

# WORKSHOP OBJECTIFS DE SANTÉ

27.04.2022 - ORSI ACADEMY

## La santé pour les citoyens

Objectifs de santé et réalités locales

Geerdt Magiels

Ceci est le compte rendu personnel de l'atelier Crosstalks qui s'est tenu dans le cadre du projet à long terme *Shake the disease* [Secouer le mal], dans lequel est mené un dialogue ouvert sur l'avenir de la santé et des soins de santé. L'atelier a eu lieu le 27 avril 2022 et a exploré des projets locaux qui concrétisent les objectifs en matière de santé.

**Jan De Maeseneer**, expert (inter)national en médecine généraliste et en soins de santé primaires a présidé, introduit et conclut l'atelier.

**Marc Noppen**, pneumologue et DG de l'UZ Brussel [CHU Bruxelles], a donné une introduction sur le thème et a plaidé en faveur d'une certaine modestie de la part des hôpitaux, qui sont certes un élément important, mais somme toute restreint dans le puzzle complexe des soins de santé.

**Karen den Hertog**, cheffe du département Gezond Leven [Vivre sainement] du GGD [Service municipal de santé] de la région Amsterdam-Amstelland, a mis en lumière la manière dont différentes disciplines collaborent à l'un de leurs programmes dans la région, à savoir l'*Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht* [démarche amstellodamoise pour un poids sain].

**Mathias Neelen**, coordinateur adjoint du projet Community Health Workers [agents de santé communautaires], a présenté le projet et exposé la manière dont les agents de santé communautaires jettent des ponts entre soins de santé et personnes vulnérables.

## Le cœur battant

Quelques jours après l'atelier Crosstalks, le quotidien néerlandais NRC-Handelsblad a publié une interview d'Angela Maas, professeure en cardiologie féminine au centre médical de l'Université Radboud, à Nimègue, depuis 2012. Dans l'interview, elle raconte qu'elle effectue ses dernières consultations, car le cabinet lui semble être devenu trop étiqué : « Le contexte social est déterminant pour la santé et entre ces

quatre murs, je ne peux rien en faire. Je vois ici des femmes sans pension de retraite, sans argent pour payer la facture de gaz, qui vivent avec le chauffage coupé. La moisissure tapisse les murs, les poumons et la peau sont affectés, les valeurs d'inflammation dans le sang sont trop élevées et elles souffrent de stress chronique. Et moi, je suis censée leur parler de leur LDL [lipoprotéines de basse densité ou "mauvais" cholestérol] qui devrait être inférieure à 1,6 ? J'ai l'impression d'être devenue inutile. »

Il s'agit d'une considération douloureusement réaliste de la part d'une personne qui, en sa qualité de médecin, se préoccupe de la santé de ses patients, mais se heurte aux limites de la médecine en tant que pratique et institution. Elle décrit la dure réalité, parfois frustrante, d'une politique de santé publique qui a certes formulé des objectifs de santé, mais se révèle incapable de les concrétiser. C'est précisément à ce niveau que Crosstalks souhaite engager le dialogue.

## Préoccupations à propos des soins

L'atelier s'ouvre sur le constat décevant de Marc Noppen, selon lequel les soins de santé ne contribuent que pour une faible part à l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays développés. Il fait référence à l'étude de Kaplan, datant de 2019, qui révèle que les soins de santé ne contribuent à la prévention de la mortalité prématurée qu'à hauteur de 20 % au mieux. Les facteurs comportementaux et sociaux ont un impact bien plus important sur l'espérance de vie. Cela explique pourquoi l'espérance de vie aux États-Unis contraste tant avec les coûts très élevés des soins de santé.

