sont pour certains morts dans des conditions difficiles, comme pour le personnel, comme pour les familles.

J'estime que cette dimension tragique de la pandémie n'est peut-être pas encore assez présente dans le récit collectif de ce que fut pour nous cette année terrible. Je pense qu'il faut rendre hommage ici, à tout le monde, à tous ceux qui se sont, d'une manière ou d'une autre, dévoués pour justement essayer de faire face à des situations difficiles.

J'ai été fort impactée à la Commission Covid quand on a eu l'occasion d'entendre les médecins d'un peu partout qui avaient été appelés dans certaines maisons de repos pour faire face à la pandémie.

J'ai été fort impactée par les difficultés qu'ils ont relatées mais également par les images qui sont passées dans les JT, dans les récits de vie qui ont été entendus, par la capacité de résilience et de résistance de beaucoup de personnes âgées et de beaucoup de directeurs ou directrices d'institutions, par beaucoup de membres du personnel. L'intensité de ces événements montre bien qu'il s'agit d'un cycle de la vie qui mérite que l'on s'y penche encore et encore pour savoir qu'est-ce qu'on fait et qu'est-ce qu'on peut mieux faire.

D'autant plus - et ce n'est pas, je pense, Jean-Marc Rombeaux qui me contredira - que le vieillissement de la population constitue un enjeu financier important pour les pouvoirs publics, c'est un secteur économique important avec de l'emploi et des interventions publiques qui sont consistantes et qui, aujourd'hui, connaît une crise qui s'est traduite y compris par des fermetures et des licenciements. C'est un enjeu sociétal et économique.

La Commission spéciale Covid, après avoir entendu les différents acteurs, a quand même mis en évidence qu'il était important, et c'est un peu le message que je retiens et que je voudrais vous communiquer, qu'il est important d'enfin aboutir, à modifier, à améliorer le secteur.

Un *premier élément* qui me semblait essentiel -et je vous lis une des recommandations qui pour moi est la plus importante parmi celles qui ont été émises par la Commission, c'est de développer une politique globale liée au vieillissement mettant en oeuvre un continuum de possibilités de soutiens et de prises en charge s'appuyant de manière plus intense sur des modèles alternatifs d'hébergement en maisons de repos ou en maisons de repos et de soins, par un renforcement des initiatives pour le maintien à domicile et de projets collectifs permettant aux personnes âgées de disposer du choix de vie qu'elles souhaitent et qui leur convient.

Le continuum qui consiste à faire en sorte qu' au maximum les personnes âgées puissent rester en autonomie chez elles, est un élément significatif. Certes le choix de vie peut aussi s'avérer le fait de rejoindre une maison de repos ou une MRS. En tout état de cause, une attention particulière doit être accordée aux desiderata et aux possibilités pour la personne, en appréhendant cela comme une étape de vie, une étape qui se veut au mieux pour la personne âgée.

Il est également intéressant de développer des formes de gestion centrées sur les résidents en favorisant leur implication active de manière à dynamiser les conseils de participation et en s'inspirant des expériences telles que les modèles Tube et Montessori, et nous allons en parler tout à l'heure. L'idée c'est que l'arrivée en maison de repos ou en MRS, soit conçue comme une étape dans un continuum: cela doit se faire en impliquant au maximum les personnes quand cela demeure possible tout en gardant à l'esprit de réfléchir globalement, d'avoir un accompagnement dans lequel on associe la personne âgée et, dans ce sens-là, les modèles tubes, notamment, nous semblent inspirants, et nous semblent pouvoir effectivement de réflexion pour l'avenir.

Un *second élément* important qui est apparu, c'est la nécessité de renforcer la formation continue du personnel soignant et du personnel dirigeant des maisons de repos, car précisément ils vont être confrontés, effectivement, non seulement, à un nombre de personnes âgées plus important, mais peut-être aussi à une demande qualitative plus grande et ainsi qu'à un vieillissement plus long puisque nous avons la chance de vivre de plus en plus âgés, au vu de l'évolution positive de l'espérance de vie.

Tous ces enjeux apparaissent essentiels en Région Bruxelloise car un débat s'est entamé actuellement qu'il y a toute une discussion sur la modification des normes d'encadrement et donc, sur les budgets qui vont être affectés mais il me semble que les aspects qualitatifs et les aspects projets de vie doivent également faire partie de la réflexion.

Dans le cadre des auditions de la Commission Spéciale Covid au Parlement Bruxellois, le secteur de la santé mentale et le secteur des maisons de repos et des MRS, ont mis l'accent sur les difficultés de cette santé mentale des personnes, non seulement au moment du confinement qui était aigu, mais en période « normale ».

Une des recommandations de la Commission Spéciale, c'était aussi de mettre en place dans chaque maison de repos et MRS, en collaboration avec Iriscare et des professionnels de la santé mentale, un protocole de maisons de repos adapté pour maintenir le bien-être du résident et qui inclut, par exemple, le maintien d'un suivi psychologique régulier : accès à des psychologues de manière régulière ainsi que par exemple, porter attention particulièrement aux projets de vie et aux choix thérapeutiques des résidents, parce qu'il y a eu des moments où peut-être le projet de la personne avec son médecin n'a pas été respecté pour une fin de vie par exemple.

On propose aussi d'apporter une attention au maintien des activités créatives et aux liens sociaux.

Avec les restrictions encore des activités, etc. remontent des difficultés des personnes qui se trouvent en maisons de repos pour avoir des activités « normales » et, c'est essentiel pour garder une bonne santé mentale, un plaisir de la vie, un plaisir d'être avec les autres.

J'espère que notre webinaire d'aujourd'hui va alimenter justement la réflexion de Défi et de tous ceux qui nous écoutent pour aller dans un sens des meilleures qualités de vie, et comme le disait Christophe, en m'annonçant, prendre soin de nos aînés, prendre soin de ceux que nous aimons, qui nous ont tant donné et qui méritent probablement de très bonnes conditions d'accueil.

Jean-Marc Rombeaux, conseiller à la Fédération des CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie :
“Le vieillissement et les CPAS: quelques brèves réflexions et enjeux”

Brièvement, je vais me présenter. Je suis économiste de formation et depuis 28 ans, je travaille au niveau des fédérations CPAS bruxelloises et wallonnes. Au sud du pays, je suis plus particulièrement la problématique des services pour aînés à l'échelon local.

A Bruxelles, je me focalise sur les maisons de repos et j'ai travaillé ,avec grand plaisir, avec Michel Colson, ancien président (DéFI) du CPAS de Watermael-Boitsfort des années durant.

Je vais évoquer la question du vieillissement et des CPAS. Mon propos va se structurer en 3 temps. D'abord une série des éléments d'ordre général et d'enjeux. J'aborderai ensuite une série de leviers à l'échelon local et je terminerai sur des pistes de réflexion et d'actions.

1. Eléments d'ordre général

Le vieillissement est une inéluctable évolution naturelle mais c'est aussi un progrès social aussi paradoxal que cela puisse paraître de prime abord.

Pour mémoire, au début du siècle passé, l'espérance de vie n'était même pas de 50 ans. Aujourd'hui, à la naissance, elle est de loin supérieure à 80 ans.

La majorité des aînés vit à domicile, même si on prend la population des 80 ans et +, c'est 4/5, et en Wallonie, on n'a que 18,3% des 80 ans et +, qui sont en maison de repos. La hausse des octogénaires - ce qu'on appelle le vieillissement dans le vieillissement - va surtout se marquer en 2027 côté wallon, et seulement en 2029 à Bruxelles. C'est un écho de la Deuxième Guerre mondiale pendant laquelle il y a eu une natalité moindre mais, c'est aussi un écho de la crise de la Covid.

On observe également une progression du nombre d'octogénaires sera nettement plus marquée en Wallonie qu'à Bruxelles. Les chiffres se passent de commentaire.

Autre élément à indiquer: les personnes autonomes restent de plus en plus à domicile.

S'il y a vingt ans d'ici, on trouvait en maison de repos, 1 aîné sur 4 qui était autonome au sens de l'échelle de Katz, maintenant, c'est 1 sur 10 en Wallonie et 1 sur 6 à Bruxelles: c'est un excellent constat. L'entrée en maison de repos se fait à un âge toujours plus avancé.

Il y a vingt ans d'ici, les octogénaires, les octogénaires représentaient $\frac{2}{3}$ des résidents, 64%, maintenant, c'est pratiquement $\frac{3}{4}$, pour ce qui est de la Région wallonne.

Un enjeu important pour les personnes âgées mais aussi pour vous et moi, c'est celui de la nutrition. Une enquête qui avait été réalisée en 2013 montrait qu'au sein des 70 ans et plus, il y avait 29% des personnes qui étaient à risque de dénutrition et 7% qui étaient en état de dénutrition à domicile.

En maison de repos, les chiffres étaient encore plus préoccupants puisqu'il y avait à peu près 1 résident sur 2 qui était à risque de dénutrition et 1 sur 7 qui était en état de dénutrition.

Une enquête de la Fondation Roi Baudouin qui date déjà d'il y a 10 ans avait également montré que le sentiment de solitude était fort présent chez les aînés puisque à peu près 1 sur 2, soit 46 % éprouvaient un sentiment de solitude. L'isolement social reste un enjeu important.

2. Les leviers à l'échelon local

Le CPAS est l'institution majeure au niveau local. Toute une série de choses existent en termes de services à domicile au premier niveau du continuum dont parlait tout à l'heure Madame Nagy.

Des services classiques existent, un service émergent qui est la garde à domicile a la cote, il y a aussi des titres-services qui sont utilisés, d'autres services de proximité.

Pour mémoire, j'ai aussi repris les services infirmiers et la coordination des soins et d'aide à domicile qui sont bien entendu très importants mais qui au niveau des CPAS, sont moins développés.

Parmi les services classiques, on peut citer les repas à domicile, les services d'aide aux familles et aux aînés qui dispensent une aide matérielle et sociale mais aussi qui jouent un rôle sanitaire et éducatif, ou encore les aides ménagères et les aides ménagères sociales. La garde à domicile, si je prends la définition au niveau wallon, accompagne le bénéficiaire qui a besoin de la présence continue d'une personne et qui, continue, pour des raisons de santé, à rester à domicile sans pouvoir se déplacer.

Ce service peut s'avérer très utile mais est trop peu développé. Souvent onéreux et dans la zone grise, on doit veiller à l'amplifier, en Wallonie et à Bruxelles.

Les titres-services ne concernent pas spécifiquement les aînés, mais si on regarde les derniers chiffres relatifs aux utilisateurs, seulement 25% avaient plus de 65 ans.

Pour qu'une personne reste à domicile, il ne faut pas seulement des aides familiales, des infirmières, mais il y a aussi toute une série de services qui se développent à géométrie variable et qui ne sont pas présents partout.

Je pense à des services de travaux d'entretien, de réparation de l'habitat, d'entretien des

espaces verts et aussi, à certains endroits, de buanderie sociale.

Toujours dans ce fameux continuum entre le domicile et le résidentiel, il y a une série de services intermédiaires : des services d'accueil de jour, de centre de soins de jour, des maisons communautaires (en Wallonie) et de maisons de quartier (à Bruxelles), et aussi des formules type Alzheimer café.

En ce qui concerne les centres de soins de jour, ceux-ci s'adressent à un public avec une forte perte d'autonomie ou un diagnostic de démence et offrent un appui à l'accompagnement à domicile mais aussi un répit bienvenu pour l'aidant. Cela reste trop peu développé avec paradoxalement, un coût important pour l'utilisateur qui doit payer à peu près plus de 20€ par jour en gardant tous ses frais à domicile.

Au niveau des gestionnaires, cela reste déficitaire même s'il y a une intervention significative en termes de soins mais aussi pour les frais des transports.

Les maisons communautaires s'adressent à un autre public.

Si je me réfère à la définition décrétales en Wallonie : « *lieu de vie où est proposée à des aînés la possibilité d'un accueil, de rencontre de personnes de même génération ou d'un autre âge, d'activités participatives, d'échanges et de moments de convivialité* ».

Les maisons communautaires sont développées en appui avec le service d'aide aux familles et s'adressent à un public du 4ème âge, aident à rompre l'isolement social, et promeuvent l'intergénérationnel (ce qui permet des contacts avec des plus jeunes), ce qui entraîne un aspect bénéfique en termes de prévention de santé mentale puisque les activités maintiennent les facultés intellectuelles.

Cette formule, maison communautaire ou maison de quartier, en Flandre, s'appelle « Centres locaux de service » : il en existe au moins un par commune et bien entendu bien davantage à Anvers, et ce modèle est très intéressant pour répondre à l'enjeu de l'isolement social.

J'évoquerai très brièvement l'offre résidentielle. Des logements pour vieux ménages ont été construits, des résidences-services, des résidences-services sociales en Wallonie et bientôt à Bruxelles, les maisons de repos avec en leur sein des lits de court séjour et des lits de maisons de repos et de soins qui s'adressent aux personnes les moins autonomes, et l'avenir dans ce continuum consiste en les habitats spécifiques et groupés qui ne sont pas de la résidence-service et pas non plus des maisons de repos.

Je vais terminer ce deuxième point de mon exposé par l'APA (Allocation pour aide aux personnes âgées) pour dire d'abord que cette allocation est devenue de compétence régionale, et qu'elle reste trop peu utilisée.

3. Quelques pistes de réflexion et d'action

Premièrement, il existe un enjeu en termes d'information car le grand public ne connaît pas tout ce qui existe en termes d'offres de service aux aînés.

Deuxièmement, une série de CPAS contribuent à ce que ce dispositif de l'APA soit bien utilisé. Je pense qu'ils devront continuer à le faire après la régionalisation effective. Le maintien à domicile demeure important, il est souhaité mais l'offre n'est pas suffisante,

particulièrement à Bruxelles.

Pour les contingents des services d'aide aux familles, une norme de croissance à l'instar d'une norme comme il en existe en matière de soins de santé à l'échelon fédéral, serait nécessaire.

J'ai parlé des maisons communautaires, cela constitue une réponse intéressante par rapport à la question d'isolement social. Malheureusement, ce régime n'est pas subventionné et il faudrait à l'avenir une programmation en la matière. A titre indicatif, outre l'existence en Wallonie, on va développer une série de projets pilotes dans ce qu'on appelle « le plan de relance ». Le maintien à domicile progresse et est souhaité. Il faut s'efforcer de le soutenir pour des raisons humaines. En même temps, si la perte d'autonomie est très conséquente, et si l'aidant informel n'est pas toujours disponible, cela peut poser des difficultés.

Deuxième élément, une part significative des personnes âgées souffrent d'une affection de type Alzheimer, à un stade avancé, et la vie à domicile devient une véritable gageure.

Au niveau financier, des points de « bascule » existent : lorsqu'on regarde le coût, à la fois, pour la personne mais aussi pour la collectivité, on constate que l'accompagnement à domicile devient plus onéreux voire franchement prohibitif.

Dernier élément à ce niveau: pour une série de personnes, la maison de repos reste encore un moyen d'échapper à la solitude et aussi de quitter un logement qui n'est plus convenable.

Le développement des alternatives des habitats groupés, etc, va sans doute diminuer ce motif, mais il restera à mon sens encore prégnant durant un certain temps. Les alternatives, ce sont davantage de résidences-services et de logements adaptés.

En même temps, je constate qu'il n'y a pas de subvention à l'investissement, il y a une lacune dans les deux Régions wallonne et bruxelloise. Ces alternatives ne sont pas toujours accessibles à tout un chacun ; vous regardez le prix des résidences-services, particulièrement à Bruxelles, ce n'est pas à portée de toutes les bourses.

Les maisons de repos comportent beaucoup de lits vides pour le moment mais il faudra encore des lits supplémentaires. Les études estiment que 2/3 des besoins liés à la démographie de place seront rencontrés soit par plus de services à domicile ou des alternatives, on voit qu'on aura besoin encore, en Wallonie, de plusieurs milliers de lits.

A l'avenir, dans les maisons de repos, il faut que le résident, et encore plus aujourd'hui, ait une place centrale et qu'on développe à son endroit une culture de bienveillance et de respect en l'impliquant le plus possible dans les choix du quotidien et en respectant sa liberté et sa prise de risque.

La maison de repos est et doit rester un lieu de vie et pas un hôpital low cost. Elle doit garder sa vocation, être ouverte sur l'extérieur et ancrée encore plus qu'aujourd'hui dans le quartier, ce qui n'est pas toujours le cas partout. Un point plus prospectif consiste dans le fait qu'au sein d'une maison de repos, différents groupes de vie fonctionnent un peu comme des quartiers, ce qui constitue une manière de concilier les avantages écono-

miques de la taille tout en gardant une plus grande proximité et humanité dans les maisons de repos.

