

n°89

E D I T O

## LA SANTÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS, UN DÉFI PERMANENT !

Par Elisabeth Degryse,  
directrice de la Mutualité St Michel

Il y a quelques mois, à la veille des élections régionales, fédérales et européennes, nous insistions sur l'importance du choix de société que nous allions faire. Un modèle du tout à l'Etat, un modèle équilibré, un modèle totalement libéral et ouvert à la marchandisation... ? Les élections sont maintenant derrière nous, les majorités régionales sont en place et les déclarations de politiques régionales sont écrites et presque votées.

Une grande première à souligner, la secrétaire nationale des Mutualités Chrétiennes occupe désormais le poste de chef de cabinet du Ministre wallon de la Santé. C'est une victoire et une garantie certaine d'être au cœur des discussions en Wallonie et en Communauté française. De même à Bruxelles, nous avons des collaborateurs qui ont été sollicités par les cabinets bruxellois, dont celui de la Santé. Mais tout n'est pas acquis pour autant, les défis pour les cinq années à venir sont nombreux : Transfert de compétences, accessibilité des soins, territoire en santé, discrimination et inégalités face à la santé...

### Compétences transférées, vraiment ?

La date fatidique du 1er juillet 2014 est derrière nous. Les compétences, et entre autres celles de la santé, sont transférées. Quelles en seront les conséquences ? La Région bruxelloise doit mettre sur pied son OIP (Organisme d'Intérêt Public) et ses modes de fonctionnement en bonne intelligence avec la Région wallonne afin de garantir une cohérence dans les politiques mises en place pour les francophones. Une construction difficile car il va falloir se mettre d'accord avec la Communauté flamande à Bruxelles, et les réalités ne sont pas les mêmes.

Certains changements provoqués par le transfert n'avaient peut-être pas été anticipés. A titre d'exemple, les grands hôpitaux de revalidation se sont rapprochés de grands hôpitaux universitaires, encore financés

eux par le fédéral et ont organisé de réelles fusions. Régulièrement des législations sont envisagées et réfléchies en chambre, sans prise en considération des réalités du secteur. Il est urgent que le politique remette le patient au centre de ses préoccupations et sorte des intérêts partitocratiques, idéologiques ou institutionnels.

### Accessibilité aux soins, un chemin encore long...

Derrière les considérations institutionnelles, il y a le quotidien des hommes et des femmes... Les femmes précisément, encore trop souvent victimes d'exclusion ou de situations particulièrement difficiles à vivre en matière de santé. Les personnes bénéficiaires du RIS (Revenu d'Intégration Sociale) et les personnes âgées sont des groupes vulnérables qui nécessitent une attention particulière, spécifiquement à Bruxelles. Un exemple : la qualité de l'accueil des personnes âgées qui ne savent plus rester chez elles. Certains « requins de la finance » l'ont bien compris et les maisons de repos sont devenues un réel business. Certains grands groupes se soucient plus du bien-être de leurs actionnaires que de leurs résidents.

### Et demain ?

Les différents articles de ce numéro montrent bien qu'il y a encore beaucoup de combats à mener pour défendre une politique de santé juste, cohérente et accessible à tous. A l'aube d'un gouvernement dit « suédois » au fédéral, il sera encore plus nécessaire de faire front face à la libéralisation des soins de santé. Il faudra trouver les justes moyens d'actions. Sans doute, faudra-t-il revoir nos pratiques et jouer d'actions fines et déterminées face aux machines de droite qui seront face à nous.

C'est en étant d'excellents gestionnaires des matières qui nous sont confiées que nous nous montrerons encore plus capables de négocier et de faire avancer la sécurité sociale et l'assurance obligatoire dans un souci de protection du plus grand nombre.



# LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE D'ACCÈS À LA SANTÉ



Par Elise Henin,  
Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

Nous en parlions dernièrement dans *Démocratie*<sup>1</sup> : se rendre moins souvent chez le médecin que son voisin, cela peut être considéré comme une attitude normale : tout le monde n'a pas les mêmes besoins. Cependant, lorsque le comportement d'un groupe particulier diffère systématiquement de celui des autres individus d'une société, ça peut a priori être le signe d'inégalités d'accès à la santé. En général, ces inégalités sont liées au statut socio-économique des personnes. Plus on descend le long de l'échelle sociale, plus les indicateurs de santé se dégradent<sup>2</sup>.

Pour savoir si la Belgique fait exception à ce constat, nous avons synthétisé dans cet article ce qui se passe dans un groupe économiquement vulnérable : les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS)<sup>3</sup>.

Par ailleurs, la région de Bruxelles-Capitale est particulière. Pour ne mentionner que quelques points repris dans le tableau de bord de la santé en Région bruxelloise<sup>4</sup>, les Bruxellois sont de plus en plus jeunes, une personne sur quatre vit sous le seuil de pauvreté, le nombre de personnes qui se sentent en mauvaise santé augmente et ces proportions sont plus importantes parmi les personnes les moins scolarisées. De plus, 6,55% des membres de la Mutualité chrétienne domiciliés dans la Région bruxelloise vivent directement du revenu d'intégration sociale. Dans les provinces belges, ce pourcentage oscille entre 0,25% et 3,03%.

## PRÉLIMINAIRES

Les personnes qui bénéficient du RIS sont des personnes (de moins de 65 ans) qui n'ont pas accès à un niveau de revenus leur permettant de vivre « conformément à la dignité humaine », et qui ne peuvent obtenir ces moyens via un quelconque droit à la sécurité sociale. Leur dernier filet de sécurité est fourni par le CPAS au travers du revenu d'intégration sociale.

Pour savoir si ce public fait face à des inégalités, nous avons utilisé des indicateurs de consommation de soins (calculé pour 2011) qui ont été comparés à la situation d'un groupe équivalent (mêmes caractéristiques d'âge, de genre et de lieu de vie, mais autres sources de revenus), appelé « groupe contrôle ».

## QUELS RÉSULTATS ?

Dans les faits, les bénéficiaires du RIS ont tendance à avoir une consommation de soins de santé plus problématique. Ils semblent éprouver des difficultés à bien gérer leur santé. Se rendre régulièrement chez un généraliste, être inscrit en maison médicale ou avoir un dossier médical global (DMG)

permet un meilleur suivi de l'état de santé des patients ainsi qu'une détection précoce des problèmes de santé. Or, les bénéficiaires du RIS sont moins souvent en contact avec un généraliste et ont moins fréquemment un DMG. Les maisons médicales compensent quelque peu cette situation : elles ont plus de succès auprès de ce public.

## A Bruxelles en particulier

- Moins de personnes sont en contact avec un médecin généraliste qu'ailleurs en Belgique (53%) et c'est le cas pour tout le monde ! Il n'y a pas de différence entre les deux groupes.
- Les maisons médicales ont du succès : respectivement 13,89% et 7,31% des bénéficiaires du RIS et de la population contrôle y sont inscrits. Ailleurs, les taux d'inscription des « personnes contrôle » sont beaucoup plus bas.
- Les taux de couverture par un DMG sont plus faibles dans la Région de Bruxelles-Capitale mais les bénéficiaires du RIS, comparativement au groupe de contrôle, sont plus fréquemment couverts.

Pour éviter certaines pathologies, les autorités belges font la promotion de dispositifs de prévention: soins préventifs dentaires, dépistage du cancer du sein et dépistage du cancer du col de l'utérus. Cependant, malgré des taux de remboursement favorables, la situation dans ces trois domaines est catastrophique pour les bénéficiaires du RIS.

*Les dents des Bruxellois ?* La différence entre les bénéficiaires du RIS et leurs équivalents est moins aiguë qu'ailleurs mais les pourcentages sont fort élevés : 79% des premiers et 56% des seconds n'ont pas reçu de soins préventifs dentaires en 2 ans.

Par ailleurs, alors que le recours à l'hôpital est souvent synonyme de soins plus exceptionnels et plus lourds, les bénéficiaires du RIS ont 1,6 fois plus de chances que la population de contrôle de se rendre aux urgences. Ils sont également plus nombreux à séjourner à l'hôpital général ou psychiatrique et ils sont un peu plus fréquemment hospitalisés de jour. Les tendances vont dans le même sens pour les habitants de la Région bruxelloise.

Enfin, les chiffres confirment la relation connue entre revenus/activité et santé mentale partout en Belgique sauf à Bruxelles : en général, les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale sont plus nombreux à avoir consommé des antidépresseurs, ils le font moins dans la Région Bruxelloise.

<sup>1</sup> *Démocratie* n°6, juin 2014.

<sup>2</sup> Hervé Avalosse et al., « Inégalités sociales de santé : Observations à l'aide de données mutualistes », *MC Informations*, n°233, 2008, pp. 3-15.

<sup>3</sup> Elise Henin, « Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale s'y retrouvent-ils dans le système de soins de santé ? » *MC Informations*, n°253, 2013, pp.25-37.

<sup>4</sup> Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2010.



## QUELLES CONCLUSIONS TIRER ?

Plusieurs éléments peuvent expliquer le fait que la consommation de soins des bénéficiaires du RIS soit différente de celle de leurs correspondants.

Les différentes manières de recourir au système de santé belge peuvent tout d'abord s'expliquer par une inégalité face à la santé. Certaines personnes naissent avec un meilleur patrimoine santé, d'autres avec un moins bon. De plus, tout le monde n'est pas sensible aux maladies de la même façon. Les personnes plus précarisées pourraient disposer d'un capital santé moins bon que les personnes plus aisées.

À l'origine de nombreuses inégalités, les différences de moyens financiers entre les individus s'imposent néanmoins comme une des explications principales à une utilisation moindre ou exacerbée de certains soins. Ainsi, la barrière du coût peut justifier le fait que les bénéficiaires du RIS soient moins en contact avec un généraliste ou un spécialiste. Même si une consultation chez un généraliste est abordable, il faut pouvoir sortir le prix de la consultation de son portefeuille. Au-delà du prix de la consultation, il y a aussi les coûts attendus du traitement (médicaments, visite chez un spécialiste, examen complémentaire...).

Par ailleurs, il y a lieu d'épingler également les niveaux d'acceptabilité des soins qui sont variables. Une solution moins bien acceptée par un groupe signifiera une utilisation moindre de ce soin. Les antidépresseurs, par exemple, sont peut-être plus utilisés par les bénéficiaires du RIS parce que, pour ce groupe, c'est plus acceptable que d'aller voir un psychologue (« Le psy, c'est pour les fous ! »). Et puis, si les bénéficiaires du RIS sont plus souvent inscrits en maison médicale, la gratuité y est sans doute pour quelque chose... Cependant, les maisons médicales ont d'autres caractéristiques attractives : elles se situent dans le quartier de vie des personnes et s'y font connaître, elles organisent souvent des activités « extramédicales ». Cela permet une communication plus large de leurs activités et rend la visite chez le médecin moins lourde, moins stigmatisante.

Notre capital santé diffère à la naissance ainsi que notre capacité à entretenir ce patrimoine santé. Souvent, il existe une corrélation entre bas revenus et mauvaise qualité de vie. Les personnes plus précarisées se retrouvent en général dans des conditions moins bonnes pour leur santé : travail plus harassant, inactivité « forcée », logement plus précaire, nourriture moins saine, etc. Par ailleurs, l'accès à l'information, et donc à l'acquisition de « bons » comportements, diffère selon les revenus, l'éducation, le lieu de vie.

## Que peut-on dire pour Bruxelles ?

La situation n'est pas rose à Bruxelles : les indicateurs concernant les bénéficiaires du RIS et leurs équivalents sont plus similaires mais ils sont souvent moins bons qu'ailleurs. On peut craindre que l'accessibilité aux soins de santé moins inégale qu'ailleurs en Belgique cache tout simplement le fait qu'elle est moins bonne pour tout le monde.

## QUELLES RECOMMANDATIONS ?

Au fil des années, l'Assurance Maladie-Invalidité a mis en place quatre mesures pour soutenir l'accessibilité des soins pour tous, imparfaites, qui pourraient être remaniées<sup>5</sup>.

