

Donner à voir

Edito



Depuis sa création, tout le monde s'exprime sur la convention des psychologues de première ligne. Les opinions divergent entre ceux qui trouvent que ça ne va pas assez vite, ceux qui déplorent le déploiement territorial, entre les enthousiastes qui se réjouissent de disposer enfin d'une offre en assurance obligatoire pour les soins psychologiques et ceux qui disent qu'on fait trop peu pour les jeunes et les enfants. Dans cette multitude d'opinions, nous avons cherché à savoir ce qui se passait vraiment au sein de cette convention. Dans notre étude *La convention "soins psychologiques" dans le paysage des soins de santé mentale* nous avons observé toutes les prestations enregistrées dans la convention afin de voir si cette dernière répondait à ses objectifs initiaux, de comprendre quelles populations elle touchait ou encore comment l'offre s'était répartie. Nous pensons que c'est seulement à partir de l'objectivité des données d'utilisation qu'une véritable évaluation sera possible. Nous avons également collaboré avec Sciensano afin de comprendre les prévalences des besoins en termes de santé mentale. Nous avons enfin resitué la convention dans le paysage des soins de santé mentale en Belgique et nous avons montré le rôle spécifique qu'elle jouait dans l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Dans notre étude, nous montrons tout d'abord qu'une telle convention était absolument nécessaire. Avec plus de

88.400 membres de la MC qui ont pu, enfin, avoir accès à des soins psychologiques remboursés, c'est une énorme avancée en termes de disponibilité d'une offre payable par les patient-es. Nous constatons aussi que le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (ce statut administratif qui nous permet d'identifier nos membres plus vulnérables) est aussi proportionnellement plus important dans les utilisateurs-trices de la convention. Nous montrons aussi que les femmes y ont plus recours ainsi que les personnes de moins de 25 ans. Ces données permettent de mettre le doigt sur les réelles avancées liées à la convention, mais montrent également les efforts qui restent à faire pour rendre les soins de santé mentale réellement accessibles. La saturation, par exemple, de l'offre psychiatrique pour adulte reporte naturellement les listes d'attente sur cette nouvelle offre de psychologie, malgré le fait que ce n'est pas sa finalité première. Et en miroir, l'utilisation de l'offre psychiatrique ne diminue pas en raison de sa saturation car les patient-es qui attendaient une place intègrent l'offre psychiatrique dès qu'elle est disponible. Nous avons aussi montré que les personnes qui ont bénéficié de la convention ont, pour beaucoup, modifié leur utilisation de soins de santé mentale en réduisant l'utilisation des médicaments. Ces avancées sont importantes et elles vont dans le sens d'une vision large de la santé mentale qui privilégie la prévention et l'accompagnement léger quand la situation des patient-es le permet. Analyser le recours réel à la convention nous a permis de voir les avancées et les défis que ce secteur rencontre et continue de rencontrer.

Lors d'une allocution sur l'invisibilisation des travailleuses du nettoyage, Laurent Vogel, chercheur à l'*European Trade Union Institute* a prononcé cette phrase : « L'ignorance est souvent le résultat d'un construit social. On ne connaît pas ce que l'on ne souhaite pas connaître ». Elle décrit parfaitement la difficulté que nous avons rencon-

trée pour produire notre étude *Femmes et soins de santé en Belgique* qui porte sur les biais de genre en santé. Dans cette dernière, nous avons voulu construire de la connaissance sur les différences spécifiques de performance du système de santé auprès des hommes et des femmes. Dans ce domaine, tout, hélas, reste à construire. Nous avons rapidement été confronté au malaise que suscite la question : accepter que le système produit des inégalités de genre, c'est admettre les biais à l'œuvre dans le savoir qui entoure la santé. En construisant cette ligne de recherche, nous avons vite identifié le caractère polymorphe du problème : de la collecte de données à la participation des femmes à certaines études cliniques en passant par la composition des organes de gestion en santé, la question du genre semble très peu thématisée dans les soins de santé en Belgique. Un tel évitement a des conséquences sur les études qu'il est possible de mener. Il n'est jamais simple de faire la démonstration d'une absence. Dans notre étude, nous analysons d'abord toutes les données genrées dont nous disposons dans les soins de santé, mais notre défi a été d'identifier les données dont nous ne disposons pas (parce que les résultats ne sont pas publiés, parce que la variable n'a pas été intégrée). Cette première analyse nous a permis d'observer de réelles différences de performance entre les hommes et les femmes comme par exemple l'espérance de vie en bonne santé ou la prévalence des maladies chroniques. Si nous avons voulu prendre le prisme de la santé des femmes, très rapidement, la question de l'intersectionnalité s'est également imposée : nous avons notamment identifié que les femmes porteuses de handicaps bénéficiaient de moins de soins préventifs que les femmes sans handicaps. Nous voulons donc poursuivre à étudier les causes réelles des écarts de santé afin de continuer à promouvoir une approche universellement proportionnée des soins de santé.

Enfin, notre étude *La croissance continue des dépenses pour les médicaments* sur les médicaments les plus chers mesure aussi ce qui, autrement, passe inaperçu : le coût cumulé gigantesque des médicaments pour les patient.es qui ne passent pas une nuit à l'hôpital. L'analyse des dépenses brutes pour les médicaments montre qu'elles ne cessent d'augmenter d'année en année. En 2022, on peut estimer à presque trois milliards d'euros la somme des remboursements, pour les spécialités pharmaceutiques, à charge de l'assurance obligatoire pour ces patient.es. Ces dépenses sont concentrées sur un petit nombre de médicaments : dix molécules représentent 43% des dépenses totales en 2022 dont six sont de nouvelles molécules et le recours à des médicaments biosimilaires ne suffit pas pour réduire l'enveloppe de ces dépenses. De tels constats nous poussent à nous interroger sur la charge que représentent ces dépenses dans le budget des soins de santé. Des recherches sur les nouvelles molécules sont sans cesse en développement et leurs résultats peuvent avoir un impact important sur la survie des patients. Néanmoins, il serait utile de s'interroger si la motivation à les rembourser part toujours d'un besoin de santé publique (politique basée sur la demande) ou est simplement la reconnaissance de l'existence de ces molécules sur le marché (politique basée sur l'offre) ? Nous pensons que, dans une politique de soins de santé de plus en plus axée sur des objectifs de soin de santé, le remboursement des spécialités pharmaceutiques devrait constituer d'abord une réponse à un besoin des patient.es et à des objectifs de santé, avant d'être des opportunités de nouveaux marchés.

Élise Derroitte
Directrice Politique et Etudes