



SOINS DE SANTÉ:

*Re*choisir
la solidarité

VIVRE
ENSEMBLE
éducation

Encore disponibles : des outils complémentaires parus en 2008



« La pauvreté nuit gravement à la santé », dossier, 2008.

Nous ne sommes pas tous égaux face à la santé : l'état de santé de la population s'améliore à mesure que son niveau de revenus et d'instruction augmente. Les personnes en situation de pauvreté vivent moins longtemps que les autres, elles sont prématurément « usées ». Ce dossier évoque quelques facettes de la pauvreté qui ont des conséquences sur la santé : pouvoir d'achat, logement, environnement, non-emploi, formation, liens sociaux,... Il montre qu'il ne suffit pas de réduire le coût des soins pour améliorer la santé des personnes qui vivent la pauvreté. Il faut également agir sur les conditions de vie afin qu'elles ne portent plus atteinte à la santé. Agir en amont autant qu'en aval. Un défi pour le monde politique dans son ensemble, pour le monde associatif, qui fourmille d'initiatives en ce domaine, mais aussi pour chacun(e) d'entre nous.

Dossier 32 pages, 4 euros.

« Santé ! », DVD, 26 minutes

En une vingtaine de minutes, ce reportage nous emmène à la rencontre des « faiseurs de santé » : ceux et celles qui, dans les associations, retissent les liens, reconstruisent l'estime de soi, élaborent des projets collectifs, informent, suscitent le dialogue et les échanges de savoirs. D'anciens habitants de la rue qui rendent visite aux sans-abri hospitalisés ; des femmes qui mettent sur pied un bar à soupes, liant promotion de l'alimentation saine et réinsertion sociale ; des personnes émargeant au CPAS qui se lancent dans une démarche de théâtralisation aux vertus thérapeutiques, un médecin qui sait que la santé, ce n'est pas seulement une affaire de médicaments... tous, à leur manière, contribuent à réduire les inégalités sociales liées à la santé.

DVD, +/- 20 minutes, 8 euros



Dossier publié par
Vivre Ensemble Education,
avec le soutien de
la Communauté française Wallonie-
Bruxelles, service Education
permanente,
septembre 2009.

VIVRE
ENSEMBLE
éducation



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE
WALLONIE - BRUXELLES

Rédaction :
Isabelle Franck

Equipe de rédaction :
Jean-Paul Chaballe, Annelise Detournay,
Anne le Garroy, Marie-Christine Lothier,
Paul Rixen, Frédéric Struys,
Luc Uytendbroeck.

Remerciements à :
Philippe Defeyt, Pierre Hendrick,
Christine Mahy, Pierre Reman,
Anne Herscovici
pour leur collaboration.

Prix de vente :
5 euros

Merci aussi à
Josiane Rompteau
et Maggy Raedermaker
pour leur relecture orthographique.

Editeur responsable :
Angelo Simonazzi,
rue du Gouvernement provisoire 32,
1000 Bruxelles.

SOMMAIRE

1. HIER	
LE DROIT AUX SOINS DE SANTÉ : UNE LONGUE HISTOIRE...	4
2. AUJOURD'HUI	
UN SYSTÈME PERFORMANT, MAIS...	9
Les barrières financières	10
Chère santé	10
Des médicaments trop chers	10
Moins de soins paramédicaux	12
Le tiers-payant pas systématique	12
Quand les finances ne suivent pas	13
Le recours aux urgences	13
Obstacles culturels et administratifs	14
Entre deux mondes...	14
Un dédale administratif	16
La santé et le CPAS : pas si simple	16
Aide ou contrôle ?	18
Les associations : un allié solide	18
Un coup de pouce pour l'accès aux droits	19
La santé : pas seulement des médicaments	19
Les maisons médicales (encadré)	20
3. DEMAIN	
MUTATIONS EN COURS... DEFIS POUR DEMAIN	21
Plus de commerce, moins d'humanité ?	21
Mutations économiques et politiques	22
Vivre vieux... vivre mieux ?	23
(R)évolutions technologiques	25
Travail, famille... les temps changent	26
Mieux vaut prévenir... mais comment ?	27
Les associations : le terreau de la prévention	29
Les jardins solidaires (encadré)	29
CONCLUSION	32
ANNEXES	34
Revendications politiques	34
Petit dico des soins de santé	35

INTRODUCTION



Quand on parle de pauvreté et de santé, on pense d'abord au coût des consultations, des médicaments, des hospitalisations, voire à la prévention. Pourtant, en 2008, le dossier « La pauvreté nuit gravement à la santé », a montré que les inégalités de santé sont avant tout dues au niveau d'instruction des personnes et à leur niveau de revenus. Les chiffres le confirment : **le fait d'être ou non en bonne santé ne dépend que pour 10% de la qualité des soins de santé** (voir graphique).

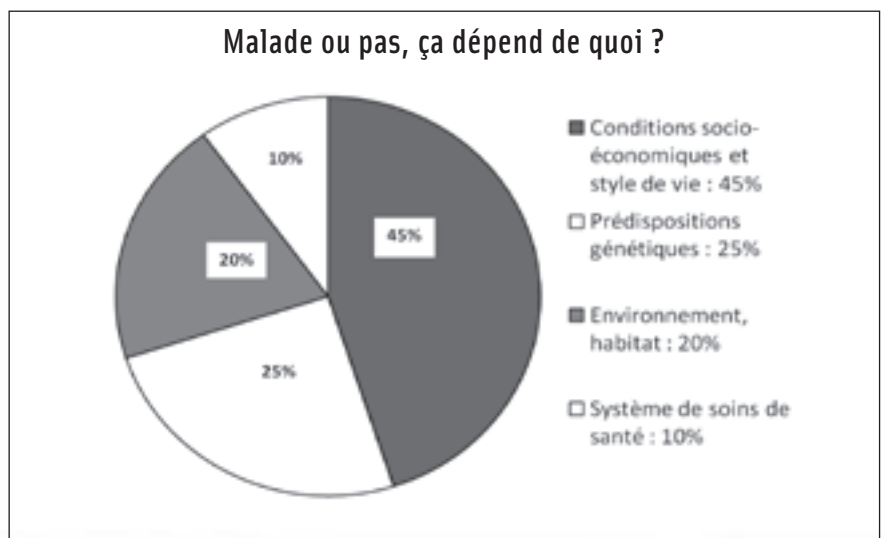
Différents facteurs influencent en effet notre santé : il y a bien sûr notre héritage génétique, mais il y a d'abord notre style de vie et notre statut socio-économique. En troisième position interviennent l'environnement et l'habitat. La qualité du système, quant à elle, n'influence que pour 10% notre état de santé¹. Ces chiffres peuvent paraître surprenants. Ils s'expliquent pourtant : les soins de santé n'interviennent en général que quand la maladie est là (sauf pour des soins préventifs comme les vaccinations et le dépistage). Si notre bagage génétique, mais aussi notre environnement et nos conditions de vie nous permettent de rester en bonne santé, nous aurons peu besoin de recourir aux soins de

santé. Par contre, aussi performants que soient les soins de santé, nous serons fréquemment malades si notre bagage génétique, notre logement, notre environnement ou notre statut socio-économique nous rendent littéralement malades (d'où notre slogan de 2008 « La pauvreté nuit gravement à la santé »).

La première action à mener pour réduire les inégalités face à la santé est donc d'améliorer globalement les conditions de vie de la population : un revenu suffisant, un logement sain, un emploi de qualité, un bon niveau d'instruction, une estime de soi et une reconnaissance sociale qui permettent d'être acteur de sa vie et de sa santé. « **Chaque fois qu'un individu gravit un échelon de l'échelle sociale, il réduit son risque de maladie et de mort prématurée** »².

Pourquoi dès lors, en 2009, mettre en avant le rôle de notre système

de soins de santé ? D'une part, parce qu'il joue un rôle non seulement curatif (soigner les maladies) mais aussi préventif (éviter qu'elles ne surviennent et les détecter tôt pour mieux les soigner). D'autre part, parce que, même si son influence sur l'état de santé de la population est relative, elle est bien réelle. Enfin, parce que, interrogées sur le sujet, les personnes en situation de pauvreté ou de précarité soulignent fréquemment les problèmes d'accès aux soins auxquels elles sont confrontées. Or, il est du devoir d'une société fondée sur les droits humains de tout mettre en œuvre pour que les soins de santé soient de qualité, accessibles à tous et qu'ils réduisent autant que possible les inégalités sociales de santé. Du point de vue économique, il est du reste plus rationnel de rendre les soins plus accessibles : les personnes qui n'ont pas les moyens de se soigner retardent autant



que possible le moment de consulter un médecin ; bien souvent, la maladie s'est alors aggravée, compliquée, et le traitement coûte plus cher à la sécurité sociale comme au patient.

Soulignons qu'alors que la crise fait surgir le risque de pauvreté dans des sphères de la société où l'on se croyait à l'abri, ce sont les pays scandinaves, où la protection sociale est la plus développée, qui affichent les meilleurs scores en matière de chômage et de taux de pauvreté.

La sécurité sociale – et son volet «soins de santé» – n'est pas sortie du chapeau d'un premier ministre, un beau jour de campagne électorale. Elle n'est pas non plus un monument inébranlable dont les principes seraient admis une fois pour toutes. **Elle est le fruit d'une longue lutte menée par les travailleurs. Il est bon de s'en souvenir et de connaître cette histoire** pour mieux saisir l'importance de ce « patrimoine social » que nos prédécesseurs ont construit au fil des décennies. Cette histoire est aussi porteuse de valeurs, celles-là même qui assurent la qualité de notre système social. **Des valeurs que nous avons aujourd'hui à re-choisir pour sortir de la crise.** Face au danger, la tentation du « chacun pour soi » est forte. Nous le verrons, elle n'est pourtant ni la plus éthique, ni la plus efficace.

Quelle que soit la qualité de notre système de soins, trop de personnes n'y ont pas accès, pour des raisons administratives, financières, culturelles. Pour remédier à cela, il faut bien entendu simplifier les procédures, systématiser

« Je crois que la médecine a fait des progrès énormes et que nous avons une chance inouïe de pouvoir y accéder sans trop de frais. Mais je pense que ce n'est pas facile d'accéder et de profiter de tout ce que le système a mis en place chez nous. Une aide sociale est nécessaire pour les personnes moins favorisées. Je crois que l'aspect psychologique devrait être davantage pris en compte par les médecins et je crois aussi que les rapports entre le malade et la famille devraient être aussi soutenus par des tiers. Je crois enfin que le malade doit rester le premier acteur de sa santé »⁴.

l'accès à certains avantages, former adéquatement les professionnels du secteur social et de la santé. Mais tout cela ne suffit pas et ne suffira jamais. Un système mis en place pour l'ensemble de la population, aussi performant soit-il, risque d'être une mécanique sans âme, un filet qui laisse tomber à travers ses mailles une partie des citoyens. D'aucuns parlent, à propos de la sécurité sociale, de « **solidarité froide** ». Indispensable mais pas suffisante. Non pas par opposition mais de façon complémentaire, nous avons tous besoin de « **solidarités chaudes** », qui apportent à la vie en société une dimension d'humanité, de relation interpersonnelle, immédiate, qu'un système plus global ne peut offrir.

La solidarité est « plurielle » - selon le terme utilisé par Pierre Reman³. A côté des structures publiques, le monde associatif, par l'accompagnement personnel, l'information et la proximité, permet aux personnes les plus marginalisées d'accéder à leurs droits en matière de soins de santé. Les associations jouent également un rôle majeur dans la reconstruction de l'estime de soi et du lien social. Isolé et sans un minimum de

reconnaissance sociale, personne n'a l'énergie nécessaire pour faire face aux défis quotidiens et, *a fortiori*, à des problèmes de santé.

L'associatif n'est pas un corps étranger face à la sécurité sociale. Tantôt marche-pied vers les droits, tantôt goutte d'huile qui humanise les rouages administratifs, tantôt roue de secours quand des failles apparaissent dans le système, tantôt poisson-pilote qui invente les solidarités de demain. Les milliers d'associations de lutte contre l'exclusion sociale sont, quel que soit leur domaine d'action, « **faiseuses de santé** ». Pour beaucoup de personnes en difficulté, elles sont une planche de salut, une perche tendue pour se remettre debout.

Éléments indispensables du paysage social et économique, elles doivent éviter l'écueil de servir d'alibi à un Etat qui démissionnerait de ses responsabilités (« puisque les associations le font, pas besoin que l'Etat s'en charge »).

Au fil des pages qui suivent, d'hier à demain, des initiatives associatives, des témoignages recueillis dans ce monde foisonnant illustreront ce difficile exercice d'équilibre.

1 Etude menée par le Pr. Van der Linden, in Spectra, n° 58, août 2006, Office fédéral de la santé publique suisse.

2 Dr. Sarah Willems et al., dans Santé Conjuguée, avril 2007, n° 40, p.25 .

3 Directeur de la Faculté ouverte de politique économique et sociale, UCL.

4 Myriam Noiset-Pourbaix, dans « Les soins de santé en question – huit points de vue », Equipe de la pastorale ouvrière de Bruxelles.



1. HIER

Le droit aux soins de santé : une longue histoire

La Sécurité sociale et l'Assurance maladie-Invalidité, qui en fait partie, ne sont pas nées à l'initiative de l'Etat, par souci du bien-être des citoyens. Au XIX^e siècle, celui-ci laissait le champ libre aux initiatives morales et caritatives. Ce sont des initia-

tives privées, portées par des groupes de personnes concernées – embryons de nos associations d'aujourd'hui – qui ont fini par déboucher sur une généralisation et une prise en charge par l'Etat.

Le 13 novembre 1887 se constitue à Charleroi l'embryon de ce qui deviendra les Mutualités neutres. A la demande de quelques mineurs, MM. Tumelaire et Bronchart prennent l'initiative de fonder une société de secours mutuel au Faubourg de Charleroi. La société L'Espérance ne groupe à ses débuts que 9 membres : 7 houilleurs et les deux fondateurs⁵.

L'histoire de l'Assurance Maladie-invalidité ne peut être dissociée de l'histoire de la sécurité sociale dans son ensemble. En effet, l'évolution générale du système social de notre pays a bien sûr des conséquences sur le secteur des soins de santé. De plus, nous l'avons vu, la santé dépend aussi du niveau de revenus et donc, notamment, du montant des allocations sociales comme le chômage⁶.

I Début XIX^e siècle

Naissance des premières « sociétés mutuelles ».

I 1849

Un Arrêté royal prévoit une **prise en charge partielle par l'Etat des coûts liés à la fondation** des sociétés mutuelles.

I 1898

L'Etat accorde un **subside** aux mutuelles agréées.

5 Francis Poty, Histoire de la démocratie et du mouvement ouvrier au pays de Charleroi, I : Le blé qui lève – 1735 à 1905, Ed. Culture et Civilisation, 1975, p.98 .

6 Cette partie historique s'inspire de l'article de Pierre Reman « L'importance de la sécurité sociale en Belgique : fondements historiques et enjeux actuels » et du dossier « Ma sécurité est sociale », publié par Vivre ensemble en 1987.

Début XIX^e siècle

La révolution industrielle accule les paysans à quitter les campagnes pour venir travailler en ville, avec à la clé un travail harassant, voire dangereux, pour un salaire de misère. Aucune réglementation ne régit les salaires, les horaires de travail, la sécurité (maladies, accidents), l'âge des travailleurs (le travail des enfants est monnaie courante), le temps de repos.

Quand un travailleur ne peut plus travailler (maladie, accident, vieillesse), il est privé de toute ressource. Face à ces situations de grande misère apparaissent des germes de solidarité : on s'entraide d'abord comme on peut entre membres de la famille, entre collègues. Puis, peu à peu, cette solidarité prend forme et naissent, au début du XIX^e siècle, les premières « **sociétés mutuelles** ».

«La charité officielle est plutôt un mal qu'un bien pour la société. Elle n'arrive qu'à un but : développer et entretenir le paupérisme, tandis que les sociétés de secours mutuels, indépendamment des secours qu'elles accordent, secours toujours justifiés, poursuivent un but plus élevé : elles donnent à leurs membres des idées d'ordre et d'économie et leur inspirent des sentiments de dignité.»⁷

Elles sont le fait, au départ, d'une minorité d'ouvriers ou de personnes solidaires proches de ce milieu. L'exploitation et l'indigence qui en découle est telle que la plupart des travailleurs, réduits à la survie, n'ont pas l'énergie suffisante pour s'organiser et mettre leurs forces en commun.

Les premières caisses ouvrières naissent dans les métiers traditionnels des villes. La contribution aux caisses ouvrières est généralement **forfaitaire** - puisque les travailleurs d'un même établissement gagnent un salaire identique. L'allocation dont bénéficient les membres est forfaitaire elle aussi. En cas de maladie, l'indemnité d'incapacité est versée le troisième jour et pendant trois mois au maximum. Les premières caisses mutuelles prennent peu en charge les frais médicaux et pharmaceutiques. D'autres prévoient le paiement d'une pension ou d'une indemnité de funérailles, ou même le paiement d'un salaire à une institutrice, comme à Wasmes. Certaines caisses sont des caisses de résistance et alimentent les premiers embryons de **syndicats**.

