

Le 31/07/2020 à 06:00

# Carte blanche: «En soins de santé, pas de bonne réforme de l'État sans implication des acteurs et des experts»

Huit experts, flamands et francophones, proposent dans une carte blanche une réflexion sur les soins de santé et sur une réforme de l'Etat



Une vue de la perspective d'une organisation des soins de santé

Par Professeur émérite  
Jan De Maeseneer  
(Vakgroep  
Volksgezondheid en  
Eerstelijnszorg,  
Universiteit Gent),  
Docteur Paul De Munck  
(président du  
Groupement belge des  
omnipraticiens),  
Docteur Ri De Ridder  
(ancien directeur  
général de l'INAMI),  
Jean-Noël Godin  
(expert en soins de  
santé), Jean Hermesse  
(expert en soins de  
santé), Docteur Willem  
Sas (lecturer in  
Economics University  
of Stirling), Professeur  
Frank Vandembroucke  
(Universiteit van

Amsterdam), Professeur  
Philippe Van Parijs  
(UCLouvain)  
Le 31/07/2020 à 06:00

La réforme des soins de santé est à l'ordre du jour. Nous écrivons délibérément « la réforme ». La réforme de l'État, visant à la répartition la plus efficace des compétences, en fait partie. Mais cette répartition doit partir d'une vision en matière de politique de santé et de soins de santé : réforme de l'État et réforme de fond ne peuvent être dissociées. Une réforme ne peut pas passer par-dessus la tête des personnes qui ont travaillé si dur ces derniers mois pour assurer la continuité de nos soins et qui ont ainsi accumulé une nouvelle expérience importante. Le débat ne peut donc pas être enfermé dans les négociations politiques classiques. Certes, experts et représentants du terrain ne peuvent pas remplacer la prise de décision politique. Mais un groupe d'experts indépendants, en collaboration avec des représentants du terrain et les partenaires sociaux, peut contribuer de trois façons au débat : apporter des éclaircissements dans les arguments, les scénarios possibles et les conséquences des choix ; organiser une large consultation des représentants du terrain et ainsi

assurer leur implication ; examiner les expériences réalisées à l'étranger. La clarté du débat requiert une articulation soigneuse de cinq arguments parce qu'ils jouent tous un rôle dans les arbitrages à réaliser : ancrage local, effets externes, économies d'échelle, solidarité et unité de gouvernance. Cette note se focalise sur ces cinq arguments.

La répartition des compétences renvoie aux rôles respectifs de l'Union européenne, de la Belgique, des Régions ou des Communautés et du niveau local. Le niveau local va des grands quartiers à des zones qui comprennent plusieurs communes : les soins de santé ont une dimension intrinsèquement « locale », ce qui justifie une décentralisation territoriale significative en particulier vers des entités sous-régionales. Nous ne pensons pas que le choix est : « tout au fédéral » ou « tout scinder ». Mais tout cela doit être examiné avec un esprit ouvert.

La répartition des compétences devrait veiller à une efficacité maximale. Cela a souvent été dit, mais ce point de départ nécessite des éclaircissements et des compléments d'information. L'efficacité consiste à atteindre un objectif prédéterminé. Cet objectif doit être clair, sinon la question de l'efficacité est sans fondement. La toute première mission concerne donc les objectifs d'un système de santé moderne dans une politique de santé dotée d'une vision à long terme. Nous en dirons plus dans le paragraphe suivant. Pour l'efficacité, il est souvent fait référence au principe de subsidiarité : les compétences doivent être décentralisées au maximum, car cela permet à la politique d'être proche des problèmes concrets qu'elle doit résoudre. Mais si la centralisation des compétences à un niveau politique plus élevé est plus efficace et permet à la politique d'être plus décisive, alors la centralisation à ce

niveau supérieur est appropriée. La subsidiarité est un bon principe, dont nous dirons aussi un peu plus. Mais ce n'est pas le seul principe : il est légitime de se demander si lors de la décentralisation des compétences un traitement inégal des personnes qui en résulterait est socialement acceptable ou non.