Dans notre pays aussi, les facteurs socio-économiques sont des déterminants fondamentaux de la santé publique. Qui plus est, les soins de santé représentent un système particulièrement inefficace qui sera mis à rude épreuve dans un avenir proche : la grande vague de vieillissement de la population de notre pays devrait considérablement s'amplifier à partir de 2030, tandis que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et souffrant d'au moins une maladie chronique augmentera fortement. Voilà qui fera encore davantage s'envoler les coûts. Rien que pour faire face à l'augmentation des dépenses liées au vieillissement de la population, il faudrait accroître le budget de 2 %, alors que cet argent n'est tout simplement pas disponible. Au demeurant, nous savons que les régressions de santé les plus importantes résultent de décennies de comportements à risque, au premier rang desquels figurent le tabagisme, l'alcool, une alimentation malsaine et un manque d'exercice.

Du reste, la démographie des prestataires de soins recèle également une menace : en Belgique, nous avons relativement peu de médecins (pour 1 000 habitants) par rapport à d'autres pays, et l'afflux de nouveaux médecins est limité. Près de la moitié des médecins ont plus de cinquante ans et prendront leur retraite à court ou moyen terme, tandis que la nouvelle génération accorde (à juste titre) plus d'attention à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et souhaite travailler moins. Le même phénomène s'observe d'ailleurs auprès du personnel soignant : nous avons plus de lits que

de personnes pour y administrer des soins. En outre, les patients sont de mieux en mieux informés et de plus en plus critiques, voire plus exigeants, et veulent avoir voix au chapitre. Ajoutons à cela les coûts de plus en plus élevés des avancées médicales hautement innovantes (médicaments, imagerie, technologie) – qui génèrent surtout du bénéfice pour l'industrie qui les produit –, et on comprend que le modèle de médecine dans lequel nous nous sommes historiquement enracinés atteint de toute évidence ses limites.

De quelle manière changer ce modèle est désormais claire pour beaucoup de gens : il faut que le système actuel, axé sur l'offre, passe à un système qui réponde à la demande. Les soins de santé doivent fournir aux citoyens ce qu'ils souhaitent, et non pas ce que les médecins ou les hôpitaux ont l'habitude de faire pour gagner de l'argent. En d'autres termes : comment organiser la meilleure santé possible pour le plus grand nombre au prix le plus réduit possible ? Voilà qui nécessite un système de soins intégré, c'est-à-dire un système dans lequel l'intégration (des soins dont le citoyen a besoin) s'appuie sur la valeur plutôt que sur le volume, sur des soins continus et coordonnés, administrés par différents acteurs travaillant de concert et sur base de données actualisées, relatives aux individus et aux populations.

## Soins en réseau

Pour pouvoir proposer des parcours de soins, il faut mettre en place de vastes réseaux horizontaux et proches du patient avec des réseaux cliniques verticaux concentrés sur les soins spécialisés. Dans ce maillage, les hôpitaux font office de chaînon reliant l'horizontal et le vertical.

Pour le financement de ce système, nous nous heurtons dans notre pays à un pouvoir politique fragmenté entre neuf organes parlementaires et gouvernementaux et autant de fragmentation des compétences, bref, un puzzle très complexe. Qui s'aventure à superposer les cartes des zones de soins de première ligne à celles des régions sanitaires et des réseaux hospitaliers constate d'emblée qu'il n'est quasi pas question d'approche concertée. La crise du COVID (entre autres, les calamités vécues dans les maisons de retraite) nous a forcés à regarder la réalité en face : une coopération sanitaire déficiente entre les différents échelons et acteurs est préjudiciable à la santé et à l'espérance de vie.

Quarante ans après la conférence de l'OMS à Alma-Ata sur les soins de santé de première ligne, il est presque honteux de constater à quel point nous avons fait peu de cas des idées de l'époque : les soins de santé de première ligne

représentent bien plus que de bons soins médicaux, car ils comprennent aussi des mesures adéquates en matière de logement, de nutrition, de conditions de vie, d'information et d'éducation. De quelle façon cette *health in all policies* devrait se traduire chez nous en *santé dans toutes les politiques* est encore loin d'être définie.

Le consensus sur cette vision est large, la plupart des opinions pointent dans la même direction, mais l'écart avec la réalité est grand. L'horizon de cette évolution se situe dans plusieurs décennies, alors que les responsables politiques pensent généralement par tranches de cinq ans. Quant aux citoyens, force est de constater que pour ceux qui savent comment y accéder et peuvent les payer, les soins sont bons. Ces citoyens-là ne ressentent par conséquent pas vraiment l'urgence du problème.