Les **femmes** décident très rapidement de fonder leurs propres caisses. En effet, certaines caisses ouvrières ne sont simplement pas ouvertes aux femmes travailleuses. Celles qui le sont offrent des conditions d'indemnités désavantageuses, comme le non-versement d'une indemnité journalière de maladie. Par ailleurs, le salaire plus bas des femmes constitue un obstacle important à leur affiliation aux caisses masculines. Les tarifs forfaitaires sont en effet basés sur le montant des rémunérations masculines, plus élevées que les salaires féminins. Ces mutuelles de femmes couvrent généralement les frais médicaux et pharmaceutiques liés à la maladie, une indemnité journalière, le service funéraire, parfois une prime de naissance et, à partir de 1889, une indemnité d'accouchement.⁸

1849

Un Arrêté royal prévoit une **prise en charge partielle par l'Etat des coûts liés à la fondation** des sociétés mutuelles.

1851

Reconnaissance des sociétés d'assurance mutuelle par le gouvernement qui leur donne la possibilité d'obtenir une **agrégation**.

1886

Des grèves et des émeutes violentes amènent l'Etat à reconsidérer sa politique sociale. Un discours royal annonce la promulgation d'une série de mesures sociales.

Le 18 mars 1886

Un mouvement de révolte éclate à Liège, se propage à l'ensemble des bassins industriels et tourne à l'émeute à Charleroi.

Pillages et saccages sont sévèrement réprimés (14 tués et de nombreux blessés) mais ce mouvement de désespoir a le mérite d'enclencher un processus de questionnement sur la situation ouvrière dont la misère est bien connue des observateurs mais délibérément ignorée ou minimisée par les autorités publiques. Le gouvernement décide de mettre en place une commission d'enquête chargée d'étudier le travail industriel et de proposer des mesures d'amélioration. Le rapport de la Commission et ses conclusions seront le point d'amarce d'une timide législation sociale dans un contexte économique de croissance retrouvée⁹.

1891

Dans l'encyclique « **Rerum novarum** », l'Eglise reconnaît la réalité de la condition ouvrière et élabore une doctrine sociale. L'aile démocrate-chrétienne s'en trouve renforcée.

I 1903

Les premières dispositions **obligatoires** sont prises par l'Etat en matière de couverture des **accidents de travail**.

I 1911

Introduction de l'assurance obligatoire contre la vieillesse et le décès en faveur des ouvriers mineurs.

I 1919

Naissance officielle de l'Œuvre nationale de l'enfance.

I 1927

L'assurance-maladies professionnelles devient obligatoire.

7 « Les disciples de Saint-Eloi » de la Société de secours mutuels de Marchienne-au-Pont devant la Commission du travail en 1886.

8 Florence Degavre, Femmes et caisses ouvrières au XIX^e s., in Démocratie, 1/1/2000. Cf. www.revue-democratie.be

9 CARHOP, Questions d'histoire sociale, Bruxelles : FEC, 2005, p. 21.

1898

L'État accorde un **subside** aux mutuelles agréées.

1900

La participation patronale à l'**assurance-pension** est rendue obligatoire.

1903

Les premières dispositions obligatoires sont prises par l'État en matière de couverture des **accidents du travail**.

1906

Forte tensions et grèves, comme dans le secteur textile à Verviers et dans la région de Liège.

1907

L'État verse un premier subside à des caisses syndicales de chômage.

1911

Introduction de l'assurance obligatoire contre la vieillesse et le décès en faveur des ouvriers mineurs.

Mais, comme l'assurance-chômage, l'assurance maladie invalidité reste volontaire, **facultative**, et elle est subventionnée par les pouvoirs publics.

1914

A la veille de la 1^e Guerre mondiale, la Belgique possède donc un système d'assurance sociale basé sur le principe de l'affiliation libre, subventionné par l'État.

1918

Le choc de la 1^e Guerre mondiale provoque au niveau international une nouvelle prise de conscience de la condition ouvrière. En Belgique, les socialistes participent au pouvoir et introduisent un programme de revendications destiné à améliorer la situation de la classe ouvrière.

1919

Naissance officielle de l'Œuvre nationale de l'enfance, pour faire face à la misère qui a particulièrement touché les enfants durant la guerre. A l'époque, **un enfant sur dix mourait au cours de sa première année**. L'ONE¹⁰ a développé un vaste réseau de protection infantile, qui s'est encore étendu durant la seconde guerre mondiale. L'ONE joue encore de nos jours un rôle de prévention important pour les femmes enceintes et les enfants en bas âge, en particulier dans les milieux défavorisés, grâce notamment à la visite à domicile chez les jeunes mamans.

1927

L'assurance-maladies professionnelles devient obligatoire.

1928

Des revenus sont garantis à certaines catégories de **handicapés**.

1930

La grande crise économique qui frappe l'Amérique touche l'Europe. **L'assurance-chômage** est soumise à toute une série de **restrictions**.

1936

Grande grève. Loi sur les **congés payés** (6 jours). Promesse d'une assurance-chômage obligatoire généralisée.

1944

Voir ligne du temps ci-dessous.

La sécurité sociale en 1944

- Seuls sont concernés les travailleurs salariés et, pour certaines mesures, les économiquement faibles. Le droit à la sécurité sociale est individuel et les prestations sont identiques pour tous.

- 5 secteurs principaux : pensions, maladie-invalidité, chômage, allocations familiales et vacances annuelles, tous fonctionnant selon le principe de l'assurance obligatoire.

- Elle est obligatoirement financée par trois sources : les cotisations des employeurs, celles des travailleurs et l'État.

1955-1970

Période de prospérité et de développement de la sécurité sociale.

1955 : Voir ligne du temps ci-dessous.

1963-1964 : Voir ligne du temps ci-dessous.

1973

Choc pétrolier. Ralentissement de l'économie, forte augmentation du chômage. La sécurité sociale est en déficit.

Années 80

Croissance et redistribution ne vont plus de soi : l'inflation sévit, la balance commerciale est en déficit, l'État s'endette, les entreprises souffrent et le chômage grimpe en flèche. Tout cela crée un contexte peu favorable aux négociations : **pendant 10 ans, les interlocuteurs sociaux ne parviennent plus à se mettre d'accord**. La priorité des années 80 devient la compétitivité des entreprises (censée relancer l'em-

1928

Des revenus sont garantis à certaines catégories de **handicapés**.

1944

Fin de la 2^e Guerre mondiale. Signature du « **Projet d'accord de solidarité sociale** » préparé pendant la guerre par les patrons et les syndicats. Une loi **rend obligatoire l'assurance maladie invalidité** – ainsi que l'assurance-chômage. Création de l'Office national de sécurité sociale (ONSS) pour récolter l'ensemble des cotisations sociales.

1955

Création de la **Caisse auxiliaire de l'assurance maladie-invalidité** (CCAMI). Elle joue le même rôle qu'une mutuelle mais elle a un statut public et ne s'occupe que de **l'assurance obligatoire**.

1963-1964

Une loi **réforme en profondeur** l'assurance maladie-invalidité. Elle étend son champ d'application jusqu'à couvrir quasi toute la population. **L'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI)** remplace le Fonds National pour l'assurance contre la maladie et l'invalidité. Le gouvernement décide que **les tarifs médicaux doivent être encadrés** par des accords entre médecins et mutuelles. Les médecins s'opposent à cette dernière mesure. Une **grève des médecins** est menée en avril 1964. Un accord est finalement signé en juin 1964, appelé « Accord de la Saint-Jean »¹¹.

10 Aujourd'hui Office de la naissance et de l'enfance côté francophone et Kind en Gezin côté flamand.

11 Pour plus de détails sur cette période, voir https://socialsecurity.be/CMS/fr/about/displayThema/about/ABOUT_1/ABOUT_1_4/ABOUT_1_4_3.xml.

ploi) et l'**austérité en matière sociale**. C'est de cette époque que date la création du **statut « cohabitant »** qui réduit les allocations perçues par un chômeur dès lors qu'il vit avec une autre personne qui n'est pas à sa charge.

L'Etat gelant ses dépenses de sécurité sociale, celle-ci est en déficit, même si une partie de l'intervention de l'Etat est remplacée par d'autres sources de financement comme les cotisations supplémentaires sur le travail. Des voix s'élèvent pour **interroger la légitimité de la sécurité sociale** : elle aurait fait son temps et elle devrait céder la place aux assurances privées, réduisant son champ d'action aux seuls plus démunis, comme le propose le modèle beveridgien. (voir encadré p. 9)

L'Etat social est pointé du doigt pour son coût jugé exorbitant et ses rigidités de fonctionnement qui ne répondent plus aux nouvelles « insécurités ». Il est accusé d'interférer dans les fameux mécanismes autorégulateurs du marché, lesquels seraient seuls capables d'enrayer la crise économique. Pour les détracteurs de l'Etat-providence, celui-ci n'a pu, par ses interventions, ni enrayer la montée du chômage ni celle de l'inflation. De plus, « la plupart des protections sociales sont l'héritage d'une époque révolue, lorsque des compromis sociaux étaient compatibles avec les impératifs du marché ¹². » ¹³

1989-2001

Embellie économique : « Le retour du cœur » annoncé par les socialistes. Les allocations sociales sont à nouveau liées au bien-être (1990 et 1991), les indemnités les plus basses sont augmentées, ...

1993

Voir ligne du temps ci-dessous.

1994

Publication du **Rapport général sur la pauvreté**. Le chapitre « santé » se concrétisera notamment, quelques années plus tard, par la couverture quasi universelle des résidents légaux en matière de soins de santé, avec l'instauration du statut « BIM » (Bénéficiaire de l'intervention majorée, voir annexe).

1996

Plan de modernisation de la sécurité sociale, notamment dans la perspective du « papy/mamy boom ».

1999

Le gouvernement « arc-en-ciel » de Guy Verhofstadt introduit le concept d'*Etat social actif*, inspiré par le Premier ministre britannique Tony Blair. Cette notion introduit l'idée qu'il faut mériter les prestations sociales, non seulement par le paiement de cotisations, mais aussi par un comportement actif et dynamique, notamment dans la recherche d'emploi.

2000

Voir ligne du temps ci-dessous.

2000-2009

Le principe de **sélectivité** (avantages particuliers pour certaines catégories

de la population >> mêmes prestations pour tous) progresse (ex. : Maximum à facturer). La solidarité entre tous les citoyens, quel que soit leur niveau de revenu, risque d'être remise en question.

En 2004, les subventions de l'Etat au sens strict (provenant de la fiscalité), représentent à peine plus de 11 % des recettes alors qu'elles atteignaient plus de 30 % au début des années 80. ¹⁵

En 2009, le système de soins de santé est confronté à une **augmentation du coût des soins**. Pourquoi ?

- Progrès technologiques dans le domaine médical et pharmaceutique (technologies coûteuses, nouveaux médicaments très chers,...) ;
- allongement de la durée de vie ;
- revalorisation salariale du personnel médical.

Les **revenus de remplacement** sont de plus en plus faibles par rapport au revenu du travail salarié.

Comment l'Etat va-t-il préserver et améliorer notre système de soins de santé, basé sur la solidarité, dans le contexte d'austérité et de réduction des dépenses publiques imposé par la crise de 2008 ? Nous tenterons de dégager quelques pistes dans la troisième partie de ce dossier. Dans la deuxième partie, nous esquisserons les atouts et les faiblesses du système tel qu'il est aujourd'hui.

I 1993

Suite à l'échec des négociations tripartites, le Gouvernement impose son « Plan global **sur l'emploi, la compétitivité et la sécurité sociale** » qui s'accorde avec les mesures prévues par le Traité de Maastricht (1991) : mesures d'économie touchant toutes les prestations, notamment par l'application d'un « index santé » qui ne tient pas compte de l'augmentation des prix du carburant, du tabac et de l'alcool ¹⁴. Une norme de croissance maximale des dépenses de soins de santé est fixée à 1,5% par an jusqu'à 1996.

12 Robert CASTEL, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Fayard, 1995, p. 436.

13 Colette Huberty, Une évolution de l'interventionnisme de l'Etat dans le champ socio-économique, sur le site www.cahop.be .

14 L'application de l'index santé ne concerne pas les prestations minimales (ici la sélectivité l'emporte sur l'universalité).

15 Plaidoyer pour une sécurité sociale consolidée, En Marche, 16 décembre 2004.

I 2000

Instauration du **Maximum à facturer** (MAF) : l'AMI rembourse intégralement les frais médicaux au-delà d'un plafond annuel. Cette mesure institutionnalise la sélectivité puisque ce plafond varie en fonction du niveau de revenus. Tous les « cotisants » ne bénéficient donc plus du même niveau de prestations, la priorité est accordée aux plus bas revenus. Si cette mesure peut paraître positive – à chacun selon ses moyens –, elle comporte des effets pervers poten-

tiels : si tous ne bénéficient pas des mêmes avantages, les personnes aux revenus les plus élevés risquent de se désolidariser du système des soins de santé. Un glissement vers un système d'assistance auquel il convient d'être attentif.

La norme de croissance annuelle des dépenses en soins de santé est augmentée : elle passe de 1,5% à 2,5%. Mesures de réduction des dépenses en kinésithérapie et en pharmacie.

La Sécurité sociale aujourd'hui ¹⁶

La sécurité sociale belge est un système reposant sur la solidarité entre :

- les travailleurs et les chômeurs ;
- les actifs et les pensionnés ;
- les personnes en bonne santé et les malades ;
- les personnes ayant des revenus et les personnes sans ressources ;
- les familles sans enfants et celles avec enfants ;

Chacun(e), au cours de sa vie, est susceptible de passer d'une catégorie à l'autre ; tantôt nous contribuons plus que nous ne bénéficions, tantôt c'est l'inverse.

Cette solidarité est garantie puisque :

- les actifs doivent payer des cotisations proportionnellement à leurs revenus ;
- un important financement est assuré par l'Etat, c'est-à-dire par l'ensemble des citoyens ;
- les syndicats, les mutualités et les organisations patronales co-décident des diverses modalités du système.

La sécurité sociale belge assure 3 fonctions :

- en cas de perte de salaire (chômage, pension, incapacité de travail), elle assure un revenu de remplacement ;
- en cas de certaines «charges sociales» (de frais supplémentaires), telles que l'éducation d'enfants ou des frais de maladie, elle accorde un supplément au revenu ;
- en cas d'absence de tout type de revenu, elle octroie des prestations d'aide sociale.

L'ensemble du système de sécurité sociale actuel est réparti entre :

- un régime pour les travailleurs salariés ;
- un régime pour les travailleurs indépendants ;
- un régime pour les fonctionnaires ;

La sécurité sociale contient aujourd'hui 7 branches :

- les pensions de retraite et de survie ;
- le chômage ;
- l'assurance contre les accidents du travail ;
- l'assurance contre les maladies professionnelles ;
- les prestations familiales ;
- l'assurance maladie-invalidité ;
- les vacances annuelles.

Assistance, assurance : plus que des nuances ¹⁹

L'assistance sociale (Système beveridgien)	Le système d'assurance sociale (Système bismarckien)
Le bénéficiaire est un « indigent ».	Le bénéficiaire est le travailleur cotisant ou la personne à sa charge
Les prestations ne sont accordées qu'après enquête sur les ressources (forme d'intrusion ou de droit de regard sur la vie privée).	Les prestations sont accordées automatiquement, sans enquête sur les ressources.
Pas de contribution financière du demandeur, ce qui explique que le système forfaitaire est fixé à un niveau très bas, permettant juste la survie.	L'assurance sociale est un système où le demandeur paye sa sécurité par ses cotisations.
L'assistance sociale est financièrement prise en charge dans sa totalité par les impôts.	Les prestations des assurances sociales sont financées à la fois par la contribution des assujettis et des entreprises et par l'impôt.

16 Source : site www.socialsecurity.fgov.be.

17 Beveridge, économiste et parlementaire britannique, est l'auteur d'un rapport (1942) qui pose les bases du « Welfare state » qui sera instauré par le gouvernement travailliste d'après-guerre.

18 Bismarck, chancelier de l'Empire allemand de 1871 à 1890, était un homme politique conservateur. S'il créa une caisse de retraite obligatoire et une assurance maladie et accident pour les travailleurs, c'était pour « calmer » la classe ouvrière et la dissuader de rejoindre le socialisme.

19 Extrait du dossier « Ma Sécurité est sociale », Vivre Ensemble, 1987.

Assistance ou assurance ? Des choix de société

Deux modèles principaux peuvent fonder un système de sécurité sociale :

- a) **Le modèle « beveridgien »¹⁷** (assistance), inspiré par le système social britannique : il couvre tous les citoyens, salariés ou non ; l'aide octroyée est identique pour tous (cadres ou ouvriers) et est destinée non à maintenir le niveau de vie antérieur ; mais à assurer un minimum vital. Libre à ceux qui en ont les moyens de s'assurer pour le reste auprès des assurances privées. Le système est géré par une autorité unique, contrôlée par le Parlement.
- b) **Le modèle « bismarckien »¹⁸** (assurance), tel qu'il est appliqué en Allemagne, en Belgique et en France : il suppose quant à lui que ce sont les travailleurs qui se créent des droits par leurs cotisations obligatoires. Cette solidarité est à la fois horizontale et verticale : horizontale parce qu'elle s'applique entre personnes d'une même catégorie sociale (des bien-portants vers les malades, des personnes sans enfants vers les familles avec enfants, des actifs envers les retraités) ; verticale car les cotisations dépendent du niveau de revenus, tendant ainsi à réduire les inégalités. Les allocations visent à maintenir, au moins dans un premier temps, un niveau de vie comparable à celui d'avant la maladie, le chômage ou la retraite.