J'évoquais l'enjeu de la dénutrition, je pense qu'à l'avenir, il faudra avoir, de façon structurée, l'intervention d'un diététicien et d'un logopède en maison de repos, en tous cas au niveau des fédérations plaidant en ce sens.

La crise du COVID a rappelé, si besoin en était, qu'on a avait trop peu de personnel de réactivation (kiné, ergo, logo, éducatrice, psychologue, ...). Je pense que c'est certainement un élément important dans la révision des normes à l'avenir.

Je termine en rappelant que pour faire face au défi du vieillissement, il ne faut pas être dans des logiques de confrontation et de compétition mais plutôt de coopération et de complémentarité. Il ne faut pas opposer l'accompagnement à domicile avec les maisons de repos et leurs alternatives mais plutôt travailler sur ces trois leviers en même temps et donc, amplifier ce que Madame Nagy avait appelé à juste titre « le continuum de service ».

**Bénédicte Gombault , senior coordinatrice de projets
à la Fondation Roi Baudouin**

“Présentation du modèle Tubbe, la gestion des maisons et de soins basée sur la relation”

Je travaille depuis une vingtaine d'années à la Fondation Roi Baudouin et j'ai travaillé sur une multitude de thématiques mais le fil rouge a toujours été et toujours en lien avec les personnes âgées que ce soit en maison de repos ou à domicile ou en ce qui concerne la réflexion des logements du futur.

Le projet TUBBE dont je vais vous parler aujourd'hui, est un projet qui a été plébiscité tant par les personnes âgées que par les parties prenantes qui travaillent autour des personnes âgées.

Bien que le Tubbemodellen soit reconnu comme un modèle d'organisation et de gestion suédois, c'est en fait une pédagogue et Ministre danoise du Troisième âge, qui en est à l'origine. Considérant que chaque être humain est « unique » et ce, du début à la fin de sa vie, Thyra Frank décide de créer une nouvelle forme de résidence pour personnes âgées. En 2010, des représentants de la maison de repos « Tubberødshus », située au Danemark, viennent visiter l'un des établissements fondés sur le modèle d'accompagnement. Ce modèle d'accompagnement a pu être expérimenté dans six établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés en Belgique. Au sud du pays, trois institutions ont pu implémenter ce nouveau modèle d'accompagnement depuis 2018.

Lorsque nous avons présenté une vingtaine de projets innovants qui avaient résulté d'un appel à projets européen que nous avons lancé avec d'autres acteurs, il s'agissait d'ancrer, comme l'a dit Madame Nagy, toute cette réflexion est ancrée dans quelque chose de systémique.

On parle même du regard de la société sur la personne âgée, de la place qu'elle occupe, des différents lieux de vie et du choix de la personne. Quelqu'un me disait hier :« Dans

les maisons de repos, les gens, d'abord, ne choisissent pas d'y aller et en plus, ils ne choisissent pas celle dans laquelle ils veulent aller. ».

Au fond, je crois qu'il faut nuancer cette appréciation parce que lorsque nous faisons tous les trois ans un baromètre auprès des 65 ans et plus (ndlr: le dernier date d'octobre, en leur demandant quel serait leur choix de vie le jour où ils auraient besoin d'aide et de soins), la majorité souhaitant rester à domicile. Le projet Tubbe correspond à état d'esprit. On parle d'une maison où il fait bon vivre et travailler.

Le leitmotiv de cette démarche, c'est que tant qu'on est vivant, on doit vivre sa vie et la vivre pleinement.

Dans notre enquête des 65 ans et plus, qui correspond aussi à ce que Jean-Marc Rombeaux a cité tout à l'heure, il est apparu que le bonheur des personnes est tout le contraire de l'isolement social et émotionnel. Je crois que c'est aussi le cas pour les personnes qui sont en maison de repos.

Le modèle Tubbe part de l'idée que la maison de repos est le lieu de vie de la personne âgée. Il ne s'agit pas d'un modèle clé sur porte mais d'une démarche que nous souhaitons implémenter dans les maisons de repos qui le souhaitent. Cette démarche se veut toujours évolutive et doit être co-construite dans chaque maison de repos, et est inspirée de ce qui se fait dans une maison et maintenant dans plusieurs maisons de repos en Suède. Il s'agit de co-construction au sein de la maison de repos et on travaille sur son ADN.

Cette démarche s'effectue pas à pas en fonction de ce qui se vit sur le terrain, avec les personnes qui y vivent, et qui y travaillent, avec le terreau de la maison de repos et son histoire. La Fondation met à disposition un support au niveau du coaching aux maisons de repos qui souhaitent avancer dans cette démarche.

Dans celles que nous soutenons, il y a des maisons qui ont déjà fait Montessori, qui ont déjà fait Humanitude (**Le concept d'humanité** repose sur une définition de l'homme comme animal communiquant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, ce qui implique des besoins propres à l'espèce humaine. Ce concept a été popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par **Yves Gineste** et **Rosette Marescotti** il y a 30 ans. La méthode ainsi mise au point a montré son efficacité vis-à-vis des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type **Alzheimer** et apparentées. Elle vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et s'inscrit ainsi dans une démarche de [bientraitance](#)) et qui sont déjà quand même assez avancées dans leur maison et qui veulent aller plus loin.

Par contre, nous avons aussi des maisons de repos qui n'ont pas encore du tout entamé toutes ces démarches et on accompagne celles qui le veulent, là où elles sont.

La première question que les coachs posent dans la maison de repos au personnel, c'est « *Si vous deviez entrer en maison de repos et de soins, qu'est-ce qui serait important pour vous ? De quoi auriez-vous peur ?* ». Et la réponse selon la méthode Tubbe c'est « *On veut garder un sens à notre vie, on veut avoir une certaine autonomie, on veut pouvoir contribuer à la vie de la maison de repos, on veut décider certaines choses sur l'organisation de notre vie quotidienne, etc.* ».

A partir de là, les maisons sont invitées à co-construire « *Par où allons-nous commencer*

chez nous? ».

Les maisons de repos nous ont demandé de disposer d'éléments comme autant de principes directeurs pour guider notre démarche: ils sont au nombre de six.

Le premier principe, c'est encourager l'autonomie et l'estime de soi du résident: identifier ses capacités, maximiser les possibilités de prendre eux-mêmes des décisions, développer ses talents.

Il existe au sein des maisons de repos des comptables, des personnes qui participent au recrutement ou à la décoration florale

De multiples possibilités existent aussi pour les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer. Le responsable d'une maison de repos m'a ainsi raconté qu'il avait donné un sécateur assez ancien qui ne coupait pas trop à un patient qui souffrait d'Alzheimer et qui avait été jardinier, il a passé toute son après-midi à tailler un arbuste.

Deuxième principe : impliquer les résidents et le personnel dans des décisions concernant l'organisation de la vie quotidienne du centre, de la maison de repos, que ce soit pour l'aménagement du salon, l'achat des chaises, etc.

Beaucoup de maisons ne le font pas et celles qui le font trouvent que cela produit un effet boule de neige, parce que les résidents s'impliquent de plus en plus; au début, ils ne veulent pas donner leur avis, ce n'est pas toujours très facile, il ne faut pas nécessairement formaliser cela par des réunions parce que cela ne marche pas non plus, mais autour d'une tasse de café, demander l'avis des résidents se développe de plus en plus.

Troisième principe : Partager des expériences et les responsabilités

Cela permet aux résidents et au personnel de réaliser des choses ensemble, que ce soit au niveau de la cuisine, de l'entretien, de la décoration.

Quatrième principe : Les liens avec la famille et la communauté locale sont extrêmement importants.

C'est le lieu de vie de la personne et il est donc normal qu'elle puisse y accueillir sa propre famille et l'impliquer

Le responsable d'une maison de repos me racontait qu'une personne âgée avait fait une journée « famille » et qu'ils avaient ensemble et en famille travaillé dans le jardin.

En ce qui concerne la communauté locale également, la maison de repos fait partie d'un environnement et il y a des potagers qui ont été créés avec les voisinages, des maisons de repos qui accueillent des voisins éventuels pour venir prendre des repas régulièrement, qui vivraient seuls chez eux par exemple, et cela s'inscrit aussi dans le continuum.

Cinquième principe : Soutenir le changement et créer une vision partagée.

Cette vision manque parfois dans les maisons de repos.

Quelle est notre vision par rapport à la place du résident ? Quelle est notre vision par rapport à la pénibilité du travail ? Parce que tout est lié.

Sixième principe : Maximiser l'autonomie et la marge de décision du personnel également.

Lorsque l'on parle d'autonomie du résident, on a parfois une opposition de la part des membres du personnel, qui disent qu'ils ne veulent pas être corvéables à merci.

Je m'inscris en faux par rapport à cela. Il s'agit bien au contraire d'un dialogue et lorsque le personnel a également une marge de manoeuvre pour prendre des décisions, des di-

recteurs m'ont dit qu'ils avaient vu des membres de leur personnel vraiment s'épanouir grâce à cette approche.

Je voudrais ajouter que si le modèle Tubbe existe et est de mon point de vue performant, il y a bien d'autres pistes. Permettez-moi de citer quelques citations de résidents : « *Je ne vis pas dans un espace de travail, je fais partie de la communauté* ». Les résidents se sentent uniques, ils n'occupent pas la chambre 214, ils partagent des moments de bonheur et ils ont le sentiment d'être écoutés. Prenons l'exemple d'une supérette pour les utilisateurs de seconde main, qui a été ouverte une demi-journée par semaine dans une maison de repos, et qui a été initiée par une résidente.

Par l'application de ce modèle d'accompagnement participatif, les collaborateurs se sentent valorisés et les résidents constatent une modification dans la qualité de vie et même la qualité du travail. Il appartient à la direction de continuer à travailler avec l'ensemble du personnel, direction qui doit jouer un rôle de coach et les besoins en formation sont significatifs notamment pour les aider dans l'écoute active.

L'évaluation des 6 maisons de repos pilotes dénote un changement : les résidents se sentent plus utiles, plus écoutés, davantage chez eux et le personnel également dit avoir plus d'influence sur la manière dont le département fonctionne.

En ce qui concerne le plan de vie dans le modèle TUBBE, mes collègues ont parlé du carnet de vie, du projet de soins personnalisés, anticipés. Il ne s'agit pas d'autre chose pour TUBBE : c'est vraiment oser ce dialogue. On a de temps en temps dit que les personnes quand elles rentrent dans une maison de repos, doivent remplir des formulaires dont certaines cases autour de la fin de vie. Evidemment, ce n'est pas nécessairement le bon moment et cet élément sensible doit se faire en dialogue. Il est toutefois important de faire part de ses souhaits parce que sinon le jour où il est plus difficile d'exprimer ses souhaits, on ne connaîtra pas vraiment la volonté de la personne. Ce dialogue est inhérent, et il doit se faire avec les aides-soignants, avec le médecin coordinateur, la direction, l'infirmière mais aussi les personnes qui viennent nettoyer les chambres parce que ce sont souvent avec ces personnes-là qu'on se confie parfois plus, quoi qu'on en dise.

L'état des lieux de Tubbe dans notre pays s'avère positif : la Fondation soutient 79 maisons, les 6 pilotes dont j'ai parlé, qui étaient déjà des maisons qui étaient déjà bien avancées dans le processus, et puis alors, il y a 37 maisons de repos en Wallonie dont 30 ont été soutenues par l'AVIQ.

Les maisons de repos bruxelloises sont épaulées par Iriscare pour 5 maisons en ce qui concerne le projet Tubbe. En ce qui concerne Bruxelles, une dynamique est vraiment mise en place. Nous sommes des motivateurs et je crois qu'on est pas de trop pour travailler dans cette direction-là.

Violaine Wathelet, secrétaire politique d'Eneo ASBL :
***“Comment prendre soin de nos aînés?
Et si on le leur demandait? “***

Ce que je vous propose, c'est de vous embarquer dans notre réflexion mais de commen-

cer peut-être par vous dire deux mots de ce qu'est Eneo parce justement par rapport à la réflexion que Madame Gombault a déjà bien mis en avant, qui est celle d'impliquer les personnes âgées dans les décisions qui les concernent.

Je vais donc commencer par une petite présentation d'Enéo et puis après, je vous propose d'essayer de répondre à la question posée par mon exposé, en tous cas, d'amener une analyse critique de la question qui est celle de votre webinaire et puis, la troisième partie va se centrer sur des pistes de réflexion.

1. Présentation d'ENEO

Enéo est un mouvement social des aînés, qui est partenaire de la mutualité chrétienne et qui compte près de 40000 membres et 6000 volontaires, et qui est dans la mouvance du MOC (Mouvement Ouvrier Chrétien). Je souligne le fait que les volontaires prennent activement part à la manière dont sont organisées les activités chez nous. Nous avons deux missions fondamentales.

- D'une part, encourager et promouvoir la participation et l'engagement des aînés dans la vie sociale, culturelle, économique et politique, ce qui signifie rendre les personnes âgées acteurs de la vie sociale et de la société.
- D'autre part, représenter ces membres et les accompagner dans la défense de leurs droits, dans un esprit de dialogue intergénérationnel.

On travaille sur plusieurs dimensions, activités qui sont portées par et pour des aînés, du sport au théâtre action en passant par des randonnées et aussi des ateliers/animations d'éducation permanente car Eneo est reconnu en tant que mouvement d'éducation permanente.

2. Analyse critique du titre du webinaire "Comment prendre soin de nos aînés?"

Je vous propose à présent de me livrer à une analyse et de tenter de répondre à la question que vous posez en introduction de votre webinaire, à savoir « Comment prendre soin de nos aînés ? ».

Je dois bien vous avouer de prime abord que quelque chose m'a tout de suite un peu heurté dans cette formulation; en effet, pourquoi « nos aînés » pourquoi pas « les aînés » ?

Si d'apparence, on pourrait croire qu'il s'agit d'un petit ergotage linguistique de peu d'intérêt, cette formulation illustre vraiment à merveille un phénomène assez récurrent quand il s'agit de parler des personnes âgées et représente la mise à l'écart de leur parole.

La formulation « nos aînés », renvoie à l'idée qu'il nous revient de prendre soin de nos aînés et donc de trouver les solutions de leur bonne santé, leur bien-être. Si l'intention est vertueuse, elle est pour ma part incomplète, parce qu'il manque dans l'équation les premiers bénéficiaires à savoir, les personnes âgées. Cette mise à l'écart récurrente des personnes âgées, dans les décisions qui les concernent, s'est pourtant déroulée pendant cette crise du Covid, et elle se retrouve tant dans des sphères privées que dans les sphères publiques et dans les politiques publiques au sens large.

Cette mise à l'écart de la parole des aînés témoigne d'un « âgisme » global qui pour bienveillant qu'il soit à plus d'un égard, demeure très ancré dans nos mentalités. L'âgisme, en quelques mots, c'est le fait d'avoir des préjugés et un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge; il génère aussi la croyance que finalement, les personnes âgées sont une catégorie homogène, à laquelle s'adjoint toute une série de représentations.

L'une des représentations assez dominante voire prédominante aujourd'hui, dans notre société, correspond à une vision misérabiliste de la vieillesse, et qui constitue l'un des facteurs de la mise à l'écart de la parole des aînés, perçus comme débiles, déments et incapables de prendre des décisions, et si dans certains cas, cela se justifie pleinement, Madame Gombault et Monsieur Rombeaux vous l'avez également souligné, dans bien d'autres cas, la personne âgée est en pleine capacité de décider.

Il existe également une confusion entre l'autonomie et l'indépendance. Cette distinction vient d'une chercheuse qui s'appelle Chantal Monseu et, que je trouve, à beaucoup d'égards, assez intéressante dans une perspective analytique car elle distingue l'autonomie qui est la capacité de faire des choix avec l'indépendance qui est en fait l'état de celui ou celle qui peut subvenir à ses besoins seul/e. Cela signifie qu'une personne peut être tout à fait autonome, mais complètement dépendante.

Si l'on examine le corpus législatif en la matière, on parle énormément d'autonomie, pas spécialement de dépendance même si on en parle aussi, mais l'autonomie, c'est cette capacité de faire des choix. Si l'on envisage la personne âgée en ayant en tête cette distinction, cela permet de déjà changer notre regard et surtout, de modifier nos comportements.

C'est essentiel par rapport à ce concept d'âgisme car la manière dont on perçoit la personne âgée a des conséquences sur nos comportements et sur nos décisions.

Si on arrive à modifier cette manière d'appréhender les choses, on arrivera aussi à modifier nos comportements et à modifier évidemment les politiques publiques.