Ainsi, les soins restent l'enfant malade pour lequel les bonnes intentions sont en contradiction flagrante avec la réalité inégale et inéquitable. En Belgique, un homme de 25 ans, détenteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur, vit en moyenne 18 ans de plus en bonne santé qu'un homme n'ayant qu'un diplôme de l'enseignement primaire.

## Meilleure santé au bord de l'Amstel

Le fait que la pauvreté rend malade et que la maladie entraîne la pauvreté est un phénomène universel. Cela s'exprime par la douloureuse constatation que l'espérance de vie d'une personne est déterminée par son code postal. À Amsterdam, on élabore depuis quelques années un plan qui vise à briser ce cercle vicieux de l'insalubrité dans les familles et les quartiers précaires. En tant que cheffe du département « Vivre sainement » du service municipal de santé de la région Amsterdam-Amstelland, Karen den Hertog est très bien placée pour exposer cette situation. Dans ce département, on recueille les connaissances, les conseils et les innovations en matière de santé et de prévention, et différentes disciplines y collaborent en vue de réduire les inégalités concernant la santé dans la région. Un de leurs projets, l'Approche amstellodamoise du Poids sain, s'est vu attribuer le Prix de la Santé de l'UE en 2019.

Le message essentiel de Den Hertog : les causes de la mauvaise santé sont multiples et complexes et s'influencent mutuellement, ce qui explique l'inefficacité des interventions ponctuelles axées sur un comportement individuel. La métaphore de l'iceberg est frappante : les facteurs de risque liés au mode de vie ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Sous la surface de l'eau se trouvent les autres facteurs causaux de mauvaise santé : logement, travail, soutien soci-

al, criminalité et sécurité. En profondeur, tout cela repose sur les structures socio-économiques, la répartition locale, régionale, nationale et mondiale du pouvoir et du bien-être social et est lié aux ratios (in)équitable des systèmes fiscaux, également entre les genres et les classes sociales. L'individu au sommet de l'iceberg ne peut rien contre ces structures pathogènes sous-jacentes. Cette observation n'est pas nouvelle. Il ne s'agit que de la confirmation du modèle arc-en-ciel de Dahlgren & Whitehead, vieux de quarante ans : le contexte de vie d'une personne détermine, dans toutes ses dimensions, allant des facteurs socio-économiques proximaux à distaux, bien davantage sa santé et ses perspectives de vie que l'âge, le sexe ou les gènes.

À première vue, cette complexité est effrayante, parce qu'impossible à maîtriser. Quiconque jette un coup d'œil au diagramme de l'Obesity System Atlas [atlas du système de l'obésité] que Philippe Vandebroek, et al. a produit pour le programme de prévoyance du gouvernement britannique (qui a fait l'objet d'un atelier Crosstalks en 2017) se rend compte à quel point le problème de l'obésité est complexe et multidimensionnel. Moduler l'un des innombrables facteurs ne sert à rien. C'est pourquoi l'approche amstellodamoise a choisi de se concentrer sur le comportement et l'environnement. L'arc-en-ciel a été divisé en segments. Un environnement alimentaire sain présente de multiples facettes : cela va de ce que mange une femme enceinte, avant et après l'accouchement, aux repas scolaires des enfants obèses, en passant par les installations sportives pour jeunes défavorisés ou le nombre de fast-foods dans des quartiers sensibles. Le grand problème se décompose en plusieurs *problèmes pernicieux*, qui font chacun l'objet d'une approche spécifique, qui n'est jamais statique, mais en constante évolution et *fondée sur des données probantes*. Partant de la prise de conscience que l'on peut générer un impact partout et à tous moments où des enfants et leurs parents font face à des choix alimentaires, l'accent a été mis, outre sur les habitudes alimentaires individuelles, sur un environnement alimentaire sain. Les moyens pour y parvenir sont nombreux : par le biais d'imams, de cantines sportives, d'écoles, d'aide sociale, de banques alimentaires, de publicité extérieure ou de la politique d'implantation d'établissements de restauration malsaine, etc. Den Hertog souligne sans relâche qu'il ne s'agit pas d'une approche à généraliser ou à copier à l'identique dans une autre ville. Comme le décrit le modèle Cynefin, on ne peut que partiellement comprendre les causes et les effets, et généralement uniquement de manière rétrospective. Par conséquent, il faut sans cesse évaluer et apprendre des

pratiques émergentes qui prouvent leur utilité. Embrasser la complexité. Cela contribue aussi à rendre l'exercice captivant (et plaisant).