C'est la logique bismarckienne qui a inspiré les négociateurs belges en 1944. Dans ce modèle, l'assistance sociale (aujourd'hui le CPAS) est au second plan par rapport à l'assurance sociale. Ce système est géré paritairement par les « interlocuteurs sociaux » : les représentants des travailleurs et des patrons. Le gouvernement ne ratifie une décision en matière de sécurité sociale qu'après avoir consulté les interlocuteurs sociaux à savoir, pour ce qui concerne les soins de santé, les patrons, les syndicats, les médecins et mutualités.

2. AUJOURD'HUI

Un système performant, mais ...

Fruit de son histoire émaillée d'avancées et de reculs, de crises, de négociations et de compromis, **notre système de soins de santé est considéré comme l'un des meilleurs au monde** et il constitue un modèle pour beaucoup de pays, y compris européens.

Denise Delière, Professeure émérite à l'Université catholique de Louvain, dresse un portrait très flatteur de notre système de santé :

- « - haute densité d'infrastructures et de personnel,
- bon niveau de formation des praticiens, même si la formation continue pourrait être améliorée,
- couverture d'assurance excellente, comparée à la plupart des pays du monde : accessible en principe à toute la population, avec une part personnelle raisonnable,
- pas de listes d'attente,
- des médecins qui se déplacent à domicile,
- la population bénéficie en moyenne d'un bon niveau d'éducation, atténuant ainsi l'écart culturel avec les professionnels de santé.²⁰ »

Assez de médecins ?

La Belgique se situe dans la moyenne européenne en matière de couverture médicale. Cette dernière y est de 0,9 à 1 médecin généraliste par 1.000 habitants. En France, la couverture est de 1,7 et en Allemagne de 1. Cependant, les médecins pourraient manquer dans l'avenir, vu que presque un tiers des médecins a plus de 55 ans²¹.

En milieu rural, certaines zones manquent cruellement de médecins.

Un fonds spécifique, appelé Impulseo, vise à encourager les médecins généralistes à s'installer dans ces zones à faible densité médicale²². Certaines personnes doivent faire un trajet de parfois 40 minutes en voiture pour atteindre un hôpital²³. C'est évidemment très long pour les cas urgents.

20 Denise Delière, exposé à la journée du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, 7 décembre 2006.

21 Source : <http://www.rtb.be/info/belgique/politique/la-penurie-de-medecin-se-confirme-pour-les-annees-a-venir-98338>.

22 <http://www.infomonde.be/im/fr/3033/Belgique/article/detail/815200/2009/04/10/Risque-de-penurie-chez-les-medecins-generalistes.dhtml>.

23 Sénat de Belgique, Annales, jeudi 31 janvier 2008, Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la prime d'installation Impulseo des médecins généralistes en milieu rural» (n° 4-67).



Le meilleur des mondes ? Pas si vite ! Car Mme Deliège accompagne ses éloges de deux questions : « **Ce système généreux est-il durable ? Ces qualités valent-elles de façon égale pour tous ?** » C'est cette seconde question que nous allons explorer dans ce chapitre. L'avenir sera évoqué dans le troisième chapitre.

Rappelons d'abord que, si la sécurité sociale n'existait pas, **près de la moitié des Wallons vivraient sous le seuil de pauvreté**. Quant aux soins de santé, le Belge moyen a beaucoup de raisons d'en être satisfait, comme le souligne Denise Deliège. L'accès aux soins est en général facile, et des mesures sont prises pour l'améliorer encore, comme :

- les soins dentaires gratuits jusqu'à 18 ans (sauf les prothèses et l'orthodontie) ;
- la gratuité du dépistage du cancer du sein (Mammotest) entre 50 et 69 ans ;
- le MAF (maximum à facturer) qui plafonne les dépenses médicales en fonction des revenus (à partir d'une certaine somme, tout est remboursé) ;
- le système du tiers-payant qui permet de ne payer au prestataire de soins que la partie non remboursée par la Mutuelle, évitant ainsi au patient de déboursier des sommes importantes ;
- les statuts BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée) et OMNIO (intervention majorée pour les ménages à faibles revenus) qui réduisent la part personnelle dans les honoraires médicaux.

Mais, malgré ces dispositifs, il reste des entraves à un accès généralisé aux soins de santé. Ce constat est posé par exemple par le « Service de lutte contre la pauvreté », ou encore par le « Réseau wallon de lutte contre la pauvreté »²⁴. Voyons les obstacles qu'ils relèvent.

MAF, BIM, OMNIO, ... voir notre « Petit dico des soins de santé en Belgique » en annexe, à la fin du dossier.

Les barrières financières

Chère santé...

La part du budget familial consacrée aux soins de santé (sans tenir compte des remboursements) varie fortement selon le revenu : elle diminue à mesure que le revenu augmente. Elle représente 14,4% du budget pour les plus bas revenus (moins de 750 € par mois) contre 3,5% pour les plus hauts revenus (plus de 2500 € par mois). La plupart des autres postes du budget étant incompressibles (loyer, charges locatives, transports,...), les familles en situation de pauvreté se trouvent parfois devant des choix impossibles : payer la facture d'électricité ou se soigner ?

Plus de la moitié des personnes ayant un revenu inférieur à 1000 € estiment que leur contribution aux soins de santé est trop élevée. **Pour 70% des ménages aux plus bas revenus, les soins de santé sont difficilement accessibles pour des raisons financières.**²⁵

Or, moins les revenus sont élevés, moins bonne est la santé, et plus il faut consulter. En effet, les analyses de la « consommation » de soins de santé montrent que, plus le niveau d'instruction et le revenu sont bas, plus les visites chez le médecin généraliste sont nombreuses, de même que les hospitalisations. Par contre, les soins dentaires, les consultations d'ophtalmologie et l'achat de lunettes sont beaucoup moins courants. Les personnes plus aisées ont, elles, plus facilement recours à un médecin spécialiste. Elles consultent plus souvent que les plus pauvres pour les soins préventifs et les vaccinations. Conclusion : faute de moyens, les personnes les plus pauvres reportent le plus longtemps possible le moment de consulter. Entre-temps, bien souvent, la maladie s'est aggravée ou compliquée.

24 Voir les documents du Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté : « Vers une Wallonie sans pauvreté d'ici 2025 », Accès et exercice des droits à la santé, au logement et à l'emploi, Constats et propositions aux pouvoirs publics, Beez, 1er décembre 2008 et du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale : « Abolir la pauvreté, Une contribution au débat et à l'action politiques », rapport, décembre 2005 et suivi en 2007. Site : www.luttepauvrete.be.

25 Chiffre issu de l'Enquête de santé par interview, 2004, Institut scientifique de santé publique.

Maisons médicales : le forfait santé

Il y a moyen de se soigner pour pas cher. Certaines *maisons médicales* pratiquent le **système forfaitaire** : il est le résultat d'un accord entre l'INAMI, toutes les mutuelles et la maison médicale. Créé en 1982, il consiste au versement par la mutuelle d'un forfait mensuel pour chaque patient inscrit. Le patient ne paie donc plus directement le prestataire de soins ; il s'engage à ne pas consulter d'autres soignants (sous peine de ne pas être remboursé par la mutuelle) pour les domaines couverts par la maison médicale (médecine générale, kiné, soins infirmiers). Les personnes en situation de pauvreté qui participent à ce système hésitent donc moins à consulter le médecin quand c'est nécessaire ou à suivre un traitement de kiné, par exemple. Cela permet d'intervenir avant des complications ou l'aggravation de la maladie. De plus, tous les patients inscrits bénéficient des actions de médecine préventive et de promotion de la santé que la maison médicale organise.

Des médicaments trop chers

À la pharmacie, certains sont amenés à choisir quels médicaments ils peuvent se permettre et à renoncer aux autres avec les conséquences que cela peut avoir sur l'évolution de leur maladie ou sur leur qualité de vie.

En Belgique, les médicaments sont regroupés en plusieurs classes, symbolisées par une lettre mentionnée sur l'emballage :

A = médicaments indispensables (comme l'insuline) ;

B = médicaments utiles employés généralement pour de brèves périodes (comme les antibiotiques) ;

C = Médicaments moins utiles que la classe B ;

D = Produits de comptoir tels que le Dafalgan, le Perdolan et d'autres produits « de confort ».

Ces derniers ne sont pas remboursés par l'INAMI et les CPAS ne les remboursent pas systématiquement dans le cadre de l'Aide médicale urgente (AMU). La pratique varie en effet d'un CPAS à l'autre, nous y reviendrons. *« Pour ceux qui ont l'AMU, il faudrait que certains médicaments soient pris en charge, par exemple le paracétamol, le fer, les vitamines pour la grossesse, les laits en poudre pour bébé, les compresses, les désinfectants, etc. »*²⁶

Certains produits, bien que n'étant pas des médicaments, sont indispensables à la santé. Pour les nourrissons qui ne sont pas/plus nourris au lait maternel, un lait en poudre adapté est par exemple fortement recommandé. Lorsque le bébé présente des allergies, ce qui est de plus en plus fréquent, un lait spécial, hypoallergénique, est indispensable. Mais pas remboursé. Une boîte d'un tel lait coûte environ 27 euros et permet de nourrir le bébé pendant moins d'une semaine. Pour un mois, le budget « lait » s'élève donc facilement à plus de 110 euros !

*« Si j'achète le lait spécial pour le bébé, je vais utiliser l'argent qui me permettrait de nourrir tous les autres membres de la famille. Donc on préfère acheter pour tous »*²⁷.



26 La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions. Asbl Santé Culture Quart monde et Service d'aide aux Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek Saint-Jean, p.38 .

27 Pour en finir avec les inégalités sociales de santé. Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000. Projet Santé Culture Quart monde, p.33 .

Les médicaments génériques sont, à qualité égale, meilleur marché que les autres. Mais c'est au médecin de prendre l'initiative de les prescrire : le pharmacien n'a en effet pas le droit de substituer lui-même un médicament générique à un médicament « de marque ». Depuis le 1er avril 2006, tous les médecins et dentistes sont invités à prescrire un pourcentage minimum de médicaments bon marché. Le service d'évaluation et de contrôle médicaux veille à l'application de cette disposition²⁸. Ce problème ne se pose bien sûr pas pour les médicaments sans prescription – certains antidouleurs ou anti-inflammatoires comme le paracétamol, l'aspirine, l'ibuprofène, ... Encore faut-il que le client soit informé de l'existence de ces « génériques », le rôle du pharmacien étant ici prépondérant.

Médicaments génériques

Un nouveau médicament mis sur le marché est protégé pendant 20 ans par un brevet qui réserve à l'entreprise pharmaceutique qui a découvert la substance active l'exclusivité de sa commercialisation. Une fois passé ce délai de 20 ans, la substance active peut être utilisée par d'autres entreprises. S'il est prouvé que le médicament « copié » a les mêmes caractéristiques et la même efficacité que l'original et qu'il est vendu au moins 30% moins cher, il est appelé médicament générique.

Kiwi, le fruit de la concurrence

Chez nos voisins hollandais, de nombreux médicaments – comme le paracétamol, mais aussi des médicaments contre le cholestérol, par exemple – sont vendus jusqu'à 7 fois moins cher qu'en Belgique. Le secret ? Le système Kiwi, importé de Nouvelle Zélande. Les équivalents de nos mutuelles peuvent mettre en concurrence des médicaments similaires et seule la marque la moins chère fera l'objet d'un remboursement, pour une période de 9 mois. Un « kiwi light » a été tenté chez nous depuis 2006, mais il ne concerne que trois molécules et il est controversé.

Moins de soins paramédicaux

Le nombre de séances remboursées en kiné et en logopédie a été réduit ces dernières années. Or, des soins paramédicaux d'une durée suffisante sont souvent de précieux alliés de la guérison, à la sortie de l'hôpital par exemple. Et même pour les enfants qui ont des difficultés scolaires : « Un suivi par un logopède est souvent indispensable et recommandé par l'école, mais inaccessible financièrement »²⁹. Or, pour les enfants en difficulté, un suivi en logopédie dès la maternelle est un facteur important de réussite ou d'échec de la scolarité.

La kiné postnatale est peu prescrite, alors qu'en plus des bienfaits physiques, elle crée du lien social dans une période où la jeune maman a besoin d'être entourée et soutenue.

Le tiers payant pas systématique

Dans le système du tiers-payant, le prestataire de soins demande directement à l'organisme assureur (mutuelle) le remboursement de l'intervention INAMI dans les honoraires. Le patient ne paie donc que sa part personnelle, appelée ticket modérateur. Le système du tiers-payant est inscrit dans la loi depuis 1963 et est garanti par l'Etat fédéral. Il est obligatoire pour les hospitalisations, les examens de biologie clinique, les médicaments remboursables sous prescription, pour le mammoth (dépistage du cancer du sein)³⁰.

28 Service de lutte contre la pauvreté, suivi du rapport « Abolir la pauvreté », 2007, p.43 .

29 « En dialogue, six ans après le rapport général sur la pauvreté », Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre la racisme, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, juin 2001, p.140 .

30 Dans le cas du mammoth, il n'y a pas de part personnelle, l'examen est totalement gratuit.

Les médecins généralistes ne peuvent le pratiquer à leur consultation que pour :

- les bénéficiaires de l'intervention majorée ;
- les patients avec un revenu brut imposable inférieur au revenu d'insertion ;
- les bénéficiaires d'allocations familiales majorées ;
- les patients qui sont au chômage depuis 6 mois, soit avec charge familiale, soit isolés ;
- les patients qui, par une déclaration sur l'honneur, attestent être en situation de détresse individuelle.

C'est le patient qui doit demander à sa mutuelle l'autorisation de bénéficier du tiers-payant. Le tiers-payant est généralement appliqué dans les maisons médicales, les plannings familiaux, les centres de santé mentale, etc. Mais il n'y a aucune obligation pour le médecin ou le dentiste de le pratiquer. Ce dispositif est assez lourd pour le patient comme pour le praticien : ce dernier doit conserver l'attestation de soins, la renvoyer à la mutuelle avec une déclaration confirmant que son patient est en détresse financière, et attendre le paiement qui ne viendra que dans les trois mois. Résultat : certains médecins hésitent à entrer dans ce système, qui leur impose un travail administratif supplémentaire dans un emploi du temps souvent surchargé.

Une simplification et une automatisation de l'application de cette mesure améliorerait l'accès aux soins et allégerait les démarches administratives pour les patients comme pour les médecins.

Quand les finances ne suivent pas...

Des dispositifs *a priori* destinés à toutes les catégories sociales, comme la promotion de la santé à l'école, n'atteignent pas toujours leur objectif auprès de ceux qui en ont le plus besoin. Quand la visite médicale révèle un problème de santé, un courrier est adressé aux parents, les invitant à consulter le médecin généraliste ou un spécialiste. Si le problème en question suppose un suivi tel que de l'orthodontie ou le port de lunettes, il y a fort à parier que, dans les familles en situation précaire, la lettre restera sans suite, car les revenus ne permettront pas de faire face à ces dépenses imprévues.

En matière d'aide sociale, si la liste des prestations et médicaments remboursés varie d'un CPAS à l'autre, il reste que, quelle que soit la commune, certaines prestations ne sont jamais remboursées. C'est le cas des prothèses, des lunettes, de certaines prestations de dentisterie et du matériel médical (béquilles, chaise roulante,). L'hospitalisation en psychiatrie est remboursée depuis 2006.

Le recours aux urgences

Le niveau de revenus influence aussi le type de soins auxquels on a recours : les personnes les plus pauvres se tourneront de préférence vers les services d'urgences hospitalières. Faute d'argent, elles ne consultent qu'en dernier recours, quand elles n'ont plus le choix. Une autre raison peut être qu'elles ne connaissent pas de médecin généraliste accessible. Ne pas devoir payer tout de suite est aussi un élément important qui incite les plus pauvres à se rendre aux urgences.

« *Chaque service d'urgences hospitalier draine autant de patients que l'ensemble de la garde généraliste !* », constate le Dr. Axel Hoffman, président de l'Association des médecins généralistes bruxellois³¹. Pour contrer ce phénomène et désengorger les services de garde hospitaliers, un forfait a été instauré en 2003 pour décourager le recours « injustifié » à ces services. Ce forfait n'est pas dû si la personne arrive en ambulance ou si elle est envoyée par un médecin. Depuis 2007, c'est l'assurance-maladie, via les mutuelles, qui rembourse plus ou moins, selon les situations : il en coûte 4 euros en cas de réelle urgence contre 18 euros dans le cas contraire.