Je vais aborder dans ce cadre la question du soutien psychologique car la parole des aînés peut également s'exprimer par cet intermédiaire: le remboursement des soins de psychologue adressé aux 65 ans et plus, est désormais une réalité.

Quelles sont les conséquences auprès des personnes âgées ?

On peut relever un sentiment de ne pas être ni écouté ni entendu puisqu'ils sont rarement impliqués sauf à certains endroits et Madame Gombault l'a bien rappelé.

Ils ont l'impression de ne pas exister aux yeux de la société, une certaine infantilisation s'installe également mais aussi, on se rend compte qu'il y a toute une série de solutions qui finalement ne sont pas adaptées et qui peuvent être contre-productives qui peuvent se produire alors des syndromes de glissement, dont la question très épineuse de l'acharnement hospitalier notamment.

On a toutes et tous pris connaissance de ces témoignages pendant cette crise Covid de personnes âgées qui disaient « *En fait, moi, je préfère voir ma famille et mourir du Covid*

s'il faut mourir du Covid, que d'être totalement isolé. ». On ne leur a pas forcément laissé le choix et c'est une question très épineuse évidemment.

3. Pistes de réflexion

Finalement, comment prendre mieux soin non pas de nos aînés mais des aînés ?

- Et si on commençait par les écouter: des endroits au niveau de l'espace public qui pourraient être développés.
Vous avez parlé, Madame Gombault et Monsieur Rombeaux déjà, des espaces de décision dans les lieux de vie et je pense qu'Amandine va aussi en parler, comme les conseils participatifs des résidents.
Ces derniers sont déjà normalement en place mais nombreux d'entre eux sont peu effectifs et développer ces conseils consiste à pouvoir ramener la co-décision dans les lieux de vie.
- Développer aussi les conseils consultatifs communaux des aînés qui sont aussi des espaces de décision qui permettent d'impliquer au niveau communal des personnes âgées dans leurs besoins en tant que premier acteur de la vie politique et de leur commune.
- Il existe également un espace institutionnel qui s'appelle la CAS, la Coordination des Associations de Seniors qui, pour le moment, fonctionne avec peu de moyens, et qui est aussi un endroit où différentes associations de seniors mais aussi des seniors en tant que personnes ont la possibilité ensemble, avec une parole collective, de remettre leurs avis au niveau du Gouvernement.
Il n'est malheureusement pas (encore) reconnu au niveau des Régions, ce qui le déforce et il est aussi très peu sollicité.
Il constitue cependant un outil tout à fait concret pour faire intervenir la parole des aînés dans nos politiques publiques.
- Développer des modèles de participation comme les modèles Tubbe, le dispositif des Cantous.
- Intégrer systématiquement des représentants des aînés dans les projets politiques publics qui touchent à ces matières.

En tant que partenaires de la mutualité chrétienne, on est très souvent amené finalement à interagir et à intervenir dans des instances mais on constate qu'il n'y a pas cette intégration systématique.

Lorsque l'on évoque des matières liées à la santé des aînés, systématiquement, il n'y a pas de représentant des aînés ou pas d'aînés du tout dans les espaces de co-décision et de débats qui sont liés à ces matières.

En tant que mouvement, nous continuons à déplorer cet état de fait, nous pensons que nous passons à côté de choses essentielles.

Eneo est un mouvement d'aînés porté par des aînés et pour des aînés et dans cette dynamique-là, nos membres et nos volontaires sont acteurs, prennent des décisions, et en ma qualité de secrétaire politique, je porte la parole d'Énéo.

Comment fonctionne cela très concrètement ? Je ne vais pas m'attarder très longuement mais nos volontaires qui sont répartis dans toutes les régions, amènent leur besoin et c'est ensemble qu'on co-construit cette parole politique et c'est pas forcément moi qui vais la porter, mais aussi nos volontaires qui vont la porter dans toute une série de mandats.

Il existe un projet qui s'appelle le projet « carnet de vie », qui sert à préparer, à imaginer, à redéfinir son parcours de vie et donc travaille vraiment cette question d'autodétermination, en partant du principe qu'on peut déjà, à 40 ans, préparer sa fin de vie. Un projet de vie met du temps à se construire.

Le carnet de vie qu'on anime au sein d'Enéo, consiste en fait en des groupes avec plusieurs personnes qui vont discuter sur le sens de la mort et sur le sens de la vie.

C'est beaucoup plus large que simplement se dire « *Mes derniers jours, je vais les passer en maison de repos.* » parce que avant de pouvoir opter sur cette alternative ou pas, il faut d'abord être informé de l'offre existante. Derrière ce projet de carnet de vie, il existe en effet aussi un projet d'information, de dialogue, de remise en question et d'introspection.

Je pense que la dynamique d'un projet de fin de vie ne doit pas être sous-estimée et dans nos mœurs actuels, est cependant encore très peu mise en place.

On connaît très peu finalement de personnes âgées qui préparent leur fin de vie parce que nous vivons dans une société de l'immortalité et la mort fait extrêmement peur, cette période de pandémie nous l'a bien montré ; or, la mort fait partie de la vie et donc, autant la préparer puisqu'on prépare bien notre vie. En préparant sa fin de vie à 40 ans, même si à 80 ans, on perd notre autonomie, c'est-à-dire notre capacité de faire des choix, tout le travail inscrit dans ce carnet de vie pourrait justement servir à rester autonome indirectement.

Il s'agit d'un élément fondamental qui, dans les maisons de repos, devrait être réellement pris à bras le corps. C'est ce travail en amont de la fin de vie. Eneo est très satisfait de ce qui a pu ressortir dans les commissions post-Covid.

Pour la question du carnet de vie, il sera important de voir comment est-ce qu'on peut accompagner les maisons de repos pour mettre cela en place. Parce qu'il s'agit d'un travail de longue haleine qui, a priori, devrait être plutôt fait avant de rentrer en institution. Comment la maison de repos va-t-elle s'emparer de tout cela ?

Je pense qu'il faut y être attentif non pas pour contrôler, mais pour accompagner parce que nous sommes toutes et tous conscients que le personnel des maisons de repos a déjà énormément de choses à réaliser, et si on rajoute cet élément, comment le met-on en place concrètement ?

Et puis, un pas plus loin, comment prendre soin de ses aînés ?

Je pense que la société devra se regarder dans un miroir pour essayer d'examiner, de comprendre et continuer à déconstruire les mécanismes qui structurent notre vision de la vieillesse et qui entraînent le fait qu'il ne s'agit pas seulement d'une perception ou une vue de l'esprit mais ayant des répercussions sur les actes posés comment en témoigne l'assourdissant silence de la parole des aînés.

Amandine Kodeck , directrice de l'ASBL Infor Homes : ***“Présentation de l'offre d'hébergement et d'accompagnement des seniors à Bruxelles”***

Je suis ergothérapeute de formation, j'ai rejoint l'asbl d'Infor-Homes en tant que directrice en 2019, et avant Infor Homes , j'ai travaillé pendant une quinzaine d'années au sein d'un centre de soins de jour sur la région bruxelloise dont j'étais responsable et j'ai également exercé la fonction de personne de référence pour la démence au sein d'une maison de repos et de soins. J'ai eu avant un parcours plutôt lié aux soins de première ligne avant d'arriver à cette fonction au sein de l'asbl.

Rapidement, qu'est-ce qu'Infor-Homes ? C'est une association bruxelloise qui collabore avec, sur Bruxelles, des homologues néerlandophones de Home Info, qui est tout à fait indépendante, pluraliste et subventionnée partiellement par Iriscare et par la Cocof.

1. Missions de l'association

La première mission de l'association au sens large du terme, c'est soutenir la qualité de vie de l'adulte âgé, de soutenir les réflexions autour de l'adulte âgé et avec l'adulte âgé, et je rajouterais, quel que soit le lieu de vie de celui-ci, domicile familial, mais aussi la maison de repos, la MRS, la résidence-service.

Concrètement, comment se traduit cette mission ? Elle est portée par notre équipe sociale qui est une équipe pluridisciplinaire, au travers de consultations. C'est au travers de celles-ci qu'on essaie de donner aux personnes qui s'adressent à nos services un maximum de cartes en main pour choisir en toute connaissance de cause.

On vient de parler à l'instant d'autonomie, d'autodétermination, de capacité à faire des choix, cela nous semble primordial et tout aussi essentiel d'être aussi informé pour pouvoir agir en toute connaissance de cause.

Toute personne qui est confrontée à une vie à domicile, qui montre certaines limites, peut nous interpeller pour disposer d'un aperçu de l'offre en région bruxelloise. Il peut s'agir de l'offre résidentielle (maison de repos, MRS), mais pas que, il sera aussi ici une question d'alternatives à la maison de repos, d'autres modes de vie, de soins à domicile aussi.

Ce n'est pas obligatoire d'avoir des psychologues dans les maisons de repos même si je pense que la crise Covid a, elle aussi, révélé que tout l'intérêt qu'il y avait d'accompagner la santé mentale des résidents mais aussi celle des aidants proches et des membres du personnel aussi. Cela peut assurément donner du sens: certaines maisons de repos décident malgré tout d'engager un professionnel ayant cette qualification. Les maisons de repos, en fonction de leurs normes d'agrément ont l'obligation d'engager certaines catégories de personnel, dit de réactivation qui inclut potentiellement les psychologues. Même si de plus en plus de maisons de repos ont des psychologues, on reste cependant loin du compte.

Suite à la crise sanitaire, le fait de décroïsonner a pu être observé , le secteur de la santé mentale et le secteur de l'accompagnement des personnes âgées avec des services de

santé mentale commence maintenant, à rentrer dans les maisons de repos, ce qui n'était pas le cas avant, avec des directions qui font le choix d'engager des professionnels en cette qualification-là.

Ce qui existait déjà avant la crise sanitaire, c'étaient des plateformes de soins palliatifs, qui, sur le terrain, sont régulièrement sollicitées aussi par les maisons de repos et qui peuvent proposer un accompagnement psychologique, à la personne âgée elle-même, à ses proches et aux professionnels qui accompagnent les fins de vie.

La deuxième mission concerne notre service d'écoute seniors, qui est le service de lutte contre la maltraitance des personnes âgées en Région bruxelloise. Par ce mot « maltraitance », on entend toute atteinte à la dignité d'une personne âgée, quel que soit le lieu de vie de la personne âgée, domicile familial, maison de repos, ou autre, le secteur hospitalier, peu importe.

Ce service d'écoute seniors est évidemment accessible aux personnes âgées elles-mêmes qui s'estiment atteintes dans leur dignité mais aussi aux aidants proches de ces personnes âgées et, aussi, aux professionnels du secteur.

Toute personne qui, à un moment donné, est confrontée à une situation impliquant un aîné, mettant à mal sa dignité, peut nous contacter et, comme son nom l'indique en tant que service d'écoute, nous n'irons sur place vérifier si maltraitance il y a et incriminer un acteur, déterminer qui est la victime et qui est le bourreau si j'ose m'exprimer de la sorte. Notre rôle consiste vraiment à écouter toute situation qui fait souffrance et d'essayer ensemble de chercher des pistes de mieux-être en partant du principe que ces situations de vie extrêmement compliquées sont rarement toutes blanches et toutes noires.

Le troisième métier qui est porté par notre équipe sociale, c'est le métier d'observatoire, étant donné que nous sommes dépositaires de réalités concernant tant les personnes âgées elles-mêmes que les aidants proches, ainsi que les professionnels, il s'agit d'observer la réalité de chacun et d'essayer de relayer ces différents constats de terrain, inter-sectoriels ou trans-sectoriels au niveau d'autres instances et c'est quelques-unes de ces observations que je vous propose de vous présenter ce soir.

Ce qu'on constate sur Bruxelles mais le constat est similaire en Wallonie et en Flandre, c'est que les structures sont très nombreuses.

Il existe des structures résidentielles, hospitalières, ambulatoires, de jour avec différents types d'agrément qui existent ou co-existent.

On peut citer ainsi des maisons de repos pour personnes âgées, des maisons de repos et de soins, des résidences-services, des lits courts séjours, des centres de soins de jour, des services d'accueil de jour, les maisons de quartier que Monsieur Rombeaux évoquait tout à l'heure. On constate même qu'il existe des structures qui existent sans agrément, donc sans réel contrôle, ce qui sonne chez nous comme un signal d'avertissement.

Les compétences qui nous concernent ont été régionalisées suite à la Sixième Réforme de l'Etat et donc, sur Bruxelles, on constate aussi que non seulement elles sont nombreuses ces institutions, mais elles disposent de types d'agrément différents avec des autorités de tutelle différentes.

Sur Bruxelles, on parle d'Iriscare, qui est le bi-communautaire bruxellois, de la Cocof et de la VGC. Cette offre peut paraître assez complexe tant pour le secteur que pour les personnes âgées ou les aidants proches.

En même temps, cette multitude d'offres a l'avantage de pouvoir parfois proposer un certain continuum de soins et de proposer diverses solutions sachant qu'une structure pourra très bien convenir à une personne et absolument pas à une autre.

J'en viens aux observations ...

La première : la majorité des aînés souhaitent rester dans leur domicile familial. L'on constate dans pratiquement chacune de nos consultations, et cela vient d'être exprimé par Madame Wathelet, que trop peu d'adultes âgés sont impliqués eux-mêmes dans les décisions qui les concernent.

Notre rapport annuel met en évidence depuis plusieurs années qu'environ 10% des appelants sont des personnes âgées elles-mêmes. Mais la très grande majorité des personnes qui nous contactent, sont les aidants proches.

Parfois, la personne âgée elle-même peut avoir des difficultés à s'exprimer, peut être en perte d'autonomie - je pense notamment aux personnes qui souffrent parfois de troubles cognitifs - mais souvent ces décisions sont prises par les proches sans forcément toujours consulter l'adulte âgé concerné sous prétexte de le préserver, de le protéger et de ne pas lui faire de peine.

L'objectif que l'on poursuit lors des consultations est de remettre la personne âgée au centre de ces réflexions qui la concernent et d'essayer de l'impliquer autant que faire se peut dans ce changement de lieu de vie que ce soit une entrée en maison de repos ou la fréquentation d'un centre de soins de jour, ou encore l'introduction d'aides à domicile. Il ne s'agit pas d'une sinécure que d'accepter tous ces changements.

Le maintien à domicile a ses limites qu'il ne faudrait pas dépasser car il existe un risque de voir se développer la maltraitance. Notre service de lutte contre la maltraitance est accessible à toute personne âgée quel que soit son lieu de vie, et d'année en année, de plus en plus d'appels émanent de personnes qui habitent au sein de leur domicile familial, et qui estiment que leur vie n'est plus digne ou qui estiment que leur dignité est mise à mal par une situation particulière (exemple: situation en huis clos).

L'épuisement des proches peut en effet amener parfois à la maltraitance qui sera tout à fait involontaire mais qui, à un moment donné, sera ressentie. Cette maltraitance consiste évidemment en des coups portés avec violence mais peut consister aussi en une maltraitance ordinaire, banalisée, très souvent involontaire mais qui, au fil du temps, amène vraiment à des situations de vie difficiles. Le maintien à domicile doit être privilégié, certes, bien sûr, mais sans doute pas à tout prix.

L'entrée en maison de repos ou MRS demeure une décision difficile. Je fais référence à ce que monsieur Rombeaux disait tout à l'heure, il existe une certaine proportion de la population pour laquelle envisager de rentrer en maison de repos reste quand même quelque chose de compliqué, car quitter un domicile familial qu'on a parfois mis des années à construire, et dans lequel en tous cas on a ses repères depuis parfois très long-

temps peut s'avérer difficile. Lorsque la dépendance et la perte d'autonomie s'installent, on a besoin de davantage d'aide.

Au travers de nos différents appels, on opère aussi le constat de l'importance d'accompagner les familles, les aidants proches, qui sont, eux aussi, en souffrance face à ces situations, parce que l'entrée en maison de repos, se fait de notre point de vue en tous cas souvent encore trop souvent dans l'urgence, et en tous cas lorsqu' on fait appel à nos services, c'est souvent parce qu'il y a une crise. Des séjours temporaires sont de plus en plus possibles.

On a déjà évoqué le déficit de taux d'occupation au sein des maisons de repos -le fait qu'il y ait des places vides à Bruxelles- et c'était déjà le cas avant la crise Covid, la crise Covid a renforcé cela.

Les séjours temporaires peuvent permettre à des personnes âgées d'avoir une première expérience d'une vie en communauté, d'une vie institutionnelle, de prendre le temps de réfléchir à ce changement de vie qui s'annonce et à tous les bouleversements qu'il va entraîner. Nous observons que ce secteur est en constante évolution.

La pandémie a renforcé sans doute et a rendu visible ce besoin d'évolution, de repenser des pratiques.