1. L'intervention majorée est un statut qui permet à ses bénéficiaires d'avoir des tickets modérateurs à charge plus faibles. La quasi-totalité des bénéficiaires du RIS en bénéficie. Cependant, c'est un mécanisme ex post la plupart du temps : le membre est mieux remboursé lorsqu'il rend son attestation de soins à la mutualité, mais au préalable, il faut déboursier le montant de la consultation, ce qui n'est pas chose aisée. Le tiers payant social pourrait être une solution.
2. Le dossier médical global, quant à lui, permet aux patients d'être mieux suivis, rassemble chez le médecin généraliste l'ensemble des données médicales et permet également un remboursement plus important des consultations chez son généraliste attitré.
3. Certains des tickets modérateurs que paient nos membres sont comptabilisés, par ménage, dans un compteur « Maximum à Facturer ». Une fois que la somme de ces montants dépasse la limite fixée, les prestations suivantes sont remboursées à 100 %. Si ce mécanisme permet de réduire les inégalités de répartition des dépenses de santé, il ne permet pas de rattraper la situation du groupe contrôle respectif de chaque public cible.
4. Une communication adaptée à chaque public doit être développée. Celle-ci doit se construire avec les personnes visées par le message de sensibilisation.

En fin de compte, l'accessibilité des soins de santé a une influence relativement faible sur la santé. Bien d'autres déterminants jouent en parallèle : conditions de logement, de travail, de vie, revenus, éducation, etc. Un travail doit donc impérativement être mené au-delà des structures de soins et le programme à mettre en place dépasse le travail de la mutualité. Plus que jamais la santé apparaît révélatrice et illustrative de la nécessité d'une politique globale et transversale.

<sup>5</sup> Ces dispositifs décrits globalement ici sont nantis de conditions spécifiques.  
Renseignements : site <http://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/index.jsp>



# FEMMES, CORPS ET GENRE

## Analyse critique et propositions innovatrices en promotion de la santé



par Catherine Markstein,  
médecin coordinatrice, ASBL Femmes et Santé

« L'inégalité entre les hommes et les femmes a un impact sur un grand nombre de problèmes de santé. L'**analyse de genre** permet un examen minutieux d'un domaine de santé particulier pour déterminer si, et de quelle manière, les normes de genre, les comportements et les inégalités contribuent à une mauvaise santé, aux handicaps, à la mortalité ou à l'absence de bien-être. » (OMS genre et santé 2008)

### Une si longue histoire

De tout temps, les femmes ont trouvé vitalité et énergie pour s'occuper de leurs proches et s'assurer de ce que tous leurs besoins soient comblés. Elles ont su exiger pour eux des réponses et obtenir les services requis. Elles ont toujours échangé entre elles leur savoir-faire. Elles se sont formées au contact les unes des autres, de voisine à voisine, de mère à fille. Elles ont développé une culture, un savoir et une intuition dans la relation au corps, à la santé. Des contacts entre générations permettent de promouvoir une culture d'enseignement, d'échange et de transmission. Les valeurs de la transmission en matière de santé devraient constituer le pilier d'une société.

Pourtant, nous sommes confrontées à une véritable rupture de la transmission entre femmes. La médecine s'est toujours assurée, en collusion avec les pouvoirs politique et religieux, la surveillance et le contrôle des différents cycles de vie des femmes, des différents temps de la reproduction. Dans cette perspective le corps de la femme est considéré comme un réservoir d'irrégularités et d'anomalies qui nécessitent d'être normalisées par un traitement, une observation, un contrôle constant. De même, l'importance attribuée au syndrome prémenstruel, à l'infertilité ou à la ménopause ne reflète pas nécessairement l'importance objective de ces phénomènes dans la vie des femmes mais plutôt, leur place unique au carrefour du biologique, du social, du culturel et du politico-économique, toujours variable selon les discours et les besoins. La médicalisation des différents cycles de vie des femmes par les tenants du pouvoir dominant patriarcal, religieux et capitaliste répond chaque fois à la même nécessité de mesurer, maîtriser et maltraiter les femmes dans leur corps, elles qui sont assignées par la distinction hiérarchisée des sexes au statut de dominées. Cette médicalisation commence dès l'adolescence et se poursuit toute la vie, autour de la contraception, de la procréation, puis de la ménopause. Elle dépossède les femmes du savoir sur leur corps et de leur confiance en lui. La médicalisation casse la solidarité entre femmes, elle les isole, seul le médecin sait, il n'y a plus de savoir partagé entre femmes.

### Le choix : un concept néolibéral

En Europe nous trouvons aujourd'hui deux tendances politiques particulièrement dangereuses pour les femmes : l'ultralibéralisme économique et le néo-conservatisme d'inspiration religieuse: ces deux courants se rejoignent, les deux se basent sur des concepts de domination et de pouvoir.

Le néoconservatisme d'inspiration religieuse méprise les femmes, les enferme dans des stéréotypes, les contrôle et les persécute, il leur enlève des droits acquis comme l'accès à l'avortement ou à la contraception.

Le néolibéralisme organise la précarité des femmes, les renvoie à la maison, quand des places doivent être libérées pour les hommes, stimule le tourisme sexuel et le consumérisme médical, prône un discours dominant médical tout puissant et hypersexualise notre vie. Un autre effet pervers du concept néolibéral, difficilement identifiable et camouflé, surgit sous la forme du choix sans choix : au nom des supposées libertés et de l'autonomie de chacune, on propose (parfois !) aux femmes des alternatives de traitements comme par exemple, allaitement oui ou non, contraception hormonale oui ou non, régularisation ou suppression des règles oui ou non, traitement hormonal de substitution oui ou non, vaccin HPV oui ou non... auxquelles elles doivent répondre ! Mais les vraies questions ne se situent pas au niveau de ces choix (dont l'énoncé et le contenu repose systématiquement sur une information tronquée et mensongère) mais au niveau de la discussion de nos conditions de vie et des déterminants de notre santé.

Quelle est notre situation réelle et quels facteurs familiaux, sociaux, économiques et culturels influencent notre santé et les choix qui s'y rapportent ? Est-ce qu'en situation de vulnérabilité j'ai un/une partenaire, un réseau qui me soutient affectivement, qui prend soin de moi, veille à mon confort, à ma nourriture, m'accompagne et se réjouit avec moi de ce que je vis comme l'allaitement par exemple? Comment je comprends et vis le fait de vieillir, comment je réagis à ce que la société me renvoie comme image du vieillissement etc.

L'auto-détermination en matière de santé consiste à pouvoir, tout d'abord, réfléchir, discuter et déconstruire, avec d'autres femmes, les idéologies qui sont embusquées derrière les alternatives proposées. Et alors, trouver et inventer ensemble les décisions appropriées qui s'inscrivent dans la réalité de nos vies.





## L'organisation de la résistance: groupes de femmes, intervention féministe

Pour résister et produire un autre discours, l'ASBL Femmes et Santé<sup>1</sup> organise dans la perspective du « Mouvement pour la Santé des Femmes », avec les concepts de la promotion de la santé et ses déterminants, des groupes de travail et de parole pour femmes autour de la cinquantaine, des groupes intergénérationnels, des ateliers de santé dans une perspective de genre (santé sexuelle et reproductive, auto-examen, immunité, alimentation) et assure la formation de femmes « paires ». L'ASBL a également mis en place une plateforme pour la santé des femmes où des professionnelles et des femmes relais développent des pratiques, analysent des dossiers et formulent des revendications pour interpellier les différents pouvoirs.

Dans toutes nos activités, « l'intervention féministe »<sup>2</sup> avec ses stratégies émancipatrices inspire le travail avec les femmes. Elle sous-entend de soutenir et respecter les femmes dans leur démarche, de déconstruire avec elles le rapport de pouvoir « soignant(e)/soigné(e) » et de se réapproprier le savoir séculaire et scientifique sur leur corps pour renforcer leur capacité à comprendre, discuter et décider des choix qui leurs sont proposés ou imposés. Ce travail en groupe favorise les rapports égalitaires et la reprise du pouvoir sur sa vie, la conscientisation des femmes en prenant en compte la pluralité et la complexité de leurs expériences. Il brise l'isolement et développe des liens de solidarité dans la lutte pour des changements individuels et sociétaux. A travers ces narrations plurielles, les expériences physiques et émotionnelles des femmes dans les groupes sont récontextualisées et envisagées non seulement à un niveau individuel mais encore social et environnemental. Cette approche est radicalement participative. Les femmes contribuent à l'élaboration des programmes et des savoirs. Les informations au sein d'un groupe, centrées sur des thèmes spécifiques de promotion de la santé, permettent aux femmes de clarifier et de partager entre elles leurs interrogations concernant leur vie, leur corps et leur santé. Nous découvrons ensemble les facteurs qui promeuvent notre santé et bien-être : alimentation, exercice physique, comment gérer le stress, l'attitude au travail, intégration et participation sociale, compétences sociales et autonomie, espoir, confiance, solidarité et tolérance.

Les rencontres avec des femmes de tous âges et de toutes classes sociales ont mis en évidence des problématiques ayant un impact direct sur la santé des femmes. C'est donc la réalité du terrain qui amène aujourd'hui l'asbl Femmes et Santé à insister sur la prise en compte du genre comme élément transversal en promotion de la santé (besoins particuliers face à des situations socio-construites défavorables aux femmes), et à travailler sur l'impact des inégalités et plus spécifiquement de la répartition injuste du CARE<sup>3</sup> dans la vie en famille et en société.

## Une approche globale, féministe et universaliste de la santé<sup>4</sup>

Cette approche doit prendre en considération

1. L'être humain comme un tout (corps et esprit) en interaction avec son environnement social et physique;
2. Les déterminants sociaux de la santé, les facteurs qui ont plus d'impact sur la santé comme la pauvreté, la violence, le logement, la culture, l'éducation, les compétences individuelles;
3. Une renégociation des rôles attribués en fonction du genre autour de la gestion du CARE afin de relativiser son impact sur la santé des femmes. La problématique de la répartition du Care constitue une question clé pour promouvoir une société plus juste ;
4. Le concept de promotion de la santé dans lequel la santé est aussi une affaire de justice sociale;
5. Le concept d'autosanté (prendre sa santé en main) qui valorise les ressources et savoirs propres de la personne et permet de sortir des rapports de domination et sousmission au monde médical, qui promeut l'auto-détermination et la responsabilité de la personne et le droit au consentement;
6. Une approche critique face à la biomédecine et son discours dominant à prétention universelle et de ses alliances avec l'industrie pharmaceutique et cosmétique;
7. Une reconnaissance de compétences et connaissances séculaires des femmes.



<sup>1</sup> [www.femmesetsante.be](http://www.femmesetsante.be)

<sup>2</sup> L'Intervention féministe d'hier à aujourd'hui, Portrait d'une pratique sociale diversifiée sous la direction de Christine Corbeil et Isabelle Marchand, éditions du remue ménage, 2010, Montréal.

<sup>3</sup> Le CARE est « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tout élément que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » Joan Tronto, Moral Boundaries : a Political Argument for an Ethic of care, p.143.

<sup>4</sup> voir aussi charte de la plateforme pour promouvoir la santé des femmes : [www.platformefemmes.be](http://www.platformefemmes.be)



# PAR QUOI ET COMMENT LA SANTÉ DES FEMMES EST-ELLE INFLUENCÉE ?



par Corine Paris et Giorgia Scalmani  
Vie Féminine Bruxelles

« Être femmes, c'est déjà être précaires ». Notre recherche sur la précarité l'a mis en avant, les rôles sociaux reposent sur une vision inégalitaire de la société et les multiples dominations que les femmes vivent ont un impact sur leur santé. À Vie Féminine, nous voulons impulser une vision globale et féministe de la santé qui mène à questionner le pourquoi des bonnes ou mauvaises conditions de la santé des femmes. À l'inverse d'une façon de voir qui uniformise, à l'instar de la pensée dominante et unique néo-libérale, l'approche féministe de la santé est une vision globale et intersectionnelle qui tient compte des spécificités propres à chaque sexe et de leur construction sociale. Nous voyons la santé comme un facteur collectif et social. Nous voulons aussi un système de santé accessible qui prenne en considération nos spécificités en tant que femmes. Le sexe est, en effet, un déterminant social de la santé au même niveau que les autres.

