



«La régionalisation des soins de santé reviendra sur la table au moment des élections mais ce sera uniquement pour des raisons purement idéologiques, sans fondement ni rationnel ni budgétaire.»

FIN DE LÉGISLATURE

Bilan de santé du ministre Rudy Demotte

A une encablure de la fin de la législature actuelle et des élections législatives du 10 juin prochain, la rédaction de Hospitals.be a pris le pouls du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Rudy Demotte, qui fait le tour de ses réalisations à ce poste depuis 4 ans.

PAR DANIEL DÉSIR
UN ENTRETIEN AVEC RUDY DEMOTTE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

■ **HOSPITALS.BE:** Vous avez amélioré la protection sociale des plus démunis en réformant le statut des VIPO (Veuf, Invalide, Pensionné, Orphelin) – remplacé par le statut BIM (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée) – et en créant le statut OMNIO pour tous les ménages à faible revenu. Votre action a aussi consisté à améliorer la couverture sociale de certains patients atteints

d'affections chroniques, à prendre en compte le vieillissement de la population, à décourager les suppléments hôteliers et les suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits, à revaloriser notamment la médecine générale et la pédiatrie hospitalière. Quel est le point commun de ces mesures? Comment définiriez-vous votre action dans sa globalité?

RUDY DEMOTTE: «Quand j'ai pris en charge le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, j'ai d'emblée annoncé mes trois priorités. Renforcer l'accessibilité aux soins, en élargissant la couverture de l'assurance maladie; assurer la durabilité du système, en diversifiant ses sources de financement, et garantir la qualité notamment, en négociant avec les prestataires de soins des accords non-marchands et >>>

>>> médico-mut qui permettent de faire face au défi du vieillissement et renforce l'attractivité des professions de soins. Sans oublier le refinancement hospitalier de € 100 millions que j'ai pu mettre en œuvre sous cette législature.»

■ **H:** Vous avez dégagé un surplus dans le but de constituer des réserves (plus de € 400 millions) pour affronter les déséquilibres budgétaires à venir. Quelle est votre recette alors que des pays voisins comme la France sont incapables de contrôler l'hémorragie financière liée aux soins de santé?

RD: «Il n'y a pas de recette miracle! Mais bien une volonté de gérer le budget de l'assurance maladie en fonction des besoins de la population et non en fonction de l'offre du marché. Cette volonté se traduit de manière transversale dans l'ensemble des politiques que ce soit au niveau du médicament ou de la politique hospitalière. Je suis intimement persuadé que le plus mauvais service que l'on puisse rendre à notre système de soins est de ne pas tenir compte de sa viabilité financière. C'est un cadeau que je ne veux pas faire à ceux qui veulent la scission ou la privatisation de notre modèle.»

// Le chantier de la constitution des bassins de soins devra se poursuivre au cours de la prochaine législature //

■ **H:** Pensez-vous que ces résultats budgétaires brillants sont de nature à calmer les revendications des partis flamands, qui continuent à réclamer, avec plus ou moins de vigueur, la régionalisation des soins de santé?

RD: «Je constate en tout cas que ce sujet présent dans tous les

débats il y a trois ans est pour le moment évacué. Je ne doute cependant pas qu'il reviendra sur la table au moment des élections mais cette fois-ci ce sera uniquement pour des raisons purement idéologiques, sans fondement ni rationnel ni budgétaire.»

■ **H:** Vous avez été fort actif vis-à-vis de divers fléaux, actuels et potentiels: tabagisme, suicide, SIDA, grossesses non désirées chez les jeunes, malbouffe, canicules, pics d'ozone, SARS, grippe commune et grippe aviaire. Ne croyez-vous pas que la réforme de l'Etat a créé dans notre pays un éparpillement néfaste des compétences, en renvoyant vers les Régions et Communautés la médecine préventive et l'éducation sanitaire, et en privant le ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique d'une partie des moyens qui devraient lui permettre de conduire une stratégie sanitaire cohérente?

RD: «Vous avez raison et, à titre personnel, je suis favorable à un regroupement des compétences au niveau fédéral. Il faut savoir qu'au niveau francophone cette conception est d'ailleurs partagée par beaucoup.»

cruellement manqué de vision et de générosité en fermant l'accès aux études médicales? Notre devoir de pays développé ne serait-il pas plutôt de produire des diplômés en plus grand nombre et de les exporter vers toutes les contrées déshéritées de la planète, où il manque des millions de professionnels de la santé?