Le développement de centres de soins de jour et d'habitats alternatifs semblent être quelque chose d'intéressant des recommandations pour lutter contre l'isolement et contre la solitude, à condition d'assurer leur viabilité.

Je vais évoquer rapidement quelques chiffres issus de notre dernier rapport annuel d'activités avec un focus sur la situation au 31 décembre 2020.

La répartition des lits à Bruxelles au sein des maisons de repos et MRS, il y a des lits dits « maisons de repos » et des lits dits « maisons de repos et de soins » dispose d'un double agrément, à la fois, MR, et MRS au sein de la majorité des structures.

Si l'on examine la répartition du mode de gestion des lits sur Bruxelles, 60% appartiennent au secteur privé-commercial, 22% au secteur public et 18% au secteur privé associatif.

En ce qui concerne la taille des établissements, on constate aussi d'année en année, que la taille de ces structures augmentent. Les MR et MRS sont des structures qui disposent de plus en plus de lits, ce qui s'explique entre autres par une norme, notamment architecturale assez exigeante - ce qui est assurément positif de notre point de vue - mais qui engendre aussi des coûts non négligeables.

Les structures de moins de 50 lits quant à elles dégringolent d'année en année. Grande structure ne signifie pas accompagnement complètement impersonnel car ce qui va vraiment déterminer la qualité de l'accompagnement, c'est la manière dont cet accompagnement va être pensé en interne à travers le projet de vie institutionnel qui permettra de porter cet accompagnement et au sein de grandes structures, des fonctionnements par unité de vie peuvent proposer un accompagnement tout à fait qualitatif à partir du moment où ils sont pensés, portés par les professionnels de terrain et investis par les résidents et par les aidants proches.

Un autre constat relatif aux maisons de repos et MRS que je voudrais indiquer concerne le coût. Sans rentrer dans les détails, sur Bruxelles, en moyenne, il faut compter 1800€ pour résider en maison de repos-MRS. A ces frais fixes d'hébergement s'ajoutent les prestations médicales, les visites du médecin, les médicaments. Ce coût est loin d'être négligeable et n'est pas à la portée de toutes les bourses. Les consultants qui s'adressent à nos services considèrent qu'en moyenne, disposer d'un budget aux alentours de 1500€ est un minimum.

L'accessibilité financière n'est donc pas tout à fait garantie dans les structures actuelles. Avec la crise Covid, on assiste - et c'est surtout vrai - pour les maisons de repos privées commerciales, à une sorte de braderie. Ces structures peuvent vraiment diminuer considérablement leur prix d'hébergement. On peut s'en réjouir pour les personnes âgées qui pourront peut-être y rentrer plus facilement s'ils peuvent se le permettre financièrement à condition évidemment que ces prix « promotionnels » perdurent dans le temps et ne soient pas limités.

Je reviens aux habitats alternatifs (les résidences-services ; les habitations pour personnes âgées ; les habitats groupés - les maisons habitées par plusieurs personnes âgées qui cohabitent, qui ont des espaces communs mais qui ont aussi des espaces individuels ; des habitations kangourous- habitations qui mélangent une famille de jeunes parents, par exemple, et une personne âgée ; des initiatives telles qu'un toit deux âges qui essaient de mettre en relation des étudiants et des seniors et de les faire cohabiter ; et je pense à d'autres initiatives, par exemple, plus multiculturelles, à des structures qui mélangent un agrément en maison de repos avec aussi des habitations pour personnes handicapées et aussi, une crèche, par exemple, des structures somme toute mixtes.

Ces habitats alternatifs vont avoir leurs points positifs, leurs avantages, vont permettre aux personnes âgées, de ne pas rentrer en maison de repos tout en bénéficiant, malgré tout, d'un certain soutien.

Certaines résidences-services, sur Bruxelles du moins, au-delà de proposer un studio, un appartement et un système de télévigilance, coordonnent les soins qui sont alors des soins à domicile, qui peuvent intervenir chez les personnes habitant ces résidences-services.

Pareille initiative pourrait faire sens et mériterait d'être creusée.

Certains de ces habitats alternatifs ont cependant un coût prohibitif, Monsieur Rombeaux a évoqué précédemment le coût des résidences-services et, effectivement, cela peut s'avérer être très onéreux. Par ailleurs, ces différents habitats alternatifs posent quand même la question des limites quand la perte d'autonomie se fait trop importante, je pense aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées qui, à un moment donné, ont vraiment besoin de beaucoup d'aide dans leur vie de tous les jours car elles peuvent être désorientées, et avoir des troubles du comportement.

Lorsque ces symptômes apparaissent, ce type d'habitats, en dépit de ses avantages, pose ses limites et donc nécessite à la personne qui y réside de repenser encore une fois à son projet de vie pour aller vers une autre structure.

Au niveau des accompagnements en journée, des centres de soins de jour qui sont des structures liées aux maisons de repos et de soins proposent des activités en journée avec

des professionnels soignants et paramédicaux au sein des services.

Les services d'accueil de jour proposent également des activités en journée mais sans l'aspect soins -pas de paramédicaux présents ou d'aides-soignants ou d'infirmières présents forcément au sein de ces structures, ce qui peut, là aussi, montrer certaines limites quand les personnes deviennent trop dépendantes ou perdent de l'autonomie.

Il existe les dienstcentra, les centres de services dont vous parlait Monsieur Rombeaux, qui sont donc similaires aux maisons de quartier ou maisons communautaires et, qui, d'après la perception que j'en ai en tous cas, ne sont pas des lieux d'hébergement, ce sont des lieux d'activités, des lieux de rencontre, où on peut parfois bénéficier d'un service social.

Je peux citer également une multitude d'activités en ambulatoire, les cafés Alzheimer ont été évoqués tout à l'heure mais il y a aussi différentes activités de type psychomotricité, des séances de gym qui sont proposées, des services de santé mentale (ils sont peu nombreux sur Bruxelles à le faire) mais qui proposent des activités dédiées et accessibles aux seniors. Enfin, il existe toute une série d'initiatives citoyennes.

Ainsi, sur Bruxelles, pour le moment, trois projets-pilotes subventionnés par la Cocof sont développés: ce sont des projets par quartier et qui essaient de réfléchir aux ressources locales et à comment faire du lien entre ces ressources locales, partant du principe qu'au sein d'un même quartier, de nombreuses choses s'y passent, mais que parfois la communication entre acteurs manque.

Ces projets de quartier ont notamment des facilités pour essayer de tisser du lien entre ces différentes initiatives et aussi pour se rendre accessibles aux personnes âgées et, en se rendant accessibles, elles essaient aussi de proposer des services, des conseils, du soutien à l'appui dans des lieux qui n'ont rien avoir avec le secteur de l'accompagnement de l'adulte âgé au départ:

Par exemple, le fait de pouvoir assurer une permanence qui donne des conseils au sein d'une épicerie sociale, dans des lieux dans lesquels on ne s'attend pas forcément à voir ce genre d'acteur, dans l'idée aussi de lutter contre l'isolement social fort présent dans les grandes villes comme Bruxelles, fort présent aussi parfois dans les lieux de vie institutionnels.

Différents projets et asbl d'entraide et de réseaux existent également (liens de voisinage). Des projets intergénérationnels sont aussi pensés, qui peuvent faire énormément de sens à condition qu'ils puissent perdurer dans le temps et qu'ils puissent être bien réfléchis en amont.

Sur notre site internet d'Infor Home Bruxelles et de Home info Bruxelles, vous pouvez retrouver commune par commune toutes les offres existantes en matière de logement pour les personnes âgées.

Ce sont des coordonnées très générales : nom de l'institution, adresse, numéro de téléphone, adresse mail des maisons de repos et des centres de soins de jour, des services d'accueil de jour et des résidences-services. Maintenant, c'est toujours intéressant de pouvoir aller plus loin qu'une dénomination, plus loin qu'une donnée géographique ou d'une donnée de prix, je parlais tout à l'heure des différents types d'agréments, certes ce n'est pas l'agrément qui va déterminer le projet institutionnel et dès lors, ça vaut vraiment

la peine d'aller à la rencontre de ces acteurs de terrain pour bien comprendre ce qu'ils proposent comme accompagnement. En Wallonie, il y a l'asbl Senoah qui propose des services similaires aux nôtres.

Je vais aborder brièvement la question des aidants proches.

Sur Bruxelles et en Wallonie et en Flandre, il y a l'asbl Aidants Proches qui accompagne les aidants proches, quel que soit le proche qu'ils accompagnent, que ce soit un adulte âgé, que ce soit un enfant handicapé, que ce soit un conjoint.

Depuis peu, il existe une nouvelle reconnaissance du statut d'aidant proche qui octroie une petite aide financière mais qui est limitée en termes de montants et dans la durée. Je pense que c'est un statut qui avance doucement mais qui doit encore être approfondi. Les aidants proches sont les garants à mon sens d'une vie à domicile pour certaines personnes mais ces garants s'épuisent et ont besoin effectivement d'être soutenus. Ces associations proposent des groupes de parole, des moments de rencontre, il existe également une asbl pour les jeunes aidants proches parce qu'on peut parfois devenir aidant proche très jeune.

Madame Gombault ne me démentira certainement pas, je pense que le modèle TUBBE constitue un exemple de comment inclure les aidants proches dans le projet de vie institutionnel, dans la vie au sein des institutions, comment faire pour que les aidants proches soient considérés comme partenaires, comme détenteurs d'une certaine expertise aussi.

Des modèles de fonctionnement plus horizontaux et moins pyramidaux, et donc moins hiérarchisés doivent être privilégiés pour donner une place à ces aidants proches, car il s'agit vraiment d'envisager l'accompagnement au sens holistique du terme en prenant en compte la personne âgée et son environnement.

Pour terminer mon exposé, deux assertions:

- Il n'existe sans doute pas de logement idéal pour les personnes âgées car il y a autant de vieillesse que de vies: cela rejoint un petit peu l'idée du continuum et de l'intérêt aussi d'une offre variée, afin de s'adapter à chacun.
- Le lieu de vie nous permet de construire l'estime et l'image de soi ainsi que d'identité et l'identification sociale: en effet, on ne peut que se réjouir de projets tels que ceux construits selon le modèle TUBBE par exemple, qui visent à permettre aux résidents de s'approprier réellement ce lieu de vie, de penser leur futur aussi, on a ainsi parlé des différents carnets de vie.

Je partage l'avis exprimé par Violaine Wathelet selon lequel il faut s'intégrer dans un changement de paradigme et dans un changement de considération sociale de nos aînés dans les différentes pratiques professionnelles.

**Christophe Verbist,
directeur du Centre d'Etudes Jacques Georgin .**

Le webinaire auquel nous avons assisté nous permet de vraiment donner le mot « sens »

toute sa signification car il s'agit de donner du sens effectivement aux soins à accorder aux aînés et de créer du lien.

Les différentes interventions et contributions, que ce soient par Madame Gombault sur le modèle Tube, ou Madame Wathelet sur les aspects participatifs des seniors, montrent qu'il existe une évolution en tous cas qui quant à l'implication plus grande des aînés dans la gestion de leur vie, de leur fin de vie, et aussi toute une série d'innovations en matière de structures que ce soient les habitats groupés, les habitats alternatifs, les centres de soins, les centres de soins de jour, qui démontrent que des recherches d'alternatives aux habitats traditionnels sont présentes au regard des maisons de repos et MRS.

On a vu aussi parallèlement que le maintien à domicile avait toutes ses limites et que quelque part, tant sur un plan humain (c'est-à-dire à travers les personnes qui sont en souffrance, qui souffrent de démence à partir d'un certain moment, c'est ce que Monsieur Rombeaux appelait « le point de bascule ») et aussi sur un plan financier qui montre que nous sommes face à des enjeux importants que ce soit pour les personnes âgées elles-mêmes quant à l'accessibilité au niveau des structures, et également sur le plan des pouvoirs publics au niveau du financement et essentiellement en matière régionale du financement de toutes ces structures.

Je remercie chacune et chacun pour avoir apporté les éclairages nécessaires à une appréhension assez globale de cette problématique : comment prendre soin des aînés. Il y a des défis considérables à relever et merci pour tous ces éléments de réflexion. Permettez-moi également de remercier toute l'équipe de communication sans qui, rien ne se serait fait ce soir.

Je cède la parole à José-Pierre Ninane, Président du CPAS de Fleurus, pour les conclusions de notre webinaire.

Conclusions par José-Pierre Ninane, président du CPAS de Fleurus

Mesdames, Messieurs,

Vous m'avez plongé dans un monde qui m'était complètement inconnu.

Je voulais dire simplement qu'un président du CPAS, fonction que j'ai embrassée il y a deux ans et demi, est un gérant, un gestionnaire.

Des chiffres m'interpellent lorsque Madame Kodeck nous dit qu'à Bruxelles, 75% de l'accès aux maisons de repos est supérieur au revenu d'intégration, cela me bouleverse parce que c'est le CPAS qui va pallier à ce manque de financement et en tous cas à permettre aux personnes de rentrer dans une maison de repos quand c'est leur choix.

Je dirige un CPAS d'une commune d'une ville de moyenne importance, de 23.000 habitants en Région Wallonne. Je préside un CPAS qui compte 335 membres du personnel, et 180, à peu près 55% sont dans les 2 maisons de repos que nous comptons sur au sein du CPAS, ça fait 180 membres du personnel qui s'occupent journalièrement de 255 résidents.

La crise Covid nous a touché de plein fouet, je suis descendu à 70% de ma capacité. Le choix du conseil du CPAS a été de maintenir l'emploi.

Tous les membres du personnel ont eu besoin d'un soutien et peut-être pas uniquement de soutien psychologique, cela va de la technicienne de surface jusqu'à l'infirmière, l'infirmière-chef, et jusqu'au directeur, ils avaient besoin d'un soutien pour arriver à passer cette crise.

Je voudrais évoquer l'importance du médecin coordinateur des maisons de repos dans ce rôle et pendant la crise Covid.

Il a été longtemps oublié quelque part dans les méandres de son rôle à l'intérieur de la maison de repos. Je crois que pendant cette crise, il a pris toute son importance. Je relaierais à mes collègues du conseil et certainement à mes deux directeurs toutes les précieuses informations que vous m'avez communiquées ce soir pour qu'ils changent leur habitude ou qu'ils continuent à améliorer la qualité de notre accueil.

Parallèlement aux maisons de repos, nous avons maintenant des services à domicile. C'était dans le programme électoral que j'ai défendu il y a déjà 3 ans. Cela fait toujours partie de notre budget, et constitue 10% de notre budget supplémentaire.



ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

Comment refinancer
et réorganiser les
soins de santé ?

le 15 juin 2021 à 18H



EN WEBINAIRE



Accueil par Christophe Verbist, directeur du Centre d'études Jacques Georgin.

Bienvenue à ce webinaire, le cinquième et dernier du cycle "Etats généraux de la santé" qui avait débuté le 23 mars dernier, organisé par le Centre d'Études Jacques Georgin et toute l'équipe de communication de Défi, et intitulé " *Comment refinancer et réorganiser les soins de santé ?*"

Je remercie d'abord très sincèrement nos participants et nos contributeurs à l'organisation de cette manifestation ce soir.

Sans plus attendre, je cède la parole à notre président, François De Smet, qui va introduire le sujet de ce webinaire.

Introduction par François De Smet, président de DÉFI et député fédéral.

C'est le 5ème et dernier webinaire de notre cycle, j'en ai suivi 2 sur la série et je voudrais commencer par remercier celles et ceux qui ont permis la réalisation de ce cycle de webinaires : Christophe Verbist et le Centre d'études, bien sûr, Shadi Farkhojasteh, notre directrice de la communication, ainsi que toute l'équipe de communication du parti .

Je crois que nous avons produit, grâce à vous, une somme d'échange qui nous sera très précieuse dans la rédaction de nos programmes et, qui nous a permis, en ces temps de pandémie, d'être malgré tout présents avec un événement public sur ce qui demeure encore aujourd'hui, le sujet majeur de préoccupation des Belges, à savoir la santé.

Avant même la pandémie, les sondages mettaient déjà la santé comme préoccupation prioritaire et nous terminons sur un sujet qu'on aurait pu prendre pour premier sujet finalement, le financement et la réorganisation de nos soins de santé.

C'est intéressant en soi car lorsqu'on cerne les critiques faites à l'égard du système de santé ou la manière dont il est perçu, c'est d'abord une question de refinancement et de réorganisation.

Si on prend un des autres thèmes que nous avons abordé, par exemple, la pénurie médicale; si nous avons une pénurie de soignants, c'est parce que le métier n'est pas attractif. S'il n'est pas attractif, c'est parce qu'il est insuffisamment financé en dépit du récent Fonds Blouses Blanches. Nous sortons d'une législature extrêmement dure sur le sujet.