Les rôles sociaux qui influencent notre santé de femme : les soins aux autres, la charge des enfants, les places en milieux d'accueil, le travail invisible et gratuit des femmes, l'inégalité salariale, la surcharge mentale, les violences, l'isolement, le racisme, la précarité, la monoparentalité, les professions des soins mal payées et/ou dévalorisées, les stéréotypes sexistes, la médecine patriarcale-capitaliste, etc.

Interpellées par ces aspects, à Vie Féminine Bruxelles, nous avons voulu commencer un groupe de réflexion autour de la question des déterminants de la santé des femmes suivant une méthodologie d'intervention sociologique qui s'appuie sur « l'outil de l'étoile ». Cet outil est déjà utilisé au sein du mouvement dans différents groupes et dans la recherche précarité. Le groupe a été constitué par des femmes du mouvement travaillant la santé et animées par l'envie de faire évoluer les choses. Le groupe s'est réuni pendant dix séances entre avril 2013 et janvier 2014. Les objectifs formulés ont été :

- décoder les enjeux de santé qui intéressent les femmes de milieux populaires à Bruxelles;
- créer un réseau au niveau régional;
- impulser et soutenir les projets de santé déjà existants;
- commencer un travail politique en matière de santé;
- créer une ou plusieurs activités « actions santé » à l'occasion de la Caravelle des droits des femmes sur Bruxelles.

La première étape a été d'identifier notre question de départ que nous avons placée au centre de l'étoile: « Par quoi et comment la santé des femmes est-elle influencée ? ». A partir de là, nous nous sommes questionnées pour identifier des éléments de réponses et déterminer les branches de l'étoile. Nous les avons nommées et regroupées par thèmes.

## BRANCHES DE L'ÉTOILE :

- les cycles de vie, l'utérus, les droits sexuels et reproductifs, l'éducation à la santé et aux droits reproductifs et sexuels, l'avortement,

- le corps médical classique, la relation médecin-patient, l'accès au système des soins, la représentation féminine dans la recherche scientifique,
- la migration,
- le logement,
- la monoparentalité,
- Les violences (sexuelles, économiques, morales, psychologiques, physiques), la violence conjugale,
- l'accessibilité économique, la précarité, l'argent,
- le sport, l'alimentation, l'hygiène de vie,
- les soins aux autres,
- l'isolement, l'organisation des soins,
- les tabous, l'entourage, la culture, la littérature et l'éducation
- l'image des femmes dans les médias, l'influence de la pub, l'accès à l'info, les stéréotypes liés au sexe.

Cette étoile est incluse dans un cadre représentant des facteurs omniprésents et transversaux : le temps, la psychologie, la santé mentale, les politiques de santé, le stress, l'environnement géographique, la santé physique.

A partir des thématiques, le groupe a décidé d'inviter des intervenant(e)s extérieur(e)s. Nous avons rencontré : Catherine Markstein (asbl Femmes et Santé) pour aborder certains points tels que la surmédicalisation des femmes et la relation médecin-patiente ; Avec Eric Colle (Mutualité Chrétienne) nous avons débattu de la marchandisation de la santé et les approches de la santé solidaire et marchande ; Ariane Estenne (Vie Féminine) A abordé la santé mentale des femmes ; Peter Verduyck (Observatoire de la santé et du social de Bruxelles) a fait l'état des lieux des déterminants de la santé et la situation sociale en région bruxelloise. Sur ces bases, nous avons précisé notre « étoile de santé ».

En parallèle, s'est constitué un groupe sur la santé lors de la Caravelle des Droits des Femmes sur Bruxelles. Trois thématiques y ont été abordées : la santé mentale des femmes, le système de santé et les femmes des milieux populaires, la santé des femmes âgées et le droit à l'information. Une journée a été dédiée à chaque thématique.

L'objectif de la journée autour de la santé mentale intitulée « Nous les femmes, nous avons le droit d'être folles dans ce monde de fous » était de se sensibiliser aux facteurs influant la santé mentale des femmes. Nous avons le droit d'être tristes, de pleurer... sans être considérées comme des « dépressives, hystériques, etc. ». Cette journée a commencé par des saynètes dans l'espace public sur les stéréotypes attribués aux femmes suivi d'un atelier. Qui a débouché sur une réflexion concernant l'influence des stéréotypes sexistes dans l'éducation des enfants. Cette journée a mis en évidence le travail qui doit être fait pour mettre à mal le sexisme latent de notre société.



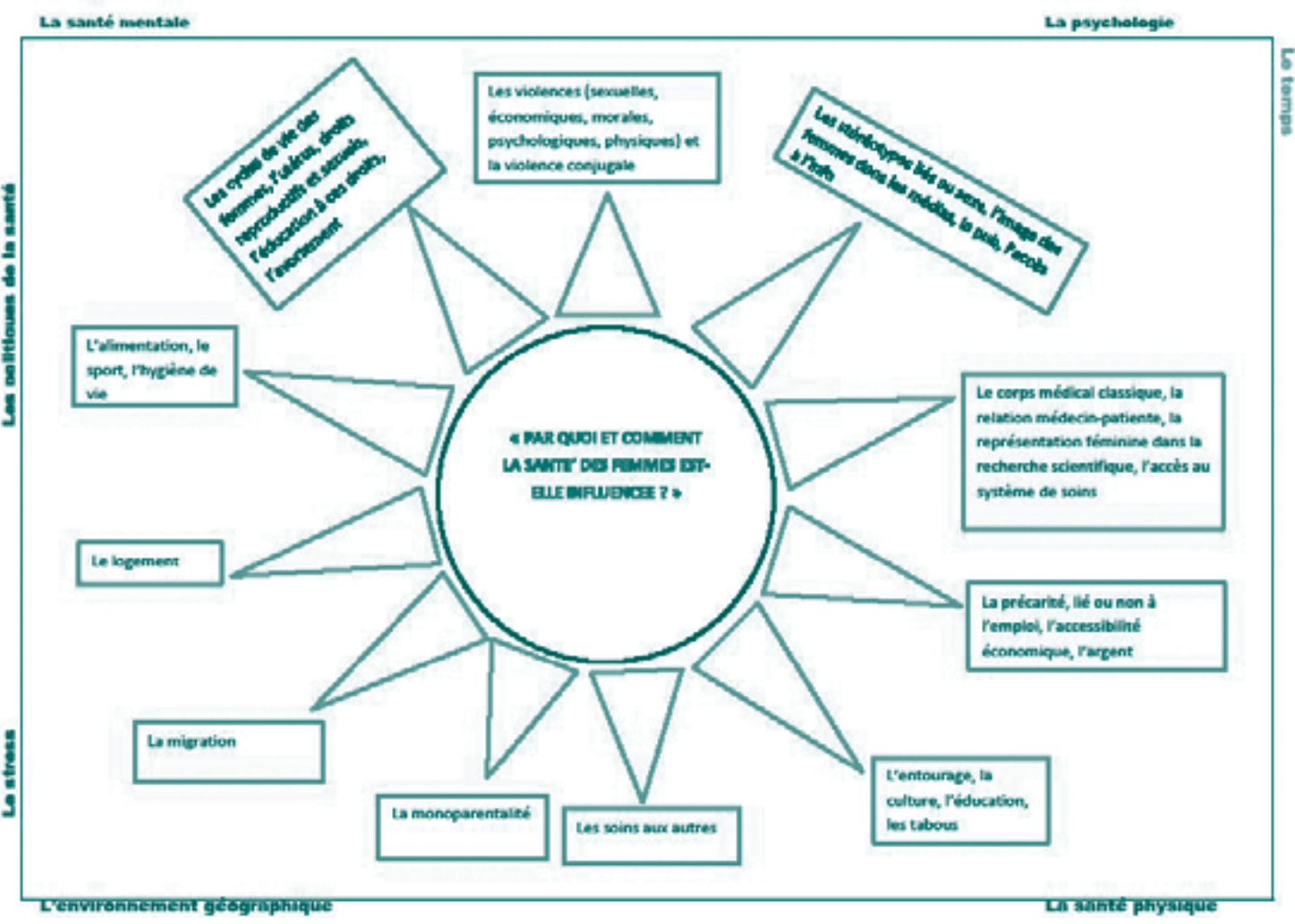
La journée « Nous avons droit à un Système de Santé Egalitaire et de Qualité » est partie du constat de l'existence d'un système inégalitaire de santé et de l'importance de la relation patiente-médecin. Les femmes ont fait un jeu de rôle et ont exposé les difficultés qu'elles rencontraient lors de consultation chez le médecin. C'est le stress provoqué par le fait d'aller chez le médecin qui est le plus souvent évoqué. De façon récurrente, les femmes ont dit ne pas se sentir en confiance, ni écoutées par leur médecin qui ne prenait ni le temps de considérer leur douleur, ni de leur donner toutes les informations nécessaires. La majorité des femmes se sentaient écrasées par « l'autorité et le pouvoir » du médecin.

Enfin, nous avons fait une action « Carte S.I.S. ». Les femmes ont été invitées à déposer sur des cartes SIS intitulées « Système Inégalitaire de Santé » leurs inégalités vécues. Lors de la journée consacrée à la santé des femmes âgées « Nous avons droit à l'information pour vieillir dans de bonnes conditions », nous avons débattu à partir d'une pièce de théâtre sur les maisons de repos et de soins « Quel toit pour vieillir ? Du cauchemar au

rêve » réalisé par « Les extrasystoles », un groupe de Vie Féminine Liège. Il ressort, tant du travail effectué par le groupe de réflexion que des journées santé lors de la Caravelle des Droits des Femmes sur Bruxelles, que le système de santé est de plus en plus inégalitaire en termes de genre et en termes sociaux. Il tend vers une marchandisation dangereuse qui, à plus ou moins long terme, va accroître la distance entre la patiente et le monde médical et mettre en péril la santé de toutes. Les femmes des milieux populaires n'auront bientôt plus les moyens de se soigner si le système de santé, déjà inégalitaire pour les femmes, subit des réformes tendant vers cette marchandisation.

À Vie Féminine Bruxelles, nous avons décidé de poursuivre le travail autour des déterminants de la santé des femmes et de faire un cahier d'animation et de sensibilisation à partir du support de l'étoile de la santé des femmes. Le groupe de réflexion souhaite aussi continuer son travail d'éducation permanente féministe et finaliser un travail plus politique. **Le capitalisme, le racisme et le sexisme nuisent gravement à la santé des femmes.**

Quelques paroles de femmes pendant l'action « Carte S.I.S. (Système Inégalitaire de Santé) » le 8 mars 2014 à la clôture de la Caravelle des Droits des Femmes : « Je suis allée à la police dénoncer que j'avais vécu violences et ils m'ont dit que je l'avais cherché », « Le gynécologue m'a retiré mon stérilet sans m'avertir », « On n'a pas les mêmes informations car on est migrante », « Le médecin me fait payer une consultation sans même me regarder », « ma pension est insuffisante pour payer une prothèse ou des lunettes », « Il faut lutter pour avoir la carte médicale urgente », « Tout le monde sait prescrire des antidépresseurs mais pas faire un diagnostic sur la santé mentale », « le non-remboursement des médecines alternatives en font des médecines uniquement pour les riches ».





# L'ACCORD DE LIBRE-ÉCHANGE ENTRE L'UNION EUROPÉENNE ET LES ÉTATS-UNIS : « EST-CE VRAIMENT SAIN » ?



Par Jean-Pierre Descan,  
directeur des affaires européennes à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

Cela fait plus d'un an que l'Union européenne et les États-Unis négocient un accord commercial. Depuis lors, les tractations relatives à ce texte, au contenu pour le moins obscur, se déroulent dans le plus grand secret. La Commission européenne, et en particulier le Commissaire européen chargé du Commerce, Karel De Gucht, a gardé le monopole des discussions avec les américains. Toutefois, pas mal de choses ont changé ces derniers mois. L'opposition des mouvements sociaux n'a cessé de croître et les pouvoirs publics de plusieurs pays, en particulier la France et l'Allemagne, s'inquiètent de plus en plus souvent du contenu et surtout de la méthode utilisée lors de ces négociations. Il apparaît de plus en plus évident que les États-Unis ne s'intéressent pas vraiment à la diminution des tarifs douaniers, mais plutôt au contournement d'un grand nombre de réglementations mises en place par l'Union européenne dans le domaine des droits sociaux, des prescriptions écologiques, de la sécurité alimentaire et du contrôle de la qualité. La Commission européenne n'a cessé de clamer — par l'entremise de Monsieur De Gucht — que les normes ne peuvent pas être revues à la baisse dans ces domaines, mais les grands investisseurs américains se dotent quand même des instruments qui leur permettront de les remettre en question. Une telle remise en question pourrait avoir lieu par le biais de l'« Organe de règlement de différends » ISDS, qui donne la possibilité aux entreprises d'obtenir un dédommagement de la part de l'Union européenne ou d'un État membre si leurs « investissements » devaient subir un préjudice ou si lesdites entreprises se voyaient imposer des restrictions contraires au contenu de l'accord commercial. À l'évidence, cette procédure présente une grande complexité sur le plan juridique et dans la pratique, seules les grandes multinationales pourront y avoir recours.