Rudy DEMOTTE

RD: «Mon premier souci est de gérer l'offre en fonction des besoins... Pour ce qui est du contingentement, je vous rappelle, au-delà des arguments théoriques «pour ou contre» que j'ai augmenté le quota de près de 30% en trois ans, en suivant en cela les recommandations de la commission de planification. Le médecin qui souhaite s'expatrier et faire de la coopération internationale n'a, par ailleurs, pas besoin de numéro INAMI. En ce qui concerne la profession infirmière, je pense que l'accord «non-marchand» 2005-2010 prévoit une série d'améliorations importantes en termes financier, statutaire, d'aménagement de la carrière, d'embauche de personnel soignant, qui doivent rendre la profession plus attractive. Je tiens à rappeler que cet accord prévoit un investissement global de près de € 475 millions au bout de la période de 5 ans et la création de 10.000 emplois supplémentaires.»

■ **H:** Les recours à du personnel médical et paramédical des pays de l'Est, comme la Roumanie, se multiplient. Ne participe-t-on pas à l'appauvrissement social et intellectuel de ces pays en captant une main-d'œuvre qualifiée dont ils ont eux-mêmes grand besoin?

RD: «Ce phénomène existe, mais il faut en relativiser l'importance. Les flux migratoires tendent à se réguler tant au sein de l'Union

est licencié en Sciences Politiques et Relations Internationales. Il exerce depuis juillet 2003 la fonction de ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

info@rudymotte.be

>>>



«Je suis tout à fait opposé à une privatisation de notre système d'assurance maladie, tout simplement parce que là où ce système est en vigueur on constate non seulement un dérapage des coûts mais surtout l'absence d'une couverture universelle.»

>>>

européenne qu'à l'extérieur. Les conditions de travail vont s'améliorer à l'Est aussi.»

H: Toutes vos initiatives n'ont pas fait l'unanimité dans le secteur hospitalier. Vous avez par exemple des détracteurs opiniâtres, notamment en Wallonie, dans le dossier de la rationalisation des centres de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle. Que répondez-vous à ceux qui estiment que vos mesures menacent la sécurité des patients en cas d'infarctus du myocarde?

RD: «Tous ceux qui connaissent le dossier savent que cette réforme est nécessaire précisément si l'on veut maintenir et améliorer la qualité de nos services de cardiologie. Cette réforme s'inspire directement de plusieurs études tant nationales [Collège belge de Cardiologie, Centre fédéral d'expertise en soins de santé], qu'internationales, qui préconisent une hausse des normes d'activités pour l'agrément. D'autre part,

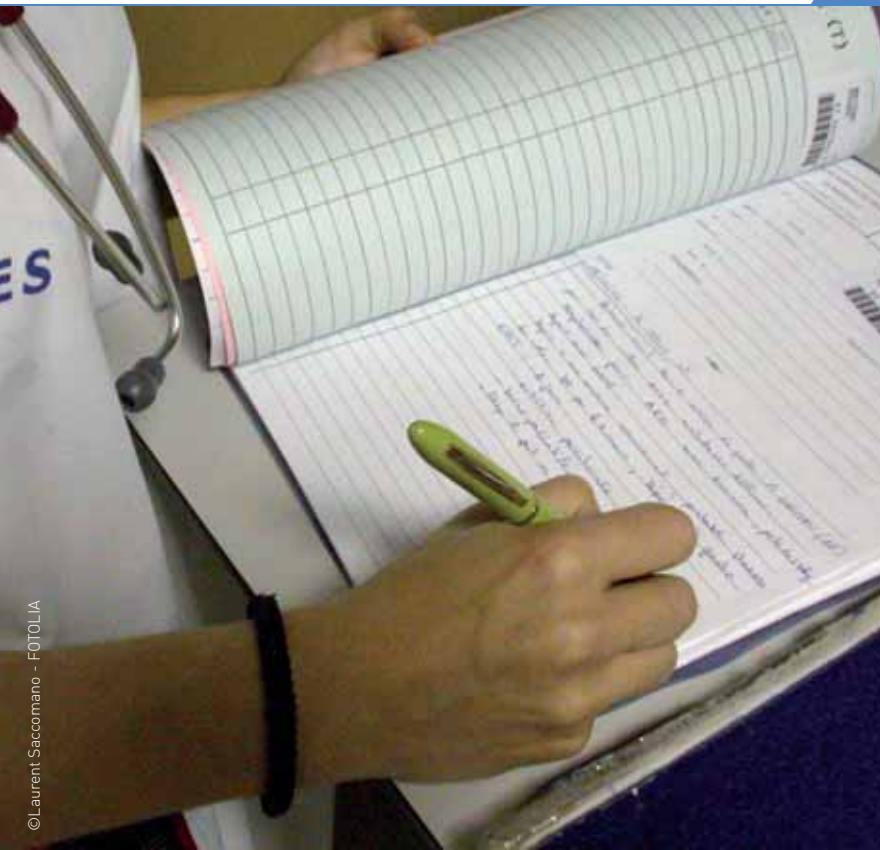
contrairement à ce que certains veulent faire croire, la réforme ne change rien à la prise en charge de l'infarctus. La Belgique continuera après la réforme à disposer de 29 centres complets B1-B2-B3, ce qui est la plus forte densité en Europe! Je me réjouis de voir d'ailleurs que les hôpitaux du Bassin liégeois qui critiquaient la réforme viennent de conclure un accord de coopération qui permet, dans le respect du texte de l'Arrêté royal, une collaboration afin d'améliorer, je reprends leurs termes, «la qualité du service rendu au patient». J'ai toujours dit, sans être toujours entendu, que le texte comportait la souplesse nécessaire pour conclure des accords. C'est ce que la démarche liégeoise prouve...»