Un seul chiffre mais parfaitement évocateur, en 2017, le budget concocté par Sophie Wilmès alors Ministre fédérale du Budget, prévoyait une économie de 902 millions imposée dans le secteur des soins de santé. Plus largement, la législature suédoise a été marquée, on le sait, par une forte opposition entre Maggie De Block et le secteur des hôpitaux.

Bien sûr, il fallait certainement réorganiser d'une manière ou d'une autre le secteur des hôpitaux mais cette restructuration s'est faite à la « hache », avec un manque de concertation assez évident et avec des dégâts en termes de confiance entre le personnel médical (dans toute sa représentation) et le monde politique et je crois que nous le payons encore aujourd'hui.

Et puis, l'arrivée de la Vivaldi a proposé une série de choses qui peuvent être jugées intéressantes mais moi ce qui me préoccupe en tant que Président de Défi, c'est le chapitre relatif à la préparation de la prochaine réforme de l'Etat. Le Gouvernement Vivaldi veut bien discuter de tout, notamment en piquant une partie de notre programme sur l'idée de consulter les citoyens et les secteurs sur une future réforme institutionnelle et c'est tant mieux.

On ne va rien faire avant 2024 sauf sur un secteur, où on propose d'approfondir la régionalisation et c'est inscrit dans l'accord de Gouvernement et c'est le secteur des soins de santé. Alors que la plupart des consultations dont nous disposons, la plupart des témoignages des professionnels inviterait plutôt à considérer davantage d'unités de commandement, davantage de relais vers le niveau fédéral.

Un seul exemple, on en a aussi parlé lors de nos précédents webinaires, la division, en terme organisationnel, des politiques de prévention d'un côté, et des politiques de soins (curatives) de l'autre. On doit être un des rares pays à proposer cela sérieusement et en pratique, c'est à se marcher sur la tête.

Il est ainsi très difficile de faire en Belgique aujourd'hui un plan national anti-tabac ou anti-alcool. Or, on sait bien que la main qui choisit d'investir dans la prévention, ne doit pas être pas trop loin de la main qui sait où il faut soigner puisque l'un influe directement l'autre. Je pense qu'on est sur un thème précieux.

Certes, il n'est pas le plus simple parce que dès que vous réorganisez les choses, vous pouvez heurter certains conservatismes (il y a peut-être certains conservatismes dans le monde des soignants comme il y en a dans toutes les structures et dans tous les univers professionnels du monde), mais d'un autre côté la Suédoise et sa manière de viser absolument l'économie et l'efficacité avec certaines réformes qui impactent non seulement des soignants mais aussi des soignés, ce n'est pas une solution non plus.

Je pense qu'il faut trouver les fils d'un dialogue à installer entre le monde politique et le secteur des soins de santé pour que cette réorganisation ne se passe pas sans le concours du secteur des soins de santé. C'est l'engagement que nous allons essayer de suivre.

Nous ne sommes pas au pouvoir au fédéral mais nous allons essayer de le matérialiser partout où nous le pouvons et de surveiller là où nous ne le pouvons pas. Voilà pourquoi nous sommes très intéressés d'écouter vos interventions.

Encore merci beaucoup pour votre présence.

**Docteur Bejjani Gilbert, président de l'ABSym Bruxelles
et secrétaire général de l'ABSym :**
***“La crise, une opportunité pour un financement
from Volume to Value”***

Je vous remercie bien sûr pour l'invitation.

Comme le disait François De Smet, c'est très important je pense, que l'on soit dans la majorité ou dans l'opposition d'échanger, de communiquer et surtout de communiquer avec des citoyens et la population. Seul l'échange amènera le changement de demain, j'en suis convaincu. Evidemment, je fais partie des médecins qui sont plutôt qui n'ont pas peur du changement, qui acceptent les défis, les opportunités.

Je vais vous faire part de mon point de vue dans cette brève présentation.

Le financement des soins actuellement en Belgique en tout cas, repose sur une histoire, il est basé sur la culture du pays, la culture des patients, la relation privilégiée qu'ils ont avec leurs soignants. Mais ce système aujourd'hui montre des défaillances et je vais vous expliquer pourquoi un nouveau financement basé sur ce qu'on appelle la « valeur », donc la qualité des soins fournis, « le value based healthcare » constitue l'avenir. Et en quoi cela est devenu une nécessité absolue.

Mon exposé comportera quatre points :

- Quel est notre métier en fait aujourd'hui comme soignant ?
- Pourquoi maintenant en 2021 ?
- Pourquoi le value based healthcare ?
- Comment le faire et en quoi ceci peut-il être un “driver” très important, essentiel pour les innovations liées à la technologie?

N'oublions pas que le vaccin contre le Covid a été quand même le fruit de la recherche et il a été fait en moins d'un an ce qui est quand même assez exceptionnel.

1. Dans quel métier sommes-nous?

Nous sommes dans un métier où nous soignons des gens et depuis quelques années, le vieillissement de la population s'exprime. Depuis baby boom, nous soignants et les futurs jeunes soignants sommes confrontés à une population vieillissante, avec des risques de

santé qui sont de plus en plus importants, ce qu'on appelle les « comorbidités », et nous avons un système qui montre aussi des tensions et des défaillances au niveau de ces performances au niveau qualitatif, et un coût qui devient de plus en plus important. Il faudra investir mais on ne pourra pas continuer à financer comme on le fait aujourd'hui, ce qui veut dire gentiment à la grosse louche.

La population vieillit comme c'est le cas dans tous les pays du monde occidental. Si on regarde les projections pour 2030, 14 à 15 % de la population aura plus que 65 ans en Belgique, pour les plus de 80 ans, nous serons proches des 6 %. Ces proportions vont augmenter pour 2050. Une population qui vieillit a beaucoup de comorbidité, donc beaucoup de pathologies chroniques, que l'on soigne mieux et on vit plus longtemps mais avec beaucoup plus de problèmes.

A un certain moment, si la part des patients chroniques avec multipathologies augmente, va se poser la question du financement. Il faudrait pouvoir payer moins cher pour des pathologies moins complexes.

Le KCE, le centre fédéral d'expertise des soins de santé, a sorti un rapport en 2019 déjà avant le Covid, et relevait que quand bien même le système est relativement bien perçu en Belgique par les citoyens, il montre néanmoins des problèmes d'accessibilité en termes de quote-part par patient payé de sa poche. Que vous soyez couvert à 100% par votre mutuelle et que vous ayez une assurance peut-être ou pas, une grande part demeure payée par la poche des patients et cette part est une des plus importantes en Europe.

Il y a aussi des problèmes de redondances, de gaspillage et de surconsommation. Une certaine fissure dans le système peut s'installer si on n'y prend pas garde.

Ceci signifie maintenir le financement actuel, ne pas couper dans les budgets, et investir intelligemment. Les coûts augmentent et ce n'est pas une nouveauté. La Belgique dépense à peu près 10% de son PIB en soins de santé mais la part payée par les patients est presque de 1/3 et cet investissement avoisine quand même les 4.000€/habitant de façon annuelle.

Des projections indiquent aussi que, à situation inchangée d'ici 2030, ce pourcentage pourrait monter à 15-20%.

Le modèle actuel, soutenu sans être réformé, n'est plus payable.

Il existe un autre problème qu'on appelle l'hôpital-centric (modèle centré sur les hôpitaux) ce qui signifie qu'il n'y a pas de financement pour les soins alternatifs, les séjours alternatifs, les maisons de convalescence, la revalidation, les soins à domicile.

Pour infléchir la courbe d'utilisation et de coût, il sera nécessaire de s'éloigner du modèle centré sur l'hôpital et adopter six nouvelles exigences importantes (la culture, les médecins et la prestation des soins, les technologies de l'information sur la communication et la santé, les installations, la passation de marchés et la « transformation » vers des modèles fondés sur la valeur).

Il y a une variabilité dans les soins, ce qui signifie qu'entre une région et une autre, entre 2 villes voisines, le double du coût peut ainsi être constaté (exemple: prothèse du genou). Ceci ne s'explique pas par la pathologie des patients mais par une autre façon de travailler

qui inclut le coût de l'innovation. Il y a aujourd'hui des traitements très chers qui sauvent des vies et qu'on ne peut plus payer en Belgique et cela commence à s'aggraver.

Enfin, il faut bien sûr remettre le patient au centre. C'est le patient qui doit choisir ou discuter voir s'il reste chez lui, s'il va à l'hôpital, s'il va à l'hôpital de proximité, s'il va vers des choses très qualitatives et un peu plus éloignées. Notre système manque d'intégration. Le risque qui augmente et il y a une grande variabilité dans les soins. Il y a un problème de compétitivité dans l'efficacité de ce qu'on donne.

En conséquence, il faudra réduire le gaspillage.

2. Pourquoi maintenant ?

On parle du Covid, mais il y a aussi un autre phénomène qui est le phénomène digital qu'on observe depuis 5-10 ans. Dans ce type de monde, il faut financer les soignants autrement, on ne peut pas juste s'asseoir derrière une console pour la télémédecine, assurer une surveillance continue par exemple de la santé des patients sans trouver des modes de financement pour cela. Le monde des soins de santé de demain ne se fera pas sans l'informatique. La pandémie nous a par ailleurs montré qu'un système qui n'est pas structurellement solide, ne tient pas le coup.

On a versé de l'argent, on a même baptisé le système en infusant de l'argent à tous les niveaux, si j'ose ainsi m'exprimer ainsi, sans pour autant que les soignants soient satisfaits du système, ils ont l'impression d'être dévalorisés et ce à tous les niveaux (infirmiers, médecins, tous les autres).

Pourquoi le changement arrive-t-il maintenant ? Parce que le patient a changé et ce patient est connecté. Si la médecine était basée sur l'evidence based, pour le siècle passé, dans notre siècle, la médecine doit évoluer avec un patient qui est connecté, ce qui est un fait. Les soignants doivent gérer un afflux de données qu'on ne peut plus intégrer tout seul. Il faut l'aide de l'intelligence artificielle; cette digitalisation en soi est une révolution réelle.

Dans ce contexte de digitalisation extrême, il va falloir aller vers des soins où on mesure ce qu'on fait, c'est ce qu'on appelle le value based cost. Donc, il faut que les médecins travaillent autrement.

Cette intégration (l'hôpital, l'extra hospitalier, le médical, le non médical, le paramédical, l'infirmier) qu'on appelle les soins intégrés se fait grâce à la digitalisation. On parle aujourd'hui de médecine « 4P », c'est une médecine prédictive, personnalisée, préventive et participative.

Comment peut-elle être participative ? Ceci signifie que le patient doit participer aux soins qui lui sont donnés - et l'IT est nécessaire pour le connecter. Si elle est personnalisée, elle doit être adaptée au patient lui-même et coûte très cher. Si elle est préventive, ceci signifie qu'il faut pouvoir mesurer ce qu'on fait pour améliorer la santé. Et surtout, si elle est prédictive, il faut vraiment des algorithmes qui montrent tout cela. Le siècle passé, c'était la science qui était le moteur du changement. Aujourd'hui, c'est le big data et la connexion des patients en réseau.

Nous sous-estimons le changement.

Si vous regardez 10 ans en arrière - à savoir le tout début du smartphone- et si on avait posé la question aux gens « dans 5-10 ans, vous aurez tous un smartphone dans votre poche », ils vous auraient répondu « , je serai devant mon écran d'ordinateur ».

Nous sous-estimons le changement à long terme et pourtant dans cinq ans, le système de santé ne sera plus le même dans le monde d'aujourd'hui.

3. Pourquoi le VBHC (Value Based Health Care) ?

3.1. La valeur patient

C'est un concept qui a été défini par un économiste à la Harvard Business School, Michael E. Porter. M.E. Porter a défini la valeur des soins de santé du point de vue du patient, comme suit :

$$\text{Valeur patient} = \frac{\text{Résultats bénéfiques pour le patient}}{\text{Coût par patient pour atteindre ces résultats}}$$

La valeur patient peut être augmentée soit par l'amélioration des résultats bénéfiques pour le patient, soit par l'obtention des mêmes résultats réalisés en réduisant les coûts des soins aux patients grâce à une meilleure utilisation des ressources.

La « valeur » des soins de santé fondés sur la valeur découle de la mesure des résultats en matière de santé par rapport au coût de la prestation des résultats.

Pour le professeur Porter, il est nécessaire de mettre l'accent sur la santé mesurée en « valeur patient », plutôt que sur le volume des traitements. La finalité essentielle de la médecine, c'est la santé. Ce modèle n'est pas encore vraiment implanté en Europe.

L'OCDE a mis en évidence le fait qu'il y a énormément de ce qu'on appelle de problèmes nosocomiaux (infections intra hospitalières) ainsi que de dépenses dans l'administratif, c'est une réalité européenne.

J'évoquais précédemment la chirurgie de la prothèse du genou, et l'on constate qu'entre des pays européens à PIB identiques ou à qualité de vie et à population similaire, on passe du simple au double. Ceci ne s'explique pas par la pathologie et, par conséquent, il existe véritablement un problème de surconsommation.

Il existe aussi une variable d'ajustement appelée « hospitalisation évitable ». Ceci signifie que dans beaucoup de pays, on admet beaucoup trop de patients à l'hôpital alors qu'ils pourraient éviter pareil séjour si on appliquait une prévention et une première ligne qui fonctionnerait de manière plus efficace.

3.2. Modèle de prestations de soins de santé

Les soins de santé fondés sur la valeur sont un modèle de prestation de soins de santé dans lequel les “fournisseurs”- les hôpitaux et les médecins, sont payés en fonction des résultats pour la santé des patients.

En Europe, il existe plusieurs modèles d'adoption des soins de santé fondés sur la valeur ; en la matière, ce sont des domaines thérapeutiques clés comme l'oncologie et celui des maladies rares qui conduisent à pareil modèle.

Le développement de l'intelligence artificielle (IA) pourrait ainsi améliorer l'utilisation des données. Les algorithmes de machine learning (IA) sont déjà utilisés pour améliorer les images radiologiques afin de prédire et détecter la progression rapide de la maladie à un stade précoce, avant que des interventions coûteuses ne soient nécessaires.

On estime que la durée de séjour peut être diminuée pour beaucoup de pathologies, que les réadmissions peuvent être diminuées et aussi, surtout les séjours inappropriés.

Par exemple, la qualité de vie des patients qui ont suivi un traitement contre le cancer de la prostate est affectée en fonction du degré d'incontinence ou de dysfonction sexuelle dont ils souffrent, mais les résultats des traitements ne font actuellement pas l'objet de mesures communes et il n'existe aucune base commune pour effectuer de telles mesures au sein des cliniques (à l'exception de l'Allemagne et principalement au sein de la principale clinique privée Martini Klinik qui est spécialisée dans le traitement contre le cancer de la prostate).

Dans les pays d'Europe Occidentale, on a atteint presque la limite des capacités de dépenses en soins de santé alors que la demande augmente à mesure que de nouveaux traitements arrivent sur le marché et que le vieillissement de la population s'accélère.

L'objectif d'un nouveau financement des soins de santé, c'est d'améliorer l'accessibilité ou de le maintenir, idem pour la qualité mais aussi pour le bien-être des soignants. Ceci signifie que si vous financez autrement les soins, vous arrivez à soigner énormément de pathologies dans des hôpitaux où c'est plus opérationnel, et quand c'est le cas, vous pouvez dégager du temps et des moyens. Exemple très simple, vous regroupez 2 unités de soins intensifs qui sont petites; dans les 2 unités, vous devez maintenir un service de garde. Si vous le déplacez dans la même unité, il s'agira d'un seul rôle de garde un peu plus grand.

Ceci occasionnera une moindre charge de travail pour le personnel, pour les médecins. Et c'est ce bien-être qu'il faut pouvoir sauvegarder. En maintenant le même budget de soins, vous revalorisez les salaires.

La transparence et la résilience doivent être améliorées, c'est la solidité du système pour que puisse continuer la pérennité de notre régime de solidarité nationale.

4. *Pourquoi ce VBHC est la clé pour l'avenir ?*

Prenons l'exemple suivant qui demeure expérimental.

Les CAR-T cells permettent de traiter certains cancers du sang en modifiant génétiquement les cellules du patient. Il s'agit d'une thérapie qui consiste à modifier en laboratoire les lymphocytes T du malade afin de les munir d'un récepteur (le CAR) capable de traquer les cellules cancéreuses. Ce traitement coûte plusieurs milliers d'euros par patient.