Manifestement, une mobilisation sociale s'impose contre cet accord de libre-échange. En raison du secret qui entoure les négociations et vu la complexité de la matière, peu de personnes ne s'en préoccupent. À tort ! Examinons les conséquences potentielles d'un tel texte pour les soins de santé dans notre pays.

## La fin de l'assurance maladie-belge?

Récemment, l'Union européenne a dressé une première liste des services qu'elle souhaite éventuellement aborder dans le cadre de cet accord commercial, dans l'espoir que les américains établissent une liste similaire. Toutefois, cette liste demeure une proposition, et peut donc encore être modifiée et faire l'objet de nombreuses interprétations. Ainsi, l'Union européenne affirme ne pas intégrer les « services de santé » dans l'accord commercial. Ces « services de

santé » sont définis de la façon suivante : « les services qui bénéficient d'un financement public ou d'une aide publique - et qui ne sont donc pas financés par des moyens privés ». Dans cette catégorie, la Commission européenne inclut, entre autres, le secteur hospitalier, les infrastructures de soins résidentiels, les ambulances, les services aux groupes vulnérables et aux personnes handicapées, ... Mais qu'advient-il alors des assurances-maladie qui reposent sur des cotisations sociales de travailleurs et d'employeurs ? Quid des organismes caritatifs qui vivent des dons de membres ou de bienfaiteurs ? Que se passera-t-il pour les hôpitaux qui bénéficient de différentes formes de financement ? Seul le financement public direct, que connaissent la plupart des pays d'Europe Centrale, jouira d'une protection contre ce mécanisme de marché. Et encore... Depuis de nombreuses années, l'assureur néerlandais Achmea est impliqué dans une procédure juridique avec l'État slovaque car ce dernier a rabaissé le rôle des assureurs privés dans l'assurance-maladie au profit d'une assurance-santé publique nationale.

L'assurance-maladie belge est financée en partie par des subventions publiques et en partie par des cotisations sociales payées par les travailleurs et les employeurs. Nous pouvons donc partir de l'hypothèse que notre modèle ne sera pas protégé dans les accords commerciaux, et donc que des assureurs privés (étrangers) pourront remettre en question notre système d'assurance-maladie, et plus particulièrement le rôle des mutualités. Notre système d'assurance-maladie solidaire, dans lequel le patient ne se borne pas à recevoir une intervention financière mais dans le cadre duquel il est effectivement impliqué dans sa gestion — par l'entremise des mutualités — appartiendrait une fois pour toute au passé. Subitement, le scénario catastrophe d'un système d'assurance-maladie à deux vitesses — un régime public comprenant une assurance de base et une assurance complémentaire organisée par les assureurs commerciaux pour les personnes les plus nanties — pourrait faire partie des possibilités.

## Des médicaments plus chers

Cependant, les accords commerciaux peuvent également avoir d'autres conséquences, surtout dans le domaine des médicaments. Les pouvoirs publics ne pourraient plus librement choisir les médicaments qui peuvent faire l'objet d'un remboursement. Dans le but de réduire les coûts pour l'assurance-maladie et pour les patients, nous insistons depuis quelques années sur l'importance des médicaments génériques, qui ne sont plus la propriété exclusive du producteur initial, mais peuvent être librement produits. Le traité de libre-échange en cours de négociation va inciter les grands groupes pharmaceutiques à





conserver bien plus longtemps les droits sur leurs produits étant donné que les pouvoirs publics ne pourront plus faire de distinction entre les « produits de marque » et leurs pendant génériques. Par conséquent, les producteurs exerceront une influence directe sur le remboursement, ce qui va sans aucun doute entraîner une hausse des prix. Les efforts consentis depuis de nombreuses années par les États membres et leurs assureurs-maladie en vue de mettre en place une politique plus transparente des coûts de développement de nouveaux médicaments risquent d'être réduits à néant. Et les producteurs ne manqueront pas de trouver de nouveaux moyens de vendre leurs médicaments. Ainsi, à l'image de ce qui se passe aux États-Unis, l'information directe — lire publicité — au patient relèverait du domaine des possibilités. Cette technique permet de minimiser le rôle d'accompagnement du médecin généraliste et les actions de prévention risquent d'être mises sous pression par le secteur pharmaceutique.

Enfin, il convient également d'évoquer le suivi de la phase de test précédant l'introduction des médicaments sur le marché des soins de santé. À l'heure actuelle, l'Union européenne tente de conclure des accords avec le secteur sur le sujet, afin de favoriser l'accessibilité aux résultats des études scientifiques et des tests. Ces accords devraient permettre de donner une vue plus claire des éventuels effets secondaires des médicaments. L'accord de libre-échange entre l'Union européenne et les États-Unis risque de mettre à mal cette évolution étant donné que les producteurs américains se réfugient derrière le secret professionnel et ne collaboreront jamais à cette politique européenne axée sur l'amélioration de la protection des droits des patients.

En outre, ce scénario risque de faire tache d'huile vers d'autres secteurs, comme les produits médicaux et les procédures médicales. À l'heure actuelle, les procédures de traitement sont protégées par des brevets aux États-Unis, si bien que celles-ci ne peuvent pas être effectuées par d'autres prestataires. La signature de cet accord commercial entraînera peut-être aussi leur apparition en Europe. Le cas échéant, le concept de libre choix du patient et du prestataire disparaîtrait définitivement. Il n'est donc pas étonnant de constater que non seulement les mutualités et d'autres organisations de défense des droits du patient s'interrogent sur l'évolution de ces négociations, mais également les fédérations de défense des médecins et même des producteurs de médicaments européens, qui craignent de se voir étouffés par la concurrence à la suite de l'entrée en vigueur de cet accord de libre-échange.

## Adieu à la sécurité sociale solidaire?

Le système de sécurité sociale que nous connaissons en Belgique et dans nombre d'autres pays européens risque de subir une forte pression si l'accord commercial est approuvé en vertu des critères que nous connaissons aujourd'hui. La disparition progressive d'un système de sécurité sociale solidaire irait de pair avec une augmentation des coûts des soins de santé, tant pour les assureurs-maladie que pour les patients, et avec une diminution de la qualité des soins de santé. La croissance économique limitée — et la création de nouveaux emplois — que devrait générer ce nouvel espace de libre-échange entre les États-Unis et l'Europe, paraissent bien futiles face aux dangers qui menacent les soins de santé ainsi qu'un grand nombre d'autres secteurs (écologie, sécurité alimentaire, droits sociaux des travailleurs, etc.). Avec une crise économique qui, dans de nombreux pays, va de pair avec une augmentation de la pauvreté et des inégalités sociales, cet accord pourrait renforcer l'instabilité qui règne dans les États membres de l'Union européenne.

Les mutualités et leurs réseaux internationaux reconnaissent ces dangers. L'AIM (Association Internationale de la Mutualité) suit de près tous les développements et tente de formuler une réponse commune des mutualités européennes à la suite des propositions développées dans le cadre des négociations. Les Mutualités chrétiennes, en concertation avec d'autres organisations membres du mouvement ouvrier chrétien, veulent dans tous les cas éviter qu'il soit porté atteinte aux droits du patient et au système d'assurance solidaire. Il incombe désormais à la Commission européenne de démontrer qu'un éventuel accord commercial avec les États-Unis tiendra compte des aspirations des mouvements sociaux. Dans le cas contraire, elles n'auront d'autre choix que de lancer une mobilisation générale contre cet Accord.





# TRANSFERT DES COMPÉTENCES : LES ENJEUX POUR LE SECTEUR HOSPITALIER À BRUXELLES !

## Conséquences inattendues, incertitude sur les financements futurs ?



Par Jean-François CULOT,  
directeur adjoint de la Mutualité St Michel

En matière de politique des personnes âgées, le transfert des compétences a provoqué - discrètement - dans les semaines qui ont précédé la date d'application de l'accord (01/07/2014) des regroupements et/ou fusions d'activités hospitalières au plan fonctionnel et juridique.

### Eclairage sur un paradoxe politique qui préfigure les enjeux actuels et futurs de l'application des transferts de compétence à Bruxelles !

L'accord institutionnel pour la 6ème réforme de l'Etat dans son chapitre « Homogénéisation de la politique des personnes âgées et soins long care » spécifiait, je cite : « La compétence complète (y compris la fixation du prix réclamé aux résidents) en matière de maisons de repos, maisons de repos et soins, centres de soins de jour, centres de court séjour, services G isolés et services Sp isolés sera intégralement transférée aux Communautés ».<sup>1</sup>

Rien de contradictoire à l'esprit et à la volonté des parties, dès l'instant où les négociateurs en présence s'étaient entendus sur le principe du transfert de la politique des personnes âgées (PA), sinon qu'à considérer qu'en matière d'hospitalisation des personnes âgées, surgissait le risque de voir des divergences de financements pour une même pathologie chez un même patient âgé, selon l'institution de prise en charge. Les hôpitaux bruxellois accueillant aussi une part importante de PA des autres régions, on n'ose même pas imaginer le risque et les conséquences d'un découplage de financement entre les différentes entités fédérées pour des institutions à vocation similaire selon leur localisation régionale !

Ce risque, parmi d'autres liés aux accords de la 6ème réforme institutionnelle, a été régulièrement évoqué et communiqué à plusieurs reprises par les Mutualités Chrétiennes pendant les négociations.

De manière très concrète, on trouve des lits d'indice G (gériatrie) et d'indice SP (revalidation) soit dans des hôpitaux aigus (financement via le BMF fédéral)<sup>2</sup> soit dans des institutions spécialisées, dont le financement de ces seules dernières, selon l'accord ci-avant, devait être transféré intégralement aux Communautés... (COCOM ou COCOF).

A Bruxelles, cela concernait 6 institutions « hospitalières de gériatrie et spécialisées » d'une capacité totale de 730 lits, qui se sont rapidement interrogées... et ont interrogé leur « futur pouvoir subsidiant » (COCOM ? COCOF ? VGC ?) sur leur avenir et les garanties de conserver tout à la fois un statut et un financement identique à ceux de leur grand frère hospitalier.

Faute d'une impossible clarification ni d'autres garanties, - les politiciens eux-mêmes ne pouvant s'engager sur des avatars électoraux incertains

avant le scrutin de mai - le choix des institutions concernées s'est rapidement établi sur la base du dicton : « On sait ce qu'on perd, on ne sait pas ce qu'on gagne » : l'objectif a donc été de trouver les moyens légaux, y compris avec l'accord des pouvoirs administratifs et publics, pour reloger la politique d'hospitalisation/de revalidation de la personne âgée là où les financements sont - pour le moment encore - les plus stables, c'est-à-dire au niveau fédéral : traduction d'un aller-retour paradoxal et inattendu visant à contourner les incertitudes liées à un accord politique !

Valida (Chapitre XII - CPAS Berchem-Ste-Agathe + UCL St Luc) a été incorporé par fusion à Sanatia pour s'assurer d'un financement fédéral (la psychiatrie reste financée au fédéral !), le HRG (Hôpital de Revalidation de Gériatrie) dépendant du CPAS de Woluwe St Lambert a passé un accord avec HU Erasme, l'hôpital gériatrique Magolia (HGM) à Jette apportera ses lits G au sein des Cliniques St Jean, le Centre de Traumatologie et de Réadaptation - CTR - rejoint également le giron d'Erasme et enfin, le Centre de Gériatrie du Scheutbos fusionne ses activités avec le CHRP (Centre Hospitalier de Réadaptation et de Psychiatrie du Brabant Wallon ex - les Cliniques du Bois de la Pierre (Sylva).