Les postes médicaux de garde (PMG) ont été créés pour répondre à ce besoin de soins de première ligne. Le premier s'est ouvert à Deurne (Anvers) en 2005. Par la suite, un premier PMG s'est ouvert à Molenbeek (Bruxelles), avec 3 personnes : un médecin, un accueillant et une infirmière. Il y a maintenant une dizaine de PMG du côté francophone, dont 3 à Bruxelles. L'un s'est ouvert à 50 mètres de l'entrée des Urgences à Saint-Luc. La Consultation de médecine générale d'urgence est ouverte de 9h à 23h, très peu de patients fréquentant les consultations de garde et les urgences entre minuit et 8h. Certains postes de garde ne sont ouverts que la journée. L'initiative est positive pour toute la population, quel que soit son niveau de revenu. Il manque une campagne d'information efficace qui fasse connaître ce service au plus grand nombre.

Obstacles culturels et administratifs

Entre deux mondes...

Entrer dans l'univers médical n'est facile pour personne : rien que le jargon – noms de maladies, de médicaments, de techniques d'examen, de traitements, – a de quoi nous désorienter. Et le stress causé par la maladie, l'incertitude, la douleur éventuelle ne facilitent pas la compréhension de la masse d'informations qui bien souvent sont dispensées en une fois. **A fortiori, le fossé social et culturel** qui sépare les personnes en situation de pauvreté des professionnels de la santé **peut devenir un obstacle à l'accès aux soins**, autant préventifs que curatifs. Patients en situation précaire et médecins n'ont pas le même vocabulaire – voire la même langue –, les mêmes références culturelles, les mêmes logiques. Ce sont deux mondes différents qui sont amenés à se rencontrer.

Signes extérieurs de pauvreté

La précarité économique, la fragilité sociale, le manque de confiance en soi se lisent sur le visage, sur le corps, dans la façon de s'habiller, de se coiffer, de parler. **Comment sont accueillis les patients issus de catégories sociales défavorisées** lorsqu'ils se présentent à l'hôpital ou à la consultation ? Certains se plaignent d'un manque de respect, d'information claire et accessible tant sur la maladie que sur les coûts des soins et/ou de l'hospitalisation.³²

« Les premières fois, on ne nous laissait pas aller plus loin que l'accueil : on devait déposer notre colis sans pouvoir aller jusqu'à la chambre. Après, on a compris qu'il fallait se raser, se couper les cheveux, s'habiller correctement. »

Les membres du « Comité Bonjour » peuvent témoigner de l'accueil réservé aux « visiblement pauvres » : ces anciens sans-abri de Charleroi rendent visite à des habitants de la rue lorsqu'ils sont hospitalisés. Les membres du Comité, en plus du soutien moral et matériel qu'ils apportent, jouent parfois un rôle de médiation avec le personnel soignant, peu armé pour aborder des personnes très éloignées de la « culture » de l'hôpital. Aujourd'hui, les services sociaux des hôpitaux font régulièrement appel à eux lorsqu'un sans-abri est hospitalisé chez eux.



14

Gageons que c'est rare, mais cela arrive : les soins sont carrément refusés à certains patients, même quand il s'agit d'une urgence. Violetta en a fait l'amère expérience : « C'est très dur d'être pris au sérieux lorsqu'on n'a pas de papiers. Un jour, j'ai été sérieusement malade. La douleur s'était aggravée la nuit. J'avais besoin d'aller à l'hôpital. Il était 3h du matin. Je suis partie à l'hôpital, mais on m'a répondu que je ne pouvais pas être opérée car je dépendais du CPAS et que je n'avais pas suffisamment d'argent pour payer mon traitement. Je suis retournée chez moi en taxi. Le matin suivant, je suis allée dans un autre hôpital dans lequel j'ai été directement opérée d'une appendicite. Vous pouvez donc avoir besoin d'une opération urgente, mais cependant vous voir refuser l'accès aux soins médicaux à cause de vos revenus. »³³

Lors de consultations des nourrissons de l'ONE ³⁴, un médecin a remarqué que les consultations avec les mamans de milieux favorisés duraient plus longtemps qu'avec celles issues de milieux défavorisés. Une certaine connivence culturelle rend la conversation plus facile, plus fluide, la maman parle plus volontiers de son bébé. Il s'agit ici d'inégalités « secondaires », le plus souvent inconscientes. Lorsque ces phénomènes sont identifiés, il est important que le praticien y soit attentif. Une conversation informelle avec un(e) volontaire ou une assistante sociale qui assure l'accueil dans la salle d'attente de la consultation peut également faciliter la communication.

La santé polyglotte ?

Parfois, c'est aussi la **langue** qui fait obstacle aux soins. Les personnes qui arrivent dans notre pays et ne maîtrisent aucune des langues nationales sont bien démunies lorsqu'elles doivent expliquer leurs symptômes à un médecin. Pour résoudre ce problème, des services d'« **interprètes sociaux** » ont été créés. Les interprètes sociaux ne travaillent pas seulement dans le secteur de la santé, mais dans tout le secteur associatif et les services publics.

L'interprète social est tenu de respecter le secret professionnel ; le droit du patient à la confidentialité est ainsi respecté. Il est souvent du même pays que le patient et connaît donc bien son pays d'origine et sa culture. Lors des consultations médicales, cela évite bien des pertes de temps et des incompréhensions. Des services se sont officiellement créés pour assurer un service de qualité, bénéficiant d'un encadrement (rémunération, formation, accompagnement). A Bruxelles, il s'agit du CIRE, qui dispose de 42 interprètes pour une quarantaine de langues. Le service interprétariat social de l'asbl Bruxelles Accueil ne travaille que marginalement dans le milieu hospitalier, mais propose une palette beaucoup plus étendue de langues (plus d'une centaine). En Wallonie, des Services de traduction et d'interprétariat social (SeTIS) existent à Namur, La Louvière, Liège, Verviers et dans la Province du Luxembourg. On ne peut que saluer ce dispositif mais, dans la pratique d'une maison médicale, par exemple, il n'est pas possible de faire appel à un interprète à l'improviste, lorsqu'un non-francophone se présente à la consultation quotidienne.

Autre initiative intéressante : certaines écoles fréquentées par une majorité d'enfants issus de l'immigration - et souvent primo-arrivants - organisent des cours d'alphabétisation et de français (ou de néerlandais) pour les mamans durant les heures de cours. Car si les enfants apprennent vite la langue dans laquelle ils baignent toute la journée, il n'en est pas de même pour les mamans, qui restent souvent chez elles et n'ont guère de contacts sociaux. Ainsi, elles seront plus à même de suivre non seulement la scolarité de leurs enfants (journal de classe, lettres d'information, bulletin, ...) mais aussi leur santé : remplir une fiche médicale, prendre un rendez-vous, lire les courriers du service de promotion de la santé à l'école ...

32 Pour en finir avec les inégalités sociales de santé – Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000. Projet Santé-culture Quart monde.

33 La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions. Asbl Santé Culture Quart monde et Service d'aide aux-Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek Saint-Jean, p.24 .

34 Dans un quartier bruxellois en cours de « gentrification », où les familles assez aisées se mêlent de plus en plus aux personnes vivant depuis longtemps dans ce quartier populaire.



Un dédale administratif...

Il est extrêmement difficile, pour une personne ayant un faible niveau de formation ou venant d'un autre pays, de s'y retrouver dans les procédures administratives qui régissent l'accès aux soins de santé dans notre pays. Sans compter que de nouvelles mesures sont mises en place, que des statuts sont modifiés et rebaptisés,... En 2008, 800 000 personnes auraient droit au statut OMNIO et seules les 147 500 qui en ont fait la demande en bénéficient, soit moins de 20% ³⁵. Exemple concret : sur une classe de 10 femmes en formation « nettoyage » dans l'enseignement de promotion sociale, neuf peuvent bénéficier du statut OMNIO, mais seulement deux le savent ! « *Et pourtant, commente la formatrice, la plupart sont suivies par le CPAS ou le Service d'aide à la jeunesse (SAJ)...* »

L'accès à certains statuts ou à certains avantages pourrait être rendu automatique et discret via le système de la carte SIS. Ainsi, cela permettrait de moduler le « coût des soins en fonction des revenus sans stigmatisation des personnes pauvres » ³⁶.

La santé et le CPAS : pas simple...

Pour la plupart d'entre nous, les soins de santé sont couverts par la **sécurité sociale**. Mais une partie de la population passe au travers des mailles de ce filet : les personnes qui n'ont pas ou plus droit au chômage, les demandeurs d'asile, les sans-papiers,... C'est alors le système de l'**aide sociale** qui prend le relais. C'est le

CPAS qui rembourse dans ce cas les soins de santé. Les personnes qui ont un très faible revenu peuvent également solliciter l'aide sociale pour leurs soins de santé...

Dans les CPAS, l'accès aux soins médicaux n'est pas des plus faciles. Or, ils sont de plus en plus sollicités pour l'accès aux soins, ce qui signifie que de plus en plus de personnes n'ont plus accès à la sécurité sociale.

Une personne qui n'a pas les revenus suffisants pour faire face à ses dépenses de santé peut donc faire appel au CPAS. Après enquête sur ses revenus (notamment par la visite à domicile d'un(e) assistant(e) social(e)), la demande est examinée par le CPAS qui décide d'octroyer ou non une aide financière. Celle-ci est soit accordée au coup par coup (à chaque problème de santé, il faut introduire une demande pour bénéficier de la gratuité des prestations), soit sous la forme d'une carte-santé ou carte médicale, qui a une validité déterminée (minimum trois mois) et est renouvelable (voir encadré page suivante).

Dans le cas du remboursement au coup par coup, c'est le CPAS qui désigne le prestataire de soins. Dans le cas de la carte-santé, le patient a le choix entre une série de médecins, dentistes et pharmaciens qui ont une passé une convention avec le CPAS.

35 Service de lutte contre la pauvreté.

36 Pour en finir avec les inégalités sociales de santé – Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000. Projet Santé-culture Quart monde, p.29

37 Id., p.25 .

38 Abolir la pauvreté, rapport 2005 du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, p.69 .

39 La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions. Asbl Santé Culture Quart monde et Service d'aide aux Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek Saint-Jean, p.38 .

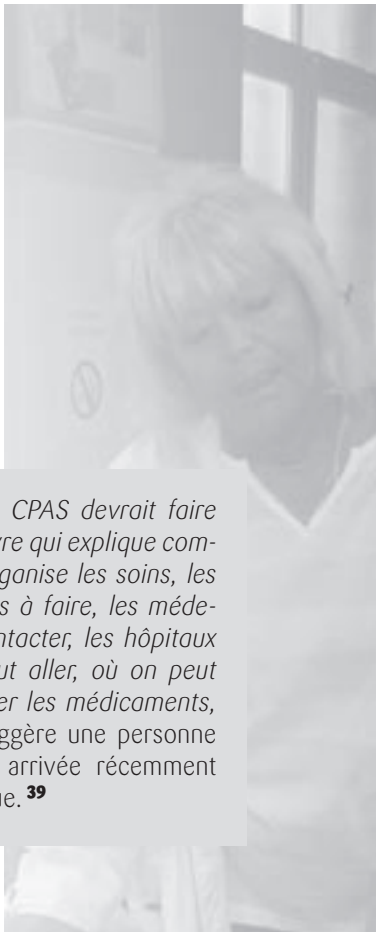
Les personnes en séjour illégal sur notre territoire peuvent demander l'Aide médicale urgente (AMU). C'est un médecin ou un dentiste qui doit fournir un document attestant de la nécessité des soins envisagés. Ensuite, le CPAS mène une enquête sur les revenus du demandeur pour vérifier s'il a bien droit à cette aide. Cette procédure peut prendre plusieurs semaines et comprend une visite à domicile. Cependant, si des soins sont nécessaires en extrême urgence, le patient peut s'adresser au service des urgences d'un hôpital en demandant au service social de celui-ci d'introduire une demande d'AMU au CPAS.

Le caractère « urgent » de cette aide pose question : soigner une carie, est-ce urgent ? Ou faut-il attendre l'abcès pour que la réponse ne fasse plus de doute ? Et une bronchite ? Est-il moins urgent de la soigner que la pneumonie qu'elle risque de devenir ? Pourquoi ne pas parler d'aide médicale « tout court » ? De plus, ce terme induit en erreur : il provoque souvent une confusion entre les soins urgents dispensés au service des urgences des hôpitaux et l'aide médicale urgente qui est une forme d'aide sociale pour les sans-papiers.

Beaucoup de bénéficiaires – et aussi de travailleurs sociaux et de médecins – se plaignent de la lourdeur des procédures d'accès aux soins via le CPAS. La visite à domicile, intrusion dans l'intimité, est souvent mal vécue par les demandeurs qui éprouvent un sentiment d'humiliation. De plus, les pratiques varient d'une commune à l'autre. Autres formulaires, autres procédures, autres listes de médicaments et prestations remboursés. « Il faut produire beaucoup de papiers et faire beaucoup de trajets pour pouvoir bénéficier d'aide financière afin d'être soigné. De plus, il n'y a pas de règles claires en ce qui concerne l'intervention du CPAS dans les frais médicaux. »³⁷. Un pas en avant a été franchi par les CPAS bruxellois qui ont établi une liste commune des médicaments qu'ils remboursent dans le cadre de l'aide aux résidents légaux.³⁸

Etre simplement reçu par un assistant social peut relever de l'exploit : « Il faut attendre des heures pour avoir un rendez-vous au CPAS, on attend dehors dans la file dès 4h du matin. Et on n'est pas encore certain d'être reçu. »⁴⁰

Heureusement, tous les CPAS ne sont pas l'objet des critiques nourries de leurs usagers : « Pour moi, ça se passe bien, se réjouit Chankir, un primo-arrivant. Depuis cinq ans, j'ai le même CPAS. Au début, ils m'ont dit : « Si vous avez un problème, vous téléphonez ». Quand je vais chez le médecin, il téléphone au CPAS qui est toujours d'accord. Je ne paie pas et le médecin s'arrange directement avec le CPAS parce que je n'ai pas de mutuelle. Tout se passe par téléphone. C'est facile. Pour les médicaments, je paie et j'envoie la facture au CPAS et il me rembourse +/- 90%. Je peux acheter les médicaments parce que j'ai l'aide sociale du CPAS. Apparemment, quelle chance, j'ai un bon CPAS ! »⁴¹



« Chaque CPAS devrait faire un petit livre qui explique comment il organise les soins, les démarches à faire, les médecins à contacter, les hôpitaux où on peut aller, où on peut se procurer les médicaments, etc. », suggère une personne étrangère arrivée récemment en Belgique.³⁹

La carte-santé : à généraliser !

En matière de soins de santé, il existe une arme efficace pour réduire la complexité et l'arbitraire : la carte-santé. Elle est d'application dans plusieurs CPAS, comme à Namur, ainsi qu'à Schaerbeek, Molenbeek et Charleroi, notamment. Elle est octroyée aux bénéficiaires du Revenu d'intégration sociale (RIS) ainsi qu'à d'autres personnes bénéficiant d'une aide sociale, comme les personnes en séjour illégal (AMU). La personne choisit un médecin, un dentiste et un pharmacien, pour autant que ceux-ci aient passé une convention avec le CPAS. Elle pourra alors se faire soigner et obtenir gratuitement une série de médicaments chez ces prestataires. Les quatre hôpitaux namurois ont du reste signé une convention avec le CPAS, de façon à ce que les consultations de spécialistes demandées par le généraliste soient gratuites pour les détenteurs de la carte. Outre le médecin généraliste et la pharmacie, elle procure un accès gratuit aux consultations de dentisterie, de pédiatrie et de gynécologie dans les hôpitaux du réseau public IRIS. Une expérience à généraliser !

40 « Vers une Wallonie sans pauvreté d'ici 2025 », Accès et exercice des droits à la santé, au logement et à l'emploi. Constats et propositions aux pouvoirs publics, Beez, 1er décembre 2008, p.26 .

41 La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions. Asbl Santé Culture Quart monde et Service d'aide aux Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek Saint-Jean, p.24 .

Les mesures mises en place pour permettre aux plus pauvres d'accéder aux soins de santé pèchent parfois par excès de complexité. D'autres fois, elles ne sont tout simplement pas adaptées à leur réalité : « *Les soins dentaires sont gratuits jusqu'à 18 ans, c'est très bien. Mais on rencontre des personnes en situation de grande précarité, qui ne sont jamais allées chez le dentiste. Elles ont 30, 35 ans et n'ont presque plus de dents. Or, les prothèses dentaires ne sont remboursées qu'à partir de 55 ans. Que peuvent-elles faire ?* », s'interroge Véronique Desterck experte du vécu à l'Office national des pensions ⁴².

Aide ou contrôle ?