## Urgent et ambitieux

Pour faire aboutir les changements nécessaires, il faut un sentiment d'urgence et un engagement tangible. Cela requiert de présenter le problème de telle sorte qu'il puisse devenir une force motrice importante et motivante pour les politiques concernés ainsi que pour les autres parties prenantes. À Amsterdam, chaque présentation de ce projet comportait la photo de Kimberley, âgée de sept ans et en surpoids, à l'instar des 27 000 enfants de la ville qui courent le risque de devenir des adultes obèses et diabétiques dans 20 ans, avec toutes les conséquences sanitaires et socio-économiques qui s'ensuivent : « C'est pourquoi nous ne voulons pas un seul enfant en surpoids dans la ville d'ici 2030. »

Un défi ambitieux, un objectif clair et urgent, qui peut sembler trop absolu pour être atteignable, mais qui place la barre haut et met en évidence les raisons pour lesquelles il faut agir. Il est clair que le changement n'est pas affaire de hasard (*change is not a question of chance*). Et que l'équité prime sur l'égalité, parce que si on offre le même soutien à tout le monde, les plus forts en profitent davantage que les plus faibles et l'inégalité perdure. Les projets de l'initiative Poids sain ciblent délibérément les quartiers et les écoles les plus précaires et les plus vulnérables. Il ne faut pas donner d'aide alimentaire à toutes les écoles (ce qui inclurait aussi les meilleures), mais cibler les écoles qui en ont besoin.

Ainsi, la région Amsterdam et Amstelland avance à petits pas, apprenant chemin faisant ce qui fonctionne, sans perdre de vue l'objectif lointain qui se profile à l'horizon. Pour de plus amples informations et de l'inspiration : veuillez consulter le site <https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/aanpak-gezond-gewicht/>.

## Constructeurs de ponts

Comment les soins de santé peuvent-ils atteindre les groupes les plus vulnérables et les plus mal « desservis » dans les quartiers pauvres si ces habitants sont dans l'incapacité de trouver le chemin des soins, ce qui ne fait d'ailleurs qu'accroître leur besoin de soins ? Il s'agit de la question pressante : comment mettre en œuvre les objectifs généraux de santé avec efficacité et en tenant compte de la situation et des nécessités locales ? Les agents de santé communautaires peuvent être une réponse possible. Mathias Neelen a esquissé

leur travail tel qu'il a émergé au cours des deux dernières années en Belgique. Il a participé dès le début de la crise du COVID à la gestion et au suivi intermutualiste des *Field Agents* [agents de terrain] dans le traçage de cas contacts et il est le coordinateur du projet *Community Health Workers* (CHW) [agents de santé communautaires ou ASC] depuis 2021.

Le projet DES ASC est une initiative fédérale du cabinet du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Franck Vandebroucke, et a pour principaux objectifs de :

- jeter des ponts entre les individus, les communautés et les professionnels de la santé ;
- diffuser des informations sanitaires culturellement et socialement adaptées ;
- aider les citoyens à s'orienter dans le système de santé existant ;
- offrir de l'encadrement et du soutien social ;
- défendre les individus et les communautés ;
- renforcer les aptitudes sanitaires ;
- aller à la rencontre des citoyens et leur fournir du matériel pour l'évaluation et la recherche.