Au plan politique et social, un tel phénomène, qui contrecarre un accord politique imparfait ou insuffisant, soulève au moins quelques réflexions :

- tout transfert de compétences, avec quelque volonté que ce soit, reste bien un exercice politique aléatoire quant à la manière de s'appliquer, allant même jusqu'à provoquer des effets retours ou inverses inattendus;
- qu'en matière de personnes et a fortiori de santé publique, il y a lieu de confronter et de sensibiliser davantage les volontés politiques aux réalités et aux faisabilités institutionnelles et humaines : la santé d'une personne s'accommode mal de découpages territoriaux, institutionnels, administratifs et politiques superfétatoires;
- finalement, tout accord, surtout en matière de santé, ne devrait-il se soumettre systématiquement au verdict de la cohérence et de la rationalité de ceux qui ont l'expertise confirmée de la matière entre leurs mains ?

On se réjouira en tout cas que les patients, et, dans ce cas les personnes âgées en particulier, n'aient pas à souffrir de ces avatars politico-institutionnels<sup>3</sup> : le risque d'un découplage de financement est pour le moment levé au plan des institutions hospitalières de Bruxelles. Mais le

<sup>1</sup> In « Un Etat fédéral plus efficace et des entités plus autonomes - Accord Institutionnel pour une 6ème réforme de l'Etat » - 11 octobre 2011

<sup>2</sup> Succinctement, les Hôpitaux sont financés par le niveau Fédéral (INAMI) grâce au BMF (Budget des Moyens Financiers). Les hôpitaux hébergent des lits indicés selon les pathologies traitées. (C, D, G, Sp etc...).

<sup>3</sup> La vérité nous oblige aussi à dire qu'en l'espèce... les acteurs du terrain ont dans le cas de figure qui nous occupe - détourné ou adapté un accord imparfait, sans conséquence cette fois pour le patient Bruxellois. Pour le même prix, d'autres pourraient avoir moins de scrupule sur la libre interprétation du contenu d'un accord...



restera-t-il longtemps entre différentes entités qui auront désormais de nouveaux leviers en main tout en disposant de moyens différents ? La 6ème réforme de l'Etat est loin d'être accomplie. Elle ne livrera que très progressivement aux citoyens les impacts attendus ou inattendus. Aux Mutualités Chrétiennes, nous restons plus que convaincus qu'en matière de soins de santé et de santé publique, la mutualisation des moyens financiers alloués reste plus que certainement la clef d'un système

de soins justes, accessibles et performants ! Déformer cette mutualisation par un « détricotage » institutionnel et territorial nous semble une aberration sociale et politique non dénuée de risques pour les patients. Il faudra donc rester vigilants lors de la mise en place et l'organisation des transferts. Les appétits et les velléités exprimés par certains partis doivent clairement nous rendre attentifs pour l'avenir d'un système de soins de santé qui a fait ses preuves !

## VOTRE SANTÉ N'A PAS DE PRIX : VISION PAR LA LORNETTE DES HÔPITAUX PRIVÉS



*Par Anne-Thérèse Destrebecq,  
permanente CNE*

Les hôpitaux généraux sont des institutions hospitalières qui ont une diversité de services : chirurgie, médecine, soins intensifs, soins d'urgence, maternité, gériatrie... Ils sont financés par l'Etat fédéral. A Bruxelles, il existe des hôpitaux publics (le réseau IRIS qui reçoit également un financement de la Région) et des hôpitaux privés. Les structures hospitalières privées sont censées ne pas chercher à faire de profits puisque le statut d'asbl est obligatoire et l'actionnariat interdit. Distinguons cependant deux logiques : celle des hôpitaux où les médecins sont indépendants et perçoivent un pourcentage du chiffre d'affaires et celle des hôpitaux où les médecins sont salariés.

Le personnel hospitalier est financé par le budget fédéral mais ce n'est pas « la photo » du personnel en place qui est prise en considération, cela fait l'objet d'un calcul compliqué qui tient compte de l'activité hospitalière avec un recul de 5 ans plus ou moins. Les gestionnaires hospitaliers se plaignent et clament haut et fort qu'ils ne sont pas suffisamment financés notamment pour le personnel.

Notons également, que les barèmes en vigueur dans les hôpitaux, n'ont pas été augmentés depuis 1991 si ce n'est 1% en 2001. En fait si les salaires ont augmenté, c'est grâce à l'index et à tout ce que nous avons pu obtenir syndicalement en matière de sursalaires, à savoir un sursalaire de 35 % pour les heures de nuit (de 20h à 6h), un sursalaire de 56% pour les heures de dimanche, un sursalaire de 26% pour les heures de samedi et un sursalaire de 21% pour l'heure de 19h à 20h et cela pour toutes les professions qui travaillent dans un hôpital privé.

Comme les gestionnaires veulent avoir le moins de charges possible, ils nous concoctent des situations du genre : externalisation de certains services comme par exemple le nettoyage, la stérilisation, la cuisine, le laboratoire. Nous devons nous battre syndicalement pour que ces services ne soient pas sous-traités, que le personnel reste bien « personnel hospitalier » et continue d'être payé comme tel. Avec la sous-traitance, les travailleurs/ses dépendraient d'une autre commission paritaire et auraient des salaires moins élevés alors que déjà, comme personnel hospitalier, certains salaires sont loin d'être mirobolants. Citons le personnel d'entretien ou le personnel de cuisine qui démarrent avec un salaire équivalent au Revenu d'Insertion Sociale.

Nous assistons également à des fusions hospitalières, à des rationalisations pour faire des économies d'échelles, à la création de centrales d'achat pour pouvoir bénéficier de prix intéressants et devoir moins déboursier. L'activité syndicale, pour la défense des droits du personnel est intense. La charge de travail est grandissante au sein des unités de soins. En cause, la durée plus courte des hospitalisations. Le financement étant plus important que pour les longs séjours, on n'attend pas qu'un patient retrouve son autonomie pour déjà le renvoyer chez lui. Les besoins de tous les patients sont donc intenses tout le temps. Par ailleurs, le fait que les patients contribuent plus qu'avant au coût de leur hospitalisation accroît leurs exigences vis-à-vis du personnel.

Nous veillons au grain pour que la « marchandisation » ne se propage pas dans nos institutions hospitalières bruxelloises. Nous intervenons lors des réunions de conseil d'entreprise, des rencontres en délégation syndicale. Nous informons le personnel via des tracts, l'affichage. Nous éditons également un journal hospitalier qui s'appelle Vitamine C qui informe le personnel sur une nouvelle législation, sur ce qui se passe dans le secteur...

La santé est un bien précieux, mettons tout en œuvre pour la préserver. Notre rôle comme syndicat est de veiller au bien-être du personnel pour qu'il puisse s'occuper au mieux de vous, chers lecteurs.

Syndicalement vôtre







# INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE



Par le Docteur Philippe Debaene, médecin conseil principal  
Christine Labrique, chef du service indemnités  
Eric Colle, chef du service social  
Mutualité Saint Michel

## Quelques données du problème

Depuis ces 25 dernières années, les chiffres montrent une augmentation constante du nombre de personnes en incapacité de travail. Cette donnée doit cependant être relativisée car, sur la même période, on observe également une croissance de la population globale, mais aussi de la population active. Cette augmentation s'explique également par le vieillissement de la population car c'est dans les classes d'âge de plus de 50 ans que le taux d'invalidité est le plus élevé. Elle est davantage marquée pour les femmes que pour les hommes, mais cette différence peut se comprendre par la participation accrue des femmes au marché du travail, ainsi que par le recul de l'âge de la pension. Par ailleurs, le risque de se retrouver en incapacité de travail est plus élevé pour les ouvriers que pour les employés.

En ce qui concerne les motifs de l'incapacité de travail, les troubles psychiques représentent la principale cause (35% des diagnostics). Le deuxième groupe en importance est constitué des maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif (25%). Ces deux groupes de maladie sont en progression constante, mais celle-ci est plus marquée pour les affections psychiques. La maladie à l'origine de l'incapacité de travail varie selon les catégories socio-professionnelles. Les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif touchent davantage les ouvriers alors que les troubles psychiques touchent davantage les employés.

La réalité des personnes en incapacité de travail est donc une réalité complexe : de multiples facteurs interviennent : l'évolution démographique, les caractéristiques du marché de l'emploi, les conditions et la nature du travail, les progrès médicaux... En conséquence, le travail d'accompagnement et de réinsertion dans la vie sociale et professionnelle de ces personnes doit prendre en compte cette complexité et proposer des mesures adaptées à chaque situation.

## La spécificité bruxelloise

Tout d'abord, la majorité des entreprises présentes sur le territoire de la région bruxelloise sont des entreprises de services qui emploient principalement des employés. En conséquence, à Bruxelles, le pourcentage de personnes en incapacité de travail par rapport à l'ensemble de la population active est plus faible que dans d'autres régions du pays où la proportion d'ouvriers est plus importante. Par ailleurs, en ce qui concerne les pathologies à l'origine de l'incapacité de travail, les troubles psychiques, qui touchent davantage les employés, sont plus fréquents.

La deuxième particularité à relever est le taux de chômage, plus élevé à Bruxelles que dans le reste du pays. Il est de 19% pour l'ensemble de la capitale, mais on constate de fortes disparités et dans certaines communes ou certains quartiers, il peut dépasser les 30%. Ainsi, à Bruxelles, parmi les personnes reconnues en incapacité de travail et indemnisées par les mutualités, on trouve un pourcentage plus élevé de personnes qui avant le début de la maladie, n'étaient pas insérées sur le marché du travail, mais bénéficiaient d'allocations de chômage.

Ces deux caractéristiques socio-économiques bruxelloises sont importantes à relever quand on parle des mesures d'accompagnement pour les personnes en incapacité de travail et de leur réinsertion sociale et professionnelle. En effet, on ne peut pas envisager l'accompagnement d'un employé en incapacité de travail consécutive à une dépression de la même façon que celui d'un ouvrier en arrêt de travail prolongé suite à une lésion organique. De la même façon, le suivi des chômeurs, qui ne sont plus disponibles sur le marché de l'emploi en raison de problèmes de santé doit être pensé différemment de celui des travailleurs qui, avant de tomber malades, exerçaient réellement un emploi.

## Quel accompagnement

Pour la plupart des personnes en incapacité de travail, le retour vers la vie active se fait sans trop de difficultés et ne nécessite pratiquement aucune intervention externe. Pour d'autres par contre, le processus peut prendre plus de temps et la période durant laquelle elles restent à charge de la mutualité peut parfois se prolonger durant plusieurs années. Ces personnes, par contre, nécessitent un suivi et un soutien adapté.

Les raisons pour lesquelles la période d'incapacité peut se prolonger sont multiples, variées et interdépendantes. La première est évidemment médicale. Le pronostic varie en fonction de la pathologie. Une personne victime d'une fracture de la jambe a, à priori, plus de chances de reprendre rapidement le travail qu'une autre chez qui on a diagnostiqué un cancer nécessitant une chimiothérapie durant plusieurs mois. Ceci étant, on constate que pour un même type de maladie, telle personne va mieux s'en sortir qu'une autre. Cela dépend entre autre des ressources qu'elle peut mobiliser et celles-ci dépendent à leur tour, du vécu de la personne, de son histoire, de son parcours, de son entourage, des aides et des opportunités autour d'elle qu'elle peut saisir et utiliser, etc...

On observe cependant certaines tendances. Ainsi, La reprise de travail a plus de chance si elle intervient dans les six premiers mois. Au-delà, La personne perd progressivement le contact avec le monde de la vie active, risque de s'isoler socialement, perd peu à peu sa motivation. D'autres pathologies, dont la dépression, risquent de venir se greffer





sur la maladie initiale et aggraver encore la situation. L'âge intervient aussi et on pourrait penser qu'une personne de 30 ans a plus d'atouts qu'une de 50, mais ce n'est pas forcément vrai dans toutes les situations. Ainsi, Un jeune chômeur sous-qualifié reconnu en maladie suite à une décompensation psychotique aura probablement plus de difficultés qu'un ex-cadre d'entreprise de 45 ans victime d'un burn out.