Les personnes en séjour illégal craignent tout ce qui est « officiel » : et si le CPAS les dénonçait à l'Office des étrangers ? « *J'avais peur de demander l'aide médicale urgente. Ma voisine m'avait dit que je pouvais avoir une carte pour des soins urgents, mais je ne l'ai pas crue. J'avais peur. Pendant deux ans, je n'ai rien demandé. Je payais comme je pouvais les soins. Le médecin me donnait des échantillons de médicaments* », se souvient Dounia. ⁴³

Même le passage à l'hôpital est source d'inquiétude : « *A l'hôpital, l'accueil est parfois décourageant. Quand on va se faire soigner, on attend plutôt des encouragements que des reproches ou des remarques désobligeantes. Certains se sont vus confisquer leur passeport à l'hôpital. C'est inadmissible.* » ⁴⁴

Les personnes en séjour illégal n'ont-elles vraiment rien à craindre lors de leur passage au CPAS ? En 2002, « le Ministre de l'Intérieur de l'époque souhaitait lancer une expérience pilote en demandant aux travailleurs sociaux du CPAS d'Anvers de collaborer avec l'Office des étrangers afin d'inciter les illégaux à quitter le territoire. Justification du ministre : 'Les assistants sociaux sont des citoyens comme les autres et doivent dénoncer les infractions dont ils ont connaissance' ». Les assistants sociaux ont (bien entendu, sommes-nous tentés d'écrire) refusé cette collaboration et fait respecter le secret professionnel auquel ils sont tenus. L'événement a interpellé les travailleurs sociaux et a débouché sur la création, en 2003, du Comité de vigilance du travail social. ⁴⁵

L'enquête sociale que le CPAS doit mener pour décider de l'octroi d'une aide ou pour vérifier un statut (cohabitant ou isolé) peut être ressentie comme une intrusion dans la vie privée, que certains supportent difficilement.

Les associations : un allié solide

Les associations de lutte contre l'exclusion sociale, là où elles existent, sont comme **la goutte d'huile dans les rouages de notre système de soins** : une goutte qui renforce son efficacité, quand elles guident les personnes en difficulté de service en guichet, quand elles informent sur les droits et la façon d'y accéder. Une goutte qui comble les manques, quand les dispositifs existants ne suffisent pas à sortir de la misère ou qu'ils ne répondent pas à telle situation particulière : une épicerie sociale, un logement de dépannage, une laverie ou un lieu où se doucher. Les associations apportent aussi le lien social, voire amical, qui manque à tant de personnes que la pauvreté isole.

Enfin, **elles inventent en permanence de nouvelles réponses** aux inégalités sociales, ne craignant pas d'explorer de nouveaux chemins. Les exemples sont nombreux d'initiatives isolées qui se sont multipliées, pour être ensuite reconnues, subsidiées voire reproduites par les pouvoirs publics : maisons médicales, agences immobilières sociales, potagers collectifs,...

Soulignons aussi le rôle important de médecins, de travailleurs sociaux, de simples citoyens qui, par leur manière de travailler, d'être attentif aux autres, de rendre service, sont aussi des « faiseurs de santé », même s'ils ne travaillent pas au sein d'une association.



Vie Féminine Fleurus.

42 Sur les experts du vécu, voir notre analyse « Mieux connaître la pauvreté pour mieux la combattre : les experts du vécu », juin 2009. Disponible sur notre site http://www.entraide.be/uploads/media/2009-05_experts-vecu.pdf.

43 La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions. Asbl Santé Culture Quart monde et Service d'aide aux Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek Saint-Jean, p.24.

44 Id., p.38.

45 voir www.comitedevigilance.be.

Un coup de pouce pour l'accès aux droits

Les associations jouent souvent le rôle de guide dans les méandres de la sécurité et de l'aide sociales. Une personne arrivant de l'étranger ou très marginalisée par ses conditions de vie (difficultés économiques, relationnelles, psychologiques, ...) a peu de chances de trouver seule le « mode d'emploi ». Par quelle démarche commencer ? A qui s'adresser ? Comment comprendre ce qui est demandé sur les formulaires ?

« C'est grâce au SAMPA ⁴⁶ que j'ai su que je pouvais bénéficier de l'Aide médicale urgente. Ils m'ont expliqué comment ça fonctionnait. J'ai confiance en eux. Je n'avais donc pas peur ». (Besmik) ⁴⁷

« Accompagner ⁴⁸ », à Bruxelles, se consacre même principalement à cela : être aux côtés des personnes dans leur parcours pour faire valoir leurs droits en fonction de leur situation particulière. Il s'agit non seulement de leur expliquer les démarches et de remplir avec eux les papiers, mais aussi de les accompagner lors d'entretiens ou de visites dans telle ou telle administration. Car, nous l'avons dit plus haut, l'accueil des personnes issues de milieux défavorisés laisse parfois à désirer dans les administrations ou les hôpitaux et la présence d'un accompagnant facilite la communication et l'efficacité. C'est aussi l'avis des « Infirmières de Rue » ⁴⁹ qui accompagnent, quand cela leur semble utile, les sans-abri à la consultation médicale.



« Les amis d'accompagner ».

Pour courir d'un guichet à l'autre, pour aller en consultation à tel endroit, faire une radio ailleurs et une prise de sang ailleurs encore quand on a un problème de santé, il faut une certaine énergie, de la confiance en soi et dans le système. Pour passer des examens préventifs (dents, cancer, vue, ...), il en faut encore plus. Il faut aussi une disponibilité d'esprit que beaucoup de personnes, submergées par le souci de la survie au jour le jour, n'ont pas ou plus.

La santé : pas seulement des médicaments

En amont des démarches administratives et des soins médicaux, il faut souvent réaliser un travail de reconstruction de la personne, retisser des liens, retrouver un regard positif sur soi-même et sur l'avenir possible. C'est ainsi que les associations de lutte contre l'exclusion sociale, quel que soit leur secteur d'activité, travaillent pour l'accès aux soins : non seulement l'accès administratif, mais aussi « l'accès psychologique ». Qu'elles soient membres d'une maison de quartier, d'un groupe d'alphabétisation, d'une entreprise de formation par le travail, d'un groupe de théâtre-action, les personnes y trouveront la reconnaissance sociale et un regard positif sur elles-mêmes qui sont des préalables à la santé et à l'accès aux soins.

46 Service d'aide aux Molenbeekois primo-arrivants, avenue Jean Dubrucq 82 à 1080 Molenbeek. Tél. : 02 422 06 11.

47 La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions. Asbl Santé Culture Quart monde et Service d'aide aux Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek Saint-Jean, p.25.

48 www.accompagner.be, 02 411 87 54.

49 www.infirmiersderue.be 0477 48 31 50.

Dans notre dossier de 2008, nous écrivions d'ailleurs qu'« on ne soigne pas un corps ou un esprit que l'on ne juge pas digne de respect ni d'intérêt. On ne peut adopter des comportements salutaires que si l'on est persuadé d'en être capable. »

Les associations facilitent donc l'accès des personnes en situation d'exclusion sociale aux soins de santé. Mais sur certain(e)s, elles ont carrément un effet thérapeutique ! « *Depuis que je viens au bar à soupe, j'ai arrêté de prendre mes anti-dépresseurs* », se réjouit Patricia. « *La médecine, ce n'est que de la plomberie, ça soigne le corps. Le reste, il faut le chercher ailleurs* », dit en substance Dominique, de la compagnie de Théâtre-action « Les grains de sel ». C'est vrai que la maladie isole bien souvent, et que retrouver le plaisir de la rencontre, de l'échange, de l'amitié, d'un projet collectif a des effets bénéfiques sur la santé.

Les maisons médicales : pionnières de la sante intégrée

Il est des initiatives de terrain qui, à leurs débuts, apparaissent marginales, voire farfelues. Par la suite, il s'avère qu'elles répondent à un vrai besoin et qu'elles portent leurs fruits. Elles se multiplient alors, et il n'est pas rare qu'elles finissent par être officialisées et subsidiées par les pouvoirs publics. C'est le cas, par exemple, des Agences immobilières sociales. En matière de santé, les maisons médicales sont probablement le plus bel exemple de ces « poissons-pilotes » qui ouvrent la voie à de nouvelles pratiques.

Les premières maisons médicales naissent au début des années 70, en réaction à une médecine de plus en plus technique, centrée sur l'hôpital et le « pur curatif ». Les maisons médicales, aussi appelées centres de santé intégrée, se veulent avant tout proches des gens : elles s'installent dans les quartiers populaires et défavorisés. Elles sont ainsi plus facilement accessibles que les hôpitaux qui imposent parfois de longs trajets. Elles s'intègrent dans la vie du quartier et promeuvent **une vision globale de la santé** : lien social, bien-être, éducation, revenu, prévention, participation.

Ainsi, elles organisent souvent, avec la participation des usagers, des activités qui ne sont pas nécessairement explicitement liées aux soins de santé mais qui renforcent les liens entre les habitants du quartier, la confiance en soi et en ses capacités, le bien-être général : repas de quartier, excursions, séances de yoga ou de relaxation, groupes de parole et de rencontre, ...

Cette vision implique la présence d'équipes pluridisciplinaires : accueillants, médecins, infirmiers, assistants sociaux, kinésithérapeutes, etc. Elle implique également un important travail de coordination et de réflexion entre les intervenants.

Proches des gens et de leurs problèmes, les maisons médicales recueillent des données, les analysent et sont en mesure de développer des réflexions utiles à l'élaboration des politiques de santé.

Cette façon « militante » de pratiquer la médecine et d'envisager la santé n'est pas d'emblée accueillie favorablement par le corps médical « traditionnel », notamment par une partie des médecins, kinésithérapeutes, qui travaillent en « solo ». De plus, notre mode de financement des soins de santé, basé sur les actes curatifs, entrave le développement des activités de coordination, d'éducation, de prévention : le personnel est payé pour assurer des consultations médicales, pas pour organiser un groupe de parole ou des séances de yoga.

Peu à peu, les maisons médicales se multiplient dans les villes. Elles se constituent en fédération en 1981⁵⁰. Au début des années 80, un premier décret, à l'initiative de Robert Urbain, Ministre de la Santé en Communauté française, vise à réglementer le travail des quelque 70 maisons médicales existant en Wallonie et à Bruxelles. Mais le changement de majorité gouvernementale qui survient quelques mois plus tard aboutit à son abrogation pure et simple. Il faut encore ensuite une dizaine d'années pour que le climat s'apaise entre maisons médicales et médecins « classiques » et qu'en 1993, un décret soit promulgué, reconnaissant les « associations de santé intégrée ».

Selon le décret, les fonctions de ces associations sont : « dispenser des soins globaux, intégrés et continus à une population définie (fonctions de santé primaire et fonctions de santé communautaire), et assurer auprès de cette population une fonction d'observatoire de la santé de première ligne. »⁵¹

50 voir www.maisonmedicale.org.

51 « Les maisons médicales, un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale », sixième édition, 2004.

3. DEMAIN

Mutations en cours ... défis pour demain

A quoi ressemblera notre système de soins de santé demain ?
Déjà des mutations sont en cours, et il est difficile de revenir en arrière.

Plus de commerce, moins d'humanité ?

On assiste à une **commercialisation** des soins de santé. Certains hôpitaux, qui privatisent et sous-traitent la logistique, par exemple, ou encore des maisons de retraite qui sélectionnent leurs résidents en offrant des services « de luxe » pas accessibles à tout le monde, ont tendance à privatiser les services rentables tout en bénéficiant de subsides publics pour les parties non rentables de leur activité. Si les pouvoirs publics ne réagissent pas suffisamment vite aux nouveaux besoins – en matière de soins aux personnes âgées ou de garde d'enfants, par exemple –, le secteur commercial s'empresse de combler les manques pour ceux qui peuvent se le permettre, tout en bénéficiant de subsides publics. Il faut que les pouvoirs publics restent par ailleurs vigilants pour que ces services « commerciaux » garantissent la qualité, l'égalité et l'accessibilité pour tous.⁵²

Les firmes pharmaceutiques, très présentes dans notre pays (elles occupaient, en 2007, près de 30000 personnes), sont un acteur important de l'économie. Les délégués médicaux visitent les cabinets médicaux et les pharmacies pour grignoter des parts de marché. Le monde politique ne peut donc se permettre de négliger l'avis des firmes pharmaceutiques au moment de prendre des décisions, notamment en matière de coût des médicaments.⁵³ Surtout en temps de crise où les pertes d'emploi se multiplient et où les menaces de délocalisations sont un argument convaincant...

Pouvoir ... vouloir ?

Cette commercialisation n'imprègne-t-elle pas aussi nos mentalités et notre comportement ? Si notre « pouvoir d'achat » en matière de santé semble diminuer, n'est-ce pas - aussi - que notre « vouloir d'achat » augmente ? Il suffit de regarder les vitrines des pharmacies, qui sont presque devenues des annexes des firmes de produits cosmétiques et pharmaceutiques (contre les maux de l'hiver, de l'été, les jambes lourdes, la fatigue, le temps qui passe, etc.). En matière de soins de santé, on peut aussi parler de marché et d'incitation à l'achat : l'appareil dentaire à mille euros est-il toujours indispensable ? Ce nez pas assez grec doit-il absolument être refait ? Ce complexe supervitaminé ne pourrait-il pas être avantageusement remplacé par une alimentation équilibrée ? Comme pour la nourriture ou les voitures, la publicité envahit nos esprits et nous fait parfois perdre le simple bon sens.

« L'examen technique prend le pas sur l'examen clinique, regrette André Degand, aumônier d'hôpital. La spécialisation devient extrême : ce n'est plus un malade ni même une maladie, mais des morceaux de maladie... On multiplie les examens (on établit même un « palmarès » des médecins selon le nombre de consultations), les séjours sont de plus en plus brefs. On recourt à la sous-traitance pour le nettoyage, la cuisine et il y a de plus en plus de rotation dans le personnel : leur statut est de moins en moins intéressant. Auparavant, ces personnes qui restaient longtemps jouaient un grand rôle « social ». L'assistante sociale ne visite plus systématiquement tous les patients. Cette déshumanisation est en route depuis déjà plus de 30 ans... et ce secteur non marchand est aujourd'hui de plus en plus animé par les mêmes logiques que celles du secteur marchand des entreprises et des services ».

52 D'après le Forum de mobilisation « Santé pour tous ?! », le 18 octobre 2008 à Namur.

53 Voir l'analyse « Au cœur de l'Europe... le pouvoir opaque des lobbies », sur notre site www.vivre-ensemble.be, rubrique « analyses », 2009.

On a souvent l'impression d'une **déshumanisation** des soins de santé, liée à cette commercialisation et à l'obligation de rendement qui en découle : médecins et infirmières n'ont plus le temps que de poser des gestes techniques mais pas d'écouter, expliquer ni reconforter.

« A l'époque, se souvient Cécile Latour, infirmière ⁵⁴, il y avait des salles communes, qui comprenaient parfois jusqu'à 30 lits. On pensait que l'être humain était fait pour souffrir. On ne se servait pas facilement de morphine pour atténuer les souffrances. Accoucher dans la douleur était naturel. On ne prenait même pas conscience de la souffrance. On nous disait, par exemple : « Allez laver le 5 » Il y a eu, depuis, des efforts d'humanisation » ⁵⁵.

Si ces propos reflètent certainement une réalité, il ne faut pas noircir complètement le tableau : outre les progrès techniques qui améliorent les chances de guérison et le confort de nombreux patients, on peut aussi souligner le développement des soins palliatifs qui humanisent la fin de vie et respectent la dignité humaine jusqu'au bout. Et puis, le passé n'était pas systématiquement plus rose.

Mutations économiques et politiques

Dans un contexte idéologique néolibéral, certains sont tentés d'aller vers un système où une assurance santé minimale est garantie à tous, le reste étant confié au secteur privé, pour ceux qui ont les moyens de payer plus. Cette tentation s'exprime notamment par le développement des assurances-hospitalisation privées, auxquelles la Mutualité chrétienne s'est trouvée confrontée (accusée de « concurrence déloyale ») lorsqu'elle a créé son « Hospi-solidaire », accessible à tous avec l'assurance complémentaire, sans stage, sans limite d'âge et sans examen médical. Les assurances privées, par contre, excluent les personnes atteintes de certaines maladies, imposent un stage avant que la couverture ne soit effective, une limite d'âge, etc.