Les ASC ont un profil reconnaissable. Ils ont une connivence ou un lien familial avec les communautés ou les cultures dans lesquelles ils se rendent ou les connaissent bien. Ils travaillent à partir d'un intérêt personnel qu'ils ou elles portent aux problèmes que peuvent rencontrer des personnes vulnérables avec les soins de santé. Des difficultés qu'ils comprennent ou ont personnellement vécues. Ils ont la faculté d'engager facilement la conversation en toute confiance, d'échanger avec honnêteté et ouverture d'esprit et savent écouter. Il leur faut cependant être solides face à des situations parfois douloureuses ou émotionnelles. Ils sont attentifs à la diversité et au respect et s'intéressent aux modes et conceptions de vie qui diffèrent des leurs. Ils communiquent des informations, aident leurs interlocuteurs à trouver leur voie à travers le système de santé et les orientent vers un médecin généraliste, un dentiste, une caisse d'assurance maladie, ou un organisme d'assistance sociale tel que l'aide à l'enfance et la famille, contribuant de la sorte à chercher des solutions personnalisées, répondant ainsi aux besoins spécifiques en matière de soins qu'ils ont identifiés chez l'individu en question. Si nécessaire, ils accompagnent les personnes, leur rappellent leurs rendez-vous et assurent un suivi, ce qui consolide par ailleurs leurs compétences. À cette fin, ils reçoivent une formation de base de deux jours et une formation continue, dispensée par différents partenaires (tels que les mutuelles). Ils (re)donnent confiance, offrent une oreille attentive

et une écoute active, identifient les problèmes structurels d'accessibilité, contribuent à étendre et renforcer le réseau de prestataires de soins et indiquent aux autorités publiques où se situent pour beaucoup les obstacles et les seuils infranchissables de l'accès aux soins de santé.

## Enracinement local

En tant que projet fédéral, les activités des ASC en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie sont adaptées aux conditions locales et à la structure du champ d'action.

En Wallonie, dix-huit ASC et trois accompagnants travaillent dans quatre centres urbains, en collaboration avec le Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté.

À Bruxelles, treize ASC et deux accompagnants travaillent dans six communes ou quartiers, en collaboration avec les Relais Action Quartiers (RAQ).

En Flandre, vingt et un ASC et cinq accompagnants sont actifs à Anvers, Genk, Gand, Ostende et Tirlémont. Ils tentent de s'adapter autant que possible à chaque situation spécifique, en collaboration avec des organisations locales telles que les WGC (centres de santé de quartier), les CPAS ou les CAW (centres d'aide sociale générale) locaux.

- À Anvers, un travail d'offre de soutien est proposé sur des places publiques spécifiques, en partenariat avec De gezondheidskiosk [le kiosque sanitaire], les concertations sanitaires locales ou LOGO et l'Université d'Anvers. À travers la présence d'asc lors de ses permanences, l'association Médecins du Monde s'engage également à aider les groupes cibles dans leurs parcours vers les soins réguliers.
- À Genk, la structure de la ville se greffe fortement sur les quartiers, dans lesquels les ASC peuvent facilement être déployés. Pour chaque quartier, il existe des accords avec les responsables de quartier, les travailleurs de rue et les superviseurs de la ville.
- À Tirlémont, une toute petite équipe a une approche très ciblée, en collaboration avec deux associations locales (Bezorgd Om Mensen et Erm in Erm) qui accompagnent les équipes mobiles.
- À Gand, les ASC et leur approche d'offre proactive sont complémentaires aux guides de santé qui travaillent plutôt en fonction de la demande. À travers les divers groupes cibles, on vise des quartiers fixes et des groupes spécifiques, allant du quartier de logements sociaux Nieuw Gent à la communauté bulgare.
- À Ostende, il existe un lien étroit avec le réseau de lutte contre la pauvreté de la ville, avec les services d'aide à domicile, les réseaux de quartier, les services municipaux et de petites associations locales.

Des accords ont été conclus avec le projet « ambassadeurs de la santé » de l'association FMDO [fédération des organisations mondiales et démocratiques].