Le fait de garder ou non des contacts avec le monde du travail joue aussi un rôle important. Les chances d'une réinsertion rapide reposent également sur le fait que la personne malade conserve des liens avec ses collègues de travail, mais aussi avec son employeur. Celui-ci peut en effet par exemple, proposer un aménagement de la fonction ou l'attribution d'une autre fonction au sein de l'entreprise, ou encore une adaptation du poste de travail, une reprise partielle (ce qu'on appelle couramment le « mi-temps médical »), etc...

La question est donc bien de savoir : quelle aide proposer, à qui, par qui, comment, à quel moment et avec quel objectif ?

### **La réadaptation professionnelle : un outil peu connu et peu utilisé**

La réadaptation professionnelle est réglementée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Elle est destinée aux personnes reconnues en incapacité de travail qui, en raison de leur état de santé, n'ont plus les capacités de reprendre leur ancien emploi, ni aucune des professions de référence (ensemble de professions que la personne pourrait exercer sur base de sa formation et de son expérience professionnelle antérieure), mais qui, potentiellement, pourraient récupérer une capacité de gain, moyennant l'acquisition d'une nouvelle qualification professionnelle compatible avec leur état de santé.

Elle est également destinée aux personnes définitivement incapables de reprendre leur ancien métier et temporairement inaptes pour une des professions de référence mais qui, à terme, pourraient reprendre cette profession moyennant une actualisation des compétences ou l'acquisition de nouvelles compétences dans le cas d'un écartement durable du marché de l'emploi.

La réadaptation professionnelle consiste donc à permettre à ces personnes de suivre des formations débouchant sur l'actualisation d'anciennes qualifications et/ou l'acquisition de nouvelles qualifications qui leur permettront d'être à nouveau actives sur le marché de l'emploi.

Pour autant que le projet reçoive l'accord de l'INAMI, durant la formation, la personne continue à être reconnue en incapacité de travail et à percevoir des indemnités de la mutuelle et ce encore 6 mois après la fin de la formation pour permettre la réinsertion sur le marché du travail. Les frais de la formation, quant à eux, sont pris en charge par l'assurance-maladie (inscription, transport, matériel,...). Alors que cet outil existe depuis de nombreuses années, on constate qu'il est assez peu utilisé et que le nombre de dossiers est réduit, cela toutes mutualités confondues et dans l'ensemble du pays.

Les raisons de cette sous-utilisation sont multiples. Tout d'abord sur le plan médical les conditions sont très restrictives. Deux conditions doivent être réunies simultanément : la maladie doit à la fois être suffisamment grave que pour exclure toute possibilité de reprise de l'ancien travail, mais aussi des autres métiers que la personne pourrait exercer, mais en même il faut que l'état de santé de la personne lui permette de suivre une nouvelle formation qui va déboucher sur une reprise de travail. Cela suppose donc une situation relativement stable ou, en tout cas une évolution favorable prévisible. Cependant, dans beaucoup de situations, ces conditions ne sont pas réunies et cela tout particulièrement quand la cause de l'incapacité est liée à des affections psychiques dont il est très mal-aisé de dire si oui ou non la personne est à même de reprendre à un moment ou l'autre son ancien travail ou un des métiers de référence, à fortiori de prévoir l'évolution de la maladie dans le temps et évaluer si la personne est à même de suivre un nouveau processus de formation.

Par ailleurs, c'est un processus qui s'inscrit dans la durée et tout au long duquel la personne doit conserver un niveau de motivation élevé. Or, on constate que ce niveau de motivation est souvent fluctuant chez les personnes en incapacité de travail : une rechute de l'état de santé, un événement familial comme une séparation ou un décès, l'ancien employeur qui met un terme au contrat de travail, la crainte de l'avenir, la peur de l'échec, ... constituent autant de facteurs qui risquent fort, à un moment ou l'autre, d'entraîner une baisse de la motivation et de faire « capoter » le projet. Ici, à nouveau, tout dépend des ressources que la personne est à même de pouvoir mobiliser pour la soutenir dans son projet.

Un autre élément important est de savoir vers quelle formation s'orienter. Non seulement, il est primordial de tenir compte de l'état de santé et de son évolution dans le temps, mais il faut également s'orienter vers une formation que la personne a la capacité de suivre dans un secteur d'activité dans lequel il existe réellement des possibilités de déboucher sur un emploi. Dans le contexte socio-économique actuel, cela réduit encore les possibilités de choix. Il existe bien des centres spécialisés qui réalisent des examens d'orientation professionnelle dont le coût peut être pris en charge par l'assurance maladie, mais soulignons au passage que sur Bruxelles, il n'en existe aucun.





Enfin, pour envisager une réadaptation professionnelle, il faut au préalable que la personne participe activement au marché du travail. Presque de facto, ce n'est guère envisageable pour les personnes qui, avant le début de la maladie, ne travaillaient déjà pas et bénéficiaient d'allocations de chômage. L'ensemble de ces facteurs explique le faible nombre de dossiers de réadaptation professionnelle de manière générale, et tout particulièrement sur Bruxelles si on tient compte du nombre plus important d'affections psychiques à l'origine des incapacités de travail et du taux élevé de chômeurs.

Il existe aujourd'hui deux circuits pour les dossiers de réadaptation professionnelle. A côté du circuit classique, impliquant les mutualités et l'INAMI, un second circuit se développe depuis plusieurs mois, impliquant également les différents opérateurs de l'insertion socio-professionnelle (Actiris, Forem, Bruxelles formation, VDAB,...)

Ce qui a notamment motivé l'établissement de ces nouvelles collaborations, c'est la prise de conscience que pour mener à bien un projet de réinsertion socioprofessionnelle pour des personnes en incapacité de travail, la mise en place d'un accompagnement spécialisé est souvent nécessaire. Ceci étant, les deux circuits ne sont nullement incompatibles et coexistent.

Il est cependant encore trop tôt pour tirer un premier bilan de ces collaborations avec les organismes chargés de l'insertion socio-professionnelle.

### **Un micro-projet mené conjointement par le médecin-conseil et le service social de la mutualité**

Depuis plusieurs mois, la Mutualité Saint Michel développe par rapport à ce public cible des personnes en incapacité de travail, un nouveau projet transversal impliquant différents services de la mutualité dont le service social et celui des médecins-conseils.

De manière générale, de nombreuses personnes en incapacité de travail sont déjà aidées par le service social. L'aide apportée touche à la défense des droits sociaux mais comporte aussi un important travail d'écoute et de soutien. Le médecin-conseil, quant à lui, sur base de la réglementation, décide de reconnaître ou non l'incapacité de travail, de l'interrompre ou de la prolonger. Il conseille également et oriente les personnes. De facto, le service social et les médecins-conseils travaillent de concert par rapport à ce public.

Une des nouvelles actions repose sur un renforcement de la collaboration entre les deux services et consiste à développer davantage les dossiers de réadaptation professionnelle.

La plus-value de l'intervention conjointe du service social et des médecins-conseils, c'est la globalité de l'approche intégrant les multiples dimensions de la personne (personnelle, familiale, sociale, professionnelle, médicale...) mais aussi la possibilité de cibler cette

intervention sur la ligne du temps à des moments où cela peut être réellement opportun. Cette intervention conjointe peut aider à identifier chez la personne, les ressources mobilisables qui vont lui permettre de se remettre en projet. Elle agit en quelque sorte comme un catalyseur, mais c'est la personne elle-même qui reste acteur de son devenir.

Concrètement, les personnes en incapacité de travail susceptibles de rentrer dans un processus de réadaptation professionnelle et qui souhaitent le faire sont reçues sur rendez-vous pour un premier entretien d'anamnèse socioprofessionnelle.

La situation est ensuite présentée lors de la réunion de concertation mensuelle entre le service social et celui des médecins-conseils. Si l'avis est favorable, le travail se poursuit en définissant plus précisément le projet de formation. Quand le projet de formation est finalisé, le dossier est alors soumis à l'INAMI pour la décision.

Pour les dossiers ayant reçus l'accord de l'INAMI, tout au long du cursus de formation, les personnes sont suivies régulièrement pour faire le point, voir les difficultés rencontrées mais aussi assurer le suivi administratif du dossier. Cet accompagnement se poursuit au-delà du terme de la formation pour assurer encore un soutien durant la phase de réinsertion sur le marché de l'emploi.

Un premier bilan fait état d'une vingtaine de dossiers ouverts. Les premiers sont déjà arrivés à terme : les formations se sont terminées avec succès et les personnes ont retrouvé un emploi ou sont dans un processus de recrutement. Les obstacles rencontrés sont ceux que nous avons évoqués ci-dessus, à savoir principalement : la difficulté pour déterminer le projet de formation, la fluctuation de la motivation des personnes et enfin, la difficulté pour le médecin-conseil d'évaluer l'incapacité définitive pour la personne à reprendre son ancien travail tout en ayant la capacité de suivre avec succès une nouvelle formation (cela, surtout pour les personnes atteintes d'affections psychiques).

Ceci reste un micro-projet qui ne va pas bouleverser fondamentalement le cours des choses. Ceci étant, un des effets constatés c'est que, même si l'accompagnement ne débouche pas sur une réadaptation professionnelle et une remise à l'emploi, il permet néanmoins aux personnes de reprendre pied, de se remettre en projet et de reposer la question de leur devenir, ce qui est, en définitive, la question centrale à poser et à mettre en chantier.



## UN BUSINESS QUI PEUT RAPPORTER GROS



Par Nathalie Snackers,  
permanente CNE



Quand dans le langage courant, nous parlons de commercialisation, nous pensons aux différents magasins où nous nous rendons pour acheter nos produits. Or aujourd'hui, nous pouvons malheureusement affirmer que les personnes vieillissantes sont devenues très intéressantes aux yeux de certains actionnaires. En effet, 50 à 65 % des lits de maisons de repos (suivant les régions) sont dans les mains du secteur privé commercial.

Les groupes les plus connus sont ORPEA, ARMONEA, Senior assist, Korian (qui a repris dernièrement Senior living group). Ce sont des groupes internationaux qui développent des activités dans plusieurs pays. En Belgique, les maisons privées commerciales occupent 50% du paysage. Au fil des années, ces groupes ont gagné de plus en plus de parts du marché. Le groupe Korian, par exemple, qui gère des institutions dans 4 pays, a réalisé 2,2 milliards de bénéfices en 2013.

Suite à la volonté de réduire les dépenses publiques et plus précisément celles des soins de santé, le secteur commercial a perçu une belle opportunité pour développer son business. L'offre commerciale peut se développer en profitant de la pénurie de lits due au vieillissement de la population, au manque de solutions qui permettent aux personnes de rester à domicile et à la dictature des règles européennes qui à travers le TSCG interdisent aux autorités publiques d'augmenter leur dette. Le transfert des compétences suite à la sixième réforme de l'Etat risque fort d'aggraver encore la situation.

L'objectif premier de ces groupes est de « soigner leurs actionnaires » avant de prendre soin des résidents et d'offrir de bonnes conditions de travail à leur personnel. La situation des résidents est intimement liée à celle des travailleurs puisque le bien-être des uns entraîne celui des autres. Sélectivité des résidents, marginalisation des publics fragilisés, diminution de la qualité et de l'accessibilité, système de soins à deux vitesses, détricotage des conditions de travail, personnel en nombre insuffisant sont quelques-unes des conséquences désastreuses de cette commercialisation.

Nous mentirions en disant que tout est merveilleux dans la sphère hors « commercial » car il existe aussi de nombreuses maisons dont le propriétaire suit exactement le même but que les sociétés commerciales, à savoir s'enrichir sur le dos de la personne âgée. Les logiques marchandes s'immiscent dans la sphère non marchande. Alors qu'aujourd'hui, il y a de plus en plus de personnes âgées de plus de 80 ans, elles devraient être au cœur des préoccupations de notre société en leur assurant des soins de qualité et accessibles hors de tout esprit commercial.

Il semble donc essentiel de changer de paradigme en sortant le secteur des maisons de repos de la sphère marchande afin d'offrir aux résidents un projet de vie qui respecte leurs rythmes, leurs aspirations, leurs diversités... Il faudrait, par exemple, avoir un financement basé sur un projet institutionnel et non pas sur le profil de dépendance des résidents.