Certaines entreprises octroient à leurs employés des avantages extra-légaux sous la forme d'une assurance soins de santé, qui constitue un salaire « déguisé ». Cette nouvelle forme de « sécurité sociale » est, selon Pierre Reman, une tendance irréversible. Elle ne favorise pas l'égalité puisque tous les travailleurs n'en bénéficient pas et que les sans-emploi en sont par nature exclus. A défaut de pouvoir la supprimer, il faudrait l'étendre à tous les travailleurs pour la rendre un peu plus équitable. Le renforcement de cette tendance conduirait à une médecine dualisée et au retour à un modèle caritatif pour les plus pauvres. La crise qui sévit depuis septembre 2008 permet de d'aucuns d'abonder dans le sens « **La sécurité sociale du 20^e siècle est un luxe que l'on ne peut plus se permettre** » ⁵⁶. Si, selon Pierre Reman, notre système de soins de santé lui-même n'est menacé à court terme, l'austérité due à la crise risque bien de conduire à la réduction de certaines prestations. Dans un autre domaine, les allocations de chômage ou l'aide sociale pourraient être touchées par des mesures d'économies (montant des allocations, durée du chômage, « activation » renforcée,) engendrant, en raison de la baisse du niveau de revenu, une détérioration de la santé. Quoi qu'il en soit, notre système de soins devra faire face à une série de défis pour continuer à remplir son rôle. Des transformations sont néces-

saires au niveau de ses règles de fonctionnement. En effet, celles-ci « apparaissent en décalage par rapport aux réalités socio-économiques contemporaines et/ou à la manière dont les gens vivent au quotidien. » ⁵⁷

Commençons par les questions de **financement**. Les soins de santé sont financés en partie par les cotisations que nous payons à la mutuelle et en partie par des subventions de l'Etat (donc par l'impôt - cotisations des salariés et des employeurs). « Avant, on considérait que les dépenses étaient légitimes, qu'il fallait adapter les recettes aux dépenses », explique Pierre Reman. Mais, face à l'exigence de réduire le déficit des finances publiques, la tendance s'est inversée depuis les années 80 : on adapte les dépenses aux recettes. Ce faisant, « on introduit des mécanismes de sélectivité tout en développant la privatisation » ⁵⁸

On ne peut évoquer le financement de la sécurité sociale sans évoquer les revendications flamandes de communautarisation. Ces revendications sont de plus en plus clairement exprimées et se traduisent même par un début de politique du fait accompli : en juillet 2009, le futur gouvernement flamand annonçait son intention d'instaurer en 2013 un assurance hospitalisation et des allocations familiales complémentaires pour les Flamands. Oui, il y a plus de bénéficiaires de l'intervention majo-

54 Infirmière, fondatrice de « Santé chez soi » asbl.

55 Les soins de santé en question, huit points de vue, Equipe de pastorale ouvrière de Bruxelles.

56 Cette affirmation n'est pas neuve : il y a toujours eu des personnes pour prétendre que la sécurité sociale est un luxe. Elle revient régulièrement sur le devant de la scène en cas de crise économique.



rée (BIM) et de chômeurs en Wallonie, mais le vieillissement de la population – il y a plus de retraités en Flandre – rétablira l'équilibre Nord-sud dans les années à venir. Une étude de l'Université de Louvain montre d'ailleurs que l'augmentation du chômage provoquée par la crise de 2008 est plus forte en Flandre qu'en Wallonie^{58bis}. L'un des fondements de la sécurité sociale étant la solidarité, celle-ci ne peut s'accommoder d'égoïsmes régionaux.

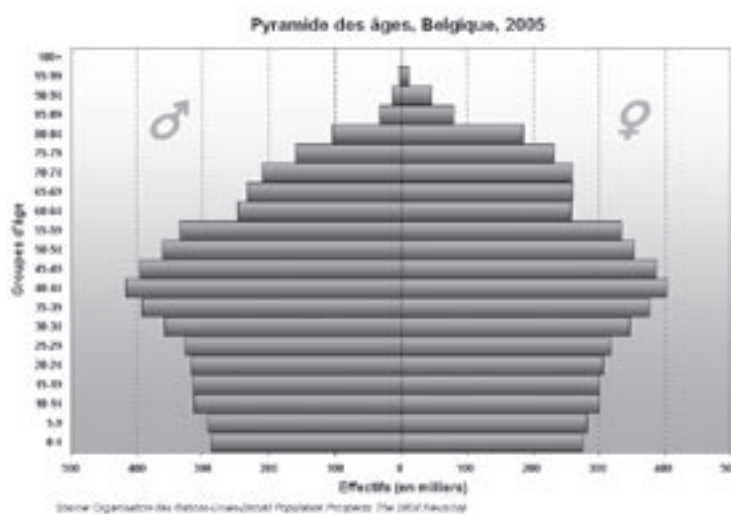
Alors, face à la tentation de réduire les dépenses sociales pour compenser les pertes dues à la crise, il convient de répéter, avec Pierre Reman, que le social n'est pas une dépense juste nécessaire pour réparer les dégâts collatéraux du développement économique : « *ce sont les pays où la sécurité sociale est la plus forte qui résistent le mieux à la paupérisation suite à la crise. Le bien-être social n'est pas un luxe, c'est une condition du développement économique* ».

Vivre vieux... vivre mieux ?

Les nouvelles recettes que doit trouver l'Etat pour la Sécu serviront en grande partie à faire face au **vieillissement de la population**. Mais nous verrons qu'il est d'autres changements qui obligent notre système social à s'adapter.

En 2030, 25% de la population aura plus de 65 ans. À voir la pyramide des âges (de moins en moins pyramidale et de plus en plus pansue), on peut se demander comment notre pays – à l'instar des autres pays européens – pourra assurer à ce quart de la population un revenu et des soins de santé qui lui permettent de profiter au mieux de ces années supplémentaires que l'augmentation de l'espérance de vie lui offre.

Face à la perspective de ce vieillissement, la tentation est grande – et certains partis n'y résistent pas – d'encourager l'épargne-pension pour compléter une pension légale que l'on annonce réduite comme peau de chagrin. Beaucoup de travailleurs qui peuvent se le permettre le font, poussés par la crainte de l'avenir. On peut les comprendre, d'autant que rien n'est fait pour leur donner



confiance dans le système de pensions par répartition, dans lequel les travailleurs d'aujourd'hui paient les pensions des retraités actuels. Et qu'ils sont encouragés à la capitalisation par des avantages fiscaux.

La Région flamande a instauré, en 2001, l'**assurance dépendance**. D'un montant de 25 euros par an, elle est obligatoire et finance les soins médicaux et les services à domicile pour les personnes qui, en raison de leur âge, de leur état de santé et de leurs revenus, ont droit à cette intervention.

57 Thérèse-Marie Bouchat et Philippe Defeyt, Journées juridiques Jean Dabin, Louvain-la-Neuve, 15-17 décembre 2005.

58 Pierre Reman, Redonner du sens à la sécurité sociale, dans la revue Politique, hors-série n°5, septembre 2006.

58bis Le soir, 23/7/2009, p. 7.

Cette assurance sera-t-elle un jour d'actualité dans la partie francophone du pays (à Bruxelles, elle est facultative) ? Sera-t-elle alors gérée par les régions ou par le fédéral ? Gérée par le fédéral, elle serait

une réponse solidaire aux défis du vieillissement de la population. Cantonnée à la région flamande, elle constituerait un pas important vers la communautarisation de la sécurité sociale.

Trouver de nouvelles sources de financement public pour faire face au vieillissement de la population – notamment – n'est pas une mission impossible. C'est surtout une question de volonté politique. Cela demande, comme nous l'avons vu, d'adapter les recettes aux dépenses et non l'inverse. Pour cela, la fiscalité est un outil de premier ordre. La Belgique, pour financer son excellent système de soins, a beaucoup de progrès à faire en matière d'impôt : élargir « l'assiette fiscale », c'est-à-dire taxer plus les revenus du capital (qui sont actuellement sous-taxés par rapport aux revenus du travail) ; rendre l'impôt plus progressif, de façon à ce que les hauts revenus contribuent équitablement à la santé de tous.

Relever le défi du vieillissement implique aussi que l'on soit ouvert à l'innovation : le placement en maison de retraite et les coûts qu'il engendre pour la personne et la collectivité n'est pas toujours inéluctable. Le développement des services à domicile, porteur d'emplois, est une piste, à condition qu'il soit subsidié pour être accessible à tous les revenus.

L'habitat groupé, qui permet à plusieurs générations de se rencontrer et de s'entraider, en est une autre. L'habitat-kangourou, dans lequel vivent à la fois une personne âgée et un étudiant ou une famille a montré son efficacité et ses effets positifs (voir encadré).





L'habitat kangourou : tout le monde y gagne !

« Dans les années 80, nous avons voulu savoir qui habitait dans les quartiers alentours et nous nous sommes aperçus qu'il s'agissait d'une population de Belges âgés et d'une population immigrée maghrébine. Nous avons vu qu'il y avait, de la part de la population âgée, une certaine méfiance, une méconnaissance des allochtones qui pouvaient faire surgir un certain racisme. Une méconnaissance qui était aussi vraie dans l'autre sens. Ce que nous voulions, c'est que les deux populations se connaissent mieux. Nous avons également constaté qu'à un moment donné, quand les personnes belges devenaient trop âgées, elles devaient être placées dans une maison de repos, une transition qui n'était pas toujours facile et qui provoquait aussi certains traumatismes chez elles. D'autre part, il y avait dans ces quartiers beaucoup de familles immigrées qui avaient du

mal à se loger... Nous avons reçu une maison qui nous a semblé être le lieu idéal pour lancer un projet où ces difficultés pouvaient être aplanies. Nous l'avons entièrement rénovée et aménagée de façon à ce qu'une famille avec enfants puisse être logée à l'étage et une personne âgée au rez-de-chaussée. Nous avons vu que ce que nous appelions alors 'projet spontané' marchait très bien ! Plus le temps passait, plus les contacts entre la personne âgée et la famille devenaient solides : la personne âgée était devenue la grand-mère des enfants et quand, par exemple, la mère de famille sortait faire ses courses, elle demandait de façon spontanée à sa voisine âgée si elle avait besoin de quelque chose. Et si, à 10h du matin, les volets n'étaient pas levés, elle allait frapper à sa porte pour la voir. Nous ne lui avons pas demandé de faire cela, mais ce sont des choses qui se sont faites naturellement. » Loredana Marchi, Le Foyer, Molenbeek, Bruxelles. ⁵⁹

En Espagne, la formule « Etudiant/personne âgée » connaît un grand succès : l'étudiant s'engage, en échange d'un loyer très modeste, à assurer une présence la nuit (tenant compte des sorties propres à cet âge) et à manger une fois par semaine avec la personne qui l'héberge.

Ces formes de cohabitation sont un peu « hors-normes » et demandent une évolution de la législation, notamment en matière d'allocations pour cohabitants. Elles ne rencontrent pas encore le succès qu'elles méritent. Outre les bénéfices personnels et sociaux qu'elles procurent (sécurité, lien social, autonomie, ...), tous favorables à la santé, leur pertinence s'imposera tôt ou tard : il sera impossible de créer suffisamment de places en maisons de repos pour les papy/mamy-boomers des prochaines décennies.

(R)évolutions technologiques

Si nous vivons plus âgés et si de plus en plus de maladies jadis mortelles sont aujourd'hui curables, c'est en grande partie grâce aux progrès technologiques réalisés ces dernières décennies. Evidemment, toutes ces techniques de dépistage et de soins ont un coût que la sécurité sociale doit assumer. Il faut aussi être attentif à ce qu'elle soient accessibles à tous, y compris aux plus pauvres, de sorte que ces progrès ne creusent pas davantage les inégalités face à la santé.

D'autre part, il faut s'interroger sur les conséquences des progrès réalisés. Un exemple : on sauve des prématurés de plus en plus jeunes. Pour les parents, c'est bien sûr une immense joie de voir

vivre un bébé qu'ils ont craint de perdre. Mais ensuite ? Les grands prématurés gardent parfois de leur naissance précoce des séquelles physiques ou mentales. Des séquelles qui entraîneront à coup sûr des frais durant plusieurs années : des frais médicaux, mais aussi paramédicaux occasionnés par exemple par un retard moteur ou scolaire (kiné, logopédie, psychomotricité, ...). Pour une famille à faibles revenus, cela peut constituer une charge importante. Comment la société va-t-elle l'aider à assumer ces charges supplémentaires ? Comment va-t-elle faire en sorte que cet enfant ait les mêmes chances qu'un bébé né à terme, si les parents n'ont pas les ressources financières, sociales et culturelles pour prendre en charge cet enfant fragile, voire handicapé ?

⁵⁹ Extrait d'une brochure éditée par Question santé, téléchargeable à cette adresse : http://www.questionsante.be/outils/habitat_kangourou.pdf.

Travail, famille... les temps changent

Les règles de fonctionnement de la sécurité sociale ont été établies dans un contexte social, familial, économique et culturel qui a connu bien des évolutions.⁶⁰

	Hier	Aujourd'hui
STATUTS	Les différents statuts sont bien différenciés : ouvriers, employés ou fonctionnaires. Il y a un seul statut social par ménage et en général par carrière.	La distinction entre ouvriers et employés s'efface petit à petit dans de nombreuses entreprises et secteurs. Le secteur public occupe de plus en plus des travailleurs « non statutaires ». Il y a de plus en plus de statuts particuliers : artistes, accueillant(e)s d'enfants à domicile, conjoints aidants, avocats stagiaires, étudiants travailleurs. Plusieurs statuts peuvent cohabiter au sein d'un ménage et se succéder au cours d'une carrière.
NOMBRE DE REVENUS PAR MÉNAGE	Le plus souvent un seul revenu par ménage - celui de l'homme (en particulier dans les années 50).	Large majorité de ménages à deux revenus. Forte augmentation aussi du nombre de familles monoparentales (généralement femmes seules avec enfants).
PARCOURS PROFESSIONNELS	Relativement stable, la quasi-totalité des emplois est à temps plein et à durée indéterminée.	Un quart des emplois sont à temps partiel (cela concerne surtout les femmes). Il y a de plus en plus de contrats à durée déterminée et d'intérim. Ce sont les premiers touchés par la crise actuelle.
PARCOURS FAMILIAUX	Le plus souvent très stables.	Les parcours familiaux sont de plus en plus multiples et changeants : cohabitation, mariage, famille recomposée, périodes de célibat,
PROTECTION SOCIALE	Essentiellement la sécurité sociale collective, dans une logique d'assurance. Les 2 ^e et 3 ^e piliers ⁶¹ ont un rôle faible, voire inexistant.	Protection sociale = sécurité sociale + assistance (RIS, GRAPA ⁶²) + personnes handicapées. Plus de sélectivité en fonction des revenus et statuts (ex. : allocations familiales majorées ou allocations de chômage réduites pour cohabitants). Le rôle des 2 ^e et 3 ^e piliers est important et va croissant.
MENTALITÉS EN TERMES DE GENRE	La femme est dépendante de son mari, ses droits en matière de protection sociale sont liés à ceux de son conjoint (droits dérivés). La plupart du temps, elle est femme au foyer.	Beaucoup de femmes travaillent. Les divorces étant beaucoup plus nombreux, les femmes se retrouvent plus souvent chefs de ménage avec des enfants à charge. La femme revendique son autonomie, notamment financière.

Tous ces changements – et d'autres – imposent d'adapter les règles de fonctionnement de la sécurité sociale : suppression du statut de cohabitant, effacement des distinctions entre ouvriers et employés, etc. Cela ne signifie pas qu'il faille remettre en question ses fondements, et notamment la solidarité entre tous les citoyens. Mais les mutations que connaît notre société requièrent un fonctionnement plus souple, plus simple et par là plus efficace et plus équitable.

60 Le tableau qui suit s'inspire de celui publié par Philippe Defeyt et Thérèse-Marie Bouchat dans « Protection sociale : élargir le débat », à l'occasion des Journées juridiques Jean Dabin, Louvain-la-Neuve, 15-17 décembre 2005.

61 1^{er} pilier = assurance obligatoire ; 2^e pilier = assurance complémentaire collective (dans le cadre de l'entreprise) ; 3^e pilier : assurance complémentaire individuelle.

62 RIS = revenu d'intégration sociale ; GRAPA = Garantie de revenu aux personnes âgées.

Mieux vaut prévenir... mais comment ?

Pour réduire le budget « soins de santé » d'un ménage, le mieux est de ne pas tomber malade, c'est une évidence. Et, au niveau global, si l'Etat veut réduire ses dépenses de soins de santé, la prévention est fondamentale. Nous l'avons vu, pour améliorer la santé de la population, il « suffit » d'améliorer ses conditions de vie. Une deuxième mesure, peut-être plus modeste et réaliste, est de renforcer la prévention. Indépendamment des conditions de vie, un certain nombre de comportements favorisent une bonne santé.



Jeunesse sportive en Pierrefeu

Les pouvoirs publics l'ont bien compris et tentent de promouvoir ces comportements au sein de la population : ne pas fumer, manger des fruits et légumes en suffisance, manger moins de graisses animales et de sucre, faire du sport,... les campagnes de sensibilisation et d'information se suivent.

Malheureusement, on remarque que ces campagnes n'ont qu'un résultat limité et qu'en particulier elles n'atteignent pas les catégories les plus défavorisées de la population. Pourquoi ? Parce que ces dernières ne sont pas disponibles pour ce message : leur esprit est envahi par les soucis de la vie quotidienne. De plus, ces messages ne « collent pas » à leurs préoccupations, à leur logique, à leurs priorités, à leurs moyens. Quand, par exemple, on n'a d'autre possibilité pour manger en suffisance que de faire ses courses dans les « hard discounts », on est à mille lieues du bio et des produits du terroir. On achète ce qui est en promo, point.



Les familles des milieux populaires accordent beaucoup d'importance au rôle de l'école en matière de prévention santé : elles comptent sur elle pour apprendre aux enfants à se laver les mains, à manger sainement, etc. Cela pourrait passer pour une attitude démissionnaire, mais, d'autre part, où mieux qu'à l'école peut-on réduire les inégalités en matière de comportements favorables à la santé ?