## Signaux du terrain

Partout, les ASC se heurtent à un certain nombre d'obstacles qui entravent l'accès aux soins aux groupes vulnérables. Il y a non seulement un manque de dentistes (accru par les refus de nouveaux patients), mais le coût des soins dentaires constitue un facteur prohibitif supplémentaire. Il y a aussi un manque de médecins généralistes, également aggravé par le refus de nouveaux patients – même dans les centres de santé de quartier. On manque en outre de prestataires de soins psychologiques. Le recours à des praticiens privés est parfois une solution, mais elle n'est souvent pas abordable pour les personnes ne disposant que de minima sociaux. Bref : vers où orienter les personnes s'il n'existe pas d'offre suffisamment bien encadrée ? À l'heure actuelle, les médecins généralistes consacrent un tiers de leur temps à des activités pour lesquelles ils sont surqualifiés. Où restent les assistants à la pratique, comme il en existe aux Pays-Bas, par exemple ? Des problèmes psychologiques spécifiques (tels que des traumatismes liés à la guerre et au déracinement) nécessitent une expertise psychologique à l'avenant qui s'avère difficile à trouver. Un problème exacerbé par le manque d'interprètes, ce qui empêche les gens de s'exprimer dans leur langue maternelle. Et la technologie numérique reste une barrière trop élevée pour beaucoup.

La méfiance de la part de certains groupes à l'égard de grandes organisations telles que le CPAS ou les Centres d'aide sociale générale n'améliore pas la situation. Pire encore est le constat que les services de certaines organisations dans certaines villes sont inadéquats, voire défaillants, et pour le reste de plus en plus difficiles à atteindre, que ce soit au guichet, par téléphone ou même par courriel.

Le projet des ASC a débuté en 2021. L'intention est de l'étendre à une coopération avec des équipes de psychiatrie mobile, par exemple. Pour le moment, aucune extension vers d'autres villes n'est prévue, bien qu'il soit évident que les mêmes besoins existent en dehors des cinq villes pilotes. En février 2022, l'Université d'Anvers a remis un rapport de recherche qualitative qui sera suivi d'un rapport plus quantitatif à l'automne.

## Encore et toujours : le contexte

L'expérience des ASC démontre clairement l'importance d'une conception plus étendue de l'analyse des soins de santé

trop difficilement accessibles pour beaucoup. Les conditions de vie générales telles que le logement, la garde d'enfants, le marché du travail et l'éducation, ainsi que l'environnement écologique, social et culturel jouent un rôle essentiel. Un meilleur accès aux soins de première ligne n'est qu'un élément du problème. Miser sur une culture sanitaire et la prévention doit faire partie de tout effort visant à améliorer l'accès des personnes vulnérables et précaires aux soins auxquels elles ont droit.

Il serait utile que les responsables politiques prennent conscience qu'il s'agit d'un projet de société essentiel, dans lequel les prestataires de soins eux-mêmes, la société civile et les mutuelles ont leur propre rôle à jouer – un rôle que ces divers acteurs assument bien trop peu jusqu'à présent. Les ASC peuvent jeter des ponts entre tous les acteurs concernés. Voilà pourquoi ce ne serait que justice de voir cette initiative, qui existe aujourd'hui à l'état de projet et attend avec impatience et crainte d'être enfin étendue afin de devenir un élément structurel des soins de santé dans notre pays. Pour le moment, la Belgique compte (provisoirement) 50 ASC. L'Afrique du Sud en compte 25 000, qui s'occupent de surcroît de la prévention.

## Matière à réflexion

Les récits qui nous parviennent d'Amsterdam et de villes de Flandre sont très différents et néanmoins complémentaires, à la fois reconnaissables et défiants. La perspective contextuelle et arc-en-ciel de la santé et du bien-être social est la seule qui rende justice à la complexité du problème et offre des pistes pour y remédier. En même temps, il y a une certaine frustration à constater que malgré le consensus théorique, on en fait encore si peu sur le plan structurel.