Pour cela, il faut pouvoir offrir au personnel des conditions de travail qui permettent une approche centrée sur la personne. Cela nécessite d'avoir du personnel formé et en nombre suffisant. Syndicalement, le chantier est immense. Nous sommes face à des groupes dont les dirigeants sont invisibles. Les demandes des travailleurs dépendent du bon vouloir d'actionnaires que nous ne rencontrons jamais. Le syndicalisme non marchand n'est pas encore suffisamment armé face à ces nouvelles réalités. Nous avançons pas à pas en essayant d'installer partout où on le peut des délégations syndicales. Nous pouvons alors commencer un travail d'éducation permanente.

La première étape du travail syndical consiste à déculpabiliser les travailleurs. En effet, il est facile pour les directions de jouer sur la corde sensible du résident afin d'empêcher le délégué de consacrer du temps au travail syndical. C'est pourtant un pas essentiel pour pouvoir ensuite créer un rapport de force.

Nous veillons à organiser des rencontres entre les représentants du même groupe pour construire une politique et une stratégie identique







sur l'ensemble des sites. En étant présents dans les conseils consultatifs (COCOF, COCOM, Région wallonne), nous pouvons également créer des liens avec les mutuelles et avec des associations de défense des droits des patients. Du coup, on parle d'une même voix, par exemple en demandant systématiquement les prix pratiqués ou en émettant

l'idée que chaque MRS devrait avoir des lits attribués pour des personnes en difficulté. Un de nos défis pour l'avenir consiste à tenter de construire des alliances avec les usagers. Nous avons tout intérêt à dire d'une même voix que la perte d'autonomie des personnes âgées ne peut, en aucune façon, être la source d'un enrichissement privé !

## LA COMMERCIALISATION DE LA SANTÉ, UN ENJEU LOCAL ET EUROPÉEN



Par Sebastian Franco  
Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation  
de la santé et de la protection sociale



### La santé sous pression

Les dépenses en santé représentent des sommes très importantes : environ 10% du PIB européen.<sup>1</sup> Cette manne financière, représentée à 80% par des dépenses publiques<sup>2</sup>, intéresse depuis longtemps les investisseurs privés qui y voient une source importante de profit. La pression à la commercialisation de la santé n'est donc pas nouvelle.

Depuis le tournant libéral des années 80, la commercialisation de la santé gagne du terrain, se basant sur une idéologie faisant du secteur privé l'instrument le plus efficace pour répondre aux besoins sociaux. Elle se base également sur le sous-investissement public qui ne permet plus de répondre aux nouveaux besoins sociaux comme par exemple le vieillissement de la population ou l'augmentation des maladies chroniques.

Cette tendance à la commercialisation de la santé a pu être contenue notamment par une forte résistance populaire. En effet, la population en général, affiche encore aujourd'hui un fort attachement à une santé accessible, publique, universelle et de qualité.

### L'Union européenne, l'aiguillon libéral

Aujourd'hui le mouvement de commercialisation s'accélère. En cause, un cadre législatif européen toujours plus contraignant et des politiques d'austérité qui frappent tous les pays de l'Union. L'Europe fixe au travers de ses traités, directives et règlements un cadre contraignant aux États qui influe notamment sur les politiques sociales des États membres et en particulier sur la santé.

La création et l'achèvement du Marché Intérieur, un des piliers de l'UE, favorise et promeut la concurrence au niveau continental. C'est le cas également pour les fournisseurs de services (dont les opérateurs de santé). On promeut également la circulation des personnes et des travailleurs de la santé. Qui dit concurrence, dit prix compétitifs. Quand on sait qu'environ les trois quarts des coûts de santé sont représentés par les salaires, on peut imaginer où se feront bonne part des économies...

La directive Marchés publics complète ce dispositif. Elle oblige les États ou entités publiques à soumettre tout marché public aux opérateurs qu'ils soient publics, à but non lucratif ou privés. Les conditions de travail et donc de salaire étant souvent meilleures dans le public ou le non lucratif, il sera plus difficile pour eux d'être compétitif.

À la suite à l'éclatement de la crise, l'Union a très rapidement mis en œuvre des politiques d'assainissement budgétaire. Cela touche tous les pays mais particulièrement ceux frappés plus durement par la spéculation. L'Union s'est donc dotée d'instruments pour imposer ces nouvelles règles de gouvernance : Pacte pour l'euro, Six-Pack, TSGC, Two-Pack... en quelques mots, l'austérité ad eternam. Concrètement, les pouvoirs de l'Union se sont renforcés dans la définition d'objectifs nationaux en termes de déficit et de dette ainsi que le droit pour la Commission européenne de « rectifier » les budgets nationaux qui ne seraient pas en accord avec les limites de déficit fixées.

<sup>1</sup> « Investing in Health », Commission Staff Working Paper, Social Investment Package, février 2013.

<sup>2</sup> Ibidem.





Tout ce cadre législatif et politique européen concourt au renforcement des acteurs privés à but lucratif au détriment des acteurs publics et non-marchand, à la baisse des dépenses publiques de santé et par conséquent à la baisse des salaires des travailleurs et travailleuses de la santé et à une détérioration de la qualité des soins.

### S'opposer à la commercialisation de la santé c'est possible, tous ensemble!

La population l'a bien compris. La privatisation de la santé n'apportera aucune amélioration ni aux patients, ni au professionnels du secteur, bien au contraire<sup>3</sup>. D'ailleurs, les résistances populaires sont nombreuses, notamment au niveau local, ici pour défendre un hôpital ou un service de santé de proximité, là pour stopper des tentatives de privatisation. C'est sur cette base que peuvent travailler tous les acteurs qui défendent la santé comme bien commun et universel, accessible et à moindre coût ainsi qu'une médecine de qualité. L'enjeu réside dans l'articulation des luttes locales pour être à même de stopper ou de mettre un frein au rouleau compresseur de la commercialisation de la santé au niveau européen.

C'est ce que le **Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale** entend faire. Au niveau européen, il organise tous ceux qui s'opposent à la marchandisation de la santé. Ensemble, usagers, professionnels, associations peuvent s'opposer à ces politiques

Tout est parti d'une première conférence européenne qui s'est tenue à Amsterdam en mai 2011 en présence de militants venant d'Allemagne,

de France, de Grande Bretagne, d'Irlande, de Pologne et de Suède. Il s'agissait d'échanger sur les expériences de luttes et collectiviser les informations sur les attaques contre les services publics de santé.

Depuis lors, le mouvement s'est élargi et plusieurs conférences européennes se sont tenues, appelant notamment à des semaines d'action et de sensibilisation « pour le droit à la santé des peuples et contre le démantèlement des services publics de santé et leur marchandisation ».

Le réseau ambitionne de se construire par une approche de terrain (fédérations syndicales de travailleurs de la santé, partis, plate formes nationales, associations) et sur base d'une critique radicale des mécanismes de privatisation/commercialisation et du système qui les sous-tend.

Le réseau souhaite également tisser des ponts avec d'autres mouvements. En effet, la commercialisation et la privatisation avancent dans d'autres secteurs, comme l'éducation ou le transport. C'est donc bien à une politique globale à laquelle il faut aujourd'hui résister.

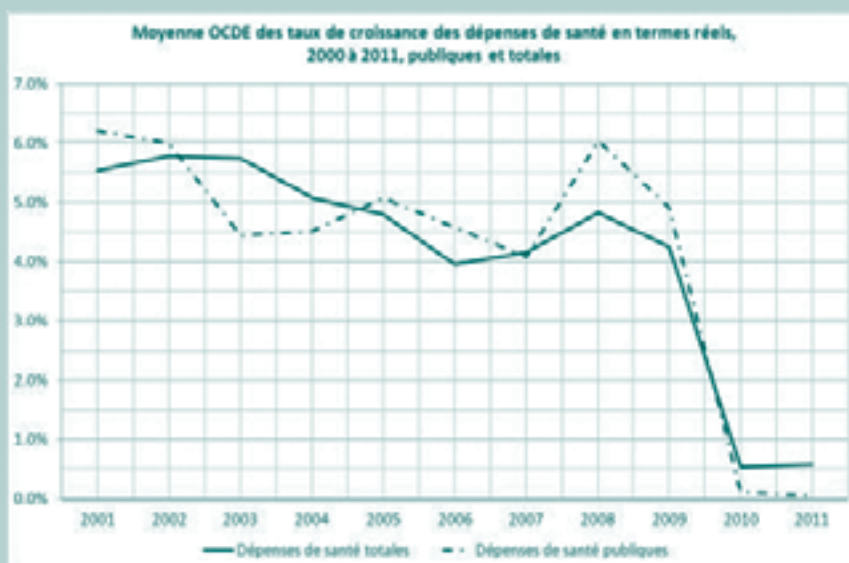
La question du droit à la santé dans le contexte actuel de crise peut être un formidable canal de prise de conscience sociale et politique pour les travailleurs, usagers et citoyens ainsi qu'un laboratoire très intéressant pour les mobilisations à venir (voir l'exemple des mareas blancas en Espagne notamment). Le Réseau en est convaincu !

Plus d'informations sur le Réseau européen : <http://www.sante-solidarite.be/>

## CRISE ET CHUTE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Après avoir chuté brutalement en 2010, les dépenses de santé ont continué de stagner dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2011, alors que la crise économique continuait de peser, comme le montre la « Base de données de l'OCDE sur la santé 2013 ».

La chute des dépenses de santé s'explique en premier lieu par l'effondrement de la progression des dépenses publiques depuis 2009 – progression qui a été en moyenne proche de zéro en 2010 et 2011. Les dépenses de santé privées ont aussi ralenti dans de nombreux pays en 2010 et 2011, alors que le revenu des ménages stagnait ou reculait.



<sup>3</sup> Article intéressant sur <http://www.questionsante.org/bs/La-Sante-n-est-pas-a-vendre>



## LA SANTÉ, UN DROIT POUR TOUS !



Par Arnaud Gorgemans  
Coordinateur de Solidarité Mondiale

La santé est fondamentale. Plus encore, c'est un droit inscrit dans la Déclaration des droits de l'Homme. Et pourtant... Les chiffres mondiaux en matière de soins de santé sont alarmants. C'est pourquoi, durant deux ans, en 2011-2012 Solidarité Mondiale, les Mutualités chrétiennes, Altéo, l'UCP (avant qu'elle ne devienne Enéo) et Jeunesse & Santé ont mené une campagne « La santé, un droit pour TOUS ! ».

Dans le monde, trente mille enfants meurent chaque jour de maladies qui pourraient être soignées, comme la diarrhée, la rougeole... En Belgique, quarante-deux docteurs pour dix mille habitants ; au Bangladesh, seulement trois... Au début du vingtième siècle, la différence d'espérance de vie entre un jeune Africain et un jeune Européen n'est pas supérieure à dix ans. Au début du vingt-et-unième siècle, cette différence atteint presque trente ans. Actuellement, ce sont au total 2,5 milliards de personnes dans le monde qui n'ont pas accès aux soins de santé de base.



Pourquoi ? Parce qu'elles ne peuvent pas payer leur admission au centre de santé ou les médicaments, parce que les centres de santé sont trop éloignés de leur lieu d'habitation, parce que le personnel ou le matériel médical manque à l'appel... Chaque année, au moins vingt millions de personnes meurent dans les pays en développement faute de soins de santé de base adéquats. En Belgique aussi, les inégalités sociales en matière de santé restent importantes. Les populations défavorisées vivent non seulement moins longtemps, mais elles sont également en mauvaise santé nettement plus tôt dans leur vie.

Ces nombreux problèmes trouvent leurs racines dans les échanges inégaux entre pays dits développés, émergents et en développement. Le manque d'investissement des autorités dans le secteur public prive ainsi une grande partie des populations de soins de santé accessibles. Le manque de médicaments et la commercialisation des services de soins de santé empêchent la majorité de la population, aux moyens financiers limités, de se faire soigner.

Les conditions de travail et de vie poussent de nombreux prestataires à s'installer dans d'autres régions plus propices. Sans quitter forcément le pays, ils migrent souvent vers le secteur privé lucratif ou les ONG et programmes internationaux. Enfin, l'absence d'une politique de protection sociale dans de nombreux pays laisse les habitants vivre dans la pauvreté et l'inégalité sociale augmenter au lieu de diminuer.