Par ailleurs, changer ses comportements en matière d'alimentation, éviter le tabac et l'alcool, faire de l'exercice, tout cela relève-t-il uniquement d'un choix individuel, d'une volonté qui ferait défaut aux personnes issues de milieux défavorisés⁶³ ?

Tout d'abord, les comportements et le style de vie ne dépendent pas exclusivement d'un choix personnel : ils se forment d'une part durant l'enfance et l'adolescence (comme les habitudes alimentaires) et, d'autre part, ils dépendent du milieu où la personne vit et/ou travaille. Si les campagnes de prévention ignorent cela, se contentant d'émettre des messages normatifs aux accents culpabilisants, elles n'ont aucune chance d'atteindre leur objectif. Si elle ne tient pas compte de la logique qui détermine le comportement des personnes en situation de pauvreté, si elle ne part pas de leur réalité et ne la met pas au centre de la démarche, toute action de prévention échouera.

Témoin, cette expérience d'une médecin dans une maison médicale : « *Un petit garçon de huit ans qui vient avec sa mère pour un rhume : il a beaucoup trop de poids, je trace sa courbe, je la montre à la maman, j'explique qu'il est temps de changer ses habitudes, plus tard ce sera plus difficile ; remplacer les limonades par de l'eau, les sucreries par des fruits, bouger plus, ... La maman me répond que l'eau c'est pas bon, que son petit va être triste si les autres enfants mangent des bonbons et lui pas, et qu'elle-même n'aime pas sortir de chez elle le week-end... J'essaie de comprendre avec elle pourquoi elle veut mettre son fils à l'abri des frustrations, mais on n'est pas sur la même longueur d'onde et j'ai l'impression d'être une emmerdeuse... »⁶⁴*

63 Soulignons que les comportements néfastes pour la santé – tabagisme, alcool, sédentarité, excès alimentaires – ne sont pas l'apanage des milieux défavorisés. Il semble cependant que les personnes issues de ces milieux soient moins réceptives aux messages adressés au grand public et qu'elles changent moins facilement leurs comportements.

64 Dans Politique, hors-série, n° HS5, septembre 2006, p.19.

En effet, la rationalité des soignants et des concepteurs des campagnes, qui appartiennent le plus souvent à la classe moyenne, n'est pas celle des personnes qui vivent la pauvreté : « Les comportements qui semblent irrationnels ne sont parfois qu'un moyen pour adoucir l'impact de l'environnement social. C'est par exemple le cas des personnes qui se réfugient dans l'alcool pour échapper aux problèmes quotidiens ». ⁶⁵

Ensuite, en supposant que l'information parvienne à ses destinataires et qu'elle leur soit accessible, changer de comportement requiert d'avoir une vision positive de soi-même, le sentiment d'avoir prise sur le présent et sur l'avenir, de pouvoir contrôler un tant soit peu le cours des choses. « Par contre, un sentiment d'impuissance réduit la volonté et la motivation à affronter ses problèmes avec pour conséquences que la personne reste dans la situation problématique ». ⁶⁶ Or, ce sentiment d'impuissance et de fatalisme est le lot de beaucoup de personnes en situation de pauvreté.

Non seulement ces messages et ces dispositifs n'atteignent pas les plus défavorisés, mais, dans certains cas, on constate qu'ils **renforcent les inégalités sociales de santé**. En effet, une étude menée par la mutualité chrétienne ⁶⁷ montre que les campagnes de prévention creusent les inégalités car ce ne sont pas les plus pauvres qui y participent, mais bien la classe moyenne.

« On n'accède à la prévention que si on a un niveau de base (éducation, statut social,...) qui permet de dégager de l'énergie pour cela, au-delà de la survie. »
(Pierre Hendrick ⁶⁹)

Dépistage gratuit : ça ne suffit pas

L'exemple du dépistage du cancer du sein est éloquent : une lettre de convocation pour un mammotest gratuit est envoyée à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans. Ce sont principalement les femmes des classes socio-économiques élevées qui réagissent à ce courrier. A l'occasion de la campagne médiatique soutenant ce courrier, le pourcentage de dépistage a augmenté de 39% chez les femmes ayant un emploi contre 23% chez les femmes au chômage. ⁶⁸

Comment expliquer cela ? Si la convocation arrive par courrier, celles qui ne sont pas à l'aise avec l'écrit ou avec la langue française n'y répondront pas. Celles qui ne sont pas en ordre de mutuelle n'auront pas accès au test gratuit. Les femmes craignent un diagnostic positif qui, pour celles qui vivent dans une situation de pauvreté, s'ajouterait à la mon-

tagne de soucis quotidiens qui les accable. Elles préfèrent donc ne pas risquer d'entendre une mauvaise nouvelle.

Pourquoi cela arrive-t-il ? Probablement parce que la femme est seule face à cette démarche et à sa peur. Si par contre elle est membre d'une maison médicale ou d'une association (comme une maison de quartier), le sujet peut être introduit lors d'une consultation ou lors d'une conversation en groupe, avec des personnes qu'elle connaît et en qui elle a confiance. Le médecin, l'animatrice du groupe, d'autres femmes pourront lui fournir l'information qui lui manque, sur la procédure à suivre, sur l'examen lui-même, sur les suites, ... Au besoin, quelqu'un pourra même l'accompagner lors du mammotest pour la guider, éventuellement traduire si elle ne parle pas les langues nationales, pour la rassurer aussi.

65 Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique, dans Santé conjugulée, avril 2007, n°40, p.33 .

66 Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique, dans Santé conjugulée, avril 2007, n°40, p.33 .

67 La pauvreté nuit gravement à la santé, étude disponible sur le site www.mc.be .

68 Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique, dans Santé conjugulée, avril 2007, n°40, p.28).

Les associations : le terreau de la prévention

Un bar à soupes, un jardin collectif, un atelier cuisine, un terrain de sport et des animateurs sont souvent plus efficaces que toutes les brochures sur la pyramide alimentaire ou sur les méfaits de la sédentarité. La rencontre, la convivialité (cuisiner pour soi seul(e), sans matériel adapté, ou faire du sport seul lorsqu'on a le moral dans les talons n'est ni facile ni motivant), l'échange de savoirs renforcent l'estime de soi et l'envie de vivre sainement. « *Depuis que je viens ici, j'ai envie de cuisiner pour mes enfants, je suis fière de leur montrer ce que je sais faire* », témoigne une participante à un atelier cuisine de Vie Féminine. Et que dire de la fierté et du plaisir de manger des fruits et des légumes qu'on a cultivés ensemble !

Jardins solidaires : les multiples facettes de l'action sociale... et de la santé

Les jardins sociaux et/ou solidaires fleurissent un peu partout ces dernières années. Créés en général dans le cadre d'une association (maison de quartier, entreprise de formation par le travail, organisme d'insertion socio-professionnelle, ...), ils procurent de multiples bénéfices à leurs participants.

- **Lien social** : « J'ai fait des études artistiques. J'ai d'abord travaillé dans des places d'intérim, en bibliothèque surtout, jusqu'au moment où j'ai eu une fille. Puis, j'ai eu une rupture d'anévrisme. Quand j'en suis sortie, j'ai eu une forte dépression qui a duré près de 3 ans. J'ai vu dans le journal Passe-Partout une annonce sur ce qui se faisait au Cynorhodon. J'y suis allée et j'y suis toujours depuis 15 mois car je voulais sortir de chez moi. Je ne voulais plus rester cloîtrée dans mes livres. Au Cynorhodon, j'aime la nature, j'aime le social du Cynorhodon, j'aime les gens et j'ai besoin d'eux. »⁷⁰

- **Santé** : le lien social et la santé sont liés. « Au Cynorhodon, j'ai pu me refaire une santé : travailler à l'air libre, soigner des animaux, dans un environnement agréable. Travailler en groupe, en communauté : une famille, c'est génial ! Le cadre est sympa : on y trouve plus de plaisir que le simple fait d'avoir du travail. » Souvent, le simple fait d'être en contact avec la nature, de travailler la terre et de produire soi-même des légumes est un excellent remède contre la

déprime ! Pour les participants à un jardin solidaire, cultiver leurs légumes permet en outre de manger sainement pour pas cher.

- **Savoirs** : Qu'il s'agisse d'une formation professionnelle dans le but de trouver un emploi ou simplement de la réalisation d'un potager collectif, les apprentissages sont nombreux. Quels sont les légumes cultivés à chaque saison ? Quand et comment semer, repiquer, protéger naturellement des parasites ? Quelle variété semer ? Pour ceux qui sont en formation professionnelle, l'apprentissage des exigences du travail, le respect des horaires et l'intégration dans une équipe sont des atouts fondamentaux pour l'avenir.

Le Cynorhodon⁷¹, à Haccourt, est une Entreprise de formation par le travail (EFT) qui propose des modules de formation par le travail à temps plein dans les différents domaines de l'agriculture biologique (élevage, maraîchage, ...). Il organise, en complément à ces formations, un jardin collectif bio et des repas collectifs permettant la rencontre entre divers publics. Le Cynorhodon a développé depuis 2002 des outils adaptés à la population la plus fragilisée et la plus éloignée de l'emploi, lui permettant de reprendre le contrôle de sa vie, de sa difficulté. Le domaine de prédilection de cette EFT est l'agriculture biologique et donc l'éducation à la santé.

69 Médecin généraliste à la Maison médicale du Vieux Molenbeek, membre d'ATD Quart monde.

70 Témoignage extrait de l'analyse « Jardins solidaires : travailler la terre et reconstruire sa vie », Vivre Ensemble, 2007. Téléchargeable sur www.vivre-ensemble.be.

71 Voir www.cynorhodon.be.



Le jardin solidaire de l'asbl Sainte-Walburge, à Liège, permet aux familles de « se mettre au vert » (« Les autres partent en vacances, nous on vient au Jardin »), de (re)trouver le contact avec les saisons et la nature, de rencontrer d'autres familles, de cultiver des légumes pour elles-mêmes, mais aussi pour les autres : dans la parcelle commune, le choix s'est porté sur la culture de pommes de terre et d'oignons. Résultat : 100 kg de pommes de terre ont été récoltés, ce qui a permis notamment de compléter en produits frais les colis alimentaires distribués par le CPAS. Un geste solidaire gratifiant pour les nouveaux jardiniers.

Le début des haricots, une association bruxelloise d'éducation à l'environnement, lance en 2009 un projet de « jardin collectif de quartier » aux multiples objectifs : former des jeunes peu qualifiés aux techniques agricoles et à l'entretien de jardins, contribuer à la gestion de l'espace urbain en utilisant pour l'agriculture des terrains qui sinon risqueraient de se transformer en décharges, proposer des paniers de légumes cultivés sans intrants chimiques à des publics fragilisés (personnes émargeant au CPAS), approvisionner des restaurants sociaux en produits frais, ...

Ces jardins sont aujourd'hui regroupés en un Réseau des jardins et fermes solidaires Wallonie-Bruxelles (RJFS-WB). Il rassemble actuellement 27 jardins solidaires d'insertion sociale ou socio-professionnelle de Wallonie et de Bruxelles. Il compte près de 70 employés salariés (responsables, formateurs, assistants sociaux), 100 bénévoles et en moyenne 250 bénéficiaires par année (stagiaires et participants aux activités des jardins solidaires). Ses objectifs principaux sont à la fois de rassembler les différentes expériences de Jardins solidaires en Wallonie-Bruxelles, d'assurer leur accompagnement en matière de formation et de les « mutualiser » dans leurs rapports entre elles et avec les intervenants privés et publics extérieurs (institutionnels, politiques, bailleurs de fonds).

Ce réseau a le mérite de montrer aux décideurs politiques concernés que le travail social, le respect de l'environnement, l'économie et notamment l'agriculture ne peuvent être séparés :

*« ...dans notre secteur, explique le coordinateur du RJFS-WB, concrètement, il est pratiquement impossible de dissocier les activités à caractère social de celles à caractère agricole ou environnemental et du développement durable. Ce sont tous ces axes ensemble qui servent d'outils d'intervention pour faire un travail social. Il faut être en mesure de fournir une production maraîchère de qualité et d'écouler cette production si l'on veut faire en même temps une bonne démarche d'encadrement et de formation auprès des bénéficiaires... ».*⁷²

Ces multiples facettes soulignent la nécessité de surmonter les clivages entre les compétences respectives des différents ministres, notamment en ce qui concernent les procédures de financement : dans un jardin solidaire, il s'agit à la fois d'insertion socio-professionnelle, de santé, de cohésion sociale, de développement durable, ...

72 Cf. Analyse « Jardins solidaires : travailler la terre et reconstruire sa vie », Vivre Ensemble 2007.

73 Ancienne présidente du CPAS d'Ixelles, aujourd'hui responsable du Service d'appui au secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri.

« Certains CPAS mettent sur pied des ateliers cuisine, où on travaille à la fois la diététique, l'équilibre des repas et celui du budget. Et le plaisir d'une table partagée. Sur le mode non contraint, cela marche. Mais je ne sais pas combien de temps cet « écolage » résiste aux publicités pour les chips, le chocolat et le Coca-Cola », s'interroge Anne Herscovici ⁷³.

Il y a en effet une contradiction manifeste entre les conseils de prévention et le matraquage publicitaire. D'un côté, le message « santé » : moins de sucre, moins de graisse, plus de fruits et légumes, plus d'activité physique. De l'autre, le message « consommation » : plus de sodas, plus de graisses hydrogénées (dans les snacks sucrés), plus de viande, plus de console de jeux, tous présentés comme des façons d'être « in ». Pour nous tou(te)s et a fortiori pour ceux et celles qui ont été mis « out » par l'exclusion sociale, comment résister ?

En cette période de crise, donc de remises en question, comment ne pas relier cette surabondance néfaste à la croissance aveugle de la consommation dans nos sociétés industrialisées ? Cette même croissance qui met en danger la survie même de notre planète ?

Les campagnes anti-tabac sont un autre exemple de l'importance d'une prévention bien pensée et adaptée au public visé : tout fumeur connaît aujourd'hui les risques qu'il encourt en fumant. Pourquoi y a-t-il donc encore tant de gens qui ne se laissent pas « convaincre » par les photos et les avertissements imprimés sur les paquets de cigarettes ? Stress, dépendance physique et psychologique, découragement : il ne suffit pas de savoir, encore faut-il avoir la force, l'énergie, le soutien pour réussir.

La Maison Médicale Aquarelle, à Grâce-Hollogne, s'est engagée dans une action de **prévention du tabagisme**. « Mais sans mener une campagne culpabilisante vis-à-vis des fumeurs parce qu'on sait bien que ça ne marche pas », dit Olivier Gérardy, assistant social à Aquarelle. Nous avons d'abord réalisé une enquête parmi notre public. Elle a montré que le problème ne se situe pas au niveau de l'information. Les fumeurs connaissent les risques et bon nombre d'entre eux veulent renoncer au tabac. Sauf qu'il y a toujours un « mais » : le stress, les soucis, l'isolement. Notre projet travaille sur ces éléments-là dans le cadre d'un large partenariat qui regroupe différents intervenants de la maison médicale – médecins, kinés, infirmières, travailleurs sociaux – et qui touche aussi l'entourage familial du fumeur. Chaque mois, nous organisons ainsi une activité conviviale (débat, dîner, jeu de société, ...) qui permet à des personnes de parler librement de leur consommation de tabac, d'envisager ensemble des moyens d'arrêter de fumer et de se soutenir mutuellement. Cette dynamique collective trouve un prolongement dans l'accompagnement individualisé qui est proposé par les thérapeutes de la maison médicale » ⁷⁴



« L'effort demandé aux personnes qui vivent dans la pauvreté pour rester en bonne santé est bien supérieur à celui qui est demandé aux personnes bien intégrées socialement et qui vivent dans le confort ». ⁷⁵

En rejoignant une association, la personne en situation de pauvreté a donc l'occasion de participer à un projet collectif (épicerie sociale, cuisine collective, activités artistiques, alphabétisation, loisirs en groupe, potager communautaire, ...) où elle va retrouver le sentiment d'être utile, d'exister pour les autres, d'être fière d'elle-même. **Ce renforcement de l'estime de soi est la base même de la santé, physique autant que mentale. C'est aussi une condition indispensable à un changement de comportement vers un mode de vie plus sain.**

74 Champs de vision, Fondation Roi Baudouin, 1er trim.2009, p.7

75 « Pour en finir avec les inégalités sociales de santé. Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000 ». Projet Santé Culture Quart monde, p.31.

CONCLUSION

(Re)choisir la solidarité ? Une question de bon sens !

Les conséquences de la crise bancaire et financière de l'automne 2008 n'ont pas fini de se faire sentir. Les indispensables mesures budgétaires à prendre nous mettent face à des arbitrages : où aller chercher l'argent ? A quoi dépenser prioritairement les sommes disponibles ? S'il faut réduire certaines dépenses pour équilibrer les budgets, il faut à tout prix éviter que les économies réalisées ne creusent de nouvelles inégalités, à court et à long terme.