Heureusement, il existe partout des initiatives locales qui montrent de quelle manière on peut y parvenir. Ainsi, les médecins généralistes qui travaillent depuis vingt ou trente ans dans un quartier connaissent les récits de vie de personnes qui y vivent. Un mot suffit pour qu'ils comprennent une situation. Ils connaissent les habitants du quartier et leur univers de vie. Ces médecins et ces prestataires de soins risquent de bientôt partir à la retraite, et avec la fin de leur pratique disparaîtront aussi les connaissances et la continuité. En voyant un enfant, ils et elles voient aussi les quatre générations qui l'ont précédé et la façon dont cette histoire et ce contexte vont façonner son avenir. « Les germes de nombreuses maladies ont été semés il y a quatre générations », a ajouté Den Hertog.

Les connaissances scientifiques utilisables à ce sujet sont

rare ou inexistantes en Belgique. Ce qui n'est pas surprenant, sachant qu'en Flandre il n'y a pas de médecins dits « de santé publique ». (Aux Pays-Bas, il y en a 2 600 pour une population de 16 millions.) En Belgique, il faut se contenter d'une sagesse anecdotique (qui comporte, hélas, beaucoup de vérité) : dans un quartier pauvre, il y a beaucoup de pharmacies et peu de médecins, dans un quartier riche, c'est l'inverse – et ce, depuis quarante ans déjà. En d'autres mots, comment faire pour que les gens aient moins de médicaments et prennent mieux soin de leur santé ? Comment se fait-il que ce soit les plus pauvres qui ont un mode de vie malsain et génèrent par conséquent plus de dépenses de santé à terme et vivent moins longtemps ? La pauvreté pèse sur tous les membres d'une société, même sur les riches. Chaque euro dépensé, ou plutôt investi dans les premières années de vie d'un enfant afin de lui procurer de bonnes conditions de vie sera largement rentabilisé par la suite, et tout le monde en profitera.

Aussi beaux que soient les objectifs de santé formulés, le défi est plus vaste que ce que les soins de santé sont susceptibles de redresser à eux seuls. Il s'agit d'une question de redistribution à laquelle une poignée d'acteurs et de secteurs devraient coopérer, à tous les niveaux : du logement salubre pour tous et une forme intelligente de revenu de base, intégrés à un aménagement du territoire et un urbanisme qui favorisent la santé et reposent sur un fondement d'enseignement qui promeut la santé.

## Viser la lune

Dans la discussion qui a suivi, il a été fait référence à *Moonshot* de l'économiste Mariana Mazzucato, dans lequel elle plaide pour un gouvernement ambitieux qui place la barre très haut afin de rendre la société plus inclusive et plus durable. L'État a démontré que c'est lui et non pas le marché libre qui a maintenu la société à flot en période de crise du COVID. Mazzucato affirme que si nous sommes capables d'envoyer des gens sur la lune, rien ne nous empêche de transformer notre société en un système qui préserve la santé des citoyens.

Les objectifs sont plus ou moins énoncés. Les mesures concrètes, qui devront être ancrées dans une vaste transition sociale, sont une tâche pour les années à venir. La mise en œuvre doit se faire dans un cadre étendu qui inclut tous les segments de la société. Des initiatives locales peuvent jouer un rôle important à cet égard, dans la mesure où – toujours dans le cadre des objectifs et greffés sur des besoins locaux

– ils peuvent apprendre aux citoyens à assumer eux-mêmes et de manière cohérente la responsabilité de leur propre santé. Dès lors, les patients dirigent eux-mêmes leur parcours de bien-être et de santé. Ce résultat ne sera possible que si les soins de santé cessent d'être un « atelier de réparation » (comme l'a écrit Donald Berwick dans la revue *JAMA – Journal of the American Medical Association* du mois d'avril 2022) de pare-chocs cabossés et de phares cassés. En lieu et place, le système de soins de santé doit veiller de manière proactive à ce qu'il y ait de bonnes routes, davantage de pistes cyclables et d'éducation routière. Il faut que nous agis-

sions sur les déterminants socio-économiques de la santé. Sinon, nous continuerons à réparer les dégâts des accidents qui auront fait des victimes. En attendant, nous sommes particulièrement performants dans ce travail (coûteux) de réparation, mais il y a d'innombrables bonnes raisons de ne pas continuer de la sorte.