### Les soins de santé, encore inaccessibles pour certains... Mais ce n'est pas inéluctable !

Pour faire face à ces manques, comme cela s'est passé en Belgique, des citoyens se mobilisent. Ils prennent eux-mêmes des initiatives pour améliorer leur santé et la qualité des soins via des mutualités, des mouvements sociaux. Là où les gens peuvent s'organiser, ils peuvent mieux se protéger des risques de santé.

Avec la campagne « la santé, un droit pour TOUS ! », Solidarité Mondiale et ses partenaires de campagne n'ont cessé, pendant deux ans, de rappeler l'importance de l'accès aux soins de santé pour chacun. Formations, sensibilisations, informations et actions ont été menées dans tout le pays. Au total, nous avons récolté 73.500 signatures pour nos revendications politiques.

### Bilan politique

Cette campagne soutenait des revendications politiques. En effet, pour que chacun puisse bénéficier de soins de santé accessibles et de qualité, il faut provoquer un changement réel sur le terrain, interpellier les politiques existantes et les orienter vers des stratégies durables et solidaires, au Nord comme au Sud.



Cette campagne fut l'occasion pour Solidarité Mondiale et ses partenaires de campagne d'énoncer trois besoins impératifs : faire du droit à des soins de santé pour tous une priorité de la politique belge en matière de coopération au développement ; stimuler l'implication des mutualités locales et nationales du Sud dans la mise en œuvre d'une politique solidaire en matière de santé ; et veiller à l'accès partout dans le monde à des médicaments génériques et abordables. L'occasion est belle de dresser un bilan provisoire...

### Donner la priorité aux soins de santé

La prospérité d'un pays se mesure à l'état de santé de sa population, à en croire différentes organisations internationales. Être en bonne santé est d'ailleurs le premier souci de tout un chacun. Si l'on veut réellement aider les gens, il est nécessaire d'investir davantage dans des soins de santé accessibles et de bonne qualité partout dans le monde.

Solidarité Mondiale et les Mutualités chrétiennes ont organisé, avec l'aide d'autres organisations de la société civile, un séminaire politique au Parlement fédéral pour mettre cette demande en avant. Et les résultats ne se sont pas fait attendre : le ministre de la Santé promettait de collaborer davantage avec les ministères de la Santé des pays en développement, et différents parlementaires, sous la conduite de la sénatrice SP.A Marleen Temmerman, avaient aussi pris l'initiative d'offrir un cadre légal à cette exigence politique : 15% du budget de la coopération devraient désormais être consacrés aux soins de santé, en vue de compenser la faiblesse des systèmes de santé dans le Sud.

### Impliquer les mutualités dans la mise en œuvre de la politique sanitaire

Pour déficients qu'ils soient, les systèmes de soins de santé dans le Sud ne sont réellement efficaces que pour une infime partie de la population : seuls 20% de celle-ci bénéficient d'une assurance maladie publique ou privée. Pour combler cet écart, les personnes exclues de ces systèmes se sont regroupées en mutualités, qui leur permettent de prendre leur santé en mains et de s'assurer eux-mêmes contre les soins médicaux trop onéreux. L'expertise et l'expérience de ces mutualités, parfois à très petite échelle, est d'une importance capitale dans le développement d'une politique sanitaire nationale dans les pays du Sud.

Cette mission est bien sûr du ressort des États et des mutualités du Sud, avec l'appui de leurs partenaires belges : l'État belge, d'une part, et les ONG et mutualités, d'autre part. Pour donner un coup de pouce à ces partenaires dans le Sud, à ces États et ces mutualités, Solidarité Mondiale et les Mutualités chrétiennes ont invité leurs partenaires mutualistes africains à se concerter avec différentes administrations publiques compétentes issues de neuf pays d'Afrique. Dans différents pays, les gouvernements sont convaincus que les mutualités offrent une plus-value et ils sont prêts à impliquer ces mutualités dans le développement et la mise en œuvre d'une politique solidaire en matière de santé. Une politique qui veille à ce que les soins médicaux soient accessibles et assurés pour chacun.

### Ouvrir l'accès à des médicaments abordables

La guérison nécessite souvent d'avoir accès à de bons médicaments, y compris pour des maladies banales, comme la diarrhée, mais qui peuvent avoir des conséquences fatales si des médicaments adéquats ne sont pas disponibles. Ces médicaments sont fabriqués en Occident, et notamment chez nous, en Belgique. Mais pour toutes ces entreprises, les médicaments ne sont que des marchandises, qu'ils préfèrent vendre moyennant un bénéfice maximal. Qui plus est, pour protéger leur industrie hautement lucrative, les États occidentaux interdisent aux pays du Sud de mettre eux-mêmes des médicaments génériques à faible prix sur le marché.

Solidarité Mondiale s'est associée à une coalition de différentes ONG et de mouvements sociaux pour attirer l'attention des politiciens belges sur ce dossier : ils doivent contribuer à faire évoluer cette situation, en Europe et au niveau international, pour que s'installe une politique où la santé et l'accès aux médicaments priment sur les intérêts de quelques entreprises.

### L'AUSTÉRITÉ NUIT GRAVEMENT À LA SANTÉ

Selon une étude anglaise publiée par la revue médicale *The Lancet* en février 2014, l'austérité en Grèce rend difficile l'accès au système de santé, augmente les maladies infectieuses et dégrade la santé mentale. Les chercheurs notent le doublement des cas de tuberculose, le retour du paludisme, 30% d'augmentation des infections au VIH chez les toxicomanes, la croissance des dépressions et des suicides... Beaucoup de personnes souffrant de problèmes de santé renoncent à consulter un médecin par manque d'argent. Les gens ne peuvent plus payer des soins de santé privés et se rendent dans les hôpitaux publics. Les admissions à l'hôpital ont augmenté de 28% entre 2009 et 2013 alors que les budgets diminuent. Près de la moitié des 1,2 million de chômeurs de longue durée sont sans assurance santé. Entre 2008 et 2011, le nombre d'enfants mort-nés a augmenté de 21%, en raison de la restriction de l'accès aux soins anténataux.

L'austérité en Grèce c'est :

- ▶ Un recul de 11% des dépenses de santé totales en 2010 et à nouveau en 2011;
- ▶ De 2009 à 2011, la diminution de 25% du budget des hôpitaux publics qui entraîne notamment une pénurie de matériel médical;
- ▶ La hausse du ticket modérateur pour les médicaments et l'imposition d'autres participations financières des usagers;
- ▶ L'exigence de la Troïka d'économiser en 2014 encore 2,66 milliards d'€ dans le budget de la sécurité sociale grecque;
- ▶ La réduction du financement des programmes d'aide aux toxicomanes.

# AGENDA

## Mercredi 1er octobre 2014 de 12h30 à 14h00

« **Le bail d'habitation et la sixième réforme de l'Etat : tirer le meilleur profit de la régionalisation** » avec Nicolas Bernard, professeur aux Facultés St-Louis.

Conférence-débat organisée par le CIEP Bruxelles dans le cadre des Midis de la Ville et du Logement.

Lieu : rue Pléтинckx, 19 - 1000 Bruxelles - salle 3 - entrée libre

Infos : Marta Humeres - 02/557 88 35

## Lundi 6 octobre 2014 de 9h30 à 12h30

Petit déjeuner thématique « **Le bail locatif : droits et obligations des locataires et des propriétaires** » conférence / débat animé par José Garcia, secrétaire général du syndicat des locataires, organisé par Énéo, mouvement social des aînés

Lieu : Boulevard Anspach, 111 à 1000 Bruxelles (Sonnez : Énéo — Étage B1)

Infos : eneo.bruxelles@mc.be 02 501 58 13 (entre 9h à 12h), participation gratuite. Inscription obligatoire.

## Lundi 6 octobre 2014 à 14h

Séance d'information et débat sur les **droits et les risques d'exclusion** des travailleuses sans emploi qui perçoivent des allocations d'insertion, organisé par les Femmes CSC Bruxelles.

Lieu : rue Pléтинckx, 19, 1000 Bruxelles

Infos : Ana Isabel Rodriguez - u05arm@acv-csc.be - 02 557 85 36

## Lundi 6 octobre 2014 de 18h à 21h

Séance d'information pour les personnes ayant introduit une demande de **régularisation par le travail en 2009** organisée par le comité des travailleur/ses migrant/es avec et sans papiers de la CSC et le CIEP-MOC Bruxelles. Introduction par Coralie Hublau du CIRÉ.

Lieu : rue Pléтинckx, 19, 1000 Bruxelles

Infos : ejimenez@acv-csc.be - 0497 145 664

## Mardi 7 octobre, jeudi 23 octobre et vendredi 7 novembre 2014

Formation à l'intention des acteurs de l'insertion socio-professionnelle "**les évolutions du monde du travail**" à partir d'un reportage en triptyque intitulé "la mise à mort du travail" réalisé par Jean-Robert Viallet en 2009. Organisée par le CIEP-MOC Bruxelles pour le Fonds de la Formation Continue des travailleurs de L'ISP bruxelloise.

Infos et inscription indispensable auprès de myriam.djegham@mocbxl.be - 02 557 88 38

## Samedi 11 octobre 2014 à 14h30

Dans le cadre d'un appel européen, meeting de l'Alliance D19-20 « **Austérité et traités de libre-échange : à qui profite le crime ?** ».

Interventions politiques et discussions de 15h à 18h puis concerts.

Lieu : la Tricoterie, rue Théodore Verhaegen, 158, 1060 Bruxelles

Infos : myriam.djegham@mocbxl.be ou sur le site www.d19-20.be

## Jeudi 16 octobre 2014 à 14h

Conférence « **Comment réduire ses dépenses de soins de santé ?** » organisée par Énéo, Mouvement social des aînés.

Lieu : Boulevard Anspach, 111 à 1000 Bruxelles (Sonnez : Énéo — Étage B1)

Infos : eneo.bruxelles@mc.be - 02 501 58 13 (entre 9h et 12h)

## Vendredi 17 octobre 2014 à partir de 9h30

Journée de lancement action TSE-CSC en front commun syndical et avec le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté : forum, actions, manifestation, prises de parole...**Mobilisation contre la pauvreté** dans le cadre de la Journée mondiale contre la misère.

Organisateur : TSE- CSC

Lieu : Namur : déplacement gratuit, organisé par la CSC

Infos : kkhourcha@acv-csc.be - 0473 495 903

## Lundi 20 octobre à 15h

Séance d'information et débat sur les **droits et les risques d'exclusion** des personnes percevant des allocations d'insertion, organisé par la CSC section locale de Bruxelles Sud Est.

Lieu : rue Malibran, 49, 1050 Bruxelles

Infos : Ana Isabel Rodriguez - u05arm@acv-csc.be - 02 557 85 36

## Jeudi 23 octobre à 14h

**Les exclusions chômage.** Séance d'info sur les nouvelles mesures chômage organisée par la CSC section locale de Bruxelles, les TSE et les Jeunes CSC.

Infos : ejimenez@acv-csc.be - 0497 145 664

ou kkhourcha@acv-csc.be - 0473 495 903

## Lundi 1er décembre, accueil à 9h30

Petit déjeuner thématique « **Les SEL, systèmes d'échanges locaux** » organisé par Énéo, Mouvement social des aînés.

Lieu : Boulevard Anspach, 111 à 1000 Bruxelles (Sonnez : Énéo — Étage B1)

Info : eneo.bruxelles@mc.be - 02 501 58 13 (entre 9h et 12h)

## Vendredi 19 décembre 2014

**Mobilisation contre l'austérité et les traités de Libre échange** co-organisée par l'Alliance D19-20

Info prochainement sur le site www.d19-20.be

## Vendredi 19 décembre 2014 à partir de 18h30

Veillée de Noël organisée par la CSC section locale de Uccle - Forest - St-Gilles

Lieu : rue du Patinage 51 - 1190 Bruxelles

Infos : kkhourcha@acv-csc.be - 0473 495 903

Pour s'abonner au Chou de Bruxelles, versez 8 euros sur le compte 799-5501554-07 avec la mention « abonnement au Chou ».

Éditrice responsable :

Myriam Djegham  
rue Pléтинckx, 19 - 1000 Bruxelles

Impression : CF2m ASBL

avenue du Parc, 87-89

1060 Bruxelles

tél : 02/538 01 92

fax : 02/534 38 89

Design : Pixel & CO



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale

culture.be