Le débat sur les objectifs ne peut ignorer le fait que les traités internationaux, l'Union européenne et la Constitution établissent déjà un ensemble de principes. Pensons au droit à la santé et aux soins de santé figurant à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et à l'article 23 de la Constitution. Ou encore au principe constitutionnel d'égalité et aux principes de non-discrimination imposés par l'Union européenne, y compris (mais pas seulement) dans le contexte de la libre circulation des personnes. C'est un cadre que nous ne pouvons pas laisser de côté et qui n'est pas sans conséquences. Ce cadre doit être complété. Les questions portent avant tout sur le contenu de ces principes. Comment le droit fondamental aux soins de santé se traduit-il concrètement en Belgique en droits effectifs raisonnables à la santé et aux soins, à un accès universel aux services et à la protection contre les menaces pouvant affecter la santé ? Dans quelle mesure s'agit-il d'un bien public et d'un service d'intérêt général ? Quelles restrictions faut-il prévoir à la logique du libre marché et de la marchandisation ?

Mais ces questions conduisent aussi à une question de compétences. Supposons que nos politiques soient guidées par des objectifs de santé démocratiquement définis (un plaidoyer qui revient dans plusieurs propositions de réforme ces dernières années) : à quel niveau devraient-ils être définis ? Certains plaident en faveur du niveau fédéral, entre autres en vue de garantir l'égalité de traitement dans la mise en œuvre pratique du droit fondamental aux soins de santé. L'égalité de traitement n'est pas seulement une question de principe. Il s'agit également des effets externes des inégalités en matière de santé, d'accès et de qualité des soins entre les régions. Un « effet externe » signifie que l'état de la santé ou l'organisation des soins dans une (sous-)région a un effet sur une autre (sous-)région : ce que nous faisons affecte aussi nos voisins. Des inégalités entre les (sous-) régions dans le développement des soins de santé peuvent aboutir à des formes perverses en matière de mobilité de patients et de prestataires de soins. La santé de la population a aussi des retombées économiques sur le long terme (par exemple, sur le taux d'emploi). Et si ces retombées économiques affectent certaines régions en particulier, elles peuvent à leur tour avoir des effets sur les autres régions. Quelle est l'importance de ces effets externes ? Quel est le poids des arguments de principe concernant l'égalité au niveau belge ? Est-il souhaitable ou non que des objectifs en matière de santé soient fixés au niveau fédéral, alors qu'une série de compétences sont décentralisées aux niveaux régionaux et locaux ? Ou faut-il les définir au niveau régional, dans le respect des engagements internationaux de la Belgique ? Il faut bien y réfléchir.

La question des « effets externes », nous ramène à la question de l'efficacité. Même si le principe de subsidiarité donne la priorité au niveau local, il y a deux raisons pour lesquelles il peut être plus efficace de centraliser une compétence à un niveau supérieur : les avantages d'échelle et les effets externes. Plus haut, nous avons parlé des effets externes des résultats inégaux en matière de santé et de qualité des soins. L'exemple le plus évident d'effets externes se produit en cas de pandémie : il n'est pas efficace de lutter contre une pandémie à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie de façon non coordonnée. Pour cela, les contacts humains au-delà des frontières de ces régions sont beaucoup trop intenses. Une coordination efficace

exige l'unité de commandement, affirment aujourd'hui de nombreux observateurs. Cela signifierait que la stratégie de lutte contre une pandémie serait déterminée au niveau fédéral, ce qui signifierait une re-fédéralisation. Toutefois, la lutte contre une pandémie nécessite des interventions dans de nombreuses « parcelles adjacentes » de la politique de santé et de soins : il s'agit de nombreuses « responsabilités d'exécution ». On devrait inventorier en détail les conséquences institutionnelles logiques d'une unité de commandement fédérale dans les pandémies sur les responsabilités de mises en œuvre.

Les effets externes peuvent également jouer un rôle dans le financement des soins de santé. Le risque d'une concurrence fiscale malsaine génératrice d'inefficacité lorsque le financement est décentralisé figure en effet toujours dans les débats sur l'organisation optimale des états fédéraux.

Les économies d'échelle peuvent également être un argument en faveur de la centralisation des compétences. Les économies d'échelle se produisent lorsque les « coûts fixes » de certains programmes sont très élevés (p. exemple, soins avancés de haute technologie ou soins complexes pour les maladies rares : ils doivent être concentrés dans certains endroits). Les économies d'échelle jouent également un rôle dans le développement de l'expertise. Cela vaut pour l'expertise médicale (l'application de pratiques médicales qui exigent suffisamment d'expérience). Cela vaut aussi pour la recherche fondamentale et la recherche appliquée qui soutient les décisions politiques : une « échelle » suffisante est nécessaire. Le niveau de l'action publique doit aussi être envisagé sous l'angle du rapport de force dans des négociations : si l'on veut un rapport de force correct avec l'industrie pharmaceutique, l'Union européenne devrait jouer un rôle plus important en la matière. A l'inverse, il est douteux qu'il soit logique de confier la politique des médicaments aux trois régions belges.

À côté de cela, la question est de savoir dans quelle mesure la solidarité doit être organisée entre les (sous-) régions. Une question cruciale pour le débat belge est donc de savoir si et comment un mécanisme de financement solidaire au niveau fédéral peut être combiné avec la décentralisation des politiques. Des experts doivent traduire cela en scénarios techniques. Mais avant tout, on doit clarifier ce que la « solidarité » signifie. Les différences dans la prospérité économique sont-elles prises en compte ? Tient-on compte des différences dans les besoins de santé, par exemple en raison de différences en fonction de l'âge ? Il en découle toute une série de questions concrètes. Comment le financement peut-il être organisé de manière à ce qu'il soit perçu comme équitable, tant au niveau des contributions qu'au niveau de la couverture des besoins, mais aussi en termes d'autonomie du gouvernement exécutif et de responsabilité en matière d'utilisation efficace ? Quelle devrait être l'ampleur de la part du financement que l'État fédéral devrait prévoir via les dotations si une solidarité interrégionale suffisante et l'évitement de la concurrence fiscale interrégionale font partie des objectifs ? Quels critères de besoins sont suffisamment indépendants des politiques et stables au fil du temps pour constituer la base d'une répartition équitable des fonds fédéraux pour soutenir les administrations décentralisées ? Les cotisations sociales devraient-elles être maintenues comme unique source de financement des soins de santé, ou plus de fiscalisation est-elle plus appropriée ? Comment les effets de la politique d'une entité sur les ressources d'une autre entité sont-ils évités ou compensés ? Dans quelle mesure le financement peut-il encourager la « bonne politique » ?

L'ancrage local, les effets externes, les économies d'échelle et la solidarité sont les quatre approches clés d'un débat dans lequel la subsidiarité est le principe directeur. Cependant, il y a une autre considération : l'unité de gouvernance. Supposons qu'une compétence A soit mieux menée à un niveau le plus décentralisé possible, alors qu'une compétence B est mieux centralisée à un niveau supérieur : la nécessité d'avoir une « unité de gouvernance » – c'est-à-dire la nécessité de placer les compétences A et B au même niveau – peut forcer un choix. La mesure dans laquelle « l'unité de gouvernance » nécessite de tels compromis requiert un examen approfondi et détaillé des nombreuses questions sur les frontières entre la santé et le bien-être, la formation des prestataires de soins (y compris dans les établissements d'enseignement supérieur) et l'organisation des établissements de soins, la politique des médicaments et la pratique médicale...

En outre, il est également nécessaire de réfléchir beaucoup mieux que par le passé à la transition de la situation actuelle à une nouvelle situation : c'est aussi une tâche qui peut être confiée à des experts, en collaboration avec des représentants du terrain et les partenaires sociaux.

Le plus beau cadeau qu'un nouveau gouvernement pourrait offrir à la population et aux prestataires de soins est la perspective d'une organisation efficace et durable des soins de santé. La création d'une telle perspective exige une large implication et une préparation minutieuse.