Comment payer cela aujourd'hui ? Avec un système où il n'y a plus aucune capacité pour financer des choses nouvelles, pour augmenter les salaires des infirmières et des infirmiers, pour valoriser la consultation du médecin, qui aujourd'hui varie entre 20 et 30 €, ce n'est pas envisageable. Pour le faire, il faut aller vers le value based qui mesure l'efficacité des soins, au travers de la mise en place des réseaux hospitaliers, du regroupement des services au travers de la diminution du gaspillage, au travers d'un financement qui dépasse celui de l'acte,

Un autre exemple, c'est ce qu'on appelle la médecine personnalisée, c'est Johnson & Johnson qui développe cela, c'est ce qu'on appelle un projet où si un patient a une pathologie, on fait un scanner et une résonance magnétique, on reconstruit ce patient en 3D, le chirurgien s'entraîne en réel sur un modèle 3D, regarde s'il opère au niveau de la deuxième côte ou de la troisième côte et puis, certain de son geste, va opérer en vrai.

Ce type de technologie, nous la voulons tous. Je veux qu'on me donne le meilleur soin pour moi-même qui soit adapté à mon corps, à ma pathologie et ceci nécessite de l'argent. Et il faut tenir compte du fait qu'entre l'innovation et son implémentation, du temps peut s'écouler.

Nous demandons aujourd'hui aux politiques de nous assurer que ce changement ne touchera pas au budget global.

Si on rassure les organisations de médecins, les fédérations d'hôpitaux, si on rassure tout le monde, les gens acceptent plus facilement le changement. Cet écart entre le temps de l'innovation et de son implémentation après son achat doit être diminué. Un autre danger consiste dans le fait que toutes ces startups qui naissent et se développent dans le domaine des bio-technologies, si elles ne sont pas financées, elles peuvent tenir un an, deux ans, voire trois ans, elles risquent de s'éteindre alors qu'elles sont essentielles pour l'innovation, c'est ce qu'on appelle la ligne rouge dans les soins, pour le modèle pharmaceutique et aussi technologique.

Le modèle "Value based" constitue un modèle qui permet de diminuer les coûts pour une meilleure qualité des soins qu'on donne aux patients et c'est la marge qui est générée qui permet de revaloriser ce qu'on paie aux soignants et permet aussi de financer l'innovation.

Je vais prendre à nouveau un exemple concret, qui a été effectué il y a 10 ans en Allemagne. On a pris comme curseur une région, une vallée, et on a observé le système hospitalier; on a financé des applications qui permettent aux patients cardiaques de se peser tous les jours avec toutes ces données qui sont envoyées aux médecins traitants.

Il a été ainsi démontré que les meilleures prises en charge préventives et par la première ligne donc par les médecins généralistes, les infirmiers de ce patient qui est suivi par l'application (c'est une application simple où vous vous mesurez et vous pesez

tous les jours), et cette info est envoyée au médecin. Dès qu'il voit qu'il y a une variation importante, il vous convoque et donc adapte votre traitement et on évite aux patients cardiaques chroniques d'aller à l'hôpital.

Cette économie d'argent est réinjectée en économie circulaire (c'est à la mode) vers les soignants de première ligne donc le médecin a plus d'argent (5,5 millions) et donc cet argent finance l'innovation.

Il faut oser réformer le système des soins et sortir de sa zone de confort. Sont très peu nombreux ceux qui osent le faire. Moi, je fais un appel aux politiques pour soutenir cette réforme, pour la cadrer : sauter d'un bocal pour aller vers un bocal où la vie est meilleure. Il faut que les médecins soient les moteurs de ces réformes et il faut que les patients restent au centre des soins. Tous ensemble nous pouvons le faire.

Le système de santé actuel dans nos pays occidentaux n'a cependant pas été conçu pour l'adoption d'une approche fondée sur la valeur, je le concède. Si l'on doit prendre en considération la santé, plutôt que le volume de traitements, comme étant le résultat de toute intervention en matière de soins de santé, il faut obtenir un consensus social sur la valeur et sa signification, au-delà d'une acceptation par la communauté scientifique. Une approche centrée sur le patient sera essentielle pour comprendre la valeur. La perspective du patient devrait être le point de départ pour mesurer la valeur et un dialogue renforcé entre les patients et les médecins devrait permettre de comprendre les besoins des patients et d'atténuer les divergences entre les résultats cliniques et ceux rapportés par les patients. Le chemin à parcourir est encore long mais il me paraît fondamental à emprunter.

Elisabeth Degryse, Vice-présidente des Mutualités Chrétiennes ***“Organisation et financement au regard d'une vision de la santé”***

Permettez-moi de refaire un petit détour par la crise sanitaire que nous vivons encore aujourd'hui, pour que cette crise serve de leçon, et que le monde d'après ne soit pas le monde d'hier. Cette crise a été le catalyseur d'une prise de conscience.

Récemment, en medicomut, avec autour de la table, l'ensemble des médecins de l'organisme assureur, a été présenté le baromètre hospitalier sur les suppléments d'honoraires, sur les factures-patients dans les hôpitaux, et le leitmotiv était transparence, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années.

La crise a vraiment servi aujourd'hui de catalyseur et je pense qu'il faut que tous les acteurs de la santé en profitent et se rassemblent dans une nouvelle vision de la santé.

On est aussi au bout du système du supplément d'honoraires, et au début de la dualisation car le système actuel de coût pour les patients qui entraîne que les patients doivent payer plus cher pour avoir accès à un « meilleur » médecin ou à une chambre simple alors que c'est juste normal d'avoir une chambre simple dans certains cas.

On se rend bien compte dans les mouvements qui sont en train de se produire et dans le

redémarrage socio-économique, qu'un changement de paradigme fondamental dans toute une série de secteurs et dans le secteur des soins de santé va s'opérer. Les constats connus ont été renforcés par la crise.

Tout ce que Gilbert vient d'expliquer identifie bien la difficulté du financement des hôpitaux entre autres et du financement à l'acte.

Si les hôpitaux ont bien géré la crise, ils se sont vraiment retrouvés dans des difficultés importantes puisque ne produisant pas un certain type d'actes et mettant toute leur énergie sur le Covid, a émergé un problème financier gigantesque et la sécurité sociale a dû intervenir pour solutionner les choses et on attendra maintenant la clôture des comptes des hôpitaux 2020 pour voir les résultats réels.

Ce sera assurément compliqué car, comme on le sait par ailleurs depuis plusieurs années, beaucoup d'hôpitaux en Belgique ont du mal à clôturer les comptes à l'équilibre. Le système institutionnel, Monsieur De Smet en a parlé dans l'introduction, est extrêmement complexe.

Il y a effectivement la question prévention et gestion des soins de santé mais aussi la question d'avoir une bonne vue sur l'ensemble des acteurs de santé. Un exemple : la Mutualité Chrétienne organise avec ses volontaires un service d'aide à domicile et d'infirmière à domicile; les masques de protection, au début de la crise, n'étaient pas du tout sous le radar les infirmières à domicile et on a dû se battre. Je me souviens de coups de téléphone passés, en soirée, à des acteurs au gouvernement fédéral pour faire en sorte que les infirmières à domicile soient répertoriées dans le public prioritaire pour les masques.

Cette complexité d'aujourd'hui rend la gestion de notre système de soins de santé pesante.

La crise sanitaire met aussi en lumière le fait qu'on ne dispose pas d'une vraie politique de santé publique partagée. En effet, une politique de santé publique s'articule sur des enjeux de prévention, de promotion des soins de santé et cela permet de basculer dans un mode de gestion de crise si nécessaire. Durant la présente crise, à chaque étape, on a dû improviser.

Comment va s'effectuer le testing, le tracing, comment va s'organiser le processus de vaccination ?

En matière de vaccination, j'estime qu'on s'en sort même plutôt pas mal pour le moment, mais cela demande aux acteurs énormément d'énergie et aux politiques aussi par ailleurs pour le mettre en place. Or, une vraie politique de santé publique et partagée permettrait d'avoir des leviers et d'avoir des réflexes plus rapides.

A la Mutualité Chrétienne, nous posons aussi la question de la démocratie sanitaire. C'est un concept qu'on utilise peu et je me permets de faire un parallèle avec le Japon: en cas de tremblement de terre, les japonais savent très bien ce qu'ils doivent faire en cas d'alerte. Comment se comporter, quoi faire ou comment réagir ?

On devrait pouvoir mettre en place ce genre de réflexe en matière socio-sanitaire ou sanitaire dans nos Etats aussi. Cette crise sanitaire doit nous permettre de revoir nos rapports à l'autre, à la mondialisation, à l'environnement, à la consommation, à l'hégémonie du

pouvoir financier, car dans quelques années, si l'on doit nouveau face à une pandémie et on doit vraiment renforcer cette capacité à faire face à ces enjeux-là tous ensemble.

Les inégalités en matière de soins de santé se sont aussi renforcées au travers de la crise. Cela fait partie des constats que nous avons pu faire : il y a un lien direct entre la « consommation » des soins de santé ou le « rapport » à la question de la santé et l'éducation et le niveau socio-économique.

Le report des soins qui était déjà une réalité avant la crise augmente maintenant parce que les gens ont parfois peur de venir à l'hôpital lorsqu'il y a des cas Covid.

Si vous faites une superposition des cartes démographiques reprenant les personnes vaccinées, des quartiers avec les taux de vaccination, avec des cartes socio-économiques des indicateurs socio-économiques des quartiers, cela correspond. Les quartiers où existent le plus de refus de vaccination sont en général les quartiers où les personnes ont un niveau de formation moins élevé, où l'accès à toute une série d'informations reste également moins élevé. Il s'agit vraiment d'un questionnement et cela reste un enjeu essentiel.

Au sortir de la crise, pour nous, l'enjeu consiste en une vision d'un système de santé efficace et qui mette réellement le patient au centre. Je n'aime pas trop le mot « patient au centre » mais c'est signifiant et c'est considérer le patient comme acteur aussi et comme partenaire.

Quelle est notre vision en matière de santé?

Il s'agit d'une approche qui tient compte d'abord et fondamentalement de la personne et du patient. D'abord, de la personne avant qu'elle soit un patient et donc, de son parcours de vie : qui suis-je ? où en suis-je dans ma vie ? Quel est mon milieu de vie ? Comment je gère par rapport à mon logement ? Mon rapport à ma vie sociale? Mon rapport à mon emploi, si je suis en capacité d'avoir un emploi? Mon rapport à mon bénévolat si jamais je ne suis pas en capacité de travailler tout en me permettant d'avoir des liens sociaux.

C'est toute cette prise en considération là qui est fondamentale pour construire une vision de la santé. On ne peut pas simplement construire une vision de la santé au départ de la maladie, des soins et de comment les finance-t-on ? Il faut élargir complètement les choses. La santé physique n'est pas une fin en soi.

Nombre de personnes aujourd'hui sont en bonne santé physique, mais vont pourtant très mal sur le plan psychologique parce que l'on sort d'une période extrêmement difficile. Il existe vraiment un enjeu à élargir les champs d'action et la vision sur la santé.

Aux Mutualités Chrétiennes, une vision large de la santé comporte un changement de paradigme important et on doit prendre en considération l'ensemble des aspects autour de la personne ou autour du patient. C'est-à-dire effectivement le physique, le psychique, l'émotionnel et tous les déterminants de la santé.

Un deuxième élément essentiel est l'importance de l'éducation de la santé, de la promotion, de la prévention qui doit être au moins aussi importante si pas plus dans l'avenir que les soins de santé à proprement parler.

Pour nous, cette approche doit aussi consolider le modèle assurantiel et solidaire actuel, car c'est la seule manière d'assurer vraiment des soins de santé accessibles et de qualité

pour tous.

L'accessibilité se décline certainement en matière financière mais certainement aussi en matière géographique et en matière de temps d'attente. Cette accessibilité triple en fait, selon nous, ne consiste pas seulement en des soins de santé accessibles financièrement, mais il faut que je puisse me faire soigner pas trop loin de chez moi, dans un délai raisonnable et que je puisse le payer.

La politique de santé publique doit s'effectuer avec les acteurs de santé autour d'objectifs de santé, c'est certes l'exemple que Gilbert vient de nous montrer par rapport aux personnes avec des problèmes cardiaques qui sont suivies dans ce cas-là à distance à partir d'une application mais les objectifs de santé, c'est aussi renforcer la prévention, par exemple, en matière de diabète car on peut empêcher du diabète de type 2 si on travaille sur l'alimentation et sur le fait d'être en mouvement.

Si on arrive ensemble à travailler sur ces objectifs de soins de santé, je pense vraiment qu'on s'inscrit dans une vraie politique de santé publique, qui associe donc l'ensemble des personnes en contact avec le patient, que ce soient des médecins, des paramédicaux, mais même d'autres acteurs comme, par exemple, des enseignants, ce qui permet vraiment d'avoir une politique de santé partagée, portée par les acteurs de santé.

La mise en oeuvre articulée du principe de la santé dans toutes les politiques (santé - social - environnement - économie) est fondamentale.

Le plan de relance, au niveau fédéral et au niveau wallon, selon nous, ne tient pas suffisamment compte de cette articulation nécessaire et ne contient pas de vrai élan. Pour prendre un point de comparaison, c'est très bien de sortir du nucléaire, mais si c'est pour compenser le nucléaire par d'autres types d'énergie qui au final ont un impact environnemental aussi important, on n'aura rien gagné.

Il est essentiel de financer les emplois et d'investir dans de l'infrastructure, mais cela ne va pas recréer du lien social entre les gens et des économies circulaires proches de nous. Cette transition social/environnement/santé/économie doit être en permanence développée.

Quelle est l'éducation à la santé que l'on propose de manière formelle dans nos écoles, dans les mouvements de jeunesse, d'une manière informelle, dans la famille, de manière locale ? Comment les enseignants sont-ils formés à cela ? Est-on au niveau de l'ONE suffisamment en capacité d'aller toucher le public qui est parfois plus précarisé ? Comment procure-t-on les bons réflexes ?

Ce n'est pas en donnant une fois une brosse à dents aux enfants de 3ème maternelle en leur disant « *à partir de maintenant, il faut se brosser les dents tous les matins et tous les soirs* » qu'ils vont le faire. Ce n'est pas en partant du principe qu'ils vont rentrer en disant à leur maman « *maman, je dois le faire* » que la maman va comprendre l'enjeu. Ainsi, les soins dentaires gratuits pour les enfants de 0 à 18 ans, pris en charge par la sécurité sociale totalement à condition qu'il n'y ait pas de supplément, n'ont pas d'impact direct sur la consommation des soins. Les gens ne vont pas spécialement plus chez le dentiste avec les enfants en bas âge même si c'est pris en charge par la sécurité sociale, ce qui signifie que cela nécessite une véritable éducation à la santé.

La santé, c'est d'abord et avant tout un bien commun et pas un bien de consommation. Or, on a tendance à faire de la santé un bien de consommation, en ce compris dans le

vocabulaire qu'on utilise: on parle de dépenses en soins de santé, on ne parle pas d'investissement en matière de santé. Les cotisations sociales émanent des charges sociales. Un enjeu significatif consiste à refaire de la santé un bien public qui fait partie de notre responsabilité collective à tous et de sortir de la tentation actuelle d'individualiser la responsabilité par rapport à la santé.

Notre organisation s'oppose catégoriquement à des éléments type remboursement différencié en fonction des comportements. J'estime qu'on doit travailler de manière collective sur quelle société nous permet d'être en bonne santé et comment partager ensemble cette préoccupation-là.

La marchandisation des soins constitue aujourd'hui un enjeu essentiel sur lequel il faut travailler ensemble.

Le secteur des maisons de repos ou le secteur des cabinets dentaires sont la proie de sociétés commerciales et il est donc essentiel que ce nouveau financement de la sécurité sociale demain permette d'endiguer ce phénomène-là, permette effectivement que les soignants se trouvent aussi reconnus, financés correctement et que leur temps de travail (autre que les prestations des actes) trouve sa place dans ce financement.

On a tenté d'identifier une série de facteurs critiques de succès par rapport à cette vision et à la mise en oeuvre de cette vision, selon 3 catégories.

Le premier facteur concerne le pilotage général, co-construire et partager des enjeux en matière de santé publique et en matière de soins de santé. Dans ce cadre, un élément important est la question de l'unité de commandement en gestion de crise.

En dehors du temps de crise, il faut néanmoins trouver une manière d'échanger; les mutualités chrétiennes soutiennent l'idée de ces instituts du futur réceptacles de cette volonté d'avoir un lieu de partage, d'échange, d'objectifs et qui permet de définir des positions communes en matière de santé.

Le deuxième facteur concerne l'accompagnement du patient.

Pour notre mutualité, c'est essentiel car elle se définit vraiment comme étant la représentante de patients et la défenderesse des droits des patients. L'élément majeur de ce facteur est le décroisement.

Je vais vous donner un exemple éclairant. Lorsqu'une jeune fille fait une hémorragie cérébrale, qu'elle arrive à l'hôpital qu'on l'opère et puis qu'on s'inquiète de savoir que sa tension reste faible, mais qu'à aucun moment on ne pense à téléphoner au médecin généraliste pour connaître la tension habituelle de la jeune fille et pour avoir des éléments sur son état de santé en général, on ne sort pas de notre cloisonnement habituel. Il s'agit de travailler autour du patient autour de lui et autrement et le patient doit être en capacité le cas échéant de choisir qui coordonne ces soins.

Je vous donne un autre exemple. Une étude a été effectuée récemment par notre organisation sur le recours aux sages-femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après la grossesse. On constate que sur les dix dernières années, le recours aux sages-femmes a augmenté significativement alors que les consultations gynécologiques n'ont absolument pas augmenté. Dans cette hypothèse, pourrait s'imaginer un trajet de soins

grossesse et accouchement qui, pour la majorité des grossesses sans risque particulier, serait coordonné au départ de la sage-femme et que le recours au gynécologue se ferait au moment spécifique en fonction d'un trajet déterminé ensemble, pour que le patient se sente aussi en maîtrise de ce qui lui arrive avec un référent.

Il existe également un enjeu relatif à la prise en charge précoce et au fait d'inscrire les patients dans des trajets de soins intégrés surtout pour toutes les pathologies très lourdes, complexes : les malades chroniques.

Il faut impérativement réfléchir aussi à la question du financement derrière ces pathologies-là.

Les mutualités doivent jouer le rôle de partenaire de confiance du patient dans tout son rapport à cet enjeu des soins de santé, dans le conseil et dans l'orientation.

Le troisième facteur concerne l'efficacité et la soutenabilité.

On doit investir dans la coordination autour de la prise en charge du patient, on doit valoriser ce temps de coordination.

A cet égard, le dossier patient partagé informatisé est important. Aujourd'hui, vous pouvez aller sur le reseausantébruxellois.be, masanté.be, myhealthviewer.be, ehealth.fgov.be, il y a beaucoup de portes d'entrée. Bon nombre d'hôpitaux sont en train de développer des dossiers patients informatisés mais on ne se préoccupe pas de l'accès "porte d'entrée" pour le patient, pour lequel c'est souvent ingérable.

Notre organisation entend continuer à défendre un système de financement solidaire au niveau le plus haut avec la base la plus large donc au niveau fédéral où chacun cotise en fonction de ses moyens et bénéficie en fonction de ses besoins. L'institutionnel doit quelque part servir cette vision autour du patient.

La mutualité chrétienne et les corps intermédiaires sont inquiets de la manière dont cette réforme de l'Etat est en train de se réfléchir et de se penser. En dehors de la plateforme ouverte aux citoyens à partir de septembre 2021 en dehors du groupe des 28 à la Chambre (14 de la Chambre, 14 du Sénat) qui est censé organiser les travaux, les corps intermédiaires sont peu reconnus.

Notre organisation, qui a l'impression d'être bypassée dans le processus de réflexion, a vraiment des choses à dire sur l'évaluation de la Sixième Réforme de l'Etat et sur cette vision des enjeux au niveau des territoires de santé.

Si réforme de l'Etat il doit y avoir en matière de soins de santé, et en matière de santé publique, cela doit être la dernière. La Sixième Réforme de l'Etat a mis 10 ans à être mise en oeuvre et nous avons besoin d'une politique de soins de santé publique avec une vraie gestion au profit des citoyens.

Aujourd'hui, le problème réside dans le fait qu'il existe vraiment un souci de prévention d'une main et d'une gestion des soins de l'autre main. Est-ce que la solution consiste à refédéraliser le tout ? Je n'en sais rien. Est-ce que la solution consiste à tout remettre aux Régions et aux Communautés? Je n'en sais rien mais il faut en parler.

Quelques balises organisationnelles d'un futur modèle :

Les Mutualités Chrétiennes réfléchissent à un nouveau modèle pour demain, pour soute-

nir cette vision qui s'articule au départ du patient en cercles concentriques avec différents niveaux d'intervention. Au plus proche de ce qu'il vit, et puis, en remontant, chaque fois en fonction des différents niveaux qu'on veut voir travailler autour de lui pour une meilleure qualité des soins, et peu importe le découpage institutionnel de demain. L'enjeu demeure une gestion paritaire avec les acteurs concernés et au service du patient.

Quelques éléments sur le financement :

Il faut ré-enchanter ce discours sur la sécurité sociale, qui est un bien public partagé et qui n'est pas juste un impôt. On ne parle pas de charge sociale mais de cotisations, on ne parle pas de dépenses mais d'investissements, etc.

Le courage politique consiste à s'attaquer aux vraies causes qui plombent les finances de la sécurité sociale et donc pas uniquement les soins de santé. Que peut-on changer dans une politique structurellement pour éviter que les soins de santé coûtent cher par après ? Nous sommes dans un système où on paie trop les conséquences des choix que l'on ne fait pas précédemment.

Nous avons fait une étude très intéressante sur l'analyse du budget de la sécurité sociale : il n'y a pas de dérapage. Le problème provient du fait que les décisions politiques de ces dernières années ont diminué les recettes en matière de cotisations sociales. Si on entend rétablir un équilibre au sein de la sécurité sociale, il faut revaloriser les cotisations.

Pour nous, il est essentiel de revoir les réductions et tous les régimes d'exonération de cotisations sociales et augmenter les emplois de qualité. Considérons que nombre de statuts d'emploi précaires ne génèrent pas des cotisations sociales correctes permettant de renforcer les recettes de la sécu. On n'est pas dans une situation de dérapage et même si les incapacités de travail et les soins de santé ont augmenté, le problème des recettes au niveau de la sécurité sociale est prégnant.

Nous plaidons en faveur d'une vraie réforme fiscale ambitieuse avec entre autres un impôt progressif sur les revenus du patrimoine, des contributions sur les transactions financières, empreinte de justice fiscale. Nous ne sommes pas opposés à l'idée d'instaurer une cotisation sociale généralisée de crise pour traverser des périodes compliquées mais elle doit être affectée au soin de la sécurité sociale.

Doit demeurer l'idée de cette cotisation de sécurité sociale qui ne soit pas un impôt.

Le task shift de la précédente législature est une vraie catastrophe. Il n'a pas du tout été compensé et a créé aussi un trou en matière de sécu dans le budget de la sécu.

Pour notre organisation, il s'agit de revaloriser la sécurité sociale, y réinvestir correctement, pour qu'elle puisse continuer à nous protéger comme elle vient de le faire au travers de la crise.

Quelle leçon retirer de la crise COVID au niveau de notre organisation ?

Si je prends la casquette "employeur" puisque les Mutualités Chrétiennes constituent une importante organisation, cela a représenté un vrai défi de pouvoir continuer à servir les

citoyens surtout lors du premier confinement et continuer à payer les indemnités d'incapacité de travail sachant qu'on travaille encore beaucoup par document papier et pas en numérique, et aussi d'informatiser toute une série de collègues qui ne disposaient de pc portables. Le défi humain était considérable.

Une grande empathie s'est manifestée au début de la crise avec un sentiment fort d'être soutenu par les membres quand ils téléphonaient, quand ils posaient des questions. Actuellement, nous sommes encore dans la crise et les citoyens sont maintenant fatigués, usés, certains dans une situation de précarité très importante et nos collaborateurs doivent faire face alors qu'ils sont eux-mêmes épuisés après un an et demi de télétravail. Cela nous demande énormément d'énergie de continuer à les motiver, à leur donner du sens dans leur travail, avec une population qui est vraiment en difficulté.

Si je prends maintenant ma casquette "mouvement social", organisme assureur, corps intermédiaire, je pense que l'enseignement essentiel à tirer pour les mois et années à venir c'est la crise sociale et de santé mentale qui va suivre cette crise sanitaire.

Les inégalités de santé étaient là avant la crise, elles se sont accentuées avec la crise quoiqu'on en dise et c'est notre responsabilité collective de s'en préoccuper dès aujourd'hui et pas seulement dans quelques mois ou dans quelques années, quand on devra tirer les lignes, les additions, les problèmes de santé mentale, etc. et des inégalités sociales.

Christophe Verbist, directeur du Centre d'Etudes Jacques Georgin.

Merci de nous avoir parlé de la santé comme bien public et après le premier exposé du Docteur Bejjami qui était un discours centré sur le futur, sur l'innovation en termes non pas uniquement matériels mais aussi orientés vers les solutions technologiques qui peuvent améliorer notre système de soins de santé.

Merci à vous d'avoir complété la problématique avec une dimension qui est orientée « patients » d'où qu'ils viennent et où qu'ils soient, c'est-à-dire à la fois au travers des hôpitaux, d'avoir inné des pistes notamment au niveau du financement qui, d'ailleurs rejoignent par certains côtés la CSG (Cotisation Sociale Généralisée) qu'on a déjà appréhendé au niveau du Centre d'Etudes, qui pourrait être une solution pour assurer un financement plus pérenne de la sécu.

Merci d'avoir abordé ce point et d'avoir remis en lumière la notion de biens communs en santé publique.

Professeur Macq, vous avez la parole, pour votre exposé sur le financement des soins de santé et soins intégrés.

Jean Macq, professeur à l'UCLouvain "L'organisation des soins de santé"

L'objectif de mon exposé consistera à lancer des idées (qui ne sont pas des idées très neuves) à propos de la question suivante : comment l'organisation des soins peut-elle

améliorer la qualité, l'accessibilité des soins dans le futur ?

Ce que j'aimerais partager avec vous, c'est l'utilisation du terme « intégration ». On veut plus d'intégration mais on n'est pas toujours très clair sur le « pourquoi ». Si on parle de « pourquoi l'intégration », il est nécessaire de réfléchir quel type de transformation de notre système de soins l'on souhaite.

On en a déjà parlé avec les deux précédents intervenants, des éléments qui devaient être changés dans le système. On a déjà parlé de l'importance et, tout le monde est d'accord là-dessus, du fait de sortir du paiement en acte individuel. Et donc aussi, quel type de financement et comment organiser le financement dans un futur qui sera certainement la septième réforme de l'Etat, mais on ne sait pas comment ni quand il sera décliné.

Habituellement lorsqu'on parle d'intégration des soins, on veut mettre ensemble des activités pour un type de bénéficiaire bien précis. A été évoqué l'exemple d'un patient diabétique, on parlera d'une personne âgée et fragile, avec un but d'offrir ce paquet d'activités pour cette personne-là.

L'intégration des soins est devenue assez visible dans la crise Covid lorsque l'on s'est rendu compte que les hôpitaux risquaient d'être surchargés, et plus particulièrement les soins intensifs.

A été mis en lumière le fait d'agir davantage en amont pour essayer de diminuer la surcharge des hôpitaux, la surcharge des soins intensifs en donnant des rôles aux professionnels de santé (dont le médecin généraliste) avant l'hospitalisation.

Un des rôles de l'intégration consiste à s'assurer ce qu'on appelle la « continuité des soins », c'est-à-dire une séquence de soins qui se suivent l'un l'autre.

L'autre aspect de l'intégration des soins, mes deux interlocuteurs l'ont dit, est de se focaliser sur les situations dites « complexes » qui ont trait principalement au vieillissement de la population. Pour ces personnes qui vieillissent, de plus en plus de besoins sont nécessaires, et si on veut que ces personnes restent à domicile plus longtemps avec une bonne qualité de vie, il faut s'assurer à ce qu'on appelle « la globalité des soins », que les personnes aient l'ensemble des services dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin de la part d'acteurs de la santé multiples.

Cependant, un élément dont on parle moins qui a été un peu mentionnée par Elisabeth, c'est l'intégration des soins selon une logique d'approche centrée non pas sur le patient, mais sur une personne. Dans une approche centrée sur les personnes, doivent être intégrés le curatif, des activités préventives, des activités de promotion de la santé mais aussi la manière dont on vit dans notre environnement, dans notre « bassin » de vie. Cet aspect de l'intégration des soins est souvent un aspect qui n'est pas encore suffisamment développé dans le discours surtout consacré à l'organisation des soins.

Il faut tenter de combiner ces trois manières de combiner différentes activités ensemble. Soit penser en termes de parcours, soit penser en termes de personnes qui ont des besoins très complexes nécessitant des services multiples, soit penser à vous et moi mais aussi aux personnes qui sont plus défavorisées socialement et donc combiner des activités plutôt curatives et plutôt préventives. Si on prend en considération ces 3 dimen-

sions-là, il est nécessaire de sortir de la logique de la maladie et du court terme. La pandémie a été le théâtre de cette logique.

Sortir du focus uniquement sur la maladie et d'un système de soins qui soit entièrement réactif. Notre vision reste déterminée par le fait que parler de soins de santé, signifie penser "hôpital" qui a le rôle central.

Typiquement, on réfléchit à des parcours éventuellement qui vont permettre à la personne de sortir plus vite de l'hôpital, de se retrouver chez elle mais dans une logique où on pense maladie, on pense problème de santé spécifique et donc, au niveau du domicile, des prestataires qui ont des spécialités très claires par rapport à la maladie avec l'idée d'identifier les besoins des personnes principalement en pensant « pathologies » vont se présenter.

Clairement, en Belgique, on a « le plan cancer », on travaille sur le diabète, on a le « plan de lutte contre l'alcoolisme ». En fait, évoquer une problématique en termes de santé, même en promotion de la santé, signifie parler de maladie ou de problème de santé dans un système. Dans un système où l'hôpital a un rôle central, on a des prestataires spécialisés, on identifie les choses par pathologies et on travaille avec des trajectoires par pathologies.

L'autre logique consiste à penser « approche centrée personne » dans son lieu de vie, avec des activités qui combinent du curatif, du préventif et de la promotion de la santé. Dans cette logique-là, c'est l'équipe de première ligne qui dispose du rôle central ou axial.

Equipe de première ligne ne signifie pas uniquement faire référence au médecin généraliste ou à l'infirmier ou au kiné, mais c'est aussi évoquer le rôle du psychologue, de l'assistant social, dans une certaine mesure aussi de la sage-femme.

Une équipe de première ligne forte qui puisse travailler avec un ensemble de personnes qui l'a « sous sa responsabilité » dans une communauté, dans un quartier, dans une commune avec l'idée que le focus n'est plus dirigé sur la maladie, mais beaucoup plus sur la vie des gens et comment je peux les accompagner en les conseillant.

Dans cette autre logique - l'équipe de première ligne avec un rôle central - la réflexion va s'orienter en termes de trajectoire à transformer, à adapter (par exemple, la problématique des personnes qui se retrouvent au service des urgences alors qu'elles ne devraient pas s'y retrouver).

Comment faire pour renforcer la première ligne, pour éviter que les personnes se retrouvent aux urgences ? Comment éviter que des personnes veuillent aller voir trop rapidement un spécialiste, comment aider des personnes qui sont confrontées à une sorte de « surmédicalisation » de leurs problèmes ? Comment faire pour renforcer cette première ligne?

Dans cette logique-là aussi, cette équipe de première ligne a pour rôle de développer, de s'assurer du développement de soins dits « centrés sur la personne », c'est-à-dire en s'intéressant vraiment à la personne pas seulement par rapport à son épisode spécifique de soins mais parce que je la connais dans son quartier, là où elle vit et je la vois de manière régulière depuis une période relativement longue.

Vous avez compris l'enjeu de transformer notre système de soins d'un modèle très hospitalier, centré maladie vers un modèle "centré personne" au niveau de l'environnement dans lequel il vit et qui se connecte aussi avec la prévention et de la promotion.

Je vais aborder la question du financement des soins de santé selon trois modalités.

Première modalité, c'est financer des parcours de soins. C'est penser en termes de parcours, à savoir utiliser les soins qui soient les plus efficaces possibles au moindre coût possible. Il s'agit de mettre en place les parcours qui conviennent le mieux au patient, à la personne lorsqu'elle est confrontée à un problème de santé au moindre coût possible. Dans ces parcours aussi, on se concentre sur ce qu'on appelle des soins à faible variabilité, c'est-à-dire des soins auxquels, peu importe où on les prodigue, que je me trouve à Liège, au Luxembourg, à Bruxelles, à Anvers mon parcours devrait avoir plus ou moins la même structure.

D'autres parcours doivent être adaptés en fonction de la réalité dans laquelle la personne se trouve.

Deuxième type de financement, c'est financer des fonctions spécifiques. Alors que le rôle de coordination peine à être reconnu au sein de la première ligne de soins, s'institue, au niveau de l'hôpital principalement, la fonction de gestionnaire de cas (case manager) pour coordonner la prise en charge d'une maladie ou situation chronique, notamment pour la personne âgée, la personne psychiatrique ou le patient diabétique le profil de compétences du gestionnaire de cas est assez proche de celui du coordinateur de soins,

Troisième type de financement, c'est financer les soins en fonction d'une communauté, dans un territoire donné. Il faut pouvoir combiner l'ensemble. Cela dit, et par ailleurs, c'est réfléchir en termes de territoire aussi dans lequel on organise les soins. Aujourd'hui, en Wallonie et à Bruxelles, nous avons des territoires qui se combinent et se superposent un peu dans tous les sens.

Nous avons déjà eu des projets qui s'appellent « projets soins intégrés » notamment en Flandre, divisés en séries de territoires à deux niveaux, un niveau proche des gens (les territoires de première ligne) et un niveau plus grand dans lequel on retrouve des structures comme les hôpitaux, des services en santé mentale.

Le futur, j'en suis convaincu, ne sera pas uniquement pensé en termes de technologie mais se déclinera aussi en termes organisationnel, ce qui impliquera de penser territoire.

La logique des réseaux hospitaliers doit être étendue au "territoire". Le territoire ce n'est pas strictement la province au sens institutionnel. Durant la pandémie les transferts de patients se sont d'abord faits entre les hôpitaux d'un même réseau selon un système de vases communicants mais ils devraient idéalement être pensés à une échelle plus large, à l'instar de la Flandre.

La taille d'un "territoire" est plus pertinente et la communication avec le public : on doit tendre vers cette forme de gouvernance. La notion de territoire de soins renforce la collaboration de première ligne de soins sur ses territoires. Il s'agit effectivement d'amener les prestataires de première ligne à se mettre ensemble pour pouvoir mieux collaborer ensemble pour une population qui vit sur un territoire donné.

La logique du territoire pour la première ligne, c'est donner corps à la première ligne qui soit beaucoup plus « visible » vis-à-vis d'autres structures qui sont très importantes.

Je crois que le regroupement des hôpitaux est actuellement totalement insuffisant. Regrouper les hôpitaux ensemble n'aura du sens qu'à partir du moment où les hôpitaux seront aussi regroupés avec des structures de première ligne. Pour cela, il faut que les structures de première ligne soient renforcées ; qu'on investisse à fond dans la première ligne de soins pour qu'elles puissent travailler de manière équilibrée avec les hôpitaux.

Est-ce que, de manière plus concrète, le regroupement des hôpitaux est une réussite ? Le problème actuel du regroupement des hôpitaux en réseau consiste dans le fait qu'il a été pensé en fonction du pilier et non pas en fonction de territoire (c'est le cas pour Saint-Luc Saint-Pierre et Saint-Jean. A La Louvière, ils sont arrivés à quelque chose d'intéressant où ils ont réussi à combiner Tivoli et Jolimont, ce qui est positif.

Les réseaux hospitaliers n'auront du sens que s'ils se connectent avec des territoires futurs de la première ligne. Pour le moment, cela n'est pas vraiment le cas .

Dernier élément, la réforme de l'Etat, cela sort un peu de mon cadre.

Je crois qu'on va évoluer vers une forme de régionalisation des soins de santé mais celle-ci doit être suffisamment solidaire, en combinant un financement solidaire au niveau d'une sécurité sociale qui reste fédérale avec un travail d'organisation des soins (tel que j'ai essayé de vous l'expliquer très rapidement) qui pourrait se passer au niveau régional à Bruxelles et en Wallonie.

Je crois que l'enjeu pour Bruxelles et la Wallonie, c'est d'être beaucoup plus cohérent d'avoir une vision beaucoup plus concrète, beaucoup plus structurée autour de « comment voir l'organisation des soins dans le futur ? », si on veut faire face d'une certaine manière pour participer de manière active à une future réforme de l'Etat.

En voyant justement ce qui est en train de se faire maintenant avec le budget pluriannuel au niveau de l'Inami, avec des objectifs santé, je me demande si cela constitue une manière aussi de préparer une forme de réforme, à savoir le fédéral définit les grands objectifs et laisse les régions décider comment ils opérationnalisent les objectifs. Si on arrive à cette logique, sans avoir au préalable pensé en Wallonie et à Bruxelles comment opérationnaliser ces objectifs - et je crois qu'on doit arriver à une forme de « penser en territoire » - l'on risque d'être à ce moment-là totalement dépassés.

Cette approche de budget pluriannuel peut évoquer le fait que les grands objectifs et la solidarité, la sécurité sociale resteraient de compétence fédérale, et que l'organisation se ferait désormais au niveau régional.

Selon moi, si l'on examine la situation de Bruxelles en termes de territoire, cela devrait inclure le Brabant Wallon, le Brabant Flamand et Bruxelles, ce qui est beaucoup plus cohérent en termes de hôpitaux et première ligne. Evidemment, c'est un non-sens institutionnel car le grand risque est d'avoir une déconnexion entre, d'une part ce qui est hospitalier, et d'autre part ce qui relève de la première ligne, parce que beaucoup de personnes utilisent l'hôpital en venant d'autres régions. Je prends l'exemple de Saint-Luc et

d'Erasmus qui chevauchent la frontière linguistique.

En guise de conclusion, cette crise aiguë que nous connaissons, peut être l'opportunité de préparer cette crise "chronique". Et, pour préparer cette crise chronique, on pourrait effectivement vraiment maintenant changer toute une série de choses, dont l'intégration et la notion de territoire.

Christophe Verbist, directeur du Centre d'Etudes Jacques Georgin

Avant de passer aux questions, on peut affirmer que les exposés successifs marquent bien d'abord la nécessité d'un changement de paradigme. Chacun dans votre domaine ayant trait aux innovations technologiques, au recentrage sur la personne, le patient, et à l'organisation, vous avez démontré qu'avec la gestion de la crise Covid, nous sommes arrivés à un point limite peut-être du fonctionnement de notre système de soins de santé et qu'il faut donc le revoir certes sur l'aspect financement, mais également sur le volet organisationnel, technologique, et sur l'orientation patient/ personne.

Je cède la parole à ma collègue Marie-Jeanne Riquet, attachée parlementaire DéFI et spécialiste des questions de santé publique.

Marie-Jeanne Riquet

Je propose une question concernant le financement, la norme de croissance des soins de santé. La précédente législature a été catastrophique non seulement pour les soins de santé mais pour l'ensemble de la sécurité sociale.

Madame Degryse avait évoqué le manque de recettes, c'est dramatique car le tax shift effectivement n'a jamais été correctement financé ni contrebalancé. Le secteur des soins de santé a fait l'objet d'économies drastiques de manière irrationnelle, relevant du rapport de forces politiques. Le budget même raboté n'était pas suffisant pour la NVA. Il fallait encore faire des économies, et Maggie De Block si elle avait souhaité qu'on ne touche plus aux soins de santé, des économies supplémentaires lui ont encore été imposées.

J'en reviens à cette norme de croissance, parce qu'elle a été aussi utilisée comme outil pour faire des économies sous la précédente législature. On ne disposait plus que de 1,5% de croissance pour le budget sur les soins de santé, alors que les experts avaient proposé une norme supérieure.

Ma question sera donc la suivante : si on respecte l'avis des experts finalement qui nous disent que, tenant compte du vieillissement de la population, de l'indexation, de l'évolution des coûts de technologie, etc., la norme de croissance devrait être d'autant, est-ce que cela s'avérera suffisant parce que maintenant on est à 3,5% ce qui est beaucoup plus conforme à ce que les experts avaient préconisé. Cette norme de croissance tient-elle suffisamment compte de certains critères ?

Réponse par Elisabeth Degryse

La question de la norme de croissance est complexe. On est rassuré par les déclarations de Vivaldi, mais en même temps, si on analyse les chiffres de manière approfondie, nous ne disposerons pas de tellement de marges dans les années à venir.

On a entamé à l'Inami cette année, un exercice assez intéressant dans lequel on croit beaucoup, qui consiste à s'inscrire dans les trajectoires pluriannuelles au niveau budgétaire.

Ceci permet quand même de sortir un tout petit peu le nez du guidon, et permet de travailler les projets un peu différemment, avec des objectifs plus précis permettant de quitter la logique des silos au sein de laquelle chaque commission de convention décide de manière autonome.

Ce changement de paradigme au sein de l'Inami, porteur à terme d'une vraie nouvelle manière de réfléchir au budget, signifie qu'un frémissement de basculement existe, et je suis plus optimiste que le professeur Macq à cet égard quant aux conséquences institutionnelles.

On a demandé à l'ensemble des commissions de convention de réfléchir à deux choses. Premièrement, quels sont les objectifs de soins de santé qui leur paraissent importants : un groupe de travail spécifique a, à cet effet, récolté quelque 150 fiches et les a triées sur base d'une série de critères.

Deuxièmement, quels sont pour elles les soins efficaces à propos desquels on peut éventuellement faire des économies, avec la volonté de répondre de la meilleure manière possible avec les soins les plus corrects et les plus adaptés possibles.

Ces deux éléments-là ensemble devraient permettre, à terme, de travailler le budget des soins de santé de manière tout à fait différente et de pouvoir utiliser cette marge, pour investir dans les nouvelles politiques et pas uniquement dans une indexation. Ceci demande un changement de mentalité et de paradigme significatif qui n'en est qu'à ses balbutiements.

Je pense qu'à terme, cette norme de croissance devrait permettre de rencontrer de nouveaux besoins. L'evidence-based médecine doit être un outil qui permette de gérer les soins de la manière la plus correcte, mais pas servir à faire des économies.

Réplique de Jean Macq

On a besoin de combiner une approche « standardisée » evidence-based, qui effectivement va servir à diminuer les coûts inutiles pour les allouer à d'autres choses.

Versus, on a besoin aussi d'une forme de médecine qui soit adaptée à chacune des personnes dans son contexte.

C'est la combinaison de ces deux types d'approches qui est indispensable dans le futur, à savoir mieux allouer les ressources à des choses qui seront plus utiles.

Conclusions par Jean-Noël Gillard, conseiller communal DÉFI à Charleroi

Il me revient la tâche d'esquisser une petite conclusion des différents échanges et de vos interventions respectives.

Ce qui me semble important à souligner, c'est que ce webinaire n'aura pas résolu l'ensemble des questions qui se posent en matière de soins de santé, de refinancement et de réorganisation. Mais il nous aura proposé, pour nous en tant que parti politique, ou en tant qu'élus locaux etc., des réflexions qui nous permettront d'aller plus loin et, espérons-le, de faire bouger les lignes là, en tous cas, où nous sommes.

On a parlé du financement. Le financement qui aujourd'hui se fait sur base des cotisations proportionnelles de sécurité sociale en lien avec les revenus.

On a parlé de la revalorisation, du réenchâtement de ces cotisations sociales et d'une certaine manière, d'un financement, si je puis caricaturer ainsi, qui arrive à bout de souffle et donc, qu'il faut absolument repenser et reconsidérer.

Dans cette logique-là, par rapport à la lecture de financement, ont été évoqués le parcours de soins, la logique des paquets de soins, le travail par territoires de soins avec, bien évidemment, l'inclusion majeure de la première ligne.

On a parlé aussi du rôle assurantiel. L'assurance obligatoire qui montre toute son importance par ailleurs. Et les objectifs de santé et de prévention, pas de dualisation, mais vraiment aussi l'idée d'une vue d'ensemble. Le rôle des différents acteurs, peu importe leur niveau, leur échelle, que ce soit une mutualité, que ce soit un médecin généraliste, que ce soit la première ligne, les psychologues, véritablement.

Le souci aussi d'avoir une continuité dans l'information et dans le travail qui est réalisé non seulement au bénéfice des différents prestataires de soins, mais également au bénéfice du patient qui serait vu non pas uniquement comme un patient mais véritablement comme une personne avec un parcours individuel et qui est inclus dans un quartier, dans un bassin de vie, qui doit être pris en considération également par les prestataires.

Si un élément paraît avoir fait l'unanimité, c'est que notre système de répartition de compétences ne répond plus réellement aux attentes des patients ou aux attentes des citoyens ni aux différents enjeux sociétaux auxquels on va être confrontés dans les années à venir - l'enjeu technologique a bien évidemment été abondamment cité lors de la première intervention.

L'enjeu environnemental a été également pris en considération et c'est donc toute la durabilité qui doit être envisagée par rapport à notre système de soins de santé, et la manière dont nous faisons institution ensemble. Comment réfléchir les institutions dans une lecture probablement plus pragmatique pour les patients et pour les prestataires de la santé ?

A aussi été évoquée la norme de croissance, tous les écueils au financement actuel, les barrières à l'évolution et à la progression des soins de santé.

Mais il y a des enseignements à tirer de cette crise. Notre système de soins de santé a été mis à forte contribution. On a évoqué des pistes comme l'intégration des soins, l'inclusion du 2.0 et des technologies.

Le patient effectivement n'est pas qu'un patient, on a aussi beaucoup parlé de la première ligne. A titre personnel, je suis très sensible à cela parce que j'ai ma soeur qui est aide-soignante, ma cousine qui est infirmière, ma marraine qui est secrétaire médicale. On n'en parle pas beaucoup finalement de ce qui gravite autour des médecins, et qui sont dans un rôle finalement plus administratif. Mais véritablement, l'enjeu est de travailler de manière beaucoup plus décloisonnée.



CONCLUSIONS GÉNÉRALES

La plupart des enquêtes menées ces dernières années ont démontré que la santé est une grande priorité de nos concitoyens. Cela l'était au moment où nous avons décidé d'organiser ces Etats généraux de la santé au printemps 2021

Les études de l'OCDE sont révélatrices du fait que notre pays dépense en soins de santé de 3.679 euros par année par habitant alors que la moyenne européenne est de 2.572 euros et que la quote-part à charge du patient belge est également beaucoup plus élevée que dans d'autres pays européens (ndlr : selon Solidaris , 22.7% des frais sont à charge du patient , 5% sont financés par les assurances privées ou les mutuelles, plus de 70% étant à charge de la sécurité sociale) .

La pandémie l'a également démontré , notre système de sécurité sociale a été mise à rude épreuve mais ce régime a prouvé tous ses mérites, et il doit être pérennisé, et rendu soutenable : c'est un enjeu vital pour l'avenir de notre Etat fédéral au sein duquel la solidarité sociale doit demeurer une vertu cardinale, car elle seule assure cette cohésion sociale

Les cinq sujets des webinaires, sans constituer évidemment une vision exhaustive des soins de santé , ont néanmoins circonscrit pour une large part les problématiques majeures qui vont être autant d'enjeux des prochaines années : le recrutement du personnel médical (essentiellement les médecins généralistes) mais aussi du personnel infirmier et soignant , dont le statut doit être valorisé; la prévention dont le financement assuré principalement par les Communautés qui doit être renforcée; la "première ligne" de soins; les soins à accorder aux personnes âgées eu égard au vieillissement de notre population; l'organisation et le financement des soins de santé .

Doit-on demain supprimer les suppléments d'honoraires ou les limiter? Comment alors réformer les hôpitaux dont le sous-financement reste endémique? Le financement à l'acte a-t-il atteint ses limites? Comment mieux responsabiliser les patients pour éviter des dépenses et réaliser des économies d'échelle , d'où l'importance de l'éducation à la santé mais aussi et surtout de la prévention?

La complémentarité entre professionnels de santé pour assurer la continuité de soins est revenue comme un leitmotiv lors de ces webinaires.

La santé a un coût important certes mais elle doit être réhabilitée comme politique publique essentielle loin des décisions menées par les gouvernements précédents , cela , tous les experts qui ont participé à nos travaux nous l'ont rappelé , et ce quel que soit le niveau d'intervention (en amont en parlant de la prévention ou de la première ligne de soins jusqu'en aval les infrastructures pour les personnes âgées en passant par les professionnels de santé) .

Si nous ne sommes pas à l'aube nécessairement d'un changement de paradigme en matière de soins de santé, sauf en avancées technologiques et de révolution numérique (et c'est tant mieux) ces webinaires nous ont révélé nombre d'enjeux prioritaires de notre système de soins, pour qu'il soit plus efficace, plus collaboratif et complémentaire, soutenable financièrement pour les hôpitaux et pour les patients.

C'est toute la leçon de ces Etats généraux de la santé, dont le CEG a tiré la présente étude, nous l'espérons pertinente pour les décideurs mais aussi les acteurs des soins de santé et ils sont nombreux et divers.





Centre d'étude Jacques GeorGIN

127, Chaussée de Charleroi
1060 Bruxelles

Tél : 02 533 30 16
chverbist@cejg.be

www.cejg.be

REJOIGNEZ-NOUS SUR FACEBOOK