Au-delà des choix économiques, c'est face à un enjeu éthique que nous nous trouvons. La sécurité sociale belge, et en particulier notre système de soins de santé, est fondée sur la **solidarité**. Concrètement, cela veut dire que chacun cotise selon ses moyens pour ceux qui en ont besoin, soi-même y compris. Cela veut dire que celui ou celle qui a la chance d'avoir un emploi convenable durant toute sa vie active paie pour ceux qui n'ont pas cette chance. Que celui qui bénéficie d'une excellente santé paie pour celui qui est souvent malade et a besoin de traitements coûteux... Que celui/celle qui est dans la vie active subvient aux besoins de celui/celle qui est à la retraite, ...

Accepter cette solidarité, c'est aussi reconnaître que si l'on a la chance d'avoir un emploi, un logement et d'être en bonne santé, ce n'est pas qu'une question de chance ou de mérite : la formation qui a amené à l'emploi de qualité, les conditions de vie qui assurent la santé, le milieu social qui a favorisé la réussite des études, les plus favorisés les doivent aussi à la collectivité, via l'impôt qui finance l'enseignement, par exemple.

Ce n'est pas un groupe qui paie pour l'autre : celui qui est en bonne santé aujourd'hui sera peut-être malade demain ; celui qui travaille sera peut-être un jour chômeur et certainement (« si Dieu lui prête vie ») retraité un jour. **Il s'agit d'une solidarité continue tout au long de la vie, entre toutes les générations et tous les groupes qui composent la société.**

En ce sens, notre système de sécurité sociale est un élément fondamental de cohésion sociale ; il nous rend interdépendants. Il est réellement un patrimoine commun, il nous appartient à tous puisque nous en sommes tous parties prenantes.



Cotiser pour un service dont on ne profite pas nécessairement (et encore : qui peut se targuer de ne jamais bénéficier d'un remboursement de sa mutuelle ?), ou cotiser plus que le bénéfice qu'on en tire apparemment, c'est l'expression d'une **fraternité collective** entre les membres d'une société, d'une dignité partagée et d'une **responsabilité collective** quant à son respect, avant tout pour les plus fragiles.

Nous avons vu au début de ce dossier que ces valeurs ont émergé des luttes de nos prédécesseurs depuis le XIX^e siècle. Elles sont aussi **en cohérence avec le message évangélique** qui met en avant l'attention au plus petit et l'égle valeur de chacun(e). Face à elles, le système fondé sur l'assistance (le minimum pour les plus pauvres et à charge de chacun de s'assurer une meilleure protection en fonction de ses propres moyens financiers) prône l'individualisme, le chacun pour soi, le sauve-qui-peut. Une option tentante en temps de crise, où chacun craint pour ses acquis et son avenir. Accepterons-nous de faire partie d'une société qui fait l'aumône aux exclus pour permettre à ceux qui en ont les moyens de vivre confortablement ? Reviendrons-nous au XIX^e siècle où l'aide sociale avait surtout pour fonction de calmer les classes laborieuses, de leur donner juste ce qu'il faut pour qu'elles continuent à produire sans broncher de la richesse pour les nantis ?

Les arguments en faveur de la solidarité ne sont pas qu'éthiques. Ils sont aussi économiques. Jean Hermesse, Secrétaire général de la Mutualité chrétienne, soutient que, face à la crise, « l'approche sociale est moins chère et plus efficace ». Sa démonstration est convaincante : « Pour retrouver l'équilibre budgétaire, certains seront tentés de réduire les interventions de l'assurance soins de santé obligatoire et donc de faire payer plus le patient. A lui, ensuite, de se débrouiller, quitte à payer une assurance complémentaire privée s'il en a les moyens. **Au lieu de laisser chacun se débrouiller avec les primes coûteuses et imprévisibles des assurances privées, il suffirait pourtant de percevoir une cotisation sociale de 60 euros par an pour assurer tout le monde**, sans exclusion ni sélection, en matière d'hospitalisation en chambre commune et à deux lits (78% des admissions). Cette approche sociale serait à la fois moins coûteuse et plus efficace. Assurer les coûts d'hospitalisation en

chambre commune et à deux lits de manière collective est nettement moins coûteux que l'assurance individuelle et privée. Pour les gens d'abord (les travailleurs, les chômeurs, les pensionnés), la cotisation de 60 euros par an serait nettement moindre que les primes payées actuellement dans le cadre des assurances complémentaires. Pour les patients hospitalisés et les malades chroniques ensuite, c'en serait fini des mauvaises surprises financières et du risque d'endettement en cas d'hospitalisation. Pour les entreprises également, car, si la couverture des frais d'hospitalisation en chambre commune et à deux lits est garantie par un système social, elles pourraient réduire les coûts de l'assurance groupe. »⁷⁶ Selon lui, la même approche peut être appliquée à l'enseignement, aux transports, au logement.

En préservant le pouvoir d'achat de la population, on préserve aussi l'économie : nous revenons ici à l'affirmation de Pierre Reman selon laquelle le développement social est une condition du développement économique.

L'efficacité de la solidarité, la force d'une action lorsqu'elle est collective, les associations de lutte contre l'exclusion sociale en sont les preuves vivantes et infatigables. Enracinées dans la réalité et les besoins des personnes en situation de pauvreté, mais aussi de nous tous, elles font souvent figure de précurseurs, sans du reste en avoir nécessairement conscience. Elles nous rappellent que **la solidarité n'est pas une option accessoire : vue comme une fraternité essentielle, elle est une condition de survie individuelle et collective**, en particulier face aux choix de société qui se présentent à nous en ces temps décisifs.

Si nous voulons cet avenir solidaire – le seul qui vaille, nous pensons l'avoir montré –, agissons en conséquence :

- en participant volontiers à ce système social par notre contribution (« L'impôt est le prix de la civilisation », ce n'est pas du vol mais un choix de société),
- en soutenant les initiatives porteuses de solidarités multiples et novatrices comme les associations de lutte contre l'exclusion sociale, celles qui créent des ponts entre les secteurs (tels les jardins solidaires) et entre tous les citoyens,
- en accordant notre vote, à tous les niveaux de pouvoir, aux partis qui défendent cette approche solidaire de la sécurité sociale en général et du droit à la santé pour tous en particulier.

La tentation « beveridgienne » d'un système social d'assistance n'est pas neuve : en 1987, nous publions dans notre dossier « Ma sécurité est sociale », des propos de Xavier De Beys, alors secrétaire général de la Ligue des familles : « *A la dérégulation sociale succède la fragilité sociale, sous le couvert de la responsabilisation des individus, comme si l'insécurité sociale était facteur de dynamisme. C'est faux, le retour à l'assistance sociale n'est pas une solution aux problèmes sociaux nés de la crise.* »



ANNEXES

Revendications politiques

Les mesures politiques à prendre pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté sont nombreuses et souvent très techniques ⁷⁷. Vivre Ensemble a choisi d'en pointer trois.

I. Faciliter l'accès aux soins

Les mesures destinées à améliorer l'accès financier aux soins de santé doivent être simplifiées et, autant que possible, automatisées. Dans le cas du statut OMNIO, l'accès pourrait être automatisé via le SPF finances (et la déclaration de revenus) et la Banque carrefour de la Sécurité sociale. L'automatisation de l'accès à certains droits, via la puce électronique de la carte SIS éviterait à la fois les démarches répétitives et la stigmatisation des patients bénéficiant de ces droits. D'une manière générale, une **simplification des réglementations et une meilleure information s'imposent**.

II. Mieux former les professionnels

Tous les professionnels, de la santé bien entendu, mais aussi du secteur social, de l'administration, doivent être formés afin **d'être en mesure d'accueillir, d'orienter et d'aider les personnes en situation de pauvreté** dans le respect de leur dignité.

Des **formations à l'approche de l'exclusion sociale** et des inégalités sociales de santé doivent faire partie de la formation initiale et continuée de ces professionnels. Ces formations doivent être élaborées et menées en collaboration étroite avec le monde associatif qui travaille sur le terrain.

III. Améliorer le fonctionnement des CPAS en matière de soins de santé

Les CPAS jouent un rôle de plus en plus important dans l'accès à la santé des personnes en situation de pauvreté : les bénéficiaires du revenu d'intégration, les sans-abri, mais aussi les sans-papiers. Pour ces personnes, l'aide sociale est un dernier recours. Or, l'accès aux soins de santé via les CPAS n'est pas des plus faciles. Pour remédier à cela, il faudrait notamment

1. Uniformiser les règles de fonctionnement des CPAS en matière de soins de santé

- Les critères de l'octroi de l'aide médicale urgente (octroyée aux personnes en séjour illégal qui sont dans le besoin) doivent être appliqués de façon uniforme dans toutes les communes : « l'état de besoin », de même que le caractère urgent des soins nécessaires ne peuvent être laissés à l'appréciation subjective des travailleurs du CPAS.
- La liste des prestations et des médicaments remboursés dans le cadre de cette aide doit également être harmonisée.
- La procédure doit être simplifiée et accélérée pour éviter que plusieurs semaines ne se passent entre la demande et la réponse.

2. Généraliser la Carte-santé : elle réduit les démarches administratives astreignantes pour les patients, les travailleurs sociaux et les soignants elle laisse au patient le choix entre plusieurs prestataires et facilite l'accès aux soins.

Petit dico des soins de santé ...

BIM (élargissement de l'ancien statut VIPO) :

Bénéficiaire de l'intervention majorée. Ce statut donne droit à une intervention plus importante de l'Assurance-maladie dans le coût des soins. Ce statut donne en plus droit à des avantages dans d'autres secteurs : transports en commun, tarifs sociaux pour le gaz, l'électricité, etc. Il y a 2 sortes de statuts BIM : le BIM social et le BIM qualité.

- le BIM *social* : il est accordé automatiquement aux personnes qui dépendent du CPAS, aux personnes âgées bénéficiaires de la GRAPA et à celles qui bénéficient d'une allocation de handicap.
- Le BIM *qualité* : il concerne les personnes dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond et qui appartiennent l'une des catégories suivantes : pensionné(e)s, veuves et veufs, orphelin(e)s, handicapé(e)s ne bénéficiant pas d'allocation, personnes de plus de 65 ans, agents des services publics mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité depuis 1 an, chômeurs de longue durée: chômeurs complets depuis plus d'un an, âgés de 50 ans au moins et qui perçoivent des allocations de chômage. Il est accordé après déclaration sur l'honneur de la part du bénéficiaire et suite au contrôle des revenus.

OMNIO :

ce statut accorde l'intervention majorée - et les avantages annexes - aux ménages (donc à toute la famille) à faible revenu qui n'entrent pas dans les conditions BIM. C'est le bénéficiaire qui doit en faire la demande à la mutuelle, extrait de rôle à l'appui.

AMU :

Aide médicale urgente. Prise en charge par le CPAS des soins de santé des personnes en séjour illégal.

MAF :

Maximum à facturer. Depuis 2000, l'intervention personnelle (ticket modérateur) du patient est plafonnée à un certain montant annuel. Plus le revenu est élevé, plus le plafond est élevé. Au-delà de ce plafond, l'Assurance maladie rembourse totalement la plupart des frais médicaux. Ex. : quelqu'un dont le revenu est inférieur à 16 114 € (en 2006) ne paiera pas plus de 450 € pour ses soins en 2009 ; pour les plus hauts revenus (> 41 728 €), la gratuité n'interviendra qu'au-delà de 1800 € de tickets modérateurs sur l'année.

GRAPA : Garantie de revenu aux personnes âgées. Il s'agit d'un revenu minimum, quel que soit le statut de la personne et le montant de sa pension.

DMG :

Dossier médical global. Il s'agit de la centralisation des informations médicales d'un patient chez son médecin traitant. Cela évite par exemple les prescriptions contradictoires et la répétition d'exams déjà réalisés. Lorsqu'un patient a ouvert un DMG, il bénéficie d'une réduction de 30% sur le prix du ticket modérateur auprès de son médecin de référence.

Ticket modérateur :

Part des honoraires et du prix des médicaments à charge du patient (donc non remboursés par la mutuelle).

Tiers-payant :

dispositif qui permet à certains patients de ne payer que le ticket modérateur, le prestataire de soins se faisant directement rembourser le reste auprès de la mutualité du patient.



Sources

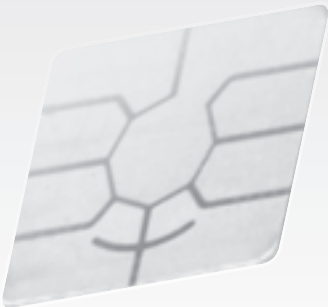
- « *Inégalités en santé, recommandations politiques* », Fondation Roi Baudouin, octobre 2007.
- « *Abolir la pauvreté, une contribution au débat et à l'action politiques* », Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, rapport, décembre 2005 et suivi en 2007.
- « *Vers une Wallonie sans pauvreté d'ici 2025, Accès et exercice des droits à la santé, au logement et à l'emploi, Constats et propositions aux pouvoirs publics* », Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, Beez, 1er décembre 2008.
- « *Manger conjugué, regards croisés sur l'alimentation et la santé* », Santé conjuguée, n° 36, avril 2006.
- « *Les inégalités sociales de santé* », Santé conjuguée, n°40, avril 2007.
- « *La santé des primo-arrivants : témoignages et réflexions* », Santé-Culture Quart Monde asbl et Service d'Aide aux Molenbeekois primo-arrivants de l'asbl Lutte contre l'exclusion sociale à Molenbeek-Saint-Jean, 2004.
- « *L'observatoire* », Revue d'action sociale et médico-sociale, n°60, février 2009-06-26.
- « *Le bien-être : une question de santé ?* », intervention du Dr. J.M. Delvoye, directeur de l'asbl Optima (Seraing), au Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, le 16 novembre 2006.
- « *L'accès aux soins* », Denise Deliège, Exposé à la journée du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, 7 décembre 2006.
- « *Champs de vision* », Fondation Roi Baudouin, n°76, 2009.
- « *En dialogue, six ans après le Rapport général sur la pauvreté* », Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, Service de lutte contre la pauvreté, juin 2001.
- « *Rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne* », volet inventaire des mesures, Région wallonne, 2007.
- « *Les soins de santé en question, huit points de vue* », Equipe de pastorale ouvrière de Bruxelles.
- « *Comprendre la sécurité sociale pour la défendre* », Patrick Feltesse et Pierre Reman, FEC, Couleurs livres, FTU, 2006.
- « *Pour en finir avec les inégalités sociales de santé* », Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000, Projet santé-culture Quart Monde.
- « *Histoire de la démocratie et du mouvement ouvrier au pays de Charleroi* », I Le Blé qui lève - 1735-1905, Francis Poty, Ed. Culture et civilisation, 1975.
- « *Victoire Cappe - une vie chrétienne, sociale, féministe* », Denise Keymolen, Kadoc, PUL, et al., 2001.
- « *Histoire du mouvement ouvrier chrétien en Belgique* », Emmanuel Gérard et Paul Wynants, Tome 2, Kadoc Studies 16, Leuven University Press, 1994.
- Revue « *Démocratie* » (MOC), www.revue-democratie.be
- Journal « *En Marche* » (Mutualités chrétiennes), www.enmarche.be
- Des sites Internet :
- www.vivre-ensemble.be : de nombreuses analyses en lien avec la santé.
 - www.carhop.be : centre d'animation et de recherche en histoire ouvrière et populaire.
 - www.lutte-pauvrete.be : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.
 - www.socialsecurity.be : site du Service public fédéral de la Sécurité sociale.
- Et des rencontres avec Paul Galand, Pierre Reman, Philippe Defeyt, Christine Mahy,...

Vivre Ensemble Education asbl est un service d'éducation permanente reconnu par la Communauté française de Belgique. Cette association a pour objet de sensibiliser les citoyens aux causes de l'exclusion sociale en Belgique francophone.

Elle veut éduquer à la solidarité active avec les victimes de l'exclusion sociale à l'aide de dossiers, d'outils pédagogiques et d'animations. Elle relaie auprès des responsables politiques les revendications portées par des associations de lutte contre l'exclusion sociale par le biais de campagnes de plaidoyer.

Vivre Ensemble publie chaque année des analyses sur différents thèmes liés à l'exclusion sociale. En 2008 et 2009, elles ont porté principalement sur les inégalités sociales de santé. Elles sont téléchargeables sur notre site www.vivre-ensemble.be, rubrique « Analyses » ou peuvent être obtenues par courrier sur demande au 02 227 66 80.

**VIVRE
ENSEMBLE**
éducation





**Notre système de soins de santé est reconnu
comme l'un des meilleurs du monde.**

Après avoir retracé le chemin parcouru depuis 150 ans, ce dossier évoque les atouts du système actuel, mais il met aussi en lumière les barrières qui empêchent certain(e)s d'y accéder : barrières financières, mais aussi culturelles ou administratives...

Le monde associatif joue un rôle important dans l'accès aux soins pour les personnes en situation de pauvreté : accompagnement administratif et personnel, renforcement de l'estime de soi et du lien social, mais aussi exploration de nouvelles pistes pour réduire les inégalités face à la santé.

Et demain ? Ces pages tentent également de dégager les grands défis qu'il nous faudra relever pour que notre système de soins soit accessible à tous et toutes. Et, surtout, pour qu'il préserve les valeurs qui le fondent : la solidarité et l'équité.