H: Vous avez lancé votre action aux Affaires sociales en début de législature par des «Dialogues de la Santé» qui avaient mobilisé beaucoup d'acteurs et fait émerger beaucoup de priorités et de projets d'action. Ces Dialogues soulignaient aussi l'extrême com-

plexité du secteur des soins de santé, la profusion d'instances de concertation, formelles et informelles, et la rareté des observateurs dotés d'une vue panoramique. Dans l'histoire politique de notre pays, votre nom ne restera pas vraiment attaché à une simplification du système des soins de santé «la belge». Vous le regrettez?

RD: «Une des caractéristiques fondamentales de notre modèle est qu'il est géré en grande partie par les acteurs eux-mêmes, la complexité étant le fruit de cette implication du terrain dans les processus décisionnels. Personnellement, je tiens à cette participation de tous dans la gestion de notre modèle belge des soins de santé. Il n'empêche que je suis favorable à une prise en compte plus importante de la charge administrative notamment pour la prescription de médicaments. J'ai donné instruction à l'INAMI, pour que des avancées concrètes puissent se faire à brève échéance, notamment pour la prescription du vaccin contre le

>>>



©Laurent Saccomano - FOTOLIA

// Le plus mauvais service que l'on puisse rendre à notre système de soins est de ne pas tenir compte de sa viabilité financière //

>>> rotavirus ou dans le cadre du traitement de l'asthme.»

H: Un des chantiers importants que vous avez ouverts en matière hospitalière est celui des « bassins de soins ». Dans beaucoup d'arrondissements du pays, il reste difficile de sortir de la tradition de compétition locale entre réseaux hospitaliers concurrents, pour adopter, au contraire, un modèle coopératif. Vous semblez avoir réussi à convaincre les gestionnaires du Tournaisis, que vous connaissez particulièrement bien. Ailleurs, la mise en œuvre des bassins de soins est plutôt laborieuse. Ne faudrait-il pas renforcer l'arsenal d'incitants pour stimuler les synergies?

RD: «Il est clair que le chantier de la constitution des bassins de soins devra se poursuivre au

cours de la prochaine législature. Cela dit, le mouvement est lancé et l'ensemble de mes interlocuteurs tant «privés» que «publics» savent qu'il est irréversible. Le temps des concurrences stériles, des achats de matériels lourds sans tenir compte de l'offre régionale et des besoins réels est révolu. Le dossier de la cardiologie en est d'ailleurs un parfait exemple: malgré les critiques des accords se nouent...»

H: Certaines voix à la FEB proposent que les réseaux hospitaliers belges améliorent leur rentabilité en devenant des centres d'accueil de patients ne pouvant être pris en charge dans leur pays (Angleterre, Pays-Bas...) dans des délais raisonnables. Qu'en pensez-vous?

RD: «J'ai eu l'occasion de préciser très clairement à la FEB ma

position. L'organisation des soins en Belgique ne se fera jamais en fonction des besoins extérieurs ou des règles du marché. Je me suis battu, au niveau européen, pour faire sortir les soins de santé de la directive Bolkestein, ce n'est pas pour les voir rentrer par la fenêtre... Ma principale préoccupation est de répondre aux besoins de nos concitoyens, notamment par l'embauche de personnel supplémentaire pour faire face au défi majeur des années à venir: le vieillissement de la population. Cette position n'empêche nullement la négociation d'accords de coopération tels que ceux qui existent déjà avec le Royaume-Uni et les Pays-Bas, ni la promotion de notre système de soins à l'étranger comme atout pour l'investissement et l'établissement de sociétés sur le sol belge.»

H: Allons-nous comme cela semble être la mode (aux Pays-Bas, par exemple) nous orienter dans la couverture des soins de santé vers une association avec des structures d'assurances privées?

RD: «Je pense avoir été très clair à ce sujet à de nombreuses reprises. Je suis tout à fait opposé à une privatisation de notre système d'assurance maladie, tout simplement parce que là où ce système est en vigueur on constate non seulement un dérapage des coûts mais surtout l'absence d'une couverture universelle. Le patient est déjà responsabilisé lorsqu'il paie son ticket modérateur, à l'hôpital ou chez son médecin. Les assurances privées occupent déjà une part du marché pour couvrir les frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et on constate que de plus en plus les primes augmentent à cause de la concurrence «à la couverture la plus haute» qui entraîne les coûts vers le haut